

Wenche Jonassen og Astrid Sandmoe

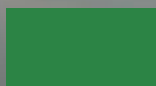
Overgrep mot eldre i Norge

- erfaringer og løsningsstrategier

Nasjonalt kunnskapssenter
om vold og traumatisk stress a/s



www.nkvts.no



Overgrep mot eldre i Norge

- erfaringer og løsningsstrategier

Wenche Jonassen og Astrid Sandmoe

2012

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ble stiftet 17. november 2003. Selskapet er et datterselskap av UNIRAND AS, som er heleid av Universitetet i Oslo.

Senterets oppgaver er forskning, utviklingsarbeid, undervisning, formidling og veiledning innen temaene

- Vold
- Seksuelle overgrep
- Flyktninger/asylsøkere
- Katastrofer
- Andre traumatiske hendelser

Senteret samarbeider med de fem regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) samt relevante kliniske miljøer, forskningsinstitusjoner og faginstanser, nasjonalt og internasjonalt.

Ved Universitetet i Oslo driver senteret en Master i psykososialt arbeid - selvmord, rus, vold og traumer, sammen med Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) og Nasjonalt senter for selvmords-forskning og forebygging (NSSF).

Alle rapporter og notater fra senteret er tilgjengelige i fulltekst på våre hjemmesider nkvts.no under «biblioteket».

Senteret gjennomfører prosjekter som er finansiert av departementer og direktorater, Norges forskningsråd, frivillige organisasjoner og andre.

Bak opprettelsen og drift av senteret står:

Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis og politidepartementet, Forsvarsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

ISBN 978-82-8122-058-4 (Trykk)

ISBN 978-82-8122-059-1 (Pdf)

ISSN 0809-9103

Henvendelse vedrørende publikasjonen rettes til Nasjonal kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Kontaktinformasjon på www.nkvts.no

Forord

Helsedirektoratet har gitt Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i oppdrag å gjennomføre en studie av overgrep utsatte eldre. Gjennom studien ønsker direktoratet å få frem kunnskap som kan gi viktig innsikt for å utforme en eventuell større undersøkelse om overgrep mot eldre i Norge.

Gjennom tjenesten, «Vern for eldre», i Oslo og Bærum og et krisesenter på Østlandet fikk NKVTS anledning til å komme i kontakt med 30 eldre som hadde vært utsatt for overgrep.

Prosjektet startet opp for fullt ved årsskiftet 2010/2011 med sosiolog Wenche Jonassen som prosjektleder og dr. philos. Astrid Sandmoe som medarbeider.

Forfatterne vil med dette få takke kolleger ved NKVTS for konstruktive kommentarer til utkast av rapporten. Videre vil vi takke de ansatte ved «Vern for eldre»-tjenestene og ved krisesenteret for deres samarbeidsvilje i forbindelse med å skaffe informanter til studien og gi kommentarer til rapportutkast.

Mest av alle vil vi takke informantene som sa seg villige til å la seg intervju om et tema som det for mange er vanskelig å snakke med andre om.

Denne rapporten gjengir hovedfunnene i studien og er den første av flere publikasjoner fra prosjektet. Vi håper at studien vil gi innsikt i feltet og at våre funn kan inspirere til ytterligere forskning på området.

Oslo, april 2012

Wenche Jonassen og Astrid Sandmoe

Innhold

Forord	3
Sammendrag	7
Summary	11
1. Utgangspunkt	15
1.1 Om oppdraget	15
1.2 Hvem regnes som eldre?	15
1.3 Bruk av begrepet «overgrep»	16
1.4 Problemstillinger	17
1.5 Organiseringen av rapporten	19
2. Forskning om overgrep mot eldre	20
2.1 Innledning	20
2.2 Omfangsundersøkelser	20
2.3 Konsekvenser av overgrep for Eldres helse	25
2.4 Tjenester som eldre ofre for overgrep har vært i kontakt med	26
2.5 Eldres erfaringer med overgrep	28
2.6 Eldres oppfatninger om overgrep	31
2.7 Oppsummering	32
3. Datagrunnlag og metode	34
3.1 Kvalitativ studie	34
3.2 Rekrutteringsarenaer	34
3.3 Informanter	35
3.4 Kjennetegn ved utvalget	35
3.5 Datainnsamling	37
3.6 Analyse	37
3.7 Styrke og svakheter i studien	38
4. Informantenes overgrepserfaringer	40
4.1 Fem fortellinger	40
4.2 Typer overgrep og relasjoner	44
4.3 Oppsummering	47

5. Hvordan takles problemene?	48
5.1 Innledning	48
5.2 Barn som overgripere	48
5.3 Ektefelle som overgriper	52
5.4 Naboer og bekjente som overgripere	56
5.5 Strukturelle overgrep	56
5.6 Oppsummering	58
6. Bistand mot overgrep	59
6.1 Kontakt med og bistand fra hjelpeapparatet	59
6.2 Kontakt med familie, venner og bekjente	60
6.3 Vurdering av bistanden	61
6.4 Hva er løsningene?	64
7. Drøfting	66
7.1 Innledning	66
7.2 Eldres oppfatning av «overgrep»	66
7.3 Om å leve i en overgrepssituasjon	68
7.4 Overgrep som oppstår i eldre år	69
7.5 Overgrep i et livsløpsperspektiv	70
7.6 Ulike typer problemer krever ulike former for tiltak	71
8. Hovedfunn og anbefalinger	75
8.1 Hovedfunn	75
8.2 Anbefalinger	76
8.2.1 Flere «Vern for eldre» kontor	76
8.2.2 Tettere oppfølging av overgripere betyr mer avlastning for offeret	77
8.2.3 Flere tilbud for å unngå at eldre isoleres	78
8.2.4 Hvordan nå overgrepsutsatte eldre?	78
8.3 Veien videre	79
Litteraturliste	81

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Operasjonalisering av definisjonen av og overgrep mot eldre i tråd med Toronto-deklarasjonen	22
Tabell 2.2	Utvalg, svarprosent, måleinstrumenter og forekomst av overgrep mot eldre i europeiske omfangundersøkelser	24
Tabell 4.1	Eldres overgrepserfaringer ved henvendelse til VFE eller krisesenter. N=30	45
Tabell 4.2	Informantenes relasjon til overgriperne. N=30	45
Tabell 6.1	Instanser som informantene hadde kontaktet. N=30	60

Sammendrag

Wenche Jonassen og Astrid Sandmoe

Overgrep mot eldre i Norge – erfaringer og løsningsstrategier

NKVTS rapport 3, 2012

Om oppdraget

På oppdrag fra Helsedirektoratet har Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) gjennomført en kvalitativ studie om overgrep mot eldre i Norge. Hensikten med prosjektet har vært å avdekke hvordan eldre som utsettes for overgrep, opplever sin livssituasjon, hvordan de håndterer situasjonen og hva de gjør for å hindre nye overgrep. Studien avdekker hvem som utsetter de eldre for overgrep, hvilke behov de utsatte har for bistand fra eget nettverk og hjelpeapparatet, og hvordan de vurderer den hjelpen de har mottatt. Det har vært et poeng å fange opp variasjoner i eldres utsatthet for overgrep som kan være utgangspunkt for nye undersøkelser om samme tema.

Overgrepsbegrepet

I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) er «overgrep» en samlebetegnelse for vold, trusler, trakassering og andre handlinger som forårsaker skade, nød eller lidelse for den som utsettes. I Stortingsmelding 25 (2005-2006) om fremtidens omsorgsutfordringer benyttes denne forståelsen av begrepet.

Datagrunnlag og metode

Datagrunnlaget for studien er intervjuer med 25 kvinner og 5 menn mellom 62 og 95 år. Halvparten hadde vært utsatt for overgrep fra voksne barn, 8 av ektefeller, 4 hadde opplevd overgrep fra naboer eller bekjente og i 3 tilfeller ble de eldre utsatt for overgrep av det de opplevde som et mangelfullt og til dels krenkende hjelpeapparat (strukturelle overgrep).

Hovedfunn

Sammenlignet med yngre personer som utsettes for vold i nære relasjoner, skiller de eldre i vårt utvalg seg ut ved at det er voksne barn heller enn partner/ektefelle som utsetter dem for overgrep.

De eldre unnlater å karakterisere handlinger som de utsettes for som overgrep, dersom ikke fysisk vold eller trusler er en del av bildet. De ser heller ikke på seg selv som ofre, dersom overgrepene gjøres av personer i nær familie.

De voksne barna hadde ofte rus- eller psykiske problemer, og vanskene hadde begynt allerede i oppveksten, med relasjonsproblemer mellom foreldre og barn, i forhold til jevnaldrende og problemer i forhold til skolen. Mange av de overgrepsutsatte eldre hadde behov for å forklare barnas uønskede adferd med forhold som lå utenfor deres kontroll, for eks. arvelige sykdommer eller spesielle egenskaper.

Eldre som ble utsatt for overgrep i parforhold, beskrev ektefellene som kranglete og aggressive. De kom hyppig i konflikt med andre familiemedlemmer, arbeidskolleger, overordnede og naboer. Mange av parforholdene hadde vært konfliktfylte fra begynnelsen, og overgrepene syntes å være et vedvarende negativt handlingsmønster. De «vanskelige» ektefellene ble karakterisert som psykisk syke personer. Unntakene var ektefeller med en demenssykdom, som med sykdommen var blitt totalt forandrede personer.

I likhet med overgrepsutsatte personer i yngre årsklasser, sa de eldre at de unnlot å bryte ut av slike parforhold enten fordi de hadde håp om at situasjonen ville bedre seg, eller av hensyn til barna, som var emosjonelt knyttet til begge foreldrene. En annen grunn var at de syntes synd på overgriperen, og følte seg forpliktet til å ivareta vedkommende, spesielt hvis denne var den eldres barn. De eldre hadde ofte problemer med å avskjerme seg fra kontakten, fordi de syntes synd på barna. I mange tilfeller grep andre søsken inn for å beskytte foreldrene.

Flere av de eldre som ble utsatt for overgrep fra naboer og bekjente, løste konflikten ved enten å unnlate å ha kontakt med overgriper eller å flytte til et annet sted, mens de som ble utsatt for strukturelle overgrep følte makteløshet overfor systemet/tjenesten. I mange tilfeller syntes problemene å medføre negative helsekonsekvenser for den eldre.

«Pengemas» fra voksne barn eller uenighet mellom foreldre og voksne barn om økonomiske disposisjoner, er blant de hyppigste årsakene til at de eldre ber om bistand fra hjelpeapparatet.

De eldre hadde vært i kontakt med fastlege, psykisk helsevern, advokat og politiet og bedt om hjelp. Henvendelsene førte sjelden til endringer før «Vern for eldre» (VFE) eller krisesenteret kom inn i bildet. Disse tjenestene har omfattende og spesialiserte kunnskaper om overgrepssaker og hadde stor betydning for at de eldre i vårt utvalg fikk bedret sin livssituasjon.

Mange av de eldre som hadde vært i kontakt med det ordinære hjelpeapparatet i forbindelse med overgrepene, var misfornøyde med hjelpen. Tilbud om to ukers opphold på institusjon hjelper lite for eldre som skal tilbake i bofellesskap med overgriperen.

Enkelte av informantene mente at det offentlige hjelpeapparatet burde ta et større ansvar og gripe inn overfor hjemmeboende psykisk syke personer, som unnlater å vaske seg, ta medisiner eller følge andre råd som helsepersonell gir.

Møtet med VFE og krisesenteret ble et vendepunkt for mange. Både samtalen med de ansatte, henvisning til andre hjelpeinstanser og praktisk hjelp, gjorde at de eldre livssituasjon ble forbedret.

Anbefalinger

For å bidra til en bedre livssituasjon for eldre som utsettes for overgrep, vil vi foreslå at det etableres flere «Vern for eldre» kontor, tettere oppfølging av overgripere, flere tilbud for å unngå at eldre isoleres og en økt synliggjøring av eksisterende tilbud.

Flere «Vern for eldre» kontor

De eldre i denne studien hadde alle mottatt bistand fra et VFE kontor eller fra et krisesenter. Begge tjenestene sitter inne med en omfattende kompetanse på etisk komplekse overgrepssaker og fungerer som brobyggere mellom eldre utsatt for overgrep og det øvrige hjelpeapparatet. Begge tjenestene er godt kjent med kompleksiteten i denne type saker. Opprettelse av VFE kontor eller egne kommunale stillinger med kompetanse på overgrep mot eldre i andre deler av landet – spesielt i de mest folkerike kommunene, bør tilstrebes. I tillegg bør det i større grad gjøres kjent at de eksisterende krisesentrene også er et tilbud til eldre personer. I 2011 var to kun 2 prosent av beboerne og 3 prosent av de som oppsøker krisesentrene på dagtid, 60 år eller eldre.

I tillegg bør eksisterende hjelpetilbud styrkes slik at ansatte tilføres kunnskap om hvordan de kan oppdage og bistå eldre som utsettes for overgrep på en bedre måte. For små kommuner med lave innbyggertall vil det, i stedet for opprettelse av egne VFE-kontorer, være aktuelt å gå sammen om å håndtere overgrepssaker, gjerne i form av en egen stilling med kompetanse på feltet.

Tettere oppfølging av overgripere

I mange tilfeller var overgriperne voksne barn som slet med ulike psykiske og andre typer problemer. Vår anbefaling er at foreldrene blir mer involvert i behandlingen og oppfølgingen fra rusomsorgen og fra psykiatrien til det voksne barnet. Informantene etterlyser også et bedre ettervern når overgriper utskrives fra en behandling sinstitusjon eller fengsel. Manglende samkjøring mellom tjenester i hjelpeapparatet skaper problemer for både overgriper og overgrepsutsatte foreldre.

Også eldre som lever i ekteskap med overgrepssproblematikk etterlyser en sterkere involvering fra hjelpeapparatet. Vår studie indikerer at ansatte i kommunehelsetjenesten ikke har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse om demenssykdommer som gir store atferdsproblemer og depresjon. Omsorgsbelastningen på ektefellen blir dermed urimelig stor og faren for voldsbruk tilsvarende.

Flere tilbud for å unngå at eldre isoleres

Muligheter for kontakt med andre er spesielt viktig for eldre som utsettes for overgrep. Det bør derfor legges til rette for bedre muligheter for å kunne bruke transportkort (TT-kort) for personer med nedsatt førighet. Samtidig er det viktig å understreke seniorentrenes betydning som sosial arena for eldre.

Synliggjøring av tilbud

Eldre mennesker er en heterogen gruppe med et aldersspenn på omkring 30 år, som har ulike oppfatninger om seg selv og om alderdommen. Det er derfor viktig, dersom man vil nå denne målgruppen, at man tar i bruk ulike henvendelsesstrategier. De eldre man forsøker å nå gjennom ulike informasjonskanaler, må kunne identifisere seg med de beskrivelser som gis av eldre og Eldres liv gjennom tekst eller bilder, alt etter hva henvendelsen gjelder.

Veien videre

Våre funn gir et godt utgangspunkt for nye studier på feltet, overgrep mot eldre. Samtidig som den kunnskapen som er fremkommet gir tilstrekkelig grunnlag til å sette i gang nye tilbud og til å ruste opp eksisterende tilbud til eldre som utsettes for overgrep.

I utgangspunktet mente vi at studien burde følges opp med en stor omfangsstudie av overgrep mot eldre. Vår gjennomgang av omfangsstudier som er gjennomført i andre land de senere år, viser imidlertid store variasjoner i svarprosent og gir sprikende kunnskaper på feltet fra land til land. Det gjør at vi anbefaler myndighetene å ta tak i de problemstillingene som er kommet frem i denne studien når det gjelder arbeidet med eldre som utsettes for overgrep, uten først å gå veien om en omfangsstudie.

Summary

Wenche Jonassen and Astrid Sandmoe

Elder Abuse in Norway – Experiences and Solution Strategies

Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies

NKVTS Report 3, 2012

The research assignment

The Norwegian Directorate of Health asked the Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies (NKVTS) to conduct a qualitative study of abuse of elderly people in Norway with a view to establishing the circumstances in which elder abuse occurs, how the elderly perceive and deal with the situation, and what they do to prevent and avoid abuse. The study reveals who abuses elderly people, the needs of the elderly for help from the family, friends and acquaintances, from healthcare and social services and the authorities, and their opinions of assistance provided. It was important to establish variations in exposure to abuse for further studies of the same phenomenon.

Abuse

Abuse, according to the World Health Organization, is a general term for violence, threats, intimidation and other behaviour resulting in harm, distress or suffering for the victims. This understanding of the term is what informs the Government's White Paper on *Future Care Challenges* (Stortingsmelding 25 (2005-2006)).

