

VKV – Västra Götalandsregionens
kompetenscentrum om våld i nära relationer

Genväg till forskning

Övergrepp mot äldre

Författare: Johanna Simmons

Genväg till forskning är VKV:s (Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer) forskningsbaserade faktablad.

I Genväg till forskning presenteras lättfattliga översikter om forskningsfrågor inom området som har direkt relevans för praktiker.

Genväg till forskning nr 15

Övergrepp mot äldre

Författare: Johanna Simmons

Västra Götalandsregionen, Göteborg, 2021

Laddas ned genom: www.valdinararelationer.se/genvag

Tidigare publikationer i serien Genväg till forskning

Genväg till forskning nr 1

Att stanna och att gå: Forskning kring misshandelsprocessen och misshandlade kvinnors uppbrottsprocess
Viveka Enander

Genväg till forskning nr 2

Avslöjandets tid: en doktorsavhandling av Ninni Carlsson om kvinnors bearbetning av sexuella övergrepp
Viveka Enander

Genväg till forskning nr 3

Att ställa frågor om våld till gravida kvinnor - en genomgång av internationell forskning
Eva Wendt

Genväg till forskning nr 4

Barn som upplever våld - konsekvenser för välmående och hälsa
Tove Corneliussen

Genväg till forskning nr 5

När män utsätts för våld i en nära relation - hur ser det ut då? WWEn genomgång av internationell forskning
Lotta Nybergh

Genväg till forskning nr 6

Lika men olika - våld mot kvinnor med funktionsnedsättning
Kerstin Kristensen

Genväg till forskning nr 7

Den våldsutsatta patienten inom tandvården
Linnea Dahlström, Sanna Jansson

Genväg till forskning nr 8

Att ställa frågor om våld till föräldrar och barn inom barn- och ungdomspsykiatri
Ole Hultmann

Genväg till forskning nr 9

Dödligt våld i nära relationer - en genomgång av internationell forskning
Lotta Nybergh

Genväg till forskning nr 10

Barn som far illa ur tandvårdens perspektiv
Therese Kvist

Genväg till forskning nr 11

Hedersrelaterat våld och förtryck
Camilla Sundqvist

Genväg till forskning nr 12

Våld i samband med prostitution och människohandel för sexuella ändamål
Anna Hall

Genväg till forskning nr 13

Våldsutövare i nära relationer
Susanne Boethius

Genväg till forskning nr 14

Pornografi och unga
Megan Donevan

Övergrepp mot äldre

Övergrepp mot äldre personer är vanligt förekommande och därmed ett stort samhällsproblem som riskerar att leda till fysisk och psykisk ohälsa samt försämrad livskvalitet för den som drabbas. Äldre utsätts för övergrepp av partners, vuxna barn, andra familjemedlemmar men också av vård och omsorgspersonal. Termen övergrepp mot äldre inbegriper således ett mycket brett forskningsfält och i denna ”Genväg till forskning” presenteras en selektiv genomgång av aktuell litteratur. Under de senaste åren har det skett en tydlig ökning av den forskning som rör äldres utsatthet för våld och övergrepp, men kunskapsläget släpar fortfarande tydligt efter den forskning som rör yngre vuxnas utsatthet. Det finns också ett stort behov av välgjorda studier avseende interventioner för att motverka övergrepp mot äldre och hur man bäst ska hjälpa utsatta äldre.

Vad är övergrepp mot äldre?

Övergrepp mot äldre är ett komplext fenomen som inte låter sig enkelt definieras (1). Den mest etablerade och spridda definitionen av övergrepp mot äldre är den som Världshälsoorganisationen (WHO) tog fram i den så kallade Torontodeklarationen 2002: ”Övergrepp mot äldre är en enstaka eller upprepad handling, eller frånvaro av önskvärd/lämplig handling, som utförs inom ett förhållande där det finns en förväntan på förtroende och som förorsakar skada eller smärta hos en äldre person.”

Man specificerar vidare att handlingen kan ta sig olika uttryck: den kan vara fysisk, psykologisk/känslomässig, sexuell, ekonomisk eller återspegla avsiktlig eller oavsiktlig försummelse (2). Ibland inkluderas även att bli övergiven och att försumma sig själv i begreppet, men då detta inte är fallet i majoriteten av studierna har dessa former inte inkluderats i denna genomgång.

De kanske tydligaste skillnaderna mellan definitionen av övergrepp mot äldre och andra definitioner som rör våld mot yngre vuxna är att den även inkluderar frånvaro av en handling, det vill säga försummelse, samt att relationen som avses definieras av att det finns en ”förväntan på förtroende”, det vill säga inte är begränsad till exempelvis familjemedlemmar utan kan inkludera exempelvis vård och omsorgspersonal (2, 3). Detta är särskilt viktigt att understryka då många äldre personer som utsätts för övergrepp har någon form av beroendeställning till den som utövar våldet. Det kan handla om en känslomässig sådan men också om ett fysiskt beroende för att klara sitt dagliga liv. Detta är en av orsakerna till att Socialstyrelsen klassar äldre som grupp som ”särskilt sårbara”. Det är dock viktigt att understryka att grad av sårbarhet naturligtvis varierar stort mellan olika äldre personer och att långt ifrån alla bär på en ökad sårbarhet jämfört med yngre personer (4).

Forskning som rör yngre vuxna är ofta begränsat till att omfatta våld från en särskild utövare, ofta en partner. Inom forskningsfältet som rör äldre görs sällan denna begränsning utan det vanliga är att flera typer av utövare inkluderas. För en del är övergreppen en fortsättning på våld i en parrelation som förekommit under lång tid (5). Antingen kan våldet fortsätta på samma eller liknande sätt som tidigare eller så kan det ta sig uttryck på nya sätt när livsvillkoren för-

ändras med stigande ålder. I många fall är i stället utövaren av våldet vuxna barn vilket innebär en annan dynamik i relationen (6, 7). I ytterligare andra fall är utövaren istället personal inom vård och omsorg (8). Sammanhanget där övergreppen sker kan alltså variera stort liksom de olika typer av händelser som inkluderas i begreppet. De som utsätts tolkar också situationen olika bland annat beroende på situation, sociokulturell kontext och relationen till utövaren (5, 9). Det är inte heller säkert att alla utsatta själva tolkar det man varit med om som övergrepp (5, 10).

På senare år har man kunnat konstatera att äldre ofta utsätts vid upprepade tillfällen, av samma eller olika utövare. Det kan dels handla om att som äldre utsätts för upprepade övergrepp, dels om att drabbas vid upprepade tillfällen genom livet (5, 11–16). Detta har lett fram till att olika typer av upprepade utsatthet allt oftare studeras och begreppet ”polyviktisering” har börjat ta större plats inom forskningsfältet (12, 17–22). Allt fler understryker också behovet av att ha ett livstidsperspektiv på övergrepp mot äldre, inte minst då man funnit att övergrepp tidigare i livet är associerat med negativa hälsokonsekvenser i ålderdomen (12, 14, 16, 23, 24). Att man har funnit associationer mellan utsatthet tidigare i livet, både som barn och som vuxen, samt att bli utsatt för övergrepp som äldre understryker ytterligare vikten av ett livstidsperspektiv (13, 14, 16, 25).

Omfattningen av övergrepp mot äldre

Det är svårt att säkert säga hur vanligt förekommande övergrepp mot äldre är. Även om en stor andel av de studier som genomförs världen över lutar sig mot WHO:s definition av vad övergrepp mot äldre är så finns det ingen konsensus om hur man ska operationalisera definitionen eller något standardinstrument som används för att mäta förekomsten. Det råder också oenighet om när en person egentligen ska betraktas som ”äldre”, men 60 år och äldre är en vanligt förekommande definition. Sannolikt är bristen på konsensus kring dessa avgörande faktorer den största orsaken till att den uppmätta förekomsten varierar stort mellan olika studier (3, 26–28). Till exempel visade en studie som gick igenom situationen globalt att förekomsten rapporterades variera mellan 1,1% i USA till 44,6% i Spanien (3). Skillnaderna kan till viss del sannolikt tillskrivas faktiska skillnader mellan länder och populationer, bland annat såg man i en multinationell europeisk studie relativt stora och signifikanta skillnader i förekomst mellan olika länder (23, 29). Författarna till den studien, liksom många andra, argumenterar dock för att de faktiska skillnaderna sannolikt inte är så stora som vissa studier visar. Dels kan benägenheten att rapportera övergrepp variera mellan länder och dels kan det finnas kulturella skillnader avseende vad som uppfattas som övergrepp (23, 30). Den främsta, eller åtminstone en av de främsta, orsakerna till skillnaderna mellan studier är sannolikt att man använt olika instrument, olika urval och varierande metoder för att mäta förekomsten (3, 23, 26–28, 31). I en del studier räcker det till exempel med ett tillfälle av psykiskt våld för att det ska klassas som övergrepp medan andra är mer restriktiva och klassar någon som utsatt först då flera händelser, ofta 10 tillfällen under ett år, har ägt rum och/eller då den utsatta själv har klassat händelsen som allvarlig (28, 32–34).

Det finns något förenklat två huvudtyper av studier gällande förekomst av övergrepp mot äldre; studier som syftar till att mäta förekomsten i den allmänna befolkningen och studier som syftar till att mäta förekomsten på särskilda boenden. När syftet är att studera förekomsten i den allmänna populationen används ofta frågeformulär eller telefonintervjuer med slumpmässigt utvalda personer. Personer med hög sjuklighet eller låg ADL-förmåga är mindre benägna att svara på den typen av undersökningar (35) och personer som lever med kognitiv sjukdom utesluts ofta helt (29, 32, 34). Eftersom dessa faktorer samtidigt ofta anges som riskfaktorer för övergrepp (32, 36) finns det en uppenbar risk att förekomsten av övergrepp underskattas (32). Till detta kommer risken att personer som lever med någon som utsätter dem för våld inte vågar eller vill delta i studier där de ska svara på frågor om sin utsatthet. När syftet är att studera förekomsten på särskilda boenden tillfrågar man ofta personal och/eller anhöriga och inte äldre själva. Detta då många personer som bor på särskilt boende lever med någon typ av kognitiv sjukdom. Det finns naturligtvis en påtaglig risk att personal och/eller anhöriga har en uppfattning som skiljer sig betänkligt åt från de äldre själva. Detta tillvägagångssätt innebär också att man i hög utsträckning frågar utövarna av våld och hur detta påverkar rapporteringen är svårt att värdera. Flera studier har dock visat att både personal och anhöriga i hög utsträckning är beredda att tillstå att de utsatt äldre personer för olika typer av övergrepp (8, 37–39). Huruvida det trots allt finns en underrapportering är svårt att veta. Man kan inte heller säkert veta om alla de situationer som anhöriga och/eller personal rapporterar har uppfattats som övergrepp av den som utsatts.

Trots svårigheterna med att mäta förekomsten är det naturligtvis viktigt att ha en ungefärlig uppfattning av hur vanligt förekommande övergrepp mot äldre är. För att få så tillförlitliga siffror som möjligt redovisas nedan framför allt resultat från meta-analyser, multinationella studier samt resultat från översiktsartiklar. Studier som inkluderar svenska urval rapporteras dock även om det handlar om enskilda studier.

Studier genomförda i den allmänna populationen

År 2017 publicerades en global meta-analys avseende förekomst av övergrepp och man fann då att 15,7% av de äldre personerna som inkluderades hade varit utsatta för någon typ av övergrepp under de senaste tolv månaderna (31). Vanligast förekommande var psykiska övergrepp (11,6%) följt av ekonomiska övergrepp (6,8%), försummelse (4,2%), fysiska övergrepp (2,6%) och minst vanligt förekommande sexuella övergrepp (0,9%). Två andra meta-analyser har rapporterat att ca 14% av de svarande varit utsatta för någon typ av övergrepp senaste tolv månaderna (26, 32). Förekomsten blir dock betydligt lägre om man bara inkluderar de studier som kräver att flera fall av emotionella övergrepp ska ha inträffat, en av de nyss nämnda meta-analyserna rapporterar med den justeringen en total förekomst på 7,1% (32). Vilken typ av övergrepp som rapporteras mest frekvent varierar mellan studier beroende på metod och population men vanligen ses samma mönster som i ovanstående meta-analys. I de flesta studier är psykiska övergrepp klart vanligast följt av ekonomiska övergrepp och försummelse (i varierande ordning). Fysiska och sexuella övergrepp rapporteras vanligen i betydligt lägre utsträckning (3, 23, 26, 27, 32, 40, 41).

Studier gjorda på personer med kognitiv sjukdom som lever i samhället är betydligt färre och har ofta sämre design (små urval, bekvämlighetsurval och att man tillfrågar vårdare snarare än äldre själva), varför resultaten inte är lika tillförlitliga. Den rapporterade förekomsten i denna subpopulation brukar dock vara betydligt högre (37, 39). En översiktsartikel rapporterar en medelförekomst på 38,4% för någon typ av övergrepp, 10,9% för fysiskt våld, 39,5% för psykiskt och 11,1% för försummelse (32). Även om dessa siffror alltså ska tolkas försiktigt stödjer det bilden att personer med kognitiv sjukdom har en betydligt ökad risk att utsättas för övergrepp. Många äldre med kognitiva sjukdomar utsätts också för upprepade övergrepp(42).

Förekomst i Europa och Sverige

Åtminstone två större multi-nationella studier avseende förekomst av övergrepp mot äldre har genomförts i Europa. ABUEL-studien (ABUse of the ElderLy in Europe) inkluderade män och kvinnor i åldern 60–84 år och genomfördes i sju olika europeiska länder, bland annat Sverige (Stockholm). Databasinsamlingen genomfördes 2009 (29). AVOW-projektet (Abuse and Violence Against Older Women) inkluderade fem olika länder (Sverige var inte representerade) och genomförde sin databasinsamling 2010 (43). Från AVOW-projektet rapporteras att 30,1% av de äldre kvinnor som inkluderades i studien hade varit utsatt för minst ett övergrepp i sitt hem av en närstående under de senaste tolv månaderna. Allvarlighetsgraden varierade mellan de svarande men 6,5% tillhörde den mest utsatta gruppen, nämligen de som hade varit utsatta ofta och för flera typer av övergrepp (43). Från ABUEL projektet rapporterades liknande resultat. I det projektet var förekomsten av psykiska övergrepp de senaste tolv månaderna högst i Sverige av samtliga inkluderade länder (29,7%)(29). Notera att ABUEL hör till de studier där det räcker med att man rapporterar en form av övergrepp vid ett tillfälle för att man ska kategoriseras som utsatt, vilket sannolikt till stor del förklarar den höga förekomsten av psykiska övergrepp.

Förekomsten av övergrepp mot äldre i Sverige har mätts i ett par olika studier. Dels inkluderades som tidigare nämnts svaren från Stockholm i ABUEL-projektet. Man fann då att 30,8% av de svarande (män 36,9% kvinnor 25,8%) rapporterade att de varit utsatta för någon typ av övergrepp senaste tolv månaderna. Liksom för övriga deltagande länder var psykiska övergrepp (totalt 29,7%; män 35,6%, kvinnor 24,9%) den absolut vanligaste formen av övergrepp som rapporterades. Övriga typer var betydligt mindre förekommande: fysiska övergrepp rapporterades av 4,0% (män 6,0%, kvinnor 2,3%), sexuella övergrepp av 0,5% (män 0,4%, kvinnor 0,6%), ekonomiska övergrepp av 1,8% (män 2,0%, kvinnor 1,7%) och försummelse av 1,3% (män 0,3%, kvinnor 2,0%) (29).

År 2012 genomförde Nationellt Centrum för Kvinnofrid (NCK) den stora omfångsundersökningen "Våld och Hälsa" (44). Från denna har resultaten för personer mellan 60 och 74 år särredovisats (45). Man fann då att 6% av kvinnorna och 3% av männen hade varit med om någon typ av fysiska, sexuella eller psykiska övergrepp. Förekomsten av försummelse eller ekonomiska övergrepp undersöktes inte (45). Resultat från den nationella folkhälsoenkäten 2006 låg till grund för en annan svensk studie som visade att psykiska övergrepp de senaste tolv månaderna rapporterades av 8,9% av männen och 8,7% av kvinnorna i åldern 65–74

år samt 6,0 % av kvinnorna och 5,0% av männen i åldern 75–84år. Även i denna studie var fysiska övergrepp betydligt ovanligare och rapporterades av 3,0% av männen och 1,0% av kvinnorna i 65–74års åldern samt av 0,2% av männen och 0,6% av kvinnorna i åldern 75–84 år (46).

Studier gjorda på särskilda boenden

Betydligt färre studier gällande förekomsten av övergrepp har gjorts på särskilda boenden (32, 47). Relativt nyligen publicerades dock en första metaanalys på området där man rapporterar förekomsten av övergrepp där boende varit utsatta och personal utövare (47). Som ett resultat av att bara ett fåtal studier har gjorts är förekomsten som rapporterats mycket spretig och resultaten osäkra, vilket återspeglas i de mycket breda konfidensintervallen som anges. I meta-analysen inkluderades endast nio studier (tre där övergrepp rapporterats av äldre själva, en där nära anhöriga rapporterat och sex studier där personal hade rapporterat). De äldre som själva svarade hade inga kognitiva nedsättningar men hade i hög utsträckning behov av hjälp för att klara sitt dagliga liv. Även i de studier där personal hade tillfrågats var andelen boende med kognitiva nedsättningar låg. Sammanlagt rapporterade meta-analysen att 64,2% av personalen utövade någon typ av övergrepp de senaste tolv månaderna. Vanligast var psykiska övergrepp (32,5%) följt av försummelse (12,0%), fysiska övergrepp (9,3%) och slutligen sexuella övergrepp 0,7%. Vad gäller självrapporterad utsatthet var antalet studier för få för att kunna rapportera en övergripande siffra för förekomsten, men man angav att 33,4% hade utsatts för psykiska övergrepp, 14,1% för fysiska övergrepp, 13,8% för ekonomiska övergrepp, 11,6% för försummelse och 1,9% för sexuella övergrepp (47). Ingen av studierna som ingick i denna meta-analys hade genomförts i Sverige. De sista åren har dock flera studier genomförda bland personal på särskilda boenden i Norge publicerats. Även i dessa studier rapporteras en mycket hög förekomst, 60% av personalen som svarade rapporterade att de själva vid minst ett tillfälle de senaste tolv månaderna utsatt en boende för övergrepp medan 76% rapporterade att de hade observerat minst ett övergrepp av personal mot en boende det senaste året (8). Även om studier från Sverige saknas i dagsläget finns det således mycket som tyder på att övergrepp på särskilda boenden sannolikt är vanligt förekommande även här. Från resultaten kan man också dra slutsatsen att förekomsten av övergrepp sannolikt är högre på särskilda boenden jämfört med i den allmänna populationen (47). Det är också vanligt förekommande med övergrepp mellan boende på särskilda boenden och mellan besökare och boende (48), vilket dock är typer av övergrepp som inte närmare inkluderas i denna genväg.

Polyviktisering

Andelen svarande som rapporteras som polyviktiserade är naturligtvis också beroende av de definitioner, operationaliseringar och metoder som används i olika studier. Att det är vanligt med upprepad utsatthet är dock numera etablerat (12, 17, 18, 20–22, 49). En vanlig definition av begreppet polyviktiserad är att det innefattar ”en person som är 60 år eller äldre och som skadas genom multipla samtidigt eller sekventiellt förekommande typer av övergrepp mot äldre av en eller flera förövare, eller då en äldre person

upplever en form av övergrepp utövad av flera personer med vilka den äldre personen har en personlig, professionell eller vårdtagarrelation, och i vilken det finns en social förväntan om förtroende²¹ (17). Andelen utsatta som klassificeras som polyviktimerade är ofta hög, i en studie genomförd bland äldre personer som fått hjälp relaterat till de övergrepp de varit med om fann man exempelvis att tre av fyra utsatta var polyviktimerade (11). I en kvalitativ studie bland äldre personer i Hong Kong beskrivs likaledes dels att en stor andel varit utsatta för flera övergrepp, dels att många hade varit utsatta för övergrepp från en partner tidigare i livet och nu senare i livet var utsatt av sina vuxna barn. Det fanns också en tydlig överlappning mellan olika typer av övergrepp inom familjen på så sätt att en del utövare utsatte både den äldre personen och sin partner eller sina barn för övergrepp (5).