Data and methodology

The data for this study were obtained by interviews of twenty-five women and five men aged 62–95. Half had suffered abuse at the hands of adult children with substance addiction and/or mental health problems; eight were abused by their spouse; four had experience of abusive behaviour of neighbours or acquaintances; and in three cases, the elderly had suffered what they experienced as improper and, on occasion, offensive behaviour on the part of the care services (structural abuse).

Main findings

Compared with younger victims of physical abuse perpetrated by family members, the elderly respondents in our sample were more likely to suffer abuse from adult children than a partner/spouse.

The elderly are unwilling to call this behaviour abuse unless it involves actual physical violence or threats. They do not see themselves as victims, because the abuse is perpetrated by members of the immediate family.

The adult children often had substance abuse or psychiatric problems dating from childhood or adolescence. Relations with parents and peers had been difficult, and there were problems in connection with life at school. Many of the abused old people feel an urge to explain away their children's unwanted behaviour by ascribing it to circumstances outside latter's control, such as inherited illnesses or predispositions.

Those who had experienced abuse by a partner, described their spouses as cantankerous and aggressive. They were frequently at odds with other members of the family, colleagues at work, superiors and neighbours. Many of these partnerships/marriages were problematic from the start, and the abuse appears to have been part of a persistent pattern of negative behaviour. The «difficult» individuals were described as mentally ill. The exceptions were husbands or wives afflicted by dementia, which changed their character completely.

Like abused individuals in younger cohorts, the elderly did not attempt to leave the abusive spouse or partner because they hoped the situation would improve, or because the children were fond of both parents. They were also likely to pity the abuser, and feel obliged to take care of the person, especially if it was one of their own children. The elderly found it difficult to avoid contact because they felt sorry for the perpetrator. In many cases, other siblings would intervene to protect their parents.

Several of the elderly respondents who had suffered abuse from neighbours and acquaintances, solved the problem either by avoiding the person or moving somewhere else. Victims of structural abuse, on the other hand, felt powerless in the face of the system/service. In many cases, these problems did appear to adversely affect the health of the elderly individual.

One of the most frequently stated reasons for approaching the health and social services for help had to do with money, either because an adult child was constantly on at them for money or because there were disputes with the person over financial dispositions.

The elderly had asked for help from GPs, mental health service, lawyers and the police. These inquiries seldom led to changes before the eventual involvement of the Protective

Services for the Elderly (PSE) or crisis centre. Both services have highly experienced and qualified personnel in the field of abuse. It was their intervention that really brought about improvements in the lives of the elderly concerned.

Many of the elderly who had been in touch with the ordinary care services in connection with abuse, were far from happy with the help they were offered. A fortnight in an institution is not much use for a person who has to return to the same place and continue living with the person responsible for the abuse.

Some of our respondents wanted the public health and social services to accept greater responsibility and do something about mentally ill individuals living at home, some of whom neglect their personal hygiene, don't take their medicine or follow the advice of health workers.

Contact with the PSE and crisis centre was a turning point for many. Talking with members of staff, being referred to other parts of the health and social services and receiving practical assistance helped the elderly respondents achieve a better life.

Recommendations

To improve the lives of elderly victims of abuse, we would recommend setting up more PSE centres, better supervision/aftercare of abusers, more facilities to prevent and ameliorate social isolation, and better information on existing provisions.

Expand PSE services

The elderly participants of this study had all been helped by a PSE centre or crisis centre. Both services have highly experienced and qualified staff to deal with violence in the home and can help the abused elderly person get in touch with other parts of the health and social services. Staff in both services are familiar with level of complexity of these cases. Setting up PSE centres or creating an official position in the council administration with competence in the field of elder abuse in other parts of the country – especially in the most populous municipalities – should be undertaken. In addition, more could be done to help the elderly understand that existing crisis centres are there to help the elderly as well. In 2001, only 2 per cent of people staying at a crisis centre were elderly, i.e. 60 and over, and only 2 per cent of all daytime visits were by people aged 60 and above.

We also recommend strengthening current services, training to staff to detect and help elderly victims of abuse. In the case of small municipalities with small populations, it would be a sensible idea for several municipalities to join forces to address cases of abuse, possibly by creating a council position for people with the appropriate experience and qualifications.

Closer supervision of abusers

In many cases, the abuser was an adult child suffering from substance addiction and/or mental health problems. We recommend giving parents a greater role in the treatment and aftercare of the adult child in the substance abuse and psychiatric services. Respondents want to see improvements in the aftercare of abusers discharged from a therapeutic institution or released from custody. The lack of inter-service coordination creates problems for the abuser and the abused parents.

Elderly people in abusive marriages also would like to see the health and social services get more involved. Our study indicates that local health service staff lack knowledge of and qualifications for dealing with dementia, an illness often accompanied by severe behavioural problems and depression. These shortfalls put too much strain on the other spouse, with the risk of physical abuse increasing correspondingly.

More facilities to avoid social isolation of the elderly

Opportunities for contact and companionship with others are particularly important for elderly victims of abuse. Steps should therefore be taken to widen the criteria on the use of the TT card (free transport card) for people with mobility disabilities. At the same time, it is important to stress the crucial role played by senior centres as social meeting place for the elderly.

Raising awareness of provisions and services

The elderly are a heterogeneous group with an age span of about thirty years. They have different ideas about themselves and about growing old. It is therefore important when attempting to reach this target group to deploy a variety of approaches and strategies. The elderly one is targeting through the different channels of information must be able to identify themselves with the verbal descriptions and illustrations of elderly people and their lives, depending on the type of information involved.

Looking ahead

Our findings offer a good starting point for further studies of the phenomenon of elder abuse. But what we have learned so far is sufficient to initiate work on establishing new provisions and services, and improving existing ones for elderly victims of abuse.

We believed to start with that the study would profit from a comprehensive prevalence study of elder abuse. Our own review of prevalence studies conducted abroad revealed, however, wide variations in response rates, and information provided by the different countries is not necessarily comparable. For that reason, then, we would urge the authorities to proceed with the issues raised in this study, rather than waiting for the results of a prevalence study.

1. Utgangspunkt

1.1 Om oppdraget

Det finnes lite forskning på eldres utsatthet for overgrep i Norge. Dette er bakgrunnen for at Helsedirektoratet i 2010 ba Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) om å gjennomføre et forskningsprosjekt med dette som tema. Eldre regnes som en spesielt sårbar gruppe i dette henseende, fordi høy alder disponerer for fysiske og psykiske svekkelser. I tillegg kan høy alder medføre tap av innflytelse, redusert sosialt nettverk og økt avhengighet av andre (Soares et al., 2010).

I likhet med andre vestlige land øker andelen eldre i befolkningen også i Norge. I 1950 var 8 prosent av den norske befolkningen 67 år og eldre. I 2008 var andelen økt til vel 13 prosent. Det anslås at i 2050 vil befolkningen på 67 år og eldre komme til å utgjøre 21 prosent av befolkningen.¹

For å belyse temaet, overgrep mot eldre, har vi tatt utgangspunkt i en gruppe eldre med overgrepserfaringer. Det har vært et poeng å få belyst bredden i deres erfaringer for å få et bedre utgangspunkt for å kunne stille gode spørsmål i en eventuell senere undersøkelse med samme tema.

1.2 Hvem regnes som eldre?

Pensjonsalderen varierer fra land til land, og avhenger blant annet av forventet levealder i landene. I noen land regnes gruppen «eldre» fra fylte 60 år, mens den i andre land, for eksempel Norge, regnes fra 67 år (pensjonsalder) (Mørk, 2011). Verdens helseorganisasjon (WHO) tar utgangspunkt i alderskategoriene 60 år og over for den delen av befolkningen som karakteriseres som eldre (Sethi et al., 2011). Vår studie inkluderer personer som er 62 år og eldre. Det skyldes at 62 år var nedre aldersgrense for de som bruker «Vern for eldre» tjenesten (VFE) som utgjør hovedtyngden av informantene i studien.

1 SSB Statistisk årbok 2011

Er det et poeng å dele befolkningen inn i aldersgrupper når fenomenet, vold i nære relasjoner, studeres? De ulike livsfasene innebærer ulike behov, inklusive behovet for omsorg (Otnes, 2011). Særtrekk knyttet til de ulike generasjonene er viktig kunnskap for å forstå overgrep. Skjørten mener dette er spesielt viktig for å forstå vold mot eldre kvinner fra partner eller ektefelle, fordi det innebærer aspekter som skiller seg ut fra andre gruppers utsatthet for det samme (Skjørten, 2009). Det gir derfor mening å studere overgrepfenomenet spesifikt for gruppen eldre.

Overgrep mot eldre kom opp som et tema i 1975, og ble i første omgang kalt «granny-battering» (Wolf, Daichman, & Bennett, 2002). Betegnelsen «vold-mot-bestemor» indikerer at fokuset var rettet mot eldre kvinner. Først i de senere år har forskningen rettet søkelyset mot at også menn utsettes for vold og overgrep i nære relasjoner (Kosberg, 2010). I denne studien ser vi på ulike former for vold og overgrep mot eldre kvinner og menn.

1.3 Bruk av begrepet «overgrep»

I St.meld. nr. 25 (2005-2006), om fremtidens omsorgsutfordringer, er «overgrep» en samlebetegnelse for vold, trusler og trakassering og andre handlinger som kan virke krenkende for det enkelte individ. Dette er i tråd med WHO's definisjon av begrepet «elder abuse» (Wolf et al., 2002), som oversettes med «overgrep mot eldre». Vi legger WHO's definisjon til grunn i denne studien. Oversatt til norsk inneholder definisjonen av «elder abuse» følgende formuleringer:

«Overgrep mot eldre er enkeltstående eller gjentatte handlinger, eller mangel på riktige handlinger, som forårsaker skade, nød eller lidelse for en eldre person. Overgrepene skjer i forhold hvor det i utgangspunktet er en forventning om tillit.»²

I følge WHO kan overgrepene være fysiske, psykiske, seksuelle, økonomiske/materielle eller i form av omsorgssvikt. I følge O'Keffe et al. (2007) er de *fysiske overgrepene* tilsiktede fysiske handlinger som resulterer i kroppslig skade, smerte eller svekkelse. Eksempler på *psykiske overgrep* er vedvarende trusler, ydmykelser, grov munnbruk eller annen form for psykisk mishandling som resulterer i psykisk eller fysisk utmattelse eller fortvilelse. Som *seksuelle overgrep* regnes direkte eller indirekte deltagelse i seksuelle handlinger uten at man har samtykket til det, mens *økonomiske overgrep* er urettmessig bruk av den Eldres midler, eiendom eller andre økonomiske ressurser. *Omsorgssvikt* innebærer vedvarende neglisjering av behov for hjelp til nødvendige daglige aktiviteter

² Denne definisjonen av overgrep mot eldre kalles The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse (Torontoerklæringen) (WHO, Geneva, September 21, 2010).

og kan skje både i og utenfor institusjon (O’Keeffe et al., 2007). Når offentlige eller private tjenester er organisert på en slik måte at det ikke ivaretar Eldres behov, helse og sikkerhet, brukes betegnelsen, *strukturelle overgrep* (Juklestad, 2007; Malmedal, Ingebrigtsen, & Saveman, 2009). I følge WHO kan strukturelle overgrep også være gjennomføring av en politikk som marginaliserer personer med omsorgsbehov (Wolf et al., 2002).

WHOs definisjon av overgrep mot eldre har ingen objektive kriterier for hva som skal karakteriseres som skade, nød eller lidelse. Det er den enkeltes opplevelse av handlingene som er bestemmende for hva som er overgrep eller ikke. I denne studien varierer overgrepene fra verbale krenkelser til grov fysisk vold. Det er samfunnets kultur og lovverk, samt enkeltindividets erfaringsbakgrunn, som er avgjørende for hva som beskrives, erfares og oppfattes som overgrep.

1.4 Problemstillinger

Folks oppfatninger om hvilke handlinger som karakteriseres som overgrep, er svært forskjellige. Den enkelte har ulike grenser for når de opplever en verbal eller fysisk handling, eller manglende handling, som et overgrep. Det er nettopp enkeltmenneskets opplevelser av det å bli utsatt for overgrep, som vi ønsker mer kunnskap om i denne studien. De overordnede problemstillingene er:

Hvordan opplever eldre overgrepsutsatte sin situasjon, hvordan håndterer de situasjonen og hva gjør de for å forhindre nye overgrep?

For å belyse problemstillingene, er det viktig å vite noe om i hvilken kontekst overgrepene skjer. Bakgrunnsopplysninger som kjønn, alder, sivilstand etc. vil kunne si noe om informantenes livssituasjon. Studier har vist at ulike kjennetegn ved den enkelte kan ha betydning for menneskers sårbarhet for å utsettes for overgrep (Haaland, Clausen, & Schei, 2005; Pape, 2003; Sethi et al., 2011; Soares et al., 2010).

Det er også et poeng å få belyst det vi kan kalle «overgrepskarrierer». Overgrep mot eldre kan ikke forklares som et aldersspesifikt fenomen alene. Resultater fra en studie i syv EU-land (ABUEL)³ viser at de samme mønstrene for overgrep mot eldre også gjelder for personer i andre aldersgrupper. Studien viste i tillegg at en overvekt av overgrepsutsatte eldre kvinner hadde vært utsatt tilsvarende handlinger også tidligere i livet (Soares et al., 2010)

³ ABUEL-studien = «Abuse of the elderly in Europe», (Soares et al., 2010)

Andre studier har vist at det gjerne er en person den eldre har en relasjon til som er overgriper (Naughton et al., 2010; O’Keeffe et al., 2007; Soares et al., 2010). Det har derfor vært viktig i denne studien å rette søkelyset mot hvilke relasjoner den eldre har til dem som begår overgrep. Overgrepene kan begås av en eller flere personer og kan være ektefelle/partner/kjæreste, barn, barnebarn, andre familiemedlemmer eller bekjente. Også offentlige hjelpere kan begå overgrep mot de eldre.

En aktuell problemstilling er å avdekke om og i tilfelle hvordan den overgrepsutsatte har reagert på overgrepene, og om de eller andre har gjort noe med situasjonen:

Hvilke løsningsstrategier har de eldre som har vært utsatt for overgrep valgt for å komme ut av situasjonen?

Undersøkelser i befolkningen fra 16-55 år viser at de færreste som utsettes for overgrep, oppsøker hjelpeapparatet. Det gjelder for begge kjønn, og uansett om overgrepet medførte fysiske skader eller ikke (Haaland et al., 2005; Laugerud, 2009; O’Keeffe et al., 2007; Pape & Stefansen, 2004). Hindringene for å be om hjelp er mange. Solhaugs masteroppgave viser at volds- og overgrepsutsatte kan ha vansker med selv å se at de lever i en overgrepsituasjon (Solhaug, 2007). Andre vet ikke hvor de skal henvende seg for å få hjelp, eller de vegrer seg for å si fra om overgrepene, fordi de er redde for å miste kontakten med den som begår overgrep, spesielt hvis denne er barn/barnebarn. Andre igjen er redde for å bli betraktet som dårlige foreldre. Solhaug hevder at et aspekt ved å blande inn andre for å stoppe overgrep, er at dette kan medføre at den eldre blir mer sosialt isolert enn før. Overgriperen kan være den personen den eldre har mest kontakt med.

I vår studie tar vi utgangspunkt i eldre som selv har oppsøkt, eller som via andre har vært i kontakt med hjelpeapparatet. Det er behov for å avdekke hvilke forventninger eldre overgrepsutsatte har til familie, venner og det offentlige hjelpeapparatet. En annen problemstilling er derfor:

Hvilke personer eller etater har informantene bedt om hjelp og støtte fra, og fikk de den hjelpen/bistanden de hadde behov for?

Det er viktig å få kartlagt hvilken type bistand informantene ønsker. Det kan være ulike behov knyttet til bolig og egen sikkerhet, hjelp til å konfrontere den som har begått overgrep om situasjonen, eller det kan være behov for annen type bistand.

En siste problemstilling, som er aktuell for de eldre som fortsatt lever i en utrygg livssituasjon, er:

Hvilke løsningsstrategier må til for å stoppe overgrepene?

I denne rapporten velger vi å bruke begrepet *informant* i stedet for *intervjuperson* eller *deltaker*. Videre velger vi å bruke *overgriper* som betegnelse for den eller de antatte overgriperne som har begått overgrepene. Dette er ikke et uttrykk for et reduksjonistisk menneskesyn, men fordi begrepene er innarbeidet og at det gir mer flyt i den skriftlige fremstillingen.

1.5 Organiseringen av rapporten

I dette første kapitlet har vi lagt frem bakgrunnen for forskningsoppdraget og presentert problemstillingene for studien. Vi har definert hvem som er *eldre* og forklart at *overgrep* er et vidt og subjektivt begrep som inkluderer alt fra fysisk vold til verbale krenkelser.