Kön

Huruvida kön är associerat till risken för äldre att utsättas för övergrepp är omtvistat, olika studier har gett olika resultat (32). Sannolikt beror skillnaderna delvis på vilken typ av övergrepp som studeras, vem som var utövare och vilket tidsperspektiv man använt. Att genusperspektiv saknas i studier rörande övergrepp mot äldre är inte helt ovanligt och vad gäller den forskning som bedrivs om våld i parrelationer saknas ofta äldre personers erfarenheter. Det senare eftersom många studier om våld i parrelationer helt enkelt inte inkluderar äldre personer.

I den ovanstående rapporterade meta-analysen av Yon med flera gällande förekomst av övergrepp mot äldre de senaste tolv månaderna fann man ingen skillnad mellan män och kvinnor (31). I ABUEL-studien sågs inte heller någon skillnad i tolv månaders förekomsten (29). En del översiktsartiklar rapporterar dock en högre förekomst bland kvinnor (3, 50). I NCK:s svenska studie rapporterades att kvinnor signifikant oftare rapporterade någon form av fysiska, psykiska eller sexuella övergrepp (5,8% versus 2,7%). Man såg också könsrelaterade mönster för typ av övergrepp, kvinnor rapporterade i högre utsträckning sexuellt våld (kvinnor 3,2% män 0,8%) samt systematiskt och upprepat psykiskt våld (kvinnor 2,7% och män 1,3%). Det fanns däremot ingen signifikant skillnad vad gäller fysiskt våld: män (0,9%) och kvinnor (0,7%) (45).

När man studerar livstidsförekomst av övergrepp är det vanligare att kvinnor är över-representerade bland de som är utsatta. I ABUEL-projektet rapporterade fler kvinnor än män att de genom livet varit utsatta för övergrepp som ledde till skador (kvinnor 5,4%, män 2,8%) och fler kvinnor hade erfarenheter av sexuella övergrepp (kvinnor 6,6%, män 2,7%) (23). I en studie genomförd i Sverige av vår forskargrupp undersökte vi livstidsförekomsten av fysiska, psykiska och sexuella övergrepp av alla typer av utövare bland personer mellan 60 och 85 år. Totalt rapporterade något fler män (27,6%) än kvinnor (24,8%) att de varit utsatta någon gång i livet (12). Mönstret som framträdde avseende vilken typ av övergrepp som rapporteras känns dock igen från studier bland yngre vuxna. Kvinnor rapporterade sju gånger så ofta sexuella övergrepp (kvinnor 15,1%, män 2,2%) och nästan tre gånger så ofta en partner som utövare (kvinnor 12,2%, män 4,2%). Män rapporterade i högre utsträckning ”annan” (ej partner eller familjemedlem) som utövare (män 23,1%, kvinnor 15,9%). En betydligt högre andel av de

¹ Egen översättning. Ordet ”skadas” är en översättning av det engelska ordet ”harmed” och ska inte tolkas som enbart fysiska skador.

kvinnor som varit utsatta för någon typ av övergrepp var också polyviktimerade, det vill säga hade varit utsatta för flera typer av våld (kvinnor 62,7%, män 25,8%) eller flera typer av utövare (kvinnor 40,9%, män 23,6%) (12). Inom forskningen som rör våld från en partner bland vuxna upp till 65 år har man sett liknande mönster; män och kvinnor rapporterar lika hög förekomst de senaste tolv månaderna, men kvinnor rapporterar högre livstidsförekomst av våld. En hypotes avseende orsakerna till detta är att kvinnor utsätts för allvarligare våld i parrelationer än män och att de därför är mer benägna att rapportera detta även när tidsperspektivet är långt (51).

En faktor som ytterligare försvårar bedömningen av om det finns könsskillnader i förekomst av våld mot äldre är att många studier av övergrepp mot äldre förlitar sig på mätningar med den ursprungliga eller reviderade Conflict Tactics Scale (CTS/CTS2) för att mäta fysiskt och psykiskt våld (28, 32, 52). CTS2 är mycket spridd globalt för att mäta förekomsten av våld och övergrepp i alla åldrar. Användandet av skalan har dock också debatterats flitigt då den tenderar att producera det som kallas för ”gender symmetry”, det vill säga män och kvinnor rapporterar lika hög förekomst av övergrepp även då andra mätmetoder som används i samma population inte gör det (53). En vanligt förekommande kritik mot skalan är att den inte fångar kontexten och konsekvenserna av våldet. Det innebär bland annat att den förekomst som uppmäts kan vara lika mellan könen men att kvinnor i mycket högre utsträckning är utsatta för allvarligare former av våld, mer upprepat våld och i betydligt högre utsträckning rapporterar negativa konsekvenser av våldet (54–61). Kritiken mot CTS2 har främst handlat om dess användande bland vuxna i allmänhet och den har hittills inte specifikt ifrågasatts i studier gjorda på äldre personer i samma utsträckning.

Utövare av våld

Vem som rapporteras som utövare av övergrepp mot äldre varierar också stort beroende på population och typ av övergrepp (32). Ofta är partners den vanligaste utövaren i studier från Europa och USA medan vuxna barn är vanligare utövare i studier från Asien (32). Detta är dock inte genomgående, en nationell amerikansk studie visade att 22% av de som varit utsatta för psykiska övergrepp och 27% av de som varit utsatta för fysiska övergrepp rapporterade enbart partners som utövare, 57% av de utsatta för psykiskt våld och 35% av de utsatta för fysiskt våld rapporterade endast andra utövare än partners medan resterande del rapporterade övergrepp både från partners och icke-partners (27). En annan studie från New York som inkluderade personer som deltog i hjälpprogram för äldre personer utsatta för övergrepp visade att 64% av de utsatta bodde tillsammans med utövaren av våldet och att den vanligaste utövaren i den gruppen var vuxna barn (63%) följt av andra släktingar (21%) och först därefter partners (16%). NCK:s svenska studie faller dock in i mönstret med en partner som den mest frekventa utövaren. I den studien rapporterade den absoluta majoriteten av de som varit utsatta för sexuellt våld att det var en partner som utsatt dem (90% av kvinnorna, 75% av männen). Gällande fysiskt våld rapporterade 44% av kvinnorna och 26% av männen att utövaren var en partner, medan 44% av kvinnorna och 17% av männen rapporterade en annan familjemedlem. Gällande psykiskt våld rapporterade ungefär 75% av både män och

kvinnor en partner som utövare (45). Även i den europeiska ABUEL-studien såg man att den vanligaste utövaren av psykiskt våld var en partner, men övervikten var inte lika stor (37% jämfört med barn/barnbarn 18%, andra släktingar 16%, vänner och bekanta 28% samt andra (inklusive personal) 21%). En potentiell orsak till att partnern var en så dominerande utövare i NCK:s studie kan vara att den studien omfattade en relativt ung grupp (60–74 år) och att man inte inkluderade ekonomiska övergrepp eller försummelse. Att vuxna barn ofta är utövaren av övergrepp bekräftas också av flera kvalitativa studier med både utsatta och professionella från olika delar av världen (5–7, 62, 63).

Risikfaktorer – Den socioekologiska modellen

Övergrepp mot äldre sker således i många olika typer av relationer och sammanhang. Nedan används den socioekologiska modellen som ett sätt att strukturera upp det vi känner till om riskfaktorer och skyddande faktorer för att drabbas av övergrepp, samtidigt som den visar på komplexiteten i fenomenet. Den socioekologiska modellen introducerades först av Bronfenbrenner (64) och har sedermera använts av bland annat WHO och amerikanska Centers for Disease Control and Prevention (CDC) för att bättre förstå olika typer av våld (65–67). Modellen har också upprepat använts inom forskningen om våld mot äldre, inklusive för att förstå äldres utsatthet för polyviktisering (17, 19, 32). Modellen inkluderar fyra nivåer som samvarierar och påverkar varandra. På individnivå återfinns sårbarheter som grundar sig på biologiska faktorer (exempelvis kön, ålder, funktionsnivå) eller den egna livshistorien (exempelvis tidigare utsatthet). På relationsnivån återfinns de närmaste relationer man har så som familj, vänner eller vårdgivare medan närmiljön innefattar riskfaktorer och skyddande faktorer där man bor och verkar, exempelvis ett särskilt boende. På samhällsnivå återfinns strukturer och värderingar i samhället som påverkar individen, exempelvis ålderism och genusstrukturer. Att det är viktigt att förstå äldres utsatthet för övergrepp inte bara utifrån specifika händelser utan grundat i de normer som råder i samhället slås fast även i Torontodeklarationen (2). Som betonats tidigare är en stor del av de studier som genomförts tvärsnittsstudier, vilket innebär att man inte kan säga något säkert om kausalitet och det kan även vara svårt att veta vad som är en riskfaktor och vad som är en konsekvens av övergreppen. Sannolikt kan många faktorer vara både och, vilket ytterligare förstärker utsattheten.

Faktorer på individnivå är det som är mest frekvent studerat, kanske snarare för att det är enklast att operationalisera och inkludera i studier än för att det självklart är dessa faktorer som spelar störst roll. Även andra modeller för att bättre förstå övergreppen och vad som kan göras för att hjälpa utsatta personer har presenterats. Gemensamt för dessa är att de ofta betonar vikten av att se övergreppen i sitt sammanhang, för att få en ökad förståelse för vad som händer och hur hjälp kan ges. En sådan modell som har fått en del spridning är ”Abuse Intervention Model” som understryker att fokus behöver ligga både på den utsatta äldre, utövaren, deras relation och det sammanhang de befinner sig i (68).