I den videre fremstillingen gir vi først en oversikt over tidligere forskning på området, presenterer utvalg og metode, og gir en oversikt over informantenes bakgrunn. Deretter gis det beskrivelser av ulike typer overgrep mot eldre og relasjoner mellom overgripere og ofre, og de eldres reaksjon på overgrepene. Etter et kapittel om utvalgets kontakt med ulike deler av hjelpeapparatet og i hvilken grad de har søkt hjelp hos andre i familie og bekjentskapskrets, oppsummeres hovedfunnene og det gis anbefalinger om hva som bør gjøres for å få forhindre at eldre utsettes for overgrep.

2. Forskning om overgrep mot eldre

2.1 Innledning

De første norske utviklings- og forskningsprosjektene om overgrep mot eldre startet tidlig på 1980 tallet. Stang og Rytter Evensen kartla omfanget av overgrep blant hjemmesykepleien i Oslo i løpet av en periode på fire måneder, og resultatene fra denne undersøkelsen førte til at det ble mer oppmerksomhet på problematikken (Stang & Evensen, 1985). Hydle og Johns fulgte opp med evaluering av et tilsvarende prosjekt i Bamle, samt at de gjennomførte en feltstudie ved Ullevål sykehus som resulterte i prosjektet «Vern for eldre» i en bydel i Oslo kommune (Hydle & Johns, 1991; Juklestad, 2007). Ut over dette har det vært få forskningsprosjekter om overgrep mot eldre. Malmedal har de senere år forsket på overgrep i sykehjem hvor pleieren er de som utfører overgrepene (Malmedal, 1998; Malmedal et al., 2009). Hjemdal og Juklestad ved NKVTS, gjennomførte en større spørreskjemaundersøkelse blant medlemmer av Norsk pensjonistforening om deres holdninger til overgrep mot eldre (Hjemdal & Juklestad, 2006). Sandmoes doktorgradsstudier omhandler hjemmesykepleiens praksis i forhold til å håndtere overgrepssaker blant sine brukere av tjenesten (Sandmoe, 2011).

De siste årene er det gjennomført undersøkelser om overgrep mot eldre i flere europeiske land. Vi kommer derfor til å støtte oss på utenlandske studier når vi skal redegjøre for hvilken kunnskap som finnes vedrørende omfang av overgrep, konsekvenser av overgrep for Eldres helse og bruk av tjenestetilbud, eldre menneskers erfaringer med overgrep og deres oppfatninger og holdninger til fenomenet.

Presentasjonen tar utgangspunkt i studiens fokus, nemlig overgrep mot personer som er 62 år eller eldre, som bor i privat husholdning og som utsettes for overgrep fra en eller flere personer den eldre kjenner og i utgangspunktet har tillit til.

2.2 Omfangsundersøkelser

De norske forekomststudiene om overgrep mot eldre i Norge er basert på relativt små og selekterte utvalg (Juklestad, 2007). Levekårsundersøkelsene gir likevel noen indikasjoner om befolkningens utsatthet for fysisk vold og trusler (Statistisk sentralbyrå, 2008).

I 2007 oppga 5,5 prosent av den norske befolkningen over 15 år – 5,4 prosent kvinner og 5,7 prosent menn – at de løpet av det siste året hadde vært utsatt for vold eller trusler som gjorde at de ble redde. Til sammenligning oppga 1,7 prosent av den eldre befolkningen på 67 år og eldre at de hadde vært utsatt for det samme – 2,4 prosent av kvinnene og 0,8 prosent av mennene. En må imidlertid være oppmerksom på at utvalget av eldre er begrenset. Vi vet derfor ikke med sikkerhet om eldre mennesker i Norge i mindre grad enn yngre utsettes for vold og trusler. Eldre over 85 år og eldre i institusjon er ikke er med i disse undersøkelsene.

WHO anslår i sin rapport om vold og helse i et globalt perspektiv, at omkring 4 til 6 prosent av hjemmeboende eldre utsettes for overgrep og/eller omsorgssvikt (R Wolf, L Daichman, & G Bennett, 2002). Fem studier publisert i perioden 1988-98 fra Canada, Nederland, USA, Finland og Storbritannia ble lagt til grunn for beregningene. Disse studiene hadde visse metodiske ulikheter og svakheter.

Cooper et. al. (2008) gjorde en systematisk gjennomgang av alle publiserte omfangstudier i databasene «Allied and Complementary Medicine», British Nursing Index», «CINAHL», «EMBASE», «MEDLINE» og PsycINFO» frem til oktober 2006. Bare få av studiene oppfylte nødvendige forskningsmessige krav. Av 13 omfangstudier med utgangspunkt i den eldre normalbefolkningen i land som Korea, India, Hong Kong, Irland, Storbritannia, USA, Canada, Tyskland, Nederland, Finland, Sverige og Danmark, varierte forekomsten av overgrep mot eldre mellom 3,2 og 27,5 prosent. Kun to av studiene, fra USA og Korea, møtte kriteriene for validitet og reliabilitet. Ytterligere fem studier ble deretter inkludert. Disse hadde fokus på selekterte grupper av den eldre befolkningen. Basert på disse syv studiene konkluderte Cooper et al. (2008) at mer enn 6 prosent av eldre i normalbefolkningen var utsatt for overgrep. I de studiene hvor hjelpetrengende eldre var inkludert, rapporterte en fjerdedel at de ble utsatt for overgrep. En tredel av de nære omsorgsgiverne oppga at de hadde utsatt en eldre for overgrep.

Luoma og Koivusilta slår fast at data om omfanget av fenomenet overgrep mot eldre er ufullstendige og inkonsekvente i Finland så vel som de øvrige skandinaviske landene (Luoma & Koivusilta, 2009). Det har imidlertid blitt publisert resultater fra flere mer solide studier i Europa de siste årene; i Storbritannia (O’Keeffe et al., 2007), og Irland (Naughton et al., 2010) samt en studie fra syv EU-land (Soares et al., 2010). Disse tre studiene legger til grunn WHO’s definisjon av overgrep (Wolf et al., 2002) slik det er redegjort for i kapittel 1.3. I omfangsundersøkelser er det nødvendig å operasjonalisere definisjonen for å synliggjøre hva som måles.

Den britiske studien operasjonaliserte definisjonen som vist i tabell 2.1 ved å beskrive kriteriene for hvilke handlinger som inngikk i de ulike typene overgrep, samt antall

episoder av overgrep det siste året (O’Keeffe et al., 2007). De to andre omfangstudiene adopterte disse kriteriene (Naughton et al., 2010; Soares et al., 2010).

Tabell 2.1 Operasjonalisering⁴ av definisjonen av overgrep mot eldre i tråd med Toronto-deklarasjonen

Type	Handlinger mot den eldre utført av familiemedlemmer, nær venn eller pleier	Hyppighet siste år
Fysisk	Dytte, gripe, puffe, sparke, bite, slå med knyttneven eller andre gjenstander, brenne eller skålde, gitt for mye beroligende- eller sovemedisiner. Inneestet, bundet fast, truet eller påført skade av kniv eller våpen.	En eller flere ganger
Psykisk	Fornærme, banne og bruke skjellsord. Verbalt truende, undergrave, bagatellisere, ekskludere og gjentatt ignorere. True med å skade personer den eldre bryr seg om, hindre den eldre i å oppsøke andre, hindre nødvendige hjelpemidler.	Ti eller flere ganger < 10 hvis alvorlige konsekvenser
Seksuell	Mot den Eldres ønske/vilje: Verbal seksuell tilnærming, berøring/forsøk på seksuell berøring, tvunget/forsøkt tvunget til seksuell omgang.	En eller flere ganger
Finansiell	Stjålet penger, eiendeler eller dokumenter. Hindret tilgang til egne penger/verdier. Tvunget til å gi bort penger/ verdier. Tvunget eller villedet til å overdra penger/verdier eller til å endre testamentet/andre dokumenter. Underskrevet utbetalingsblanketter uten den Eldres vitende. Misbrukt økonomiske fullmakter. Utøvd utilbørlig press på den eldre til noen av de ovennevnte handlinger, men uten å lykkes. Unnlate å betale for utgifter de har blitt enige om.	En eller flere ganger
Omsorgs- svikt	Den eldre som ikke selv er i stand til å utføre alle nødvendig (komplekse) daglige gjøremål hadde opplevd: Avslag på nødvendig hjelp, ikke mottatt forventet hjelp med alvorlige konsekvenser	Ti eller flere ganger < 10 hvis alvorlige konsekvenser

En oppsummering av resultatene fra de tre europeiske omfangstudiene er gjengitt i Tabell 2.2. Eldre personer som på undersøkelsestidspunktet var i institusjon, er ikke med i disse studiene, heller ikke eldre med redusert kognitiv funksjon. I tillegg ble bare en eldre person i hvert hushold invitert til å delta.

⁴ Kilde: O’Keeffe et al., 2007.

I både den britiske (O’Keeffe et al., 2007) og irske (Naughton et al., 2010) studien er det beregnet en gjennomsnittlig forekomst av overgrep for de siste tolv måneder, hvor alle typer overgrep er inkludert, også omsorgssvikt. I ABUEL-rapporten (Soares et al., 2010) er forekomsten av overgrep oppgitt for hvert enkelt av deltakerlandene og samlet sett for alle landene, men det er ikke oppgitt noen gjennomsnittlig forekomst av overgrep, uavhengig av type. Studien viser store variasjoner mellom landene, Tyskland, Hellas, Italia, Litauen, Portugal, Spania og Sverige. Det er imidlertid vanskelig å sammenligne resultatene og påliteligheten av undersøkelsen før flere data fra denne omfangstudien blir publisert. Blant annet er ikke informantenes gjennomsnittsalder oppgitt, heller ikke svarprosenten, som varierte fra 18,9 til 87,4 prosent for det enkelte land. Samlet sett indikerer resultatene at forekomsten av overgrep i ABUEL-studien er klart høyere enn i de to andre studiene.

Tabell 2.2 gjengir forekomsttallene for undersøkelsen i Storbritannia og Irland, samlet for deltakerlandene i ABUEL-studien og tall spesifikt for Sverige i parentes. Resultatene fra den svenske undersøkelsen viser at fysisk vold er på 4,0 prosent, psykisk vold på 29,7 prosent, seksuell vold 0,5 prosent og økonomisk vold 1,8 prosent. Andre data direkte relatert til resultatene fra Sverige er ikke oppgitt for denne studien (Soares et al., 2010). Det er store likheter i den svenske og den norske velferdsstaten, så vel som i kulturen i de to landene. Dataene fra Sverige kan derfor også være aktuelle for norske forhold.

Disse omfangstudiene indikerer noen sosiodemografiske forskjeller for eldre ofre i forhold til eldre som ikke utsettes for overgrep. I den britiske studien var separerte og skilte eldre nær fire ganger hyppigere utsatt for overgrep enn de som levde alene eller med en partner, og spesielt utsatt var kvinnene (O’Keeffe et al., 2007).

Utdanningsnivå syntes å ha liten betydning, bortsett fra i den irske studien der eldre med lav utdanning og inntekt, og fra arbeiderklassen, rapporterte hyppigere overgrep enn eldre med annen bakgrunn (Naughton et al., 2010). Likeså var eldre som hadde lite sosialt nettverk og støtte i egen familie, mer utsatt.

Både i den britiske og den irske studien ble flere menn enn kvinner registrert som overgripere. Unntaket var økonomiske overgrep, der det var mindre forskjell mellom kjønnene. Samtidig var gjennomsnittsalderen på overgriperne lavere ved denne typen overgrep.

Tabell 2.2 Utvalg, svarprosent, måleinstrumenter og forekomst av overgrep mot eldre i europeiske omfangundersøkelser

Studie	Utvalg	Svar %	Instrument	Forekomst	Kommentarer
UK Study of Abuse and Neglect of Older People. O'Keefe et al. (2007)	Representativt, randomisert utvalg av befolkningen 66 år + i private hushold med samtykkekompetanse 2111 informanter (gj.sn.alder 75 år)	65 %	Spørreskjema – utfyllt v/personlig intervju og delvis av den eldre selv Overgrep siste tolv måneder; etter fylt 65 år	4 % siste 12 mnd (♀ 3,8 % ♂ 1,1 %) <u>Overgriper:</u> 51 % partner 49 % annen familie 13 % pleier 5 % nær venn	85 år +: Finansielle overgrep øker for ♂ og omsorgssvikt for ♀ Økt forekomst for skilte, ved selvrapportert dårlig helse, kronisk sykdom, depresjon
Abuse and Neglect of Older People in Ireland. Naughton et al. (2010)	Representativt, randomisert utvalg av befolkningen 65 år + i private hushold med samtykkekompetanse 2021 informanter (gj.sn.alder 74 år)	83 %	Personlig intervju basert på spørreskjema Overgrep siste tolv måneder; etter fylt 65 år	2,2 % siste 12 mnd (♀ 2,4 % ♂ 1,9 %) <u>Overgriper:</u> 50 % voksne barn 20 % partner 24 % annen familie	80 år +: Økt forekomst for begge kjønn, spesielt for finansielle overgrep Økt forekomst for skilte, ved dårlig helse
Abuse and Health among Elderly in Europe (Fem land). Soares et al. (2010)	Randomisert utvalg fra en stor by i hvert land av befolkningen 60-84 år med samtykkekompetanse 4467 informanter (gj.sn.alder ikke oppgitt)	45 %	Spørreskjema – utfyllt v/personlig intervju og delvis av den eldre selv Overgrep siste tolv måneder; tidligere i livet	Siste 12 mnd: 2,7 (4,0) % fysisk 19,4 (29,7) % psykisk 0,7 (0,5) % seksuelt 3,8 (1,8) % økonomisk (omsorgssvikt ikke oppgitt) Tall fra Sverige er satt i parentes Overgriper varierer ved de ulike typer overgrep	Bortsett fra seksuelle overgrep, rapporterte flere ♂ enn ♀ psykiske, fysiske og økonomiske overgrep, det var tilfelle også i Sverige

Ved fysiske, psykiske og seksuelle overgrep var overgriperne i den britiske studien som oftest pensjonert og partner til den utsatte, mens i den irske studien var de oftest voksne barn. Alderen på overgriperne i den irske studien var fra 31 til 64 år, halvparten hadde utdanning på videregående skole nivå, halvparten var uten arbeid i tidsrommet for overgrep og en femdel hadde alkoholproblemer (Naughton et al., 2010). I den britiske studien var de fleste av overgriperne yrkesaktive. En tredel hadde økonomiske problemer, like mange misbrukte alkohol, nesten like mange hadde problemer med gambling, mens en tredel ikke hadde noen av disse problemene (O'Keeffe et al., 2007).

I ABUEL-studien trekkes det også frem sosiodemografiske forhold. (Soares et al., 2010). Det var forskjell mellom de syv landene i forhold til hyppighet av de ulike typene av overgrep mot eldre som ble rapportert. For eksempel var seksuelle overgrep hyppigere rapportert i Hellas og Italia. Sverige, Italia og Litauen hadde mindre forekomst av økonomiske overgrep enn de øvrige landene. I samtlige deltakerland rapporterte eldre under åtti år psykiske overgrep oftere enn de som var over åtti. Eldre med høyere utdanning var i overvekt blant dem som rapporterte psykiske overgrep. Eldre som bodde i leid hus rapporterte oftere økonomiske overgrep enn de som eide sitt eget husvære, og spesielt hvis de bodde alene eller sammen med et annet familiemedlem, som for eksempel en voksen datter. En kan ikke ta det for gitt at de samme funnene vil gjelde for den norske befolkningen. Spesifikke data fra Sverige er i liten grad beskrevet i rapporten. Det er derfor noe usikkert hvilke utslag sosiodemografiske faktorer har på omfanget av overgrep mot eldre i Norge.

2.3 Konsekvenser av overgrep for Eldres helse

Eldre mennesker blir lettere skadet når de utsettes for overgrep på grunn av de generelle fysiske aldersforandringene, samt at høy alder, gir økt psykisk og sosial sårbarhet. To longitudinelle studier gjennomført i USA viste at både sykkelighet og dødelighet økte dramatisk for identifiserte ofre for overgrep med høy alder (Dong et al., 2009).

Studien til Lachs et al. (1998) var en del av en longitudinell epidemiologisk undersøkelse av vel 2800 hjemmeboende eldre som var 65 år eller over. Utvalget i den epidemiologiske studien ble sammenlignet med 178 eldre som hadde blitt henvist til Adult Protective Service på grunn av mistanke om eller bekreftede overgrep. Da studien ble avsluttet 13 år etter, var fortsatt 9 prosent i gruppen som hadde vært utsatt for vold og overgrep i live, mot 40 prosent av de eldre i kontrollgruppen. Det ble justert for andre faktorer som kunne ha innvirkning på dødeligheten (Lachs, Williams, O'Brien, Pillemer, & Charlson, 1998). Dong et al. (2009) gjennomførte en ny kohortstudie i USA i perioden 1993 til 2005 i samme aldersgruppe og hushold som i den foregående studien til Lachs et al. (1998), men med et betydelig større utvalg. Denne studien

bekreftet at dødeligheten var klart høyere for overgrepsofrene, og at dette ikke var begrenset til de som i utgangspunktet hadde det laveste nivået av kognitiv eller fysisk funksjon.