Individnivå – den utsatta

I de flesta studier (även om det finns undantag) finns en tydlig association mellan utsatthet för övergrepp och kognitiv sjukdom, nedsatt fysisk funktionsförmåga samt social isolering (15, 28, 36). **Kognitiv sjukdom** leder som tidigare nämnts ofta till att man exkluderas från studier, men i studier som inkluderar personer som vårdar anhöriga med kognitiv sjukdom anges ofta en mycket hög förekomst och det är en riskfaktor som ofta återkommer (28, 32, 36). Även **sänkt fysisk funktionsförmåga** och/eller att vara **beroende av andra för att klara sitt dagliga liv** har i många studier över världen visat sig vara associerat med både den totala förekomsten av övergrepp och när man undersökt specifika samband med fysiska, psykiska och ekonomiska övergrepp (27, 28, 32, 34, 36, 47, 50). Även **nedsatt fysisk hälsa** har i upprepade studier visat sig vara associerat med alla typer av övergrepp (32, 36, 50) även om undantag finns (27). **Psykisk ohälsa**, så som depression och ångest, är en av de faktorer som kanske tydligast både kan uppfattas som riskfaktor för att utsättas för övergrepp och som konsekvens av att man varit utsatt. Även om kausalitet inte kan fastställas så finns det en rad studier som tyder på ett samband (32, 36) men även för detta finns undantag (27). **Tidigare utsatthet** för övergrepp, både i barndomen och i vuxenlivet, är som nämnts ovan en stark riskfaktor för att utsättas för övergrepp även som äldre person (13, 14, 16, 25).

Vad gäller de sociodemografiska faktorernas association till utsatthet är osäkerheten större och resultaten varierar mer. Som redovisas ovan finns en osäkerhet vad gäller ett eventuellt samband mellan kön och utsatthet (32). **Ålder** är också en faktor där resultaten skiljer sig mellan olika studier (32). Vanligast är dock att man rapporterar en ökad förekomst bland yngre äldre (34, 41, 46, 50), men en del rapporterar att de äldsta äldre har en ökad förekomst (3, 69). Till viss del kan detta bero på vilken typ av övergrepp som studeras och att övergreppen möjligen tar sig olika uttryck i olika åldrar. Det har till exempel föreslagits att fysiskt och sexuellt våld från partners minskar med stigande ålder då utövarens fysiska förmågor minskar och att övergreppen då istället i högre utsträckning tar form av psykiska övergrepp (26). Andra menar att orsaken kan vara att yngre äldre i högre utsträckning bor tillsammans med partners och barn, vilka är de vanligaste utövarna av våld (50). Det ska dock betonas att sambandet mellan ålder och utsatthet vanligen diskuteras gällande studier gjorda i den allmänna befolkningen. I studier gjorda på särskilda boenden, som ofta huserar de äldsta och mest sköra äldre, tycks som tidigare nämnts förekomsten av övergrepp vara betydligt högre.

Låg inkomstnivå eller **låg socioekonomisk grupp** har mätts på olika sätt i studier men upprepat visat sig vara associerat med övergrepp även om resultaten divergerar lite och motsatta fynd också har rapporterats (23, 27, 29, 32, 34, 50). Ibland har man funnit att psykiska övergrepp snarare är associerat till tecken på högre socioekonomisk grupp. En studie fann till exempel att lönearbete var associerat till en ökad frekvens psykiska övergrepp medan det var associerat till en högre rapporterad förekomst av fysiska övergrepp att leva på socialbidrag eller sjuklön (29). I samma studie såg man att också **låg utbildningsnivå** var olika associerat till olika typer av övergrepp, nämligen en högre grad av utsatthet för ekonomiska övergrepp och en lägre grad av psykiska övergrepp. För fysiska och sexuella övergrepp sågs inget samband

(29). Även om förekomsten av övergrepp ofta har funnits vara högre i ekonomiskt mer utsatta grupper ska det dock understrykas att övergrepp förekommer i alla samhällsklasser.

Etnicitet har visat sig vara associerat till olika hög förekomst i en del amerikanska studier men mönstret varierar (28, 32, 34) och sambandet återfinns inte i alla studier (27). **Att inte vara född i landet** där undersökningen genomfördes var i ABUEL-studien inte associerat med att rapportera utsatthet för övergrepp i multivariata analyser (29). Man bör dock notera att liksom i de flesta studier så bygger datainsamlingen i ABUEL på att man talar landets språk på en tillräckligt hög nivå för att kunna svara på frågorna. Man får således inte ett representativt urval för de personer som inte talar språket.

Alkoholkonsumtion var associerat till ökad risk för psykiska övergrepp de senaste tolv mån i ABUEL-studien (30). I NCK:s svenska studie sågs en association mellan alkoholbruk och utsatthet för övergrepp för män men inte för kvinnor (45).

Individnivå – utövaren

Det saknas mycket kunskap om karakteristika hos den som utövar övergrepp mot äldre. Få högkvalitativa studier med detta fokus har genomförts varför osäkerheten vad det gäller nedanstående riskfaktorer får anses ännu större än de som gäller för den som är utsatt.

Vad gäller övergrepp mot personer som har behov av hjälp med aktiviteter i det dagliga livet och/eller har en kognitiv sjukdom har **hög vårdgivarbörda** eller **stress** upprepat visat sig vara vara en riskfaktor (15).

Psykisk ohälsa och **missbruk** har visat sig vara associerat med att utsätta äldre för övergrepp (15, 32, 50). Det finns också ett flertal studier som visar att utövaren av övergrepp har ökad sannolikhet att vara **beroende** av den de utsätter för våld både vad det gäller emotionellt stöd, ekonomisk hjälp, boende och andra typer av hjälp (32). Även manligt kön, fysisk ohälsa, en historia av problem med polisen, social isolering, att vara arbetslös, att ha ekonomiska problem och att uppleva stark stress har rapporterats som riskfaktorer för att utsätta äldre för övergrepp (50).

Relationsnivå

Svagt socialt nätverk har i upprepade studier visat sig vara associerat till övergrepp (15, 28, 41, 50). Att inte ha någon att prata med var associerat med övergrepp för kvinnor i NCK:s studie (45). Samtidigt rapporteras det kontinuerligt att ett starkt socialt stöd är associerat till lägre nivåer av övergrepp, det fungerar alltså som en skyddande faktor (32).

Relationsstatus har gett olika resultat i olika studier (32), ibland tycks gifta personer vara överrepresenterade och ibland är det istället associerat med övergrepp att vara skild eller separerad (34).

Närmiljö

Faktorer associerade med miljön och den kultur som råder på särskilda boenden spelar sannolikt roll för risken att utsättas för övergrepp där. I en kvalitativ studie med chefer för särskilda boenden i Norge såg man att aggressioner mellan boenden på särskilda boenden

nästan var normaliserat, medan man hade betydligt svårare att kännas vid att personal skulle utsätta boenden för övergrepp (70). Som tidigare nämnts vittnar dock anställda på särskilda boenden själva i hög grad om övergrepp de bevittnat eller själva utfört (8). För denna typ av övergrepp spelar sannolikt arbetsmiljö en viss roll, då personal som har symtom på psykisk stress eller utbrändhet oftare vittnar om att de utsatt boenden för övergrepp (71, 72). Att under det senaste året ha övervägt att sluta på jobbet har också rapporterats vara associerat med att utsätta boenden för övergrepp (72).

Samhällsnivå

Hur normer och värderingar i samhället påverkar förekomsten av övergrepp är ofta svårt att studera och det finns få empiriska studier som har undersökt detta (32). Som tidigare nämnts varierar förekomsten stort mellan olika länder (3, 23, 26, 29) men vad detta beror på är svårt att veta säkert. Förekomsten varierar stort även mellan länder på samma kontinent, men det har upprepat rapporterats om en högre förekomst i asiatiska länder (3, 31). Antalet studier varierar dock betydligt mellan olika kontinenter, med betydligt fler genomförda studier i USA och Europa och en klar underrepresentation av studier genomförda i länder i Afrika (28). En del menar att kulturella skillnader i sätt att leva spelar stor roll både för förekomst och om man väljer att söka hjälp för det man är med om. Det kan till exempel finnas kulturella skillnader i hur man ser på förhållandet mellan generationer och vad som förväntas av en som yngre respektive äldre släkting (3, 5, 62).

Det verkar även som att det spelar en betydande roll hur samhället ser på äldre och åldrande. Samhällen präglade av mer strukturell ålderism har visat sig ha en högre förekomst av övergrepp mot äldre (73).

Utöver dessa genomgripande attityder i samhället kan även händelser på samhällsnivå leda till att förekomsten av övergrepp påverkas. Det har nu exempelvis börjat komma studier som rapporterar om en ökad förekomst av olika typer av övergrepp mot äldre i spåren av Covid-19-pandemin (69, 74).

Konsekvenser av övergrepp mot äldre

Som redan noterats är de flesta studier som genomförs om övergrepp mot äldre tvärsnittsstudier och man kan därför inte säkert uttala sig om hur det kausala sambandet mellan övergrepp och ohälsa ser ut. En stor mängd studier talar dock för starka associationer till flertalet negativa hälsokonsekvenser. Samtidigt anses alltså ofta både fysisk och psykisk ohälsa som riskfaktorer för övergrepp mot äldre. Då vi också vet att övergrepp i barndomen och i tidigare vuxenliv är associerat med långvariga hälsokonsekvenser i ålderdomen (12, 14, 16, 23, 24) samt att övergrepp tidigare i livet är en stark riskfaktor för övergrepp hos äldre personer (13, 14, 16) är det svårt att särskilja vad som är riskfaktor och vad som är konsekvens av övergreppen. Man kan också tänka sig att sambandet går åt båda hållen, det vill säga övergrepp och ohälsa förstärker varandra.