I den britiske omfangsstudien oppga tre fjerdedeler av de overgrepsutsatte at konsekvensene av overgrepene hadde vært alvorlige eller svært alvorlige (O’Keeffe et al., 2007). Den følelsesmessige påkjenningen var stor, og de fleste oppga reaksjoner som sinne og opprørhet, i tillegg til den sosiale påkjenningen det var å bli avskåret fra familie eller venner. I den irske undersøkelsen rapporterte 84 prosent om alvorlige konsekvenser av overgrepene, spesielt for fysiske og økonomiske overgrep (Naughton et al., 2010). I ABUEL-studien oppga 0,7 prosent at de var blitt fysisk skadet som følge av overgrepene. I Sverige var tallet 0,6 prosent og omtrent likt fordelt mellom kjønnene (O’Keeffe et al., 2007).

2.4 Tjenester som eldre ofre for overgrep har vært i kontakt med

I den britiske studien oppga 70 prosent av ofrene at de hadde fortalt andre om overgrepet eller hadde søkt hjelp (O’Keeffe et al., 2007). En tredel hadde henvendt seg til familie og venner, en tredel til helse- eller sosialpersonell og 4 prosent hadde anmeldt forholdet til politiet. Ingen oppga at de hadde ringt kontakttelefonen for overgrepsofre. Også i den irske undersøkelsen var det en tredel som ikke fortalte om overgrepene til andre (Naughton et al., 2010). 11 prosent fortalte om overgrepene til fastlegen og 9 prosent anmeldte forholdet til politiet. Utover dette ble helse- og sosialpersonell ikke involvert, heller ikke sykehuspersonalet. I denne studien var det ingen som hadde oppsøkt legevakten for fysiske skader, men fastlegen var blitt konsultert.

I den irske studien ble 44 eldre identifisert som ofre for overgrep det siste året. For omlag halvparten av ofrene hadde overgrepene bare skjedd en gang eller at situasjonen var endret slik at det ikke var nødvendig med tiltak for å hindre nye overgrep. En fjerdedel av de eldre oppga at overgrepene fortsatt pågikk på intervjuetidspunktet og for de fleste var hyppigheten av overgrepene redusert etter at det ble satt inn tiltak. Det vanligste tiltaket var at et familiemedlem snakket med den som hadde begått overgrep. Det var sjelden at den eldre snakket direkte til overgriperen selv, men det hendte de brøt kontakten med vedkommende. I kun to av de 44 sakene snakket en profesjonsutøver med overgriper. Den ene av disse sakene resulterte i besøksforbud.

Ploeg et al. (2009) foretok en systematisk litteraturgjennomgang av kvantitative studier som beskrev intervensjoner hvor effektiviteten av intervensjonene var testet via en kontrollgruppe. Av 183 artikler og rapporter var det kun åtte studier som møtte disse

kriteriene. En av publikasjonene var fra Storbritannia, resten var fra USA. Ploeg et al. fant at det på bakgrunn av disse studiene ikke var mulig å hevde at en type intervensjon var mer effektiv enn andre. Det viste seg at eldre ofre i intervensjonsgruppen hyppigere opplevde nye episoder av overgrep. De flyttet også oftere ut av sin nåværende bolig enn eldre i kontrollgruppen, som også besto av ofre for overgrep, men uten at helse- og sosialvesenet intervenerte. Når det gjaldt antall saker hvor overgrepene opphørte, var det ingen forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen (Ploeg et al., 2009). Ploeg et al. trekker frem det problematiske i at situasjonen ikke bedres for intervensjonsgruppen og påpeker at det ikke er mulig å trekke konklusjoner om hva dette skyldes på bakgrunn av eksisterende forskning. Ploeg et al. (2009) fremhever at det er nødvendig med flere evalueringstudier med et solid forskningsdesign for å få mer kunnskap om hvilke intervensjoner som bør anbefales i håndteringen av overgrepssaker blant eldre.

Kalaga og Kingston gjorde en omfattende litteraturgjennomgang av studier som beskrev effekten av intervensjoner for å forebygge overgrep mot utsatte grupper voksne, deriblant eldre (Kalaga & Kingston, 2007). Siden studier om «evidence-basert praksis» stort sett er fraværende, inkluderte man litteratur som omtalte støttesystemer og tiltak som «virket i praksis». Rapporten definerer de ulike typene av overgrep og beskriver konkrete tiltak innen primærforebyggende intervensjoner. Videre beskrives sekundærintervensjoner for å identifisere overgrep og respondere på dette. Tertiærintervensjoner for å lindre negative og skadelige konsekvenser som følge av overgrep omtales, og det gis forslag til tiltak for å forhindre overgrep i fremtiden. Når intervensjonene beskrives, fremheves også det arbeidet som skjer i de ideelle organisasjonene. Slike organisasjoner kan være opprettet for å ivareta mennesker med funksjonsnedsettelse, eller som lider av sykdommer, for eksempel demens. Organisasjonene informerer om spesielle utfordringer knyttet til sine medlemsgrupper, noe som kan bidra til å forebygge overgrep mot sårbare personer. I tillegg tilbyr flere organisasjoner støtte til pårørende grupper for å mestre utfordrende omsorgsoppgaver. Hovedfokus for sekundære og tertiære intervensjoner er imidlertid rettet mot helse- og sosialtjenesten, hvordan lovverket kan nyttes ved overgrepssproblematikk, og hva utdanningssystemene bør fokusere på.

Selv om Kalaga og Kingston (2007) ikke har bastante konklusjoner om hva som fungerer best, kommer de med konkrete forslag til hvordan tjenestetilbudet bør videreutvikles gjennom støttesystemer for å styrke eldres rettigheter, trening og utdanning av helse- og sosialpersonell, og tilgjengelige prosedyrer og systemer som sikrer tverrfaglig og tverretattlig samhandling. Også kontakttelefoner blir fremhevet som nyttige rådgivnings- og informasjonsorganer ved at de kan kanalisere kontakten inn i det eksisterende hjelpeapparatet. I rapporten blir det trukket frem at andre informasjonskanaler

enn Internett må benyttes for å gjøre kjent tilgjengelig hjelpetilbud spesielt rettet mot eldre overgrepsofre (Kalaga & Kingston, 2007).

Lithwick et al. (1999) gjorde en større studie blant eldre brukere av hjemmebaserte tjenester og hvordan tjenesteapparatet håndterte mistenkte eller bekreftede overgrepssaker. Lithwick et al. introduserte en «harm-reduction-model» hvor de anbefaler helse- og sosialpersonell om å innta en pragmatisk tilnærming når det interveres i overgrepssaker. Sammen med offeret settes det mål som det er mulig å nå. Selv om helse- og sosialpersonell har en grunnleggende null-toleranse for overgrep, er ikke det alltid mulig å forfekte et slikt syn i praksis. En slik tilnærming kan lett føre til at de tjenestene som kunne gjøre livet enklere for de involverte, blir avvist av offeret eller av omsorgsgiveren i familien. En pragmatisk tilnærming kan bidra til at man unngår å skille den overgrepsutsatte eldre fra familiemedlemmer som han eller hun er sterkt knyttet til. En slik atskillelse kan bidra til at den eldre opplever sin livssituasjon som forverret, til tross for at overgrepene minker eller opphører (Lithwick et al., 1999).

WHOs divisjonskontor i Europa utga nylig en rapport som sammenfatter eksisterende kunnskap vedrørende forebygging av overgrep mot eldre og hvordan dette problemet møtes i de europeiske landene (Sethi et al., 2011). Også i denne rapporten blir det påpekt at mye forskning gjenstår før vi har tilstrekkelig med kunnskap til å kunne fastslå effekten av de ulike intervensjonene. Dette gjelder forskning om alt fra informasjonskampanjer til selektive screenings- og undervisningsprogram som involverer spesielle grupper og organisasjoner. Mange land har etablert kontakttelefoner og noen har en spesiell tilrettelagt tjeneste som kan interverere i overgrepssaker, slik som VFE i Oslo og Bærum og «Adult Protective Services» i land som USA og England. Slike tjenester kan være en viktig del av det forebyggende tjenestetilbudet til eldre og andre berørte, men foreløpig er dette ikke tilstrekkelig dokumentert gjennom forskning (Sethi et al., 2011).

2.5 Eldres erfaringer med overgrep

Selv om ulike intervensjoner ikke er evaluert, finnes det likevel noe tilgjengelig kunnskap på bakgrunn av mindre studier om hvordan eldre overgrepsutsatte benytter de ulike tjenestene. Som en oppfølging av den britiske omfangstudien (O'Keeffe et al., 2007), ble 36 eldre med overgrepserfaring personlig intervjuet (Mowlam, Tennant, Dixon, & McCreadie, 2007). De overgrepsutsatte erfarte at følgene av overgrepene i stor grad grep inn i deres liv. De psykiske, fysiske og finansielle implikasjonene og opplevelsen av å ha blitt ydmyket og lurt, medførte at de ikke lenger stolte på egne vurderinger.

Mowlam et al. (2007) fremhever spesielt fire årsaker til hvorfor de overgrepsutsatte eldre fortalte til andre om overgrepene og/eller tok kontakt med hjelpeapparatet.

Motiver for å søke kontakt med hjelpeapparatet:

- Håp om at overgriper ville endre atferd
- Ønske om å skape avstand mellom seg selv og overgriper
- For å søke kompensasjon for påført skade
- For å søke emosjonell støtte

Det var imidlertid noen barrierer for å søke kontakt med hjelpeapparatet. Mange var usikre på hvem de skulle kontakte, om det var politiet eller andre, og en del ga uttrykk for at de hadde angst for autoriteter.

Barrierer for å søke kontakt med hjelpeapparatet:

- Individuelle faktorer som lav selvfølelse, tapsopplevelse, fysisk skrøpeligheit samt en oppfatning om at overgrepene antagelig ikke var alvorlige nok til at tiltak ville bli satt i verk.
- Offeret fryktet konsekvensene av eventuelle tiltak, og var engstelige for å bli isolert, ikke trodd, selv bli syndebukk, at de skulle bringe skam over familien, at overgrepene skulle intensiveres og for en del var det også bekymring for overgripers helse og velvære.
- Oppfatninger om hjelpeapparatets rolle og evne til å løse problemene.

Det var spesielt to faktorer som gjorde at disse barrierene ble overskredet. Den ene var frykt for egen sikkerhet, og den andre var støtte og oppmuntring fra andre til å fortelle om situasjonen og be om hjelp (Mowlam et al., 2007).

Mowlam et al sitt funn bekrefter i stor grad resultatene fra Solhaugs (2007) masteroppgave hvor syv eldre overgrepsofre ble intervjuet. To av de syv informantene hadde vært utsatt for overgrep fra ektefellen gjennom det meste av ekteskapet. Som pensjonister opplevde de at overgrepene ble verre og at de måtte bryte ut av forholdet for å ivareta egen sikkerhet. I tillegg hadde samfunnets normer vedrørende skilsmisse samt deres egne holdninger til å tåle overgrep, endret seg, noe som bidro til å fjerne tidligere barrierer.

For de øvrige informantene var situasjonen ulik, siden det var barn eller barnebarn som hadde begått overgrepene. Selv om konsekvensene kunne være like alvorlige som ved overgrep fra partner, erfarte Solhaug (2007) at disse ofrene ikke beskrev den som hadde begått overgrepene i negative ordelag. Solhaug skriver at foreldrene oppfattet barnas overgrep som et uttrykk for at de hadde det vanskelig og fortsatte med å hjelpe dem. I stedet for å se på seg selv som et offer, ble det barna som var ofrene. Deres

oppfatning var at foreldre er forpliktet til å stille opp for barna sine. Når de henvendte seg til hjelpeapparatet ba de derfor om hjelp til barna, i stedet for til seg selv.

Solhaug hevder videre at disse eldre foreldrene/besteforeldrene som har vanskelig for å se at de lever i en overgrepssituasjon, må få hjelp til å definere situasjon på nytt og dermed endre sin samhandling med den som hadde begått overgrepene. Erkjennelsen av at man er offer for overgrep, kan i mange tilfeller være vanskelig og det tar tid før den eldre snakker om det til andre. Det er viktig at de som får greie på overgrepene tar disse opplysningene alvorlig, uansett hvem som er overgriper. Solhaug (2007) fant at de eldre ofrene hadde fortalt om sin situasjon til en eller flere, enten egne familiemedlemmer, kolleger, venn eller fastlege, men at disse ikke gjorde noe med det de ble fortalt. Når den eldre opplever manglende reaksjoner, kan det forsterke offerets tilbakeholdenhet med å søke hjelp.

En nyere undersøkelse om partnervold fra seks land i Europa⁵ bekrefter at vold og overgrep ofte blir etablert som et mønster tidlig i forholdet (Nägele, Böhm, Gorgen, & Tóth, 2010). Kun i et mindre antall saker hadde overgrepene startet senere i livet. Spesielt utsatt var kvinner i perioden da barna flyttet ut av hjemmet, hvis kvinnen kom i en situasjon hvor hun var avhengig av hjelp fra partneren, i overgangen til pensjonisttilværelse, ved psykiske forstyrrelser hos mannen samt hvis han misbrakte alkohol. Studien var basert på intervjuer med eldre kvinner. Det var ingen menn med i undersøkelsen.

De fleste av de eldre overgrepsutsatte kvinnene bagatelliserte overgrepene de hadde vært utsatt for. Det var et gjennomgående trekk at de ikke hadde tenkt på seg selv som ofre for overgrep før andre utenfra hjalp dem med å realitetsorientere dem om situasjonen. Av de ulike typene overgrep som ble rapportert, fremgår det at eldre er like utsatt som yngre for overgrep av en partner som ønsker full kontroll over livet til offeret, noe som gjorde at kvinnene opplevde det vanskelig å bryte ut (Nägele et al., 2010). Deltakerne i denne studien skilte seg ikke nevneverdig ut vedrørende sosiodemografiske faktorer, slik som sosial klasse eller utdanning. Undersøkelsen indikerer at samfunnets kultur og holdninger til ekteskapet, til eldre kvinner, åpenhet om overgrepsproblematikk samt kjennskap til støttesystemer i hjelpeapparatet, har stor betydning for om ofrene søker hjelp.

I en israelsk studie ble 20 overgrepsutsatte eldre kvinner som hadde vært utsatt for langvarig partnervold, intervjuet (Buchbinder & Winterstein, 2003). Erfaringene som ofrene beskrev bar preg av at de var usikre på om det hadde vært «heltemot eller dumhet» som gjorde at de ble i det voldelige forholdet. Andre fortalte at de ga opp egne krav for at ikke barna skulle vokse opp uten faren og at de la alle sine krefter i å være en

5 Østerrike, Tyskland, Ungarn, Polen, Portugal og Storbritannia.

god mor for sine barn, støttet og vernet dem etter beste evne. Mange erfarte at deres oppforeselse ikke ble anerkjent når barna ble voksne og at det skapte følelsesmessige problemer for dem. Andre opplevde at de var fanget inn av sin vanskelige fortid og ikke hadde mot, økonomisk eller fysisk kapasitet og energi til å møte fremtiden alene.

For de fleste av kvinnene hadde ikke prøvelsen de var blitt utsatt for noen mening lenger, samtidig som de ikke klarte å skape ny mening for dagen og dagene som lå foran dem. Buchbinder og Winterstein hevder at resultatene i denne studien ikke er spesifikke for jødiske kvinner, men at det er en viss generaliserbart til de fleste eldre kvinner i den vestlige kulturen. Disse kvinnene trenger hjelp og støtte til å redefinere sine liv og finne mening og eget ståsted i en tilværelse uten vold, overgrep og krenkelser. Vi finner for øvrig det samme behovet hos yngre kvinner som over lengre tid har levd i forhold der de har vært utsatt for vold og overgrep (Hydén, 1995).

2.6 Eldres oppfatninger om overgrep

Hjemdal og Juklestads studie i 2006 var om eldre personers oppfatninger av vold og overgrep og om det å melde fra om overgrep. Spørreskjemaet ble besvart av 467 informanter som var 59 år eller eldre og medlemmer i Norsk pensjonistforbund, i tillegg ble syv av informantene intervjuet personlig. Undersøkelsen hadde tidligere blitt foretatt i USA, Japan, Korea, Belgia og Finland gjennom personlige intervjuer. Som Hjemdal og Juklestad påpeker, kan denne metodeforskjellen ha hatt innvirkning på resultatene.

Hjemdal og Juklestad fremhever at profesjonelle hjelpere ofte er mest fokusert på den fysiske volden, mens de eldre i undersøkelsen i alle de nevnte landene var sterkt opptatt av de psykologiske overgrepene, slik også ofrene for overgrep i den britiske omfangstudien rapporterte (O'Keeffe et al., 2007). Den norske studien indikerer videre at selv om eldre har en forholdsvis klar oppfatning av hva som er overgrep ut over fysisk vold, er det en markant tilbakeholdenhet med å involvere andre utenfor egen familie i problemene (Hjemdal & Juklestad, 2006). Det gjelder også hvis man som utenforstående får kjennskap til at et eldre menneske blir utsatt for vold og overgrep. Til tross for metodiske forskjeller mener Hjemdal og Juklestad at de norske informantene kan ha en mer privatiserende holdning til det å melde fra om overgrep enn det som var tilfelle i de øvrige deltakerlandene. Det er imidlertid verdt å merke seg at av de syv som ble personlig intervjuet, var det bare en som mente at ikke utenforstående skulle blandes inn. Disse syv bodde imidlertid i Oslo hvor VFE tjenesten hadde vært en etablert tjeneste i flere år, mens de fleste av de øvrige informantene antagelig ikke hadde kjennskap til at det fantes et slikt tilbud (Hjemdal & Juklestad, 2006).

Erlingssons doktorgradsavhandling bekrefter at en privatiserende holdning til overgrep også er fremtredende blant eldre i Sverige (Erlingsson, 2007). Erlingssons studie indikerer at temaet er tabubelagt, at det er uakseptabelt og usynlig og er et uttrykk for at samfunnet diskriminerer eldre mennesker. Gjennom fokusgruppeintervjuer uttrykte de eldre deltakerne at overgrep var en konsekvens av endringer i samfunns- og familiestrukturene, og at rusmiddelbruk var en viktig årsak til at noen begikk overgrep. Imidlertid forsto deltakerne overgrep mot eldre hovedsakelig som tilfeldig vold på gaten, som ran eller andre kriminelle handlinger, med fysiske og psykiske konsekvenser for den som ble rammet. I tillegg var deltakerne opptatt av aldersdiskrimineringen i samfunnet, mangelen på respekt og mulighet for selvstendige valg i eldreomsorgen. De var opptatt av de begrensningene som er i samfunnet for de som ikke behersket de teknologiske redskapene, for eksempel slik som banktjenester via Internet. De eldre diskuterte i liten grad omsorgssvikt, økonomiske overgrep eller vold i nære relasjoner som en del av problemkomplekset «overgrep mot eldre». Seksuelle overgrep ble overhodet ikke nevnt (Erlingsson, 2007). Deltakerne mente at eldre selv var ansvarlige for å unngå situasjoner som kunne resultere i overgrep, og spesielt uttrykte kvinnene frykt for å bli overfalt. De var tilbakeholdne med å involvere andre, bortsett fra familie og venner.

2.7 Oppsummering

Denne gjennomgangen av studier om overgrep mot eldre danner et bakteppe for den kvalitative studien som presenteres i denne rapporten.

Omfangsundersøkelsene viser at det er ulik forekomst av overgrep mot eldre i ulike land. Det er ikke mulig på nåværende tidspunkt å si om dette skyldes at problemet faktisk varierer i omfang mellom landene, at man i de ulike studiene har fokusert på eldre i forskjellige aldersgrupper, eller om forskjellene skyldes at det til dels er benyttet ulike metoder for innsamling av data, eller måten spørsmålene er stilt på. Alle disse tre faktorene kan ha innvirkning på resultatene i studiene vi her har presentert.

På grunn av de generelle fysiske aldersforandringene skades eldre lettere når de utsettes for overgrep. I tillegg har eldre som har vært utsatt for overgrep, høyere dødelighet sammenlignet med andre eldre. Samtidig viser studier at både de følelsesmessige og sosiale påkjenningene er store fordi mange etter hvert blir avskåret fra kontakt med familie og venner.

Forskningen viser at intervensjon fra hjelpeapparatets side kan ha både negative og positive konsekvenser for eldre som utsettes for overgrep. I mange tilfeller er overgriper en person i den eldre nettverk, noe som kan medføre at den eldre isoleres i enda større

grad enn før, når overgrepene stoppes. Ulike studier (hovedsakelig fra USA) har ikke kunnet påvise at en type intervensjon er mer effektiv enn andre i saker som gjelder overgrep mot eldre.

Overgrepsutsatte eldre bruker i liten grad hjelpeapparatet. Når de tar kontakt med hjelpeapparatet, er motivene håp om at overgriper vil endre atferd, eller ønske om å skape avstand til overgriper, søke kompensasjon for skade eller behov for emosjonell støtte. Årsaker til at mange ikke tar kontakt med hjelpeapparatet kan være lav selvfølelse, fysisk skrøpeligheit, eller at de ikke vurderer overgrepene som alvorlige nok. Andre årsaker kan være at de frykter for at konsekvensene av eventuelle tiltak vil føre til isolasjon, intensivering av overgrepene, eller at slik kontakt vil forverre overgriperes situasjon. Mange tvilte på hjelpeapparatets evne til å gjøre noe med situasjonen. De eldre som hyppigst tok kontakt med hjelpeapparatet, var de som fryktet for egen sikkerhet og de som hadde fått sterk støtte og oppmuntring til å ta slik kontakt.

3. Datagrunnlag og metode

3.1 Kvalitativ studie

Hensikten med denne studien er å få kunnskap om eldre som er eller har vært utsatt for overgrep. Gjennom de eldres beskrivelser av sin livssituasjon, kontakt med og bistand fra eget nettverk og fra hjelpeapparatet, vil vi belyse hvilke konsekvenser overgrep kan ha for den enkelte. Det er meningen at funn fra studien skal kunne gi innspill til spørsmål det kan være viktig å belyse nærmere i den videre forskningen på dette temaet.

3.2 Rekrutteringsarenaer

For å rekruttere informanter til vår studie henvendte vi oss til VFE og til krisesentre på Østlandet.

VFE er en kommunal tjeneste som kun finnes i kommunene Oslo og Bærum. Tjenestens oppgave er å gi bistand til personer 62 år og over, som er utsatt for vold og overgrep. I en publikasjon fra VFE i Bærum beskrives tjenesten som følger:⁶

Vern for eldre skal hjelpe eldre som er utsatt for overgrep og vold i eget hjem eller på institusjon. Overgrep kan ha mange former. Det kan være psykiske overgrep som trusler og trakassering, eller fysiske overgrep som dytting, slag og spark. Det kan også være økonomisk utnyttning og pengeutpressing fra fremmede eller egen familie. Overgrepene skjer ofte blant dem som er i nær familie.

Krisesentrene var tidligere et hjelpetilbud til kvinner som var fysisk eller psykisk mishandlet og/eller voldtatt (Jonassen, 1987), men er i dag et tilbud til både kvinner og menn som utsettes for vold i nære relasjoner og deres barn. Krisesentrene har en praksis der det er opp til brukerne selv å vurdere om de er utsatt for handlinger eller situasjoner som kvalifiserer til å motta bistand fra sentrene. De eldre som selv eller via andre personer eller tjenester har henvendt seg til VFE for å få hjelp, synes å være rekruttert på samme måte. Brukerens egen oppfatning av hendelser de utsettes for, er grunnlaget for om VFE involverer seg i saken.

⁶ Brosjyre fra seniorsentrene i Bærum Øst.

3.3 Informanter

Ansatte ved VFE-tjenestene og ved krisesentrene spurte nåværende og tidligere brukere om de kunne tenke seg å delta i forskningsprosjektet om eldres livssituasjon og trygghet i hverdagen. De brukerne som sa ja, fikk tildelt en skriftlig redegjørelse om prosjektet.

I utgangspunktet ønsket vi 30 informanter rekruttert fra VFE tjenestene. For å få rekruttert et tilstrekkelig antall informanter innen tidsfristen for prosjektet, henvendte vi oss til krisesentrene i Oslo og Akershus og ba dem om å formidle kontakt med brukere i den aktuelle aldersgruppen. Vi fikk kontakt med og intervjuet to eldre kvinner som hadde bodd på samme senter. Resten av utvalget hadde vært i kontakt med ett av de to VFE kontorene. Det var til sammen 25 kvinner og 5 menn i utvalget.

Klientene fra VFE og krisesenterbrukerne er i kjernegruppa for våre problemstillinger. De har enten selv kontaktet tjenestene for å få bistand i forbindelse med overgrep, eller har vært henvist dit via hjelpeapparatet eller andre instanser/personer.

Alle de eldre som deltok i vår studie, bodde i eget hjem. Eldre med diagnostisert demens eller annen sykdom som gir store mentale endringer, er ikke inkludert som informanter i prosjektet.

Fem kvinner som svarte positivt på henvendelsen om å delta som informanter, trakk seg før intervjuene fant sted. Årsakene de oppga var at de enten var svært travle og/eller at de allikevel ikke orket å snakke om overgrepssproblemene de hadde vært igjennom.

3.4 Kjennetegn ved utvalget

Alle informantene var etnisk norske eller hadde vesteuropeisk bakgrunn. For å få et inntrykk av deres livssituasjon presenteres kjennetegn som alder, utdanningsnivå, tidligere yrkesaktivitet, privatøkonomi og helse.

Alder

Utvalget består av 30 eldre fra 62 til 95 år. 3 informanter var i gruppen 62 til 64 år. De øvrige var 71 år eller eldre. Det vil si et aldersspenn på 33 år mellom yngste og eldste informant. Informantenes gjennomsnittsalder var 77 år.

80 prosent av VFEs brukere er kvinner og 20 prosent er menn. Vi ønsket i utgangspunktet en tilsvarende kjønnsfordeling av informantene i utvalget. 25 kvinner og 5 menn samtykket i å delta. Det tilsvarer en prosentandel på 83 for kvinner og 17 for menn.

Sivilstand

9 av de 30 informantene var gift, 11 var enker/enkemenn, 9 var skilt og en person var enslig. 21 bodde alene på intervjudtidspunktet. Det gjaldt 18 av de 25 kvinnene og 3 av de 5 mennene.

Utdanningsnivå

21 informanter hadde utdanning ut over grunnskolenivå (folkeskole og eventuelt real-skole), 7 av disse hadde høyskole eller universitetsutdanning. Tar vi utgangspunkt i de 25 kvinnene i utvalget, finner vi at utdanningsnivået er på omtrent samme nivå som for kvinner generelt på 67 år og eldre i Oslo og Akershus (SSB 2011).

Yrkesaktivitet og økonomi

26 informanter oppga at de hadde vært yrkesaktive store deler av sitt liv. Det gjaldt alle mennene og 21 av 25 kvinner. På intervjudtidspunktet var kun en person fortsatt i inntektsgivende arbeid. På spørsmål om hvordan den økonomiske situasjonen var på intervjudtidspunktet, var en overveiende del relativt tilfreds med situasjonen. Halvparten vurderte sin økonomi som «god», en tredjedel sa at økonomien var «brukbar», mens 4 personer vurderte sin økonomi som «dårlig».

De fire personene som opplevde sin økonomiske situasjon som vanskelig, hadde ulike utgangspunkt. En var fortsatt yrkesaktiv og bodde i en kostbar bolig hvor utgiftene overskred inntektene. To av de øvrige tre var minstepensjonister. Endringen i inntektsgrunnlaget fra uføretrygdet til alderspensjon betydde reduserte inntekter og rettigheter, for eksempel reduksjon i antall TT-turer.

Helse

Ulike forhold kan spille inn ved eldres vurdering av egen helsetilstand. For eksempel vil mange si at helsetilstanden er brukbar dersom situasjonen er forbedret i forhold til tidligere. Hansen og Slagsvold påpeker at eldres tilfredshet ikke nødvendigvis skyldes at de objektivt sett har det så bra, men at de har lave forventninger (Hansen & Slagsvold, 2009). I tråd med dette, svarte flere av våre informanter på spørsmålet med en tilføyelse om at helsen var god, sett ut fra hva man kunne forvente i den alderen de befant seg i.

En av tre informanter beskrev sin helsetilstand som god (10 personer) og nesten like mange (9) sa den var brukbar. De øvrige 11 sa at helsetilstanden var dårlig. Blant de som karakteriserte helsetilstanden som brukbar, fantes også personer med store bevegelsesproblemer. I vårt materiale øker andelen som sier at helsetilstanden er god eller brukbar med stigende alder. Det kan muligens forklares med at eldre som er helsemessig ressurssterke, i større grad enn andre har pågangsmot og krefter til å kontakte hjelpeapparatet når de utsettes for overgrep.

3.5 Datainnsamling

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) godkjente studien medio mars 2011 og innsamling av data foregikk i perioden april til oktober 2011.

Innsamlingen av materialet ble gjort i form av personlige intervjuer i informantenes hjem (19), på VFE-kontorene (4) eller på offentlig sted, for eksempel på kafe (7), avhengig av informantenes egne ønsker. Avtale om tid og sted for intervjuet ble gjort på telefon. Intervjuguiden inneholdt følgende tema:

- Bakgrunnsopplysninger vedrørende helse, hjelpebehov, økonomi, sivilstatus, bosted, bolig, utdanning, yrke og tidspunkt for pensjonering.
- Hvilken situasjon som førte til at VFE eller krisesenter ble kontaktet
- Informantens opplevelse av kontakten med hjelpeapparatet
- Informantens opplevelse av kontakten med andre i forbindelse med overgrepene de hadde vært utsatt for
- Informantens opplevelse av sin livssituasjon på intervjutidspunktet
- Informantens ønsker om bistand
- Informantens råd og anbefalinger til andre i samme situasjon

Ved de første to intervjuene var begge forskerne til stede for å sikre at senere intervjuer ble gjennomført på noenlunde samme måte. Intervjuene varte i gjennomsnitt en time. Alle informantene samtykket i at intervjuer kunne ta kontakt på et senere tidspunkt hvis noe var uklart, og informantene ble oppfordret til å ta kontakt dersom de ønsket å komme med tilleggsopplysninger.

27 av intervjuene ble tatt opp på bånd. I to tilfeller ønsket ikke informantene at intervjuet skulle tapes og i ett tilfelle var det ikke avklart mellom forskerne at intervjuene skulle tas opp på bånd. Ved de tre intervjuene uten lydbåndopptak ble det skrevet utførlige notater.

3.6 Analyse

Vel halvparten av intervjuene ble transkribert i sin helhet. Disse var det vi vil karakterisere som «nøkkelintervjuer» med stor informasjonstetthet. For de øvrige anså vi det som tilstrekkelig å skrive et fyldig sammendrag. Vi noterte også hvordan vi opplevde intervjusituasjonen og dialogen med informanten.

Det enkelte intervju ble analysert tematisk på bakgrunn av sammendragene og ved å lytte til intervjuene. Den foreløpige analysen, som utgjør resultatdelen i denne

rapporten, ble gjort med utgangspunkt i en innholdsanalyse hvor følgende tema ble vektlagt:

- Informantens egne ressurser i situasjonen
- Betydningen av familieband mellom offer og overgriper
- Hvordan overgrepene kommer til uttrykk og deres innvirkning på dagliglivet
- Informantenes forklaringer på årsaker til overgrepene
- Informantens strategier for å mestre situasjonen
- Hva informanten er mest opptatt av vedrørende sin situasjon på intervju-tidspunktet
- Hva som gir livet mening for informantene per i dag
- Betydningen av nettverk og øvrig familie
- Betydningen av kontakt, støtte og hjelp fra det profesjonelle hjelpeapparatet
- Råd, anbefalinger og synspunkter fra informantene.

Faktaopplysninger ble lagt inn i en SPSS-fil, slik at vi i tillegg til de kvalitative analysene, lettere kunne systematisere ulike bakgrunnsopplysninger om informantene.

3.7 Styrke og svakheter i studien

Studiens styrke er at informantene selv har vært utsatt for overgrep, og kan dermed fortelle om personlige erfaringer med problemet. I studien legges de eldre egne definisjoner av hvilke handlinger de ser på som overgrep til grunn. De eldre subjektive oppfatninger kan imidlertid bety at enkelte vil oppleve at overgrepsbegrepet «utvannes» slik at en sitter igjen med uklare grenser mellom hvilke handlinger som bør ligge innenfor og hvilke som bør ligge utenfor begrepet. Informantene i vår studie hadde selv søkt VFE eller krisesenteret, som også tar utgangspunkt i brukernes egne fortolkninger av hva de opplever som overgrep.