Ohälsa samt behov av vård och omsorg

Upprepade studier har funnit samband mellan utsatthet för övergrepp och olika mått på **psykisk ohälsa**, exempelvis depression, ångest och symptom på posttraumatisk stress sjukdom (PTSD) (28, 45, 50, 75, 76). Även olika typer av **fysisk sjukdom**, exempelvis högt blodtryck och hjärtsjukdom, har visat sig vara associerat till att ha varit utsatt för övergrepp liksom **kronisk smärta** och **huvudvärk** (30, 76, 77). Det finns också studier där man funnit associationer till **ökat användande av sjukvård**, bland annat antalet akutbesök, antalet sjukhusinläggningar samt återinläggning inom 30 dagar (28, 30, 50, 76). Det finns även en association mellan utsatthet och ökat behov av att flytta till särskilt boende (50, 76).

Sociala och relationella konsekvenser

Övergrepp mot äldre är också associerat med lägre rapporterad livskvalitet (78, 79) och kan få allvarliga konsekvenser för hur den som drabbas ser på världen och förhåller sig till omgivningen. Utsatta äldre vittnar om hur de tappar tilltron till omgivningen, får en mer negativ syn på andra människors agerande och misstror deras intentioner (45, 80). Djupa känslor av skam och skuld följer också i spåren av att bli utsatt (80).

Liksom för många andra faktorer kan den association som ofta rapporteras mellan utsatthet för övergrepp och brister i det sociala nätverket (45, 79) sannolikt både vara en orsak till utsatthet och en konsekvens av de övergrepp som sker. Att isolera någon från hans sociala nätverk är också en typ av övergrepp i sig självt.

Hjälpsökande bland utsatta äldre

Många äldre väljer att inte söka hjälp för de övergrepp de är utsatta för (11, 50, 81). I en stor amerikansk nationell studie om övergrepp mot äldre såg man exempelvis att endast 15,4% av alla äldre som rapporterade att de hade varit utsatta för övergrepp också hade sökt hjälp (81). Samtidigt uppgav många utsatta äldre i en annan amerikansk studie att de skulle behöva mer hjälp än de får för tillfället (82). Vidare rapporterades att många utsatta äldre inte vet vilken hjälp som finns eller hur de ska navigera mellan olika instanser de faktiskt känner till. I vissa fall låg problemen på en väldigt konkret nivå; för en del var det svårt att rent fysiskt ta sig till hjälpen då hjälp med transport saknas eller för att man är obekant med den teknik som krävs för att nå hjälpen. En del blev i stället aktivt förhindrade att söka hjälp av utövaren eller andra anhöriga och för en del spelade kostnaden in. En del beskrev också att hjälpen som fanns var inadekvat, en del hade exempelvis kontaktat hälso- och sjukvården men inte blivit bemötta med respekt. De uppfattade också att samordningen mellan olika hjälpgivare var för dålig. Samtidigt rapporterades också interna barriärer mot hjälpsökande så som att man skäms för mycket för situationen och därför inte har sökt hjälp. Att möta engagerade och omtänksamma vårdgivare ansågs viktigt (82).

Faktorer som påverkar hjälpsökande tycks till viss del vara kulturellt betingade. En studie från Iran beskriver till exempel starka inslag av religiösa och hedersrelaterade barriärer för hjälpsökande som sannolikt inte är lika framträdande i Sverige (62). Å andra sidan finns det

också stora likheter mellan studier gjorda i olika delar av världen, utsatta äldre vittnar exempelvis ofta om skamkänslor i förhållande till att bli utsatta, att de inte vet vart de ska vända sig för att få hjälp, att de undviker att söka hjälp för att skydda utövaren av våldet eller andra familjemedlemmar. Även beroende av andra för att kunna söka hjälp samt fysiska begränsningar till följd av åldrande har rapporterats i flera internationella studier (5–7, 62, 83).

Förhållandet till utövaren av våld påverkar sannolikheten att äldre personer söker hjälp i efterförloppet av övergrepp. När det handlar om fysiska eller emotionella övergrepp har man funnit att barriären mot hjälpsökande är högre om utövaren av våldet är barn eller barnbarn (6). Förhållandet till vuxna barn är dock komplext. Forskning visar att engagerade närstående, ofta vuxna barn, är viktiga för att utsatta äldre ska söka formell hjälp. Det har därför föreslagits att man ska rikta informationskampanjer om tillgänglig hjälp även till de som har äldre personer i sin omgivning som är utsatta (84).

Sannolikheten att man använder de tjänster som erbjuds kan också variera med typ av våld man är utsatt för (40). Faktorer som visat sig vara associerade med att söka hjälp är att rapportera utsatthet för fysiskt våld och/eller polyviktisering samt om utövaren av våldet var tidigare känd hos polisen (40, 81). Lägre sannolikhet för att söka hjälp sågs istället om den utsatta var beroende av utövaren och om utövaren hade ett stort nätverk av vänner (81). Egen motivation för att söka hjälp är sannolikt också en viktig faktor. En studie visade till exempel att personer som sökt på eget initiativ eller med hjälp av familjemedlemmar hade högre sannolikhet att utnyttja de tjänster som fanns tillgängliga än de som hade blivit remitterade av någon samhällstjänst. I enlighet med detta såg man också att de som själva upplevde behovet som stort hade större chans att fullfölja insatserna, medan det inte fanns något samband med hur professionella värderade behovet och sannolikheten att man skulle utnyttja tillgängliga resurser (40). Att tidigare ha sökt hjälp var också associerat med högre utnyttjande av resurser vilket skulle kunna indikera att det är en process att hantera situationen. Man kan behöva söka flera gånger och bara för att man ger upp vid ett tillfälle så betyder det inte att man inte återkommer och försöker igen (40).

Att som professionell upptäcka utsatthet för övergrepp hos äldre personer

Eftersom det är så pass ovanligt att utsatta äldre själva väljer att berätta om de övergrepp de är med om är det viktigt att professionella är uppmärksamma på möjligheten att den äldre personen är eller har varit utsatt för övergrepp samt att de ställer frågor om detta. Hälso- och sjukvården bedöms ofta vara en viktig plats för att identifiera övergrepp mot äldre då man möter en stor del av den äldre befolkningen (28, 85–87).

Socialstyrelsen uppmanar hälso- och sjukvårdens personal att ställa frågor om våld till alla vuxna patienter som ”visar symptom eller tecken som väcker misstanke om att hon eller han har utsatta för våld eller andra övergrepp av en närstående” (88). Det finns dock inget tydligt mönster av fysiska skador som säkert identifierar övergrepp hos äldre. Det finns studier där man tittat på skadeförekomst hos de som söker sjukhusvård och man har då sett att äldre utsatta för fysiska övergrepp ofta har blåmärken i ansiktet, på armarna samt baksidan av kroppen

inklusive bröstrygg, ländrygg och rumpa. När skador/frakturer förekommer ses de oftast i ansiktet eller på armarna (50, 89, 90). Dessa skador och blåmärken kan dock inte anses vara diagnostiska utan bör endast fungera som en varningssignal (50). Många äldre har en ökad benägenhet att exempelvis uppvisa blåmärken relaterat till behandling med blodförtunnande läkemedel eller skör hud. Många har också en betydligt ökad risk för fall och skador efter fall. Av denna anledning finns det en uppenbar risk att man som professionell inte tänker på att blåmärken och andra skador kan vara tecken på övergrepp. På motsvarande sätt finns en risk att man misstänker att skador beror på övergrepp när de i själva verket är en del av patientens symtombild (50, 91). Utöver fysiska skador gäller att alla de konsekvenser av övergrepp som beskrivs ovan kan ses som potentiella tecken eller symptom på övergrepp. Det gör att gruppen äldre patienter som bör få frågor om övergrepp bli väldigt stor och bred. Att rutinmässigt ställa frågor om övergrepp till alla äldre patienter kan övervägas. Ett sådant förfarande har utvärderats i USA och man fann då att det inte fanns tillräckligt med studieunderlag vare sig för att säkert kunna fastställa nytta eller risker med att agera på det sättet (92).

Formulär för att ställa frågor om övergrepp

Med tanke på hur vanligt förekommande övergrepp mot äldre är och de negativa konsekvenserna det får är det dock med stor sannolikhet så att en betydligt högre andel än de som idag får frågor om övergrepp bör få det framgent. Ett sätt att ställa frågor om övergrepp är att använda sig av frågeformulär för detta (86, 93). Internationellt finns flera instrument med delvis olika infallsvinkel. En del frågeformulär undersöker faktiska erfarenheter av övergrepp medan andra fokuserar på risk att drabbas av övergrepp. Ytterligare andra är skattningsskalor som kliniker fyller i för att identifiera personer med ökad risk att utsättas för övergrepp (93–100). Tyvärr har flera av instrumenten bara genomgått en begränsad vetenskaplig utvärdering, alternativt visat sig fungera ganska dåligt i tester. På svenska finns [FREDA-kortfrågor \(PDF\)](#) som har tagits fram av Socialstyrelsen och finns fritt tillgängligt (101). Formuläret är i första hand tänkt att användas i intervjuform och inkluderar fem frågor, ekonomiska övergrepp innefattas dock inte. Inom det forskningsprojektet som författaren till denna genväg leder, REAGERA (Responding to Elder Abuse in GERiAtric care), har vi också tagit fram ett frågeformulär för att upptäcka övergrepp mot äldre, REAGERA-S (102). Det instrumentet består av nio frågor om olika typer av utsatthet samt en fråga om lidande till följd av övergrepp. Det är tänkt att patienten i första hand själv ska läsa och fylla i svaren, men för de personer som av olika anledningar har svårt att läsa eller kryssa i svaren så kan frågorna även ställas muntligt. REAGERA-S finns översatt till tio olika språk och går att ladda ner från [forskningsprojektets websida](#).