Vårt utgangspunkt er at det er den enkeltes opplevelse av livssituasjonen generelt og utsatthet for overgrep spesielt, som er viktig å belyse, fordi det er den enkelte eldre som selv kjenner hvilke forhold som påvirker hverdagen, helse og livskvalitet, og som er avgjørende for hva den eldre gjør med situasjonen. Vi må imidlertid være klar over at forutsetningen for å få hensiktsmessig hjelp, er at også hjelpeapparatet vurderer de handlingene den eldre har vært utsatt for som overgrep.

Det er både en metodisk styrke og svakhet at det er ansatte i hjelpeapparatet – VFE og krisesenter – som har rekruttert informanter til studien. Svakheten er at eldre som er fornøyd med et tjenestetilbud lettere sier ja til å være informanter, fordi de ønsker å yte noe tilbake. Styrken er at de eldre som ble rekruttert gjennom disse to tjenestene, ofte

virket motiverte for å bidra til å belyse overgrepssproblematikken sett fra deres ståsted. Uten hjelp fra ansatte i hjelpeapparatet ville det for øvrig vært svært vanskelig å komme i kontakt med eldre overgrepsofre.

Generaliserbarhet er av betydning også i kvalitativ forskning, selv om prinsippene for overførbarhet er noe annerledes enn i kvantitative studier (Kvale & Brinkmann, 2009). Selv om opplevelsene til den enkelte informant er unike, kan erfaringene like fullt være aktuelle også for andre eldre ofre for overgrep. Forskjellen mellom personene i vårt utvalg og overgrepsutsatte i befolkningen generelt, kan muligens være informantenes verbale styrke, samt mot og vilje til å stå frem med sine problemer. Disse ressursene kan føre til at informantene i større grad klarer å artikulere sine problemer og dermed få gehør i hjelpeapparatet. Det kan bety at utvalget har en overvekt av ressurssterke personer sammenlignet med gruppen av eldre som ikke tar slik kontakt. Likevel mener vi at kunnskapen som denne studien frembringer, er av betydning for å forstå hva problemkomplekset «overgrep mot eldre» innebærer og at kunnskapen er overførbar til andre grupper eldre som utsettes for overgrep.

En styrke i studien er at innhenting av informasjon har skjedd gjennom personlige intervju hvor informantene ble oppfordret til å bruke den tiden de følte de hadde behov for. Begge parter kunne stille spørsmål og utdype utsagn som var uklare. Samtalen ble kun delvis styrt (tematisk) av intervjueren, som ga rom for at informanten også fikk fortelle om hendelser og omstendigheter som hadde betydning for dem, og ikke bare om de negative opplevelsene knyttet til overgrepene de hadde opplevd. Dette ga rom for å bygge tillit mellom informant og intervjuer.

4. Informantenes overgrepserfaringer

4.1 Fem fortellinger

For å gi leseren noen bilder av hvor ulik livssituasjonen og erfaringene med overgrep fortøner seg for de eldre vi intervjuet, har vi valgt ut fem ulike case, der vi gir en bredere beskrivelse av informantenes livssituasjon. De fem har opplevd ulike former for overgrep og ser ulike måter å løse problemene på. Vi har anonymisert fortellingene for at leserne ikke skal kunne identifisere informantene.

Karin

Karin er 80 år og har vært gift i nærmere 60. Mannen er på samme alder. Ekteskapet har helt fra begynnelsen vært problematisk, med mye krangel og fysisk vold fra mannens side. Ekteparet har to voksne barn.

Karin har utdanning på høghskolenivå, og har, bortsett fra en periode da barna var små, vært i inntektsgivende arbeid. Hun klarer seg selv uten hjelp og har god økonomi.

Hun beskriver mannen som en person som kommer i konflikt med alt og alle – sin egen og hennes familie, naboer, kolleger og overordnede. Han er glad i ungene, spesielt i datteren, som alltid har vært en pappajente. Da sønnen ble eldre tvang faren ham til å arbeide for seg når han ikke var på skolen. I dag ønsker ikke sønnen å ha kontakt med faren. Karin beskriver sønnen som usosial og en einstøing. På mange måter ligner han på faren sin. I perioder har hun vært redd for at sønnen skulle ta livet sitt. Datteren fikk psykiske problemer i voksen alder. Karin sier at det er mange personer med psykiske lidelser i hennes egen familie, slik at datteren kan være arvelig belastet. Datteren har høyere utdanning, men får ikke jobb. Hun har et godt forhold til faren sin og er snill og føyelig å ha med å gjøre. Ingen av barna er gift eller har fått egne barn.

Karins mann har også høyere utdanning og har vært i arbeid til pensjonsalderen. Han har brukt vold mot Karin så lenge de har vært gift, men de fysiske overgrepene har avtatt med årene. Siste gangen var for 10 år siden, da han slo henne så kraftig at armen brakk.

Karin forsøkte å forlate mannen da barna var små. Det var etter en uoverensstemmelse mellom de to, hvor han straffet henne med å låse henne inne i et rom i husets andre

etasje. Hun hoppet ut av vinduet og oppsøkte politiet. Episoden førte til at barna ble plassert på barnehjem i noen måneder. Siden tok Karin med seg barna og flyttet til en annen by. Etter en tid kom mannen og hentet henne. Karin så det som umulig å komme bort fra mannen, og slik tenker hun også i dag. Hun sier at hun burde ha forlatt ham da barna var i 15-16 årsalderen, men følte seg fanget i en felle. Dersom hun hadde forlatt mannen, ville hun ha gjort noe galt mot datteren. Men det ville nok ha vært bedre for sønnen, som har et dårlig forhold til faren. Sønnen sier til henne at hun lar livet sitt bli «styrt av en galning».

Karin forteller at mannens atferd har gjort at hun nesten ikke har venner. Hun føler at hun har sviktet seg selv ved å bli i det vanskelige forholdet. «Jeg er stakkarslig», sier hun flere ganger i løpet av intervjuet. Hun mener hun er svak som ikke har gitt mannen nok motstand på alle de «forskrudde» synspunktene han har. Hun har i mange tilfeller holdt en lav profil for å unngå bråk.

Karin oppsøkte VFE fordi mannen har begynt å få psykiske problemer. Han hører stemmer og tror de blir overvåket. Hun er også bekymret i forhold til barna, som hun for tiden har lite kontakt med.

Hun har tidligere oppsøkt familievernkontoret for å få hjelp i forbindelse med den vanskelige livssituasjonen, men har kun fått råd om å kontakte advokat.

Eva

Eva er i midten av 70-årene, uten høyere utdanning. Hun har jobbet i butikk, men på grunn av en spesiell diagnose, har hun alltid hatt halv uføretrygd. Hun vurderer sin helse som brukbar, til tross for ryggplager og depresjon det siste året.

Eva har en sønn med rusproblemer. Han var liten da foreldrene skilte lag. Sønnen har alltid vært urolig i kroppen og hadde problemer med å tilpasse seg i skolen. Han var skoleflink, musikalsk og praktisk anlagt, men kom stadig i slåsskamp i skolegården. Han begynte å røyke som tenåring, og begynte tidlig med hasj. Han fikk problemer på ungdomsskolen og fant en kamerat som også hadde tilpasningsproblemer. Han stakk av, og kunne være borte i dagevis. Da han kom hjem med tyvegods, ringte hun politiet. Barnevernet kom inn i bildet, og han ble plassert i et ungdomskollektiv. Der tok han videregående skole. Han ble ikke fulgt opp av hjelpeapparatet etter ungdomskollektivet. Han har ikke tatt mer utdanning og har kun hatt sporadiske jobber. Han klarer ikke å innordne seg på arbeidsplassen, og kommer alltid i krangel med folk. Han har også truet ansatte på sosialkontoret. Han har to brutte forhold bak seg, med barn i begge forholdene.

Selv om sønnen aldri har slått henne, har han vært verbalt aggressiv og har brukt fysisk makt ved å holde armene hennes bak på ryggen. Etter det siste brutte forholdet begynte han å komme hjem til Eva daglig. Hun følte at han invaderte hjemmet hennes og følte at hun mistet kontrollen, selv om han ikke sov der. Han truet henne for penger og kunne være svært aggressiv verbalt. Hun forsøkte å si hva hun mente om dette, og unnlot etter hvert å åpne døren når han kom. Hun dempet lyset, så det skulle se ut som om hun ikke var hjemme. Hun ble etter hvert svært deprimeret og gråt mye. Da hun fikk avlastningsplass på et sykehjem, ble det konstatert at hun hadde stresshodepine. Et familiemedlem så et oppslag om VFE, og på intervjutidspunktet hadde hun hatt kontakt med dem i ett år.

Gunnar

Gunnar er en enkemann i 70-årene som ble tidlig uføretrygdet på grunn av alvorlig sykdom. Han har høyere utdanning og hadde en bra stilling. Han har tre voksne barn – to døtre og en sønn.

Gunnar og kona bygde en generasjonsbolig sammen med en av døtrene, men etter noen år gikk huset på tvangssalg, fordi datteren og svigersønnen hadde tatt opp lån på huset, uten at Gunnar og kona var informert. Dette førte til en svært vanskelig livssituasjon for Gunnar og kona som kjempet en lang kamp for å unngå personlig konkurs. I de senere år har Gunnar hjulpet datteren, slik at hun har kunnet nedbetale gjeld og få seg ny leilighet. Av uforståelige grunner vil ikke denne datteren ha kontakt med ham lengre. Han tror det skyldes at han spanderte nye møbler på ett av de andre barna. Til tross for at han har hjulpet datteren økonomisk, blir hun sjalu når faren bruker penger på søsknene hennes.

Etter at Gunnar overførte en fritidseiendom, som forskudd på arv, til to av barna, røk disse uklar med hverandre og har nå ingen kontakt. Ett av de andre barna har også vendt seg mot Gunnar, slik at han nå bare har kontakt med ett av sine tre barn. Det barnet han fortsatt har kontakt med, og som er kommet i konflikt med søsteren om fritidseiendommen, har fått psykiske problemer på grunn av denne konflikten. Situasjonen medfører at Gunnar har mindre kontakt med barnebarna sine enn før, og i løpet av denne vanskelige perioden er han blitt oldefar til flere barn uten at han har fått anledning til å møte dem.

Han snakker ikke med den nærmeste familien sin om disse problemene lengre. Han får ikke gjort noe med dem likevel.

Kristian

Kristian står og venter utenfor huset på det tidspunktet vi har avtalt for intervju. Han ber meg være stille når vi går inn i huset, slik at naboen, som bor i andre etasje, ikke skal

legge merke til oss. Inne i den spartansk møblerte trygdeleiligheten står en TV og flimrer. TV-antennen er blitt klippet av, og Kristian mistenker naboen for å ha gjort det. Antennen oppå TVen gjør at han så vidt kan se NRK 1, men ingen andre kanaler. Kristian er i 70-åra. Han er enslig og har heller ingen barn. Han har jobbet som bussjåfør. Han har flere kroniske sykdommer og vansker med å gå. Han er ofte våken om nettene. Konflikten med naboen, som er en eldre kvinne, begynte med at hun beskyldte Kristian for å ha vært inne i leiligheten hennes og stjålet klær og gjenstander. Han beskriver beskyldningene som absurde og mener at naboen ikke er helt tilregnelig. Hun er oppe og går om nettene. Det hører Kristian når han går rundt i leiligheten på sine egne nattevandringer.

Kristian henvendte seg til VFE for å få hjelp til å få slutt på konflikten med naboen. Det ble arrangert møte mellom de to sammen med kommunens boligkontor og VFE. På møtet fikk Kristian tilbud om å flytte til en annen trygdeleilighet. Han var og så på den, men den andre leiligheten har mye lavere standard enn den han bor i nå, så han tok ikke imot tilbudet. «Det var jeg som kom hit først», sier han. Det er ingen ting som tyder på at konflikten kommer til å løse seg med det første.

Tordis

Informanten er en hjemmeboende kvinne i slutten av 60-åra. Hun har flere alvorlige diagnoser som gjør henne sterkt funksjonshemmet med behov for assistanse store deler av døgnet. Man ser tydelig hvordan sykdommene preger henne. Tross dette virker hun full av verbal energi. Hun ble uføretrygdet før hun var 40 år. Hun var gift en kort periode, og har hovedsakelig bodd alene.

Informanten presenterer en generell klage på tjenestetilbudet og i særdeleshet utilfredshet med hjemmetjenestene i bydelen der hun bor. Hun opplever de ansatte i hjemmesykepleien som frekke, verbalt krenkende, og kunnskapsløse. Hun hevder at de låser seg inn i leiligheten hennes uten å banke på, presenterer seg ikke når de kommer og de titter i hennes private papirer. Hun anklager i tillegg tjenesten for manglende fagkunnskap som har resultert i feilmedisinering og infeksjoner.

Informanten har mistet tilliten til hjemmesykepleien og sier hun må mase hele tiden. Når hun ringer og legger igjen beskjed, ringer de ikke tilbake. Hvis noen tar telefonen, sier de at de jobber med saken hennes. Hun mener at de har skylden for at hun ved to anledninger har vært på randen av nervesammenbrudd og så langt nede at hun har hatt lyst til å ta livet sitt.

Tordis kaller hjemmesykepleiens behandling for psykisk og fysisk vold. Hadde hun hatt penger, ville hun ha gått til sak mot dem.

En annen frustrasjon er pasienttransporten i bydelen. Hun opplever den som et «sant helvete» fordi bydelen ikke har biler for allergikere. Tidligere hadde informanten fast sjåfør. Nå er det masse problemer med TT-kjøring. Da hun var uføretrygdet (før hun ble pensjonist) fikk hun 150 TT-turer i året. Nå har hun bare rett på 50 turer. Hun skjønner ikke hvorfor eldre skal isoleres.

Informanten har ikke helse eller økonomi til å flytte til en annen bydel, som hun mener vil kunne gi bedre hjelp. Hennes egen bydel har tildelt henne personlig assistent i 20 timer per uke, men føler fortsatt at hun blir behandlet som en pakke. For å få et bedre liv, mener hun det er en forutsetning å få nok og riktig hjelp.

Informanten har venner, men føler at det ikke er alt man bør snakke med dem om.

Til tross for hennes sterke kritikk mot de offentlige tjenestene råder hun andre til å søke hjelp, ikke være stolt, men våge å si fra. Det er spesielt VFE hun anbefaler andre å kontakte. «De bryr seg, hører og vil hjelpe».

4.2 Typer overgrep og relasjoner

De fem casene er forskjellige med hensyn til livssituasjon, overgrepssituasjon, hvor lenge problemene har vart, og hvor tilfredsstillende løsningen av problemene har vært. Beskrivelsene viser frem for alt store variasjoner i de overgrepsutsattes opplevelse av egen livssituasjon og deres oppfatning av løsningsmuligheter.

I mange tilfeller oppgir informantene flere problematiske forhold og relasjoner som årsak til at de oppsøkte VFE eller krisesenteret. For eksempel er flere i en situasjon der de lever i et ekstremt vanskelig parforhold, samtidig som de er bekymret for sine voksne barn som sliter med omfattende rusproblemer og/eller psykiske problemer. Andre kombinasjoner kan være problematiske relasjoner til egne barn, samtidig som de eldre har bekymringer for barnas relasjoner seg imellom.

Overgrepserfaringer

Overgrepserfaringene varierer. To av tre informanter hadde vært utsatt for psykiske overgrep og en av tre hadde vært utsatt for fysiske overgrep. 6 informanter hadde vært utsatt for økonomiske overgrep, mens 3 oppga at de hadde vært utsatt for strukturelle overgrep.

Tabell 4.1 Eldres overgrepserfaringer ved henvendelse til VFE eller krisesenter. N=30

Overgrepserfaringer	Antall
Fysiske overgrep	11
Psykiske overgrep	22
Økonomiske overgrep	6
Strukturelle overgrep	3

En tredjedel av de 22 informantene som hadde vært utsatt for psykiske overgrep, hadde også vært utsatt for trusler om fysisk vold.

13 av de 30 informantene fortalte at de hadde vært utsatt for kun en type overgrep, mens 10 hadde vært utsatt for to typer ulike typer overgrep. 3 informanter hadde vært utsatt for 3 forskjellige typer overgrep. 4 informanter oppga ingen av de nevnte overgrepstypene, men var involvert i eller hadde opplevd familiekonflikter som ga psykiske påkjenninger.

Relasjon til overgriperne

Halvparten av informantene oppga at voksne barn var årsaken til at de oppsøkte VFE eller krisesenteret, mens 8 sa at ektefellen var årsaken. I de aller fleste tilfellene var det enten rus, psykiske problemer eller demens som var bakenforliggende årsaker til at ektefeller eller barn representerte et problem.

Tabell 4.2 Informantenes relasjon til overgriperne. N=30

Relasjon	Antall
Barn	15
Ektefelle	8
Nabo/bekjent	4
Andre	3
Totalt	30

Under kategorien «Andre» finner vi to tilfeller der de eldre hadde opplevd kritikkverdigg behandling fra ansatte i henholdsvis hjemmetjeneste og institusjonstjeneste. I et tredje tilfelle mente den eldre at hun ble presset ut av et eldre hjem mot sin vilje. I ett tilfelle hadde informanten både vært utsatt for overgrep fra ektefelle og opplevd at ansatte i hjelpeapparatet utsatte ektefellen for overgrep.

Litt under halvparten av informantene (14 personer) oppga mannlig overgriper, mens 9 oppga at overgriper var en kvinne. Tre informanter oppga at det var flere overgripere – i ett tilfelle var disse utelukkende kvinner, og i to tilfeller besto de av både en mann og

en kvinne. I to tilfeller var overgriperne flere kvinnelige ansatte i offentlige tjenester.⁷ Det betyr at i de 15 tilfellene der barn var overgripere, gjaldt dette i 7 tilfeller kvinner, i 6 tilfeller menn, og i 2 tilfeller både menn og kvinner.

Problemtyper

I følge våre informanter var 10 av overgriperne rusavhengige, 6 hadde store psykiske problemer, og 3 hadde omfattende atferdsproblemer på grunn av demens.

Dersom vi ser bort fra de strukturelle overgrepene, hadde halvparten av overgriperne rusproblemer og nærmere en av tre psykiske problemer. Andre informanter hadde tatt kontakt med VFE fordi det hadde oppstått konflikter mellom foreldre og barn (uten rusproblemer), eller mellom barna innbyrdes. I flere tilfeller gjaldt disse sakene problemer i tilknytning til forskudd på arv.

Det var også eksempler på andre typer konflikter mellom eldre og deres voksne barn. 6 informanter hadde opplevd familiekonflikter som hadde gått sterkt inn på dem. I flere tilfeller medførte konfliktene at den eldre ble avskåret for kontakt med barnebarn og/eller oldebarn.

Varighet

Mange av informantene i vårt utvalg sa at problemene i familien hadde begynt for lenge siden. Det gjaldt 5 av de 8 alle informantene som hadde problemer i forhold til ektefellen. Flere karakteriserte ektefellen som «kverulant», og/eller som «psykopat». Problemerkene hadde gjort at samlivet hadde vært problematisk i alle år. Unntakene var de 3 kvinnene som levde med menn med en demenssykdom, som hadde hatt et normalt forhold til ektefellen før han ble syk.

7 av de 15 informantene som oppga voksne barns rusmisbruk eller psykiske problemer som årsak til at de søkte bistand i hjelpeapparatet, oppga at problemene kunne spores tilbake i tid til barnas oppvekst, og hadde virket negativt inn i forhold til skole, venner og omgivelsene ellers.

Problemer i forhold til naboer, bekjente og andre personer/instanser var av nyere dato og hadde i de fleste tilfellene på det meste vart i noen få.

⁷ En av informantene hadde både erfaring fra overgrep fra ektefelle og fra overgrep i institusjon (strukturelt overgrep). I denne tabellen er ikke erfaringen fra institusjon tatt med.

4.3 Oppsummering

Overgrepshistoriene til de eldre som utgjør vårt utvalg er ulike, men vi finner samtidig mange likhetstrekk, alt etter hvilken type relasjon den overgrepsutsatte har til overgriperen. Halvparten av overgriperne er voksne barn med rus- eller psykiske problemer og i 8 tilfeller er overgriperen en mannlig ektefelle, ofte med demens eller psykiske problemer. I begge relasjonstypene har problemene og overgrepene pågått i mange år.

I neste kapittel skal vi se hvordan de eldre opplever situasjonen.

5. Hvordan takles problemene?

5.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi se nærmere på hvordan de eldre i vårt utvalg reagerte på de overgrepene de ble utsatt for. Vi tar utgangspunkt i relasjonene mellom informantene og overgriperne, ved først å beskrive karakteristika knyttet til konflikter og overgrep mellom foreldre og barn, deretter hva som karakteriserer overgrep i parforhold. Videre gir vi eksempler på hvordan saker der naboer og bekjente er involvert, arter seg, og kommer med eksempler på saker der de eldre mener at de selv eller deres nærmeste forulempes av hjelpeapparatet. Etter presentasjonen av de ulike overgrepsrelasjonene ser vi nærmere på hva som er gjort for å løse problemene.

5.2 Barn som overgripere

I forrige kapittel redegjorde vi for at halvparten av overgriperne var informantens voksne barn. Informantenes fortellinger viser at familiebåndene er sterke, uansett hvor stor slitasten har vært opp gjennom livet. Selv foreldre som har vært utsatt for store påkjenninger, har et ønske om fortsatt kontakt med sine barn, og de som ikke har slik kontakt syntes det er leit. Problemene kan imidlertid være så store at kontakten holdes på et minimum. Slik var det for den informanten som ikke klarte å tilgi datteren at hun kom med falske beskyldninger om incest. Beskyldningene ble gjort kjent for enkelte viktige personer i informantens familie og nettverk. Anklagene tror han kom som utslag av frustrasjon fordi hun ikke fikk penger og fordi han ikke ville gi henne de smertestillende tablettene han selv brukte. Han klarte ikke å ta imot unnskyldningen hennes, selv etter at hun hadde trukket anklagene, og uttalte at han aldri mer kom til å hjelpe henne. Det var sønnen som snakket med søsteren og fikk henne til å trekke anklagene.

Det at andre familiemedlemmer går inn som mellommenn er tilfelle for flere av informantene. Informanter som hadde flere barn, som ikke var en del av overgrepene, ble som regel støttet av disse barna både praktisk og emosjonelt. I de tilfellene hvor overgriper hadde et langvarig misbruk av rusmidler, var kontakten vanligvis brutt mellom søsknene.

Hvordan den øvrige familien og nettverket til informantene blir involvert i problemene varierer noe. Det er imidlertid et gjennomgående trekk at informantene er meget selektive når det gjelder hvem de forteller om overgrepene til. Av fjorten informanter oppgir fire at de har en bror eller søster som vet om situasjonen og at disse er til god støtte for dem. Seks informanter har involvert en eller flere nære venner og det som kjennetegner disse vennene er at de har kjent hverandre gjennom lang tid. For flere av informantene er de vennene de var fortrolige med enten døde, flyttet eller blitt syke, slik at nettverket var svekket. Fem av informantene har ikke fortalt om problemene til andre enn egne barn.

Der hvor det var konflikter på grunn av deling av eiendommer og verdier mellom søsken, kom den eldre i «skvis» mellom barna på en slik måte at det ble vanskelig, og i noen tilfeller umulig, å opprettholde kontakten med de yngre generasjonene i familien. Det voksne barnet som selv hadde barn og barnebarn, forhindret den gamle faren eller moren i å møte «sin familie» og å holde seg oppdatert om hva som skjedde, inklusive familieførøkelser. Informantene som var i en slik situasjon uttrykte hvor belastende det var å kjenne at familiebåndene var svekket og at de var frarøvet muligheten til å følge opp den nye generasjonen slik de selv ønsket. Flere var villige til å overse krenkende handlinger fra sitt voksne barn fordi en konfrontasjon ville gjort kontakten med barnebarna enda vanskeligere. Situasjonen kunne i tillegg tilspisse seg hvis et av de andre familiemedlemmene oppfattet at informanten tok parti.

Det å gi forskudd på arv, enten ved deling av fritidseiendommer, overføring av egen bolig til ett eller flere av barna eller å gå sammen om huskjøp med generasjonsbolig, forårsaket at fem av informantene fikk økonomiske problemer. I tillegg til psykisk trakassering opplevde tre av disse informantene fysiske overgrep. Ekteparet som hadde overført huset til ett av barna, opplevde grov fysisk vold som et utslag av en forverret psykisk sykdom hos sønnen. De opplevde at de bodde på nåde og at deres egen handlefrihet ble redusert ved at de hadde overført verdiene til sønnen. En annen informant som måtte rømme eget hjem etter fysisk vold, drapstrusler og grove psykiske overgrep uttalte:

Jeg har aldri fått så mye kjeft som jeg har fått av min sønn og hans samboer etter at jeg flyttet i samme hus som dem. [...] Som foreldre må man være snill, gi trygghet. De mente at jeg ga dem trygghet ved å putte penger inn i huset. Man forventer ikke å bli utsatt for ondskap og trusler.

Et evig mas om penger kan gjøre det vanskelig å få økonomien til å gå rundt, særlig hvis man bare har alderspensjon som inntekt. For noen var det en strategi å gi mindre, men hyppige beløp for på den måten hindre kriminalitet hvis overgriper hadde rusproblemer. En annen måte var å betrakte utbetalingene som et lån. Flere av informantene

erfarte at beløpene de ga aldri var nok, og noen ble nærmest gjeldsslaver for å betale ned gjelden til sitt avkom før de satte «foten ned». En strategi for å klare det økonomiske presset var å overse egne behov og til at nøysomhet ble en del av hverdagen. Fire av informantene valgte en annen strategi ved at de tok opp lån for å spe på økonomien, realisere sine planer og/eller flytte til annen bolig.

Resultatene indikerer, spesielt der voksne barn er rusmisbrukere, at det er to ulike tilnæringsmåter for å opprettholde familiekontakten.

Den ene tilnæringsmåten springer ut fra et ønske om vanlig kontakt uten at det blir lagt spesielt press på dem, verken på den ene eller annen måte. De ønsker å få være i fred for de store problemene. De er slitne av alltid å være den som må ordne opp og har kommet til erkjennelsen at «nok er nok». En av mødrene som ikke lenger hadde tro på at sønnen ville klare å få orden på livet sitt uttrykte det slik:

Jeg tror ikke han blir annerledes heller. Nei, det tror jeg ikke, men så lenge jeg får fred så får det skure og gå.

For disse informantene som hadde levd med overgrepssproblemer gjennom mange år, ble det helt nødvendig å plassere ansvaret «der det hører hjemme» det vil si hos overgriper. For informantene som klarte å komme til en slik erkjennelse, var det en lang prosess hvor de måtte jobbe med seg selv slik at ikke problemene skulle ta all deres oppmerksomhet og dermed styre deres liv. Denne prosessen ble ofte satt i gang av profesjonelle i hjelpeapparatet eller av viktige personer i informantens uformelle nettverk. Strategien innebar at informantene søkte aktiviteter som ga dem avkobling, gjerne sammen med nye eller gamle venner, eller med familie. Slike aktiviteter ble valgt ut fra interesse og økonomi, som for eksempel ferieturer, besøk på kafé i byen eller på senior-senteret, underholdning eller et interessant program på TV. En av informantene hadde stor glede av å være hundeeier og ventet utålmodig på sin nye valp.

Den andre strategien ble hovedsakelig tatt i bruk av foreldre som ikke hadde klart å forsones seg med situasjonen og levde med en mer eller mindre kontinuerlig uro for sitt barn. Det var alt fra om sønnen hadde et sted å sove for natten, om de fikk mat, og spesielt mange var opptatt av den manglende tannbehandlingen. Langvarig rusmisbruk gjorde at de ikke klarte å passe tiden når de hadde avtale med hjelpeapparatet og at de dermed ikke fikk nyttiggjort seg de tilbudene som fantes. I tillegg til uroen og bekymringen var det sorgen over et barns ødelagte liv som lå langt fremme i tankene hos foreldrene. En av mødrene som hadde fått en «blåveis» uttrykker det slik:

Hos meg er det ikke det (fysisk vold) som sitter dypest. For meg er det rett og slett sorgen over ham. Medlidenheten. Å se et annet menneske som ikke har fått livet sitt til. Den går så dypt inn i meg.

Overgrepene hadde stor innvirkning på ofrenes hverdag, fordi dagen ble uforutsigbar. I de tilfellene der overgriper var barn med psykiske og/eller alvorlige rusproblemer, levde foreldrene med stadige trusler hvor det var vanskelig å forstå hva det var som forårsaket aggresjonen. Truslene kunne munne ut i fysisk vold, at den eldre ble bedt om å ta livet av seg, eller truet med å bli kastet ut for trappen. Informantenes fortellinger indikerer at angsten for tilsvarende opplevelser kan være vel så skadelige som de konkrete handlingene. Selv når overgriper var innlagt på en behandlingstjeneste eller av andre årsaker ikke lenger var i stand til å utøve vold og overgrep, føltes det ut som om de fortsatt var fanget i situasjonen. En mor beskriver en følelse av angst som aldri vil slippe:

Bare det med den angsten, når han begynte å heve røsten og bli sinna, så kjente jeg at jeg ble helt visnen i kroppen av angst. Det gjorde jeg, selv om han ikke gikk hen og slo meg til enhver tid, for det gjorde han ikke, bortsett fra det ene tilfellet, selv om jeg har nok lett for å bagatellisere litt. [...] Jeg kunne ligge om natten og høre at det ringte på døra, hvor det ikke var noen. Og det kan jeg gjøre også den dag i dag. Så det er noe som har satt seg i kroppen, denne angsten som har plantet seg der på grunn av dette.

Det å bli uroet med nattlige besøk eller telefonoppringninger er et gjennomgangstema i informantenes fortellinger. For en av informantene ble situasjonen bedre ved at hun fikk alarm fra kommunen. Selv om hun ikke utløste alarmen, var det tilstrekkelig at hun ga beskjed til sine to rusmisbrukende barn at de fikk la være å komme og bråke om natten nå som hun hadde alarm. I tillegg ga flere informanter uttrykk for hvor slitsomt det var ikke å være herre over sin egen hverdag. Uforutsette ting dukket stadig opp og de kunne oppleve at de ble invadert i sin egen leilighet, noe som forårsaket at tryggheten i eget hjem ble borte.

En informant forteller hvor skremmende det var å oppleve at hun ble så sint på datteren som trakasserte henne, at hun mistet besinnelsen og slo til datteren ved to anledninger. Informanten som ble beskyldt for incest ga klar beskjed om at den minste ting fra datteren ville medføre at han anmeldte henne for falske anklager, noe som gjorde at hun ikke torde å komme med flere utspill.

Nedtrykthet og angst er en del av bildet for informantene og flere ble behandlet for depresjon. Hvor sterkt slike psykiske reaksjoner er fremme avhenger delvis av om overgrepene har skjedd tidligere eller om de fortsatt pågår, hvor alvorlige overgrepene er,

samt hvilke strategier de nyttet for å mestre problemene. Det var ofte en rådvillhet som gjorde at informantene tok kontakt med hjelpeapparatet. Dette var fordi tidligere strategier ikke virket lenger, eller fordi informanten ikke fikk tilstrekkelig gehør for sine problemer i de kontaktene de allerede hadde, som for eksempel hos fastlegen eller i den psykiatriske helsetjenesten som overgriper var knyttet til.

Et gjennomgående trekk i informantenes fortellinger er behovet for å finne mulige forklaringer på sønnens eller datterens atferd og hva det er som gjør at de ikke mestrer relasjoner og samhandling med sine nærmeste. Foreldre som utsettes for overgrep av et rusmisbrukende barn, klandrer i liten grad sitt barn, men forsøker å forklare. Åtte av informantene trekker frem at barnet deres tidlig hadde en annerledes atferd enn for eksempel sine søsken, de var ofte svært aktive og utforskende. Flere av informantene bruker betegnelser som «har alltid vært et vanskelig barn» eller et «nervøst barn». Positive egenskaper som intelligens og musikalitet ble fremhevet, men at det var egenskaper som ikke har kommet tilstrekkelig frem i skolesituasjonen hvor tilpasningsvansker hadde vært det fremtredende. Også foreldre som blir utsatt for overgrep av barn som ikke misbruker rusmidler, leter etter forklaringer. Sjalousi blir trukket frem av to informanter. I tillegg mener fire av informantene at «dårlige gener» i familien er en forklaring. Flere av informantene viste til enkelte medlemmer i slekten som hadde psykiske problemer eller avvikende atferd i mellommenneskelige forhold. Dette hjalp foreldrene til å plassere deler av ansvaret utenfor sin egen oppdragelse av barnet og dempet ansvaret for overgriperens oppførsel. En mor som mente datteren hadde arvet farens mindre gode gener sa det slik: «Det er ikke alt man kan gjøre noe med».

5.3 Ektefelle som overgriper

Åtte av de 30 informantene ble utsatt for ulike typer overgrep av ektefellen. I tre tilfeller led ektefellen av demens, og i tre andre tilfeller hadde ektefellen store psykiske problemer.

Ektefeller med psykiske problemer

To av informantene, som hadde psykisk syke ektefeller, hevdet at ektefellene i løpet av samlivet alltid hadde kommet i konflikt med alt og alle – arbeidsgivere, kolleger, klienter, egen familie, ektefellens familie, naboer etc. Det hadde ført til nabo tvister, konflikter i forbindelse med arveoppgjør og andre negative relasjoner til personer i omgivelsene. Et trekk som ser ut til å gå igjen, er at disse mennene mener det er noe galt med alle andre enn dem selv. Begge informantene opplevde at familien etter hvert ble mer og mer isolert. Det var vanskelig å få ektefellene med i private selskaper, eller til å delta i andre sosiale sammenhenger.