Alla instrument som inkluderar direkta frågor till patienten ska ses som ett sätt att ställa frågor. Inget instrument har förmågan att avgöra allvarlighetsgraden av övergrepp, vilka konsekvenser händelserna har fått eller vilken hjälp som personen i fråga behöver eller vill ha. För detta krävs ett fördjupat samtal med personen och instrumenten ska alltså ses som hjälp för professionella att öppna upp för samtal om övergrepp med äldre personer.

För en del äldre personer, i första hand de med kognitiv sjukdom, kan frågeformulär för att

ställa direkta frågor om utsatthet fungera dåligt. För denna grupp kan instrument där personal skattar risken för utsatthet vara bättre att använda. Det finns också exempel på instrument där man ställer frågor till anhöriga om utövande av övergrepp. Inga sådana instrument på svenska har dock validerats i dagsläget. Som en fortsättning på det tidigare nämnda REAGERA-projektet kommer under de närmaste åren vår forskargrupp ta fram och testa nya metoder för att prata med personer med kognitiv sjukdom kring deras utsatthet för övergrepp.

Insatser för att hjälpa utsatta äldre

En stor bidragande orsak till att personal inom vård och omsorg tvekar inför att ställa frågor om övergrepp är att det ofta saknas tydliga riktlinjer för hur man ska hantera svaret (103). Tyvärr saknas i princip helt och hållet välgjorda studier som skulle kunna ligga till grund för evidensbaserade insatser för att hjälpa utsatta äldre. Allt för få studier har alls genomförts och flertalet av de som har gjorts håller låg vetenskaplig kvalitet (32, 50, 100, 104–107).

Framför allt i USA, men även i en del andra länder, talas det allt mer om behovet av traumamedveten vård och omsorg² (108, 109). Detta förhållningssätt har föreslagits vara väl lämpat i arbetet med att hjälpa utsatta äldre (106). Hittills har det i Sverige mest applicerats gällande barn och ungdomar men förhållningssättet kan appliceras oavsett ålder på de personer man träffar. Grunden i traumamedveten vård och omsorg är en förståelse för att övergrepp är vanligt förekommande och att olika traumatiska händelser påverkar individen på en rad olika sätt. Traumamedvetenhet innebär också en förståelse för att en del reaktioner och beteenden som utsatta uppvisar är symptom på de trauman de varit med om och att de i vissa fall kan fungera som coping-strategier. En ökad förståelse för hur vanligt förekommande trauman är, och hur det påverkar de som drabbas, påverkar också hur man pratar med och undersöker patienter. En mycket viktig aspekt av traumamedveten vård och omsorg är att försöka återge den utsatta personen makten och kontrollen över sitt eget liv, att respektera hans vilja och involvera dem i de åtgärder som sker (63, 106).

Just vikten av respekt för den äldres egna önskningar betonas i flertalet studier bland både äldre och professionella. En hög barriär för att söka hjälp är att man tror att man ska tvingas till åtgärder mot familjemedlemmar som man inte är intresserad av. Få äldre vill till exempel bryta kontakten med sina vuxna barn eller försätta barnen i en svår situationen även om de är utövare av övergreppen (7, 11, 110). Ganska ofta kan att hjälpa den äldre alltså betyda att hjälpa utövaren av övergrepp. Även om den äldre är det primära fokuset bör man vara öppen för att det kan komma att krävas att man riktar hjälpinsatser till utövaren för att övergreppen ska minska och för att man ska kunna bibehålla engagemang från den äldre själv. Det finns indikationer på att insatser som riktar sig både mot den äldre och hans anhöriga är mer effektiva än de som bara riktar sig mot den ena eller andra partnern (107). Återigen bör det också betonas att övergrepp mot äldre ofta är mycket komplexa situationer, att det kan behövas flera försök att hjälpa innan man eventuellt lyckas och att det är viktigt att arbetet sker tillsammans med den äldre personen, som ska ha makt och inflytande över vad som händer (11, 106).

² På engelska används termen ”trauma informed care” vilket ibland översätts med ”traumamedveten omsorg” men då förhållningssättet är applicerbart inom all verksamhet inom hälso- och sjukvård samt socialtjänsten har jag här översatt det med ”traumamedveten vård och omsorg”.

I brist på väldefinierade insatser med stark evidens har man ändå föreslagit en del typer av insatser som är värda att studera vidare (32, 110).

- **Multiprofessionella team:** Att utsatta äldre ofta har komplexa behov som kräver insatser från flera typer av professioner råder det närmast konsensus om. Av denna anledning föreslås ofta att man bör arbeta i multiprofessionella team för att nå framgång. Inte heller detta har dock studerats särskilt väl ännu och även om det anses vara en lovande strategi finns ingen välgjord studie som kan bekräfta detta (32, 100, 104, 110).
- **Hjälp till anhörigvårdare:** Det finns indikationer på att man kan minska andelen re-viktimiserade och fördröja tiden tills första övergreppet genom att på olika sätt lätta på bördan för anhörigvårdare, exempelvis genom hemtjänst och daglig verksamhet (32). Som tidigare beskrivits är beroenderelationer mellan utövare och utsatta vanligt. Detta kan försvåra hjälpsökande men understryker också vikten av att hjälpsatser måste inkludera en värdering av hur utsatta äldre ska få sitt behov av hjälp i vardagen tillgodosett (11).
- **Hjälp att hantera ekonomin:** Det finns en rad fallstudier som visar att hjälp att hantera sin ekonomi kan minska risken att utsättas för ekonomiska övergrepp, särskilt för personer med kognitiv sjukdom som har ett dåligt socialt nätverk (32).
- **Stödtelefon:** Fallstudier rapporterar positiva effekter av stödtelefoner dit utsatta kan ringa anonymt och få stöd och hjälp att hantera sin situation. I en del länder är detta organiserat specifikt för äldre. Eftersom skam och skuld ofta är associerat med övergrepp mot äldre kan det vara en fördel att man kan ringa anonymt (32).
- **Skyddade boenden:** De skyddade boenden som finns för kvinnor är ofta inte anpassade efter äldre personers behov, till exempel är många inte handikappanpassade och den vård och omsorg som många äldre personer är i behov av kan saknas (26, 32). Dessutom är det stöd som ges på sådana boenden vanligen fokuserat på våld i parrelationer medan många äldre utsätts av vuxna barn där situationen och behoven kan vara väldigt annorlunda. Det finns ett fåtal studier som indikerar att skyddade boenden speciellt anpassade för äldres behov kan vara värdefulla (32).

Sammanfattning

Övergrepp mot äldre personer är vanligt förekommande och associerat till olika typer av fysisk och psykisk ohälsa samt sänkt livskvalitet. Den rapporterade förekomsten av övergrepp mot äldre varierar kraftigt mellan olika studier beroende på studiedesign men en vanlig uppskattning är att 10–15% av personer över 60 år i den allmänna populationen varit utsatta för någon typ av övergrepp de senaste tolv månaderna. I urval som innefattar personer med kognitiv sjukdom eller som genomförs på särskilt boende är den rapporterade förekomsten vanligen betydligt högre. Äldre utsätts i parrelationer, av vuxna barn men också av vård- och omsorgspersonal. Vanligast förekommande är psykiska övergrepp men även ekonomiska, fysiska övergrepp och sexuella övergrepp samt försummelse förekommer i allt för hög utsträckning. En stor andel av

de äldre som drabbas av övergrepp utsätts dessutom vid upprepade tillfällen eller för flera typer av övergrepp, så kallad polyviktisering. De mest frekvent rapporterade riskfaktorerna för att drabbas av övergrepp bland äldre personer är kognitiv sjukdom och sänkt fysisk funktionsförmåga. Även social isolering är en stark riskfaktor medan ett starkt socialt nätverk skyddar.

Kliniska implikationer

Trots att övergrepp är så vanligt förekommande och starkt associerat både med ohälsa och ett ökat antal besök i sjukvården är äldres utsatthet ofta okänt för vårdgivare. Samtidigt rapporterar många utsatta äldre att de skulle behöva mer hjälp än de får i dagsläget. Vårdpersonal bör därför i högre utsträckning ställa frågor till äldre patienter om utsatthet för övergrepp. Åtminstone två frågeformulär som kan användas som stöd i det arbetet finns på svenska, [FREDA kortfrågor \(PDF\)](#) och [REAGERA-S \(websida\)](#). För att utsatta äldre ska få så bra hjälp som möjligt bör man också arbeta för att ta fram riktlinjer för hur omhändertagandet ska ske. Tyvärr saknas idag evidensbaserade metoder både för primär, sekundär och tertiär prevention av övergrepp mot äldre och betydligt mer forskning inom området krävs framöver. Vilka insatser som är verksamma är sannolikt beroende av vilken typ av övergrepp som skett. I de fall övergreppen kan relateras till en tung vårdgivarbörda för anhöriga finns det indikationer på att insatser i form av ökad hemtjänst eller dagvård kan vara av godo. Begreppet övergrepp mot äldre innehåller dock även en hel del andra typer av övergrepp där detta sannolikt inte är den åtgärd som primärt behövs. Behoven är individuella och måste bedömas från fall till fall. Med tanke på frågans komplexitet rekommenderas ofta omhändertagande i multiprofessionella team även om inte heller detta har studerats tillräckligt väl ännu.

Metodbeskrivning av litteratursökningen

Till största delen användes databasen Google Scholar för att ta fram de artiklar som ligger till grund för denna översikt. Exempel på sökord som användes var olika kombinationer av "Elder Abuse", "Risk factors", "Prevalence", "Health care response", "Health consequences", "Poly-victimization", "Intervention", "Screening" och "Prevention". Sökningar genomfördes under perioden maj–augusti 2021 och tidsperioden för publikationerna begränsades till 2010–2021. En del äldre studier, framför allt metodlitteratur, som bedömdes särskilt relevanta inkluderades också. Då antalet träffar på de flesta sökningarna var mycket stort gjordes en selektion av artiklarna som granskades. Titlar och abstract granskades och de artiklar som bedömdes mest relevanta för frågeställningarna inkluderades. Meta-analyser, översiktsartiklar och stora populationsstudier prioriterades även om en del mindre kvantitativa studier och kvalitativa studier som var relevanta för olika aspekter av innehållet också inkluderades. En del studier kända sedan tidigare samt en del som framkom med hjälp av referenslistor på de genomgångna artiklarna inkluderades också. Då detta är en bred översikt över ett mycket brett forskningsfält ska genomgången alltså inte ses som uttömmande.