Den ene av ektefellene hadde vært psykisk syk lenge, men tilstanden var blitt forverret de siste 10 årene. Han plages av fobier, men nekter å ta medisiner som legen har foreskrevet. Han er ikke så nøye med hygien, lukter til tider vondt, har snudd om på døgnet og sover i de samme klærne som han har på når han er våken. En gang gikk han med på innleggelse på psykiatrisk avdeling, men var tilbake i eget hus neste dag. Kvinnen skjønner ikke at hjelpeapparatet ikke ser at han trenger hjelp og gjør noe med problemene. Hun sier:

Nei, det som jeg ikke forstår, det er at ikke helsevesenet tar opp et problem som dette her... Nå er jeg veldig opptatt av at den som er syk, ikke blir behandlet som syk (av det offentlige).. Jeg forstår at det må være strenge regler for tvangsinnleggelse, men jeg synes det er gått for langt den andre veien.

Hun beklager at mannens fastlege ikke har vært mer interessert i mannens situasjon. Hun mener at det egentlig er veldig synd på mannen og mener at hjemmetjenesten bør ta affære, slik at han får den pleie han har behov for, selv om han ikke ønsker dette selv. I stedet blir hun den som legitimerer at han får bo hjemme, til tross for at hun mener at han hører hjemme på institusjon.

To av de tre kvinnene som levde med psykisk syke menn, hadde i mange år hatt lyst til å forlate ektefellene. I det ene tilfellet holdes kvinnen tilbake av at hun tror det vil bety at ansvaret for mannen da vil falle på barna. Den andre kvinnen hindres i å forlate mannen på grunn av sin voksne datter, som har store psykiske problemer. Sist kvinnen forsøkte å gå, slo datteren seg vrang. Kvinnen ønsker ikke å skape en situasjon som gjør livet enda vanskeligere for datteren. Sønnen holder seg borte fra faren og dette fører til at kontakten mellom moren og sønnen også har blitt svekket.

I to av familiene er noen av barna blitt psykiatriske pasienter. På intervju tidspunktet var en av mødrene bekymret fordi sønnen sto utenfor arbeidslivet og var sosialt isolert. Bare ett av de fem barna i disse to familiene lever i parforhold. Begge informantene hevder at det er «sinnsykdom» i egen eller ektefellens familie og at dette kan være forklaringen på tilstanden til de voksne barna.

Ektefeller med demens

De tre ektefellene som led av demens, fikk store personlighets- og atferdsforstyrrelser. Informantene fortalte at ektefellene var både omtenkssomme og generøse før de ble syke. Gjennom sykdomsforløpet ble mennene mistenkssomme, gjerrige og aggressive. Ektefellene til to av informantene hadde langvarige sykdomshistorier. Den ene hadde vært syk i tjuve år og var nå på sykehjem, den andre var nylig død etter ti år med alvorlig demenssykdom. Begge disse kvinnene opplevde de to siste årene før mannen ble innlagt på institusjon som et mareritt. Den tredje informanten lever sammen med

mannen på intervjuetidspunktet og har tunge dager fordi ektefellens situasjon er blitt drastisk forverret.

Aggressivitet fra ektefellen var en utfordring. Stort sett klarte informantene «å holde ektefellen i sjakk» ved å snakke ham roligere, eller ved at de fjernet seg fra situasjonen. Dette lyktes ikke alltid og to hadde opplevd fysiske overgrep. I det ene tilfellet gikk overgriper også løs på sønnen mens han holdt på med en elektrisk drill, noe som skapte en ekstremt farlig situasjon. Den andre informanten forteller at ektefellen ramponerte bilen i frustrasjon over at han ikke klarte å kjøre den ut av garasjen. Den tredje informanten, som nylig hadde opplevd at ektefellen raserte et rom i huset og knuste det som var av gjenstander, uttaler:

Jeg har hatt verdens snilleste mann i alle år, og plutselig så kjenner jeg ikke mannen min igjen. Han var som et vilt dyr. Legen fortalte meg etterpå at det er noe som kortsluttet, så han ante ikke hva han gjorde, men han er jo sterk....Ja, det har vært en så vond tid at det kan ikke beskrives. Jeg går hele tiden med en følelse av å være redd for jeg tenker at når dette kom så brått på som det gjorde den dagen, da kan det skje igjen, en ny kortslutning.

Ektefellen var så sint at politiet måtte tilkalles. Den nærmeste familien var bortreist og kunne ikke hjelpe henne, men ringte politiet. Politiet skjønnte at mannen ikke kunne være hjemme. De tok ham med til legevakten, men der avviste de ham fordi de mente han var mer sint enn syk. Politiet måtte dermed ivareta mannen, noe som opplevdes svært traumatisk av informanten så vel som ektefellen. Allikevel berømmer informanten politiet som gjorde så godt de kunne. Ved nærmere medisinsk undersøkelse viste det seg at ektefellen hadde en pågående hjerneblødning med et skyhøyt blodtrykk, samt et nytt hjerneinfarkt. Informanten karakteriserer dette møtet med legevakten som skammelig.

Et fellestrekk for de tre informantene, er at ektefellen får sterke psykiske reaksjoner når sertifikatet blir inndratt. Det setter informantene i spesiell fare fordi frustrasjonen blir vendt mot dem. En informant forteller:

Livet til Olav gikk helt i grus når han mistet sertifikatet... den bilen var Olavs liv. Jeg tror han har vært mye mer glad i den enn han noen gang har vært i meg, i hvert fall de siste årene. Så en mann og bil, vet du, da gikk selvtilliten til Olav helt i bunn. Han mistet selvtilliten og selvkontrollen på en gang kan du si. Han ble forferdelig aggressiv.

Det kan se ut til at bilen er et sterkt symbol på frihet og uavhengighet for disse ektefellene, og at de ikke klarer å forholde seg til at de ikke lenger kan «sette seg bak rattet».

I det ene tilfellet ble det nødvendig at barna hjalp foreldrene med å kjøpe en egen leilighet til faren, der han kunne bo alene med offentlig tilsyn. De regnet det for risikabelt at moren bodde sammen med ham. Etter en stund flyttet imidlertid ektefellene sammen igjen, da det ble umulig for familien å ha tilstrekkelig tilsyn med ham. Senere fikk mannen sykehjemsplass. På intervjuetidspunktet var han blitt så redusert at han ikke lenger hadde språk eller gjenkjente kona.

Informantene forteller om år med ekstrem høy omsorgsbyrde. Nær familie avlastet og støttet etter beste evne, men dette var og er slitsomme situasjoner som er belastende på familierelasjonene. Ingen av informantene mente de fikk tilstrekkelig hjelp fra den offentlige helsetjenesten, og det kan synes som om helsepersonalet ikke skjønnte hvor farlig og utmattende situasjonen var for informantene. Heller ikke fastlegene til ektefellene var den støttespilleren som informantene hadde behov for. Det finnes ett unntak. Fastlegen til en av informantene støttet henne i prosessen med å få mer hjelp. Legen gjorde en sikkerhetsvurdering av informantens hjemmesituasjon og «beordret» at ektefellens jaktvåpen skulle fjernes fra hjemmet. Denne legen var den eneste som noen gang spurte om ektefellen slo henne og om hvordan hun klarte seg økonomisk.

For informanten som fortsatt lever sammen med sin mann i eget hjem, er ektefellen på dagsenter fire timer to ganger i uken. Denne tiden er ikke tilstrekkelig for å komme til tannlege, gjøre nødvendige ærend etc. Tid til sosiale aktiviteter, til å besøke nær familie og venner er blitt en umulighet. Hun trodde at hjemmesykepleien hadde søkt avlastningsopphold på sykehjemmet for ektefellen, men forteller at da hun undersøkte saken nærmere, hadde hjemmesykepleien «glemt» å søke. Informanten er sliten, oppgitt og engstelig for når neste raseriutbrudd kommer. Hun har også søkt om omsorgsbolig for de to, men mannen nekter å flytte. I likhet med de to andre kvinnene som har gjennomlevd det samme, blir hun svært isolert. Informanten sier:

Det er så utrolig slitsomt. Ingen som ikke har prøvd det, aner hvordan det her er, for du mister livet, og jeg som har vært aktiv i alle år.

En annen informant uttaler at hun har «dratt på en ryggsekk» med omsorgsansvar i alle årene ektefellen har vært syk og at årene bare forsvinner. De tre informantene har alle til felles at de har fortsatt samlivet med ektefellen til tross for overgrep og en slitsom livssituasjon, fordi de har hatt et godt samliv med ektemannen før sykdommen rammet. Demensdiagnosen gjør det mulig for dem å holde ut, fordi de skjønner det er årsaker til overgrepene som ligger utenfor dem selv. Allikevel har dette en høy pris for alle informantene ved at de på mange måter «mister sin egen alderdom».

5.4 Naboer og bekjente som overgripere

I to tilfeller var informantene i konflikt med en nabo, i ett tilfelle hadde informanten blitt truet med fysisk vold fra en slektning, og i det fjerde tilfellet hadde en informant vært utsatt for seksuell tilnærming og grov fysisk vold fra en bekjent.

I det ene av tilfellene der informanten var kommet i konflikt med naboen, ble konflikten søkt løst ved at det ble arrangert et møte mellom informanten, naboen, VFE og det kommunale boligkontoret, som sto som utleier av huset som informanten og naboen bodde i. Informanten fikk tilbud om en annen leilighet, men ville ikke flytte, for han anså at det nye tilbudet var av dårligere kvalitet enn den leiligheten han allerede hadde.

I den andre nabosaken var det vanskelig å vurdere om det var informantens psykiske ubalanse som var problemet, eller om problemet gjaldt naboenes atferd mot informanten.

I tilfellet der informanten ble utsatt for fysisk vold fra en bekjent, hadde overgriperen vært en venn av informanten og hennes avdøde mann. Overgriperen hjalp kvinnen med praktiske oppgaver, men etter alkoholinntak ble han nærgående, og da informanten ikke ønsket denne typen kontakt, gikk han til fysisk angrep på henne. Informanten anmeldte forholdet til politiet og overgriperen ble dømt.

En av informantene ble truet av nevøen sin. De to bodde i samme hus etter at informantens søster, som var overgriperens mor, døde. De hadde ulikt syn på mange forhold, og nevøen tålte dårlig, i følge informanten, at hun hadde andre synspunkter enn han selv. I tillegg var han irritert over at han og tanten ikke hadde fått i stand et økonomisk oppgjør etter at moren gikk bort. Problemet ble løst ved at VFE hjalp informanten med å få leie en leilighet et annet sted. I tillegg hadde informanten fått hjelp fra advokat til å få orden på det hun hadde utestående økonomisk med nevøen.

5.5 Strukturelle overgrep

Med «strukturelle overgrep» mener vi i denne fremstillingen at det offentlige systemet – det vil si ulike tjenester i hjelpeapparatet – yter mangelfull eller på andre måter kritikkverdig bistand, sett fra tjenestemottakerens side.

I vårt utvalg har vi identifisert tre tilfeller av strukturelle overgrep. I det ene tilfellet hadde en 80 år gammel kvinne ektefellen sin plassert på institusjon. Han led av demenssykdom og hadde store atferdsforstyrrelser. Informanten opplevde at hennes opplysninger om ektefellen og hennes anbefalinger i forhold til hans behov og personlighet

ikke ble tatt på alvor av de ansatte på sykehjemmet. Dette medførte at mannen, i følge kona, ikke ble tilstrekkelig medisineret til at personalet kunne gjennomføre personlig stell for ham. I tillegg mente kona at han heller ikke fikk tilstrekkelig med smertelindrende medisiner mot sin kreftsykdom, noe som gjorde at han fikk store skjelettsmerter. Behandlingspersonalet bandt han til stolen han satt i med en sikkerhetssele, slik at han fikk store gnagsår på begge hoftene. Klær og penger forsvant uten at noe ble erstattet. I stedet for opplysninger om hvilke rettigheter de hadde i forhold til det som var skjedd, fikk informanten vite hvor dum hun hadde vært som hadde tatt med ordentlige klær og utstyr på sykehjemmet. Kona opplevde også at de ansatte slepte mannen opp i en stol da han var døende. At to-tre pleiere gjorde en god jobb, veide ikke opp for de overgrepene informanten opplevde at hennes mann ble utsatt for.

Det andre tilfellet gjaldt informanten som slet med store smerter og bevegelsesproblemer, og som hevdet at hun ikke får nok hjelp i bydelen der hun bor. Hun føler seg behandlet som en pakke – ikke som et menneske. Dette til tross for at informanten har vel 20 timer personlig assistanse per uke. Hun føler at de ikke respekterer henne og overhører hennes klager. Hennes mistillit til tjenesten gjør at hun alltid sørger for å ha vitner til stede når hun har møter med dem:

Men jeg har aldri turt å ha møter her (med hjemmesykepleien) uten vitner, for når jeg sier ting og klager på ting, så sitter de der med pokerfjes, og det er ingen reaksjon. Men hvis legen min, assistenten min eller den som har vært vitne sier det samme, da har de hørt etter hva som er sagt, for da er det kommet fra en annen.

Det anstrengte forholdet til hjemmesykepleien har hatt stor negativ innvirkning på kvinnen:

Jeg har kalt det fysisk og psykisk vold, det jeg har vært utsatt for. Mental ødeleggelse for å prøve å knekke meg. Jeg har alltid vært et sterkt menneske, mentalt, men de (hjemmesykepleien) har klart å kjøre meg i grøfta psykisk to ganger.

Det tredje eksempelet på «strukturelt overgrep» er en kvinne på 85 som fikk plass på et hjem for eldre, drevet av en humanitær organisasjon. Informanten oppfattet at bestyreren for hjemmet ikke likte henne, og i løpet av de tre årene hun bodde der laget hun situasjonen svært utrivelig for informanten. Spesielt ille var det siste året etter at kontrakten om å bo på hjemmet var gått ut. Informanten beskrev bestyrerinnens atferd som at hun ble «psyket ut» av henne. På intervjutidspunktet hadde kvinnen flyttet til en annen omsorgsbolig, men «behandlingen» satt i, og påkjeningene som hadde pågått i flere år, gjorde at hun fortsatt var deprimert på det tidspunktet hun ble intervjuet.

5.6 Oppsummering

De typiske beskrivelsene av overgrep mot eldre i vårt materiale er en eldre mor som forsøker å ivareta sitt voksne barn ved å tilby husrom. Barnet har mentale problemer og/eller rusproblemer. Etter hvert føler moren seg invadert av barnet, som blir boende i morens leilighet i lengre perioder. Disse mødrene får en usikker og utrivelig livssituasjon, tappes for penger, og sitter likevel igjen med en følelse av at dette ikke er noen god løsning for noen av partene.

Enten de eldre utsettes for overgrep fra ektefeller, barn, bekjente eller hjelpesystemet, har denne typen erfaringer en negativ innvirkning på deres liv. Usikkerheten som er knyttet til utøvelse av fysiske overgrep, er en stor påkjenning for dem som utsettes. Mange har opplevd å være i en usikker situasjon i mange år.

Fire informanter fortsetter å leve i ekteskap for å forhindre at familien går i oppløsning, selv om de utsettes for gjentatte overgrep. Samlivet med overgriper fortsetter, selv når denne burde hatt behandling og i noen tilfeller institusjonsplass. Tanken på å skille seg har vært til stede i årevis, men omkostningene i forhold til resten av familien synes å bli for store, til tross for at enkelte familiemedlemmer ville ha støttet den eldres avgjørelse om å gå sin vei. I vårt materiale ser det ut til at informantene, ved tanke på skilsmisse, føler seg illojale både overfor ektefelle og barn.

De sakene som gjelder overgrep fra naboer og bekjente, ser i noen tilfeller ut til å være lettere å løse. Man kan fjerne seg, eller avvikle eventuell sosial omgang, og ingen forventer at man skal opprettholde kontakten.

Det synes vanskeligere å få gjort noe med de strukturelle overgrepene. De tre informantene som hadde erfaring med denne typen overgrep, følte seg maktesløse overfor systemet.

6. Bistand mot overgrep

6.1 Kontakt med og bistand fra hjelpeapparatet

I dette kapitlet skal vi se nærmere på i hvilken grad de eldre i vårt utvalg benyttet sitt eget sosiale nettverk for å få støtte og hjelp i forbindelse med overgrep, om de har tatt kontakt med hjelpeapparatet, og hvilken bistand de eventuelt har mottatt.

Vårt materiale omfatter alt fra personer som oppsøker hjelpeapparatet på grunn av nabokrangel til personer