Referenser

1. Mysyuk Y, Westendorp RGJ, Lindenberg J. Added value of elder abuse definitions: A review. *Ageing Research Reviews*. 2013;12(1):50-7.
2. WHO. The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. 2002.
3. Sooryanarayana R, Choo W-Y, Hairi NN. A review on the prevalence and measurement of elder abuse in the community. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2013;14(4):316-25.
4. Socialstyrelsen. Våld. Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. 2016. Contract No.: 2016-6-37.
5. Yan E. Elder Abuse and Help-Seeking Behavior in Elderly Chinese. *Journal of Interpersonal Violence*. 2015;30(15):2683-708.
6. Dow B, Gahan L, Gaffy E, Joosten M, Vrantsidis F, Jarred M. Barriers to Disclosing Elder Abuse and Taking Action in Australia. *J Fam Violence*. 2020;35(8):853-61.
7. Fraga Dominguez S, Storey JE, Glorney E. Help-Seeking Behavior in Victims of Elder Abuse: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*. 2021;22(3):466-80.
8. Botngård A, Eide AH, Mosqueda L, Malmedal W. Elder abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC Health Services Research*. 2020;20(1):9.
9. Burnes D, Lachs MS, Burnette D, Pillemer K. Varying Appraisals of Elder Mistreatment Among Victims: Findings from a Population-Based Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2019;74(5):881-90.
10. Naughton C, Drennan J, Lyons I, Lafferty A. The relationship between older people's awareness of the term elder abuse and actual experiences of elder abuse. *International Psychogeriatrics*. 2013;25(8):1257-66.
11. Storey JE, Perka MR. Reaching Out for Help: Recommendations for Practice Based on an In-Depth Analysis of an Elder Abuse Intervention Programme. *The British Journal of Social Work*. 2018;48(4):1052-70.
12. Simmons J, Swahnberg K. Lifetime prevalence of polyvictimization among older adults in Sweden, associations with ill-health, and the mediating effect of sense of coherence. *BMC Geriatrics*. 2021;21(1):129.
13. Wang B, Dong X. Life Course Violence: Child Maltreatment, IPV, and Elder Abuse Phenotypes in a US Chinese Population. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2019;67(S3):S486-S92.
14. Kong J, Easton SD. Re-experiencing Violence Across the Life Course: Histories of Childhood Maltreatment and Elder Abuse Victimization. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2018;74(5):853-7.
15. Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and ageing*. 2013;42(3):292-8.

16. Easton SD, Kong J. Childhood Adversities, Midlife Health, and Elder Abuse Victimization: A Longitudinal Analysis Based on Cumulative Disadvantage Theory. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2020.
17. Teaster PB. A framework for polyvictimization in later life. *Journal of elder abuse & neglect*. 2017;29(5):289-98.
18. Ramsey-Klawnsnik H. Older adults affected by polyvictimization: A review of early research. *Journal of elder abuse & neglect*. 2017;29(5):299-312.
19. Hamby SP, Smith AB, Mitchell KP, Turner HP. Poly-victimization and resilience portfolios: Trends in violence research that can enhance the understanding and prevention of elder abuse. *Journal of elder abuse & neglect*. 2016;28(4-5):217-34.
20. Ramsey-Klawnsnik H, Miller E. Polyvictimization in later life: Trauma-informed best practices. *Journal of elder abuse & neglect*. 2017;29(5):339-50.
21. Williams JL, Racette EH, Hernandez-Tejada MA, Acierno R. Prevalence of Elder Polyvictimization in the United States: Data From the National Elder Mistreatment Study. *J Interpers Violence*. 2017:886260517715604.
22. Nuccio AG, Stripling AM. Resilience and post-traumatic growth following late life polyvictimization: A scoping review. *Aggress Violent Beh*. 2021;57:101481.
23. Eslami B, Viitasara E, Macassa G, Melchiorre MG, Lindert J, Stankunas M, et al. The prevalence of lifetime abuse among older adults in seven European countries. *International Journal of Public Health*. 2016;61(8):891-901.
24. Maschi T, Baer J, Morrissey MB, Moreno C. The Aftermath of Childhood Trauma on Late Life Mental and Physical Health: A Review of the Literature. *Traumatology*. 2013;19(1):49-64.
25. Dong X, Wang B. Associations of Child Maltreatment and Intimate Partner Violence With Elder Abuse in a US Chinese Population. *JAMA internal medicine*. 2019;179(7):889-96.
26. Yon Y, Mikton C, Gassoumis ZD, Wilber KH. The prevalence of self-reported elder abuse among older women in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2019;20(2):245-59.
27. Rosay AB, Mulford CF. Prevalence estimates and correlates of elder abuse in the United States: The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey. *Journal of elder abuse & neglect*. 2017;29(1):1-14.
28. Dong XQ. Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2015;63(6):1214-38.
29. Lindert J, de Luna J, Torres-Gonzales F, Barros H, Ioannidi-Kopolou E, Melchiorre MG, et al. Abuse and neglect of older persons in seven cities in seven countries in Europe: a cross-sectional community study. *International Journal of Public Health*. 2013;58(1):121-32.
30. Macassa G, Viitasara E, Sundin Ö, Barros H, Gonzales FT, Ioannidi-Kapolou E, et al. Psychological abuse among older persons in Europe: a cross-sectional study. *Journal of aggression, conflict and peace research*. 2013.

31. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2017;5(2):e147-e56.
32. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *The Gerontologist*. 2016;56(Suppl_2):S194-S205.
33. Cooper C, Maxmin K, Selwood A, Blanchard M, Livingston G. The sensitivity and specificity of the Modified Conflict Tactics Scale for detecting clinically significant elder abuse. *International psychogeriatrics / IPA*. 2009;21(4):774-8.
34. Burnes D, Pillemer K, Caccamise PL, Mason A, Henderson Jr CR, Berman J, et al. Prevalence of and risk factors for elder abuse and neglect in the community: a population-based study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2015;63(9):1906-12.
35. Kelfve S, Thorslund M, Lennartsson C. Sampling and non-response bias on health-outcomes in surveys of the oldest old. *European journal of ageing*. 2013;10(3):237-45.
36. Storey JE. Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggress Violent Beh*. 2020;50:101339.
37. Cooper C, Selwood A, Blanchard M, Walker Z, Blizzard R, Livingston G. Abuse of people with dementia by family carers: representative cross sectional survey. *BMJ*. 2009;338:b155.
38. Fang B, Yan E. Abuse of Older Persons With Dementia: A Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2018;19(2):127-47.
39. Wiglesworth A, Mosqueda L, Mulnard R, Liao S, Gibbs L, Fitzgerald W. Screening for abuse and neglect of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58(3):493-500.
40. Burnes D, Rizzo VM, Gorroochurn P, Pollack MH, Lachs MS. Understanding Service Utilization in Cases of Elder Abuse to Inform Best Practices. *Journal of Applied Gerontology*. 2016;35(10):1036-57.
41. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, et al. 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*. 2010;100(2):292-7.
42. Dong X, Chen R, Simon MA. Elder Abuse And Dementia: A Review Of The Research And Health Policy. *Health Affairs*. 2014;33(4):642-9.
43. Donder LD, Lang G, Ferreira-Alves J, Penhale B, Tamutiene I, Luoma M-L. Risk factors of severity of abuse against older women in the home setting: A multinational European study. *Journal of Women & Aging*. 2016;28(6):540-54.
44. Nationellt Centrum för kvinnofrid N. Våld och Hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt koppling till hälsa. Uppsala; 2014. Report No.: NCK-rapport 2014:1.

45. Ahnlund P, Andersson T, Snellman F, Sundström M, Heimer G. Prevalence and Correlates of Sexual, Physical, and Psychological Violence Against Women and Men of 60 to 74 Years in Sweden. *Journal of Interpersonal Violence*. 2020;35(5-6):1539-61.
46. Olofsson N, Lindqvist K, Danielsson I. Fear of crime and psychological and physical abuse associated with ill health in a Swedish population aged 65-84 years. *Public Health*. 2012;126(4):358-64.
47. Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*. 2018;29(1):58-67.
48. Botngård A, Eide AH, Mosqueda L, Malmedal W. Resident-to-resident aggression in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC Geriatrics*. 2020;20(1):222.
49. Ramsey-Klawnsnik H, Heisler C. Polyvictimization in later life. *Victimization of the Elderly and Disabled*. 2014;17 (1)(May/June).
50. Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse. *The New England journal of medicine*. 2015;373(20):1947-56.
51. Nybergh L, Taft C, Enander V, Krantz G. Self-reported exposure to intimate partner violence among women and men in Sweden: results from a population-based survey. *BMC Public Health*. 2013;13(1):845.
52. Straus MA, Hamby SL, Boney - MacCoy S, Sugarman DB. The revised conflict tactics scales (CTS2). Development and preliminary psychometric data. *Journal of family issues*. 1996;17(3):283-316.
53. Hamby S. Intimate Partner and Sexual Violence Research: Scientific Progress, Scientific Challenges, and Gender. *Trauma Violence Abus*. 2014;15(3):149-58.
54. Hamby S. Self-Report Measures That Do Not Produce Gender Parity in Intimate Partner Violence: A Multi-Study Investigation. *Psychol Violence*. 2016;6(2 323-335.):323-35.
55. Lehrner A, Allen NE. Construct Validity of the Conflict Tactics Scales: A Mixed-Method Investigation of Women's Intimate Partner Violence. *Psychol Violence*. 2014;4(4):477-90.
56. Follingstad DR, Rogers MJ. Validity Concerns in the Measurement of Women's and Men's Report of Intimate Partner Violence. *Sex Roles*. 2013;69(3-4):149-67.
57. Straus MA. Blaming the messenger for the bad news about partner violence by women: the methodological, theoretical, and value basis of the purported invalidity of the conflict tactics scales. *Behavioral sciences & the law*. 2012;30(5):538-56.
58. McHugh MC, Livingston NA, Ford A. A postmodern approach to women's use of violence: Developing multiple and complex conceptualizations. *Psychology of Women Quarterly*. 2005;29(3):323-36.

59. Hamby S. The Gender Debate About Intimate Partner Violence: Solutions and Dead Ends. *Psychol Trauma-U.S.* 2009;1(1):24-34.
60. Langhinrichsen-Rohling J. Controversies Involving Gender and Intimate Partner Violence in the United States. *Sex Roles.* 2010;62(3-4):179-93.
61. Johnson MP. A typology of violence: intimate terrorism, violent resistance and situational couple violence. Boston: Northeastern University Press; 2008.
62. Adib M, Esmacili M, Zakerimoghadam M, Nayeri ND. Barriers to help-seeking for elder abuse: A qualitative study of older adults. *Geriatr Nurs.* 2019;40(6):565-71.
63. Truong C, Burnes D, Alaggia R, Elman A, Rosen T. Disclosure among victims of elder abuse in healthcare settings: a missing piece in the overall effort toward detection. *Journal of elder abuse & neglect.* 2019;31(2):181-90.
64. Bronfenbrenner U. Ecology of the Family as a Context for Human-Development - Research Perspectives. *Dev Psychol.* 1986;22(6):723-42.
65. Heise LL. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women.* 1998;4(3):262-90.
66. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
67. Centers for Disease Control and Prevention. The Social-Ecological Model: A framework for prevention 2021 [Available from: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/about/social-ecologicalmodel.html>].
68. Mosqueda L, Burnight K, Gironda MW, Moore AA, Robinson J, Olsen B. The Abuse Intervention Model: A Pragmatic Approach to Intervention for Elder Mistreatment. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2016;64(9):1879-83.
69. Du P, Chen Y. Prevalence of elder abuse and victim-related risk factors during the COVID-19 pandemic in China. *BMC Public Health.* 2021;21(1):1096.
70. Myhre J, Saga S, Malmedal W, Ostaszkievicz J, Nakrem S. Elder abuse and neglect: an overlooked patient safety issue. A focus group study of nursing home leaders' perceptions of elder abuse and neglect. *BMC Health Services Research.* 2020;20(1):199.
71. Drennan J, Lafferty A, Treacy MP, Fealy G, Phelan A, Lyons I, et al. Older people in residential care settings: Results of a national survey of staff-resident interactions and conflicts. 2012.
72. Botngård A, Eide AH, Mosqueda L, Blekken L, Malmedal W. Factors associated with staff-to-resident abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC Health Services Research.* 2021;21(1):244.
73. Chang E-S, Monin JK, Zeltermann D, Levy BR. Impact of structural ageism on greater violence against older persons: a cross-national study of 56 countries. *Bmj Open.* 2021;11(5):e042580.

74. Chang ES, Levy BR. High Prevalence of Elder Abuse During the COVID-19 Pandemic: Risk and Resilience Factors. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2021.
75. Mehra A, Grover S, Agarwal A, Bashar M, Avasthi A. Prevalence of Elder Abuse and its Association with Psychiatric Morbidity in a Rural Setting. *J Neurosci Rural Pract*. 2019;10(02):218-24.
76. Podnieks E, Thomas C. The consequences of Elder Abuse. In: X D, editor. *Elder abuse Research, Practice and policy* Chicago: Springer International Publishing; 2017. p. 109-24.
77. Stén KD, Soares JJ, Viitasara E, Stankūnas M, Sundin Ö, Melchiorre MG, et al. The relationship between abuse, psychosocial factors, and pain complaints among older persons in Europe. *Medicina*. 2014;50(1):61-74.
78. De Donder L, De Wachter L, Ferreira-Alves J, Lang G, Penhale B, Tamutiene I, et al. Quality of Life of Abused Older Women: Moderating Influence of Coping Mechanisms. In: Bows H, editor. *Violence Against Older Women, Volume II: Responses*. Cham: Springer International Publishing; 2019. p. 123-41.
79. Fraga S, Soares J, Melchiorre MG, Barros H, Eslami B, Ioannidi-Kapolou E, et al. Lifetime abuse and quality of life among older people. *Health & social work*. 2017;42(4):215-22.
80. Mysyuk Y, Westendorp RGJ, Lindenberg J. How older persons explain why they became victims of abuse. *Age and ageing*. 2016;45(5):696-702.
81. Burnes D, Acierno R, Hernandez-Tejada M. Help-Seeking Among Victims of Elder Abuse: Findings From the National Elder Mistreatment Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2019;74(5):891-6.
82. Olomi JM, Wright NM, Hasche L, DePrince AP. After Older Adult Maltreatment: Service Needs and Barriers. *Journal of Gerontological Social Work*. 2019;62(7):749-61.
83. Fraga Dominguez S, Valiquette J, Storey JE, Glorney E. Elder Abuse Detection and Intervention: Challenges for Professionals and Strategies for Engagement From a Canadian Specialist Service. *J Forensic Nurs*. 2020;16(4):199-206.
84. Burnes D, Breckman R, Henderson CR, Lachs MS, Pillemer K. Utilization of Formal Support Services for Elder Abuse: Do Informal Supporters Make a Difference? *The Gerontologist*. 2019;59(4):619-24.
85. Cohen M, Levin SH, Gagin R, Friedman G. Elder abuse: disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007;55(8):1224-30.
86. Dong X. Screening for Elder Abuse in Healthcare Settings: Why Should We Care, and Is It a Missed Quality Indicator? *Journal of the American Geriatrics Society*. 2015;63(8):1686-8.
87. Socialdepartementet. Nationell strategi om våld mot äldre personer inom vård och omsorg, Bilaga till protokoll vid regeringsammanträde 2014-06-12 nr II:15 2014.

88. SOSFS 2014:4 Våld i nära relationer, (2014).
89. Rosen T, Bloemen EM, LoFaso VM, Clark S, Flomenbaum NE, Lachs MS. Emergency Department Presentations for Injuries in Older Adults Independently Known to be Victims of Elder Abuse. *The Journal of Emergency Medicine*. 2016;50(3):518-26.
90. Ben Natan M, Steinfeld Y, Yonai Y, Berkovich Y. Retrospective study of older patient characteristics that increase the likelihood that a fracture was associated with abuse. *Journal of elder abuse & neglect*. 2021:1-9.
91. Hoover RM, Polson M. Detecting elder abuse and neglect: assessment and intervention. *Am Fam Physician*. 2014;89(6):453-60.
92. Feltner C, Wallace I, Berkman N, Kistler CE, Middleton JC, Barclay C, et al. Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force USPSTF JAMA. 2018;320(16):1688-701.
93. Cohen M. Screening tools for the identification of elder abuse. *JCOM*. 2011;18(6):261-70.
94. Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *Journal of elder abuse & neglect*. 2008;20(3):276-300.
95. Schofield MJ, Mishra GD. Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. *The Gerontologist*. 2003;43(1):110-20.
96. Dong X, Simon MA. Vulnerability risk index profile for elder abuse in a community-dwelling. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014;62(1):10-5.
97. Gallione C, Dal Molin A, Cristina FVB, Ferns H, Mattioli M, Suardi B. Screening tools for identification of elder abuse: a systematic review. *Journal of clinical nursing*. 2017;26(15-16):2154-76.
98. Yaffe MJ, Weiss D, Lithwick M. Seniors' self-administration of the Elder Abuse Suspicion Index (EASI): a feasibility study. *Journal of elder abuse & neglect*. 2012;24(4):277-92.
99. Neale A, Hwalek M, Scott R, Sengstock M. Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test. *Journal of Applied Gerontology*. 1991;10:406-18.
100. Van Royen K, Van Royen P, De Donder L, Gobbens RJ. Elder Abuse Assessment Tools and Interventions for use in the Home Environment: a Scoping Review. *Clin Interv Aging*. 2020;15:1793-807.
101. National Board of Health and Welfare. Manual för FREDA Standardiserade bedömningsmetoder för socialtjänstens arbete mot våld i nära relationer. 2014.
102. Simmons J, Wiklund N, Ludvigsson M, Nägga K, Swahnberg K. Validation of REAGERA-S: a new self-administered instrument to identify elder abuse and lifetime experiences of abuse in hospitalized older adults. *Journal of elder abuse & neglect*. 2020;32(2):173-95.

103. Brijnath B, Gahan L, Gaffy E, Dow B. "Build Rapport, Otherwise No Screening Tools in the World Are Going to Help": Frontline Service Providers' Views on Current Screening Tools for Elder Abuse. 2018.
104. Fearing G, Sheppard CL, McDonald L, Beaulieu M, Hitzig SL. A systematic review on community-based interventions for elder abuse and neglect. *Journal of elder abuse & neglect*. 2017;29(2-3):102-33.
105. Baker PRA, Francis DP, Hairi NN, Othman S, Choo WY. Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(8).
106. Ernst JS, Maschi T. Trauma-informed care and elder abuse: a synergistic alliance. *Journal of elder abuse & neglect*. 2018;30(5):354-67.
107. Shen Y, Sun F, Zhang A, Wang K. The Effectiveness of Psychosocial Interventions for Elder Abuse in Community Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*. 2021;12:679541.
108. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Trauma-informed care in behavioral health services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. Rockville, MD. : US Department of Health Human Services; 2014. Contract No.: HHS Publication No (SMA) 14-4816.
109. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. Rockville, MD, USA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014 Contract No.: HHS Publication No. (SMA) 14-4884. .
110. Burnes D. Community Elder Mistreatment Intervention With Capable Older Adults: Toward a Conceptual Practice Model. *The Gerontologist*. 2017;57(3):409-16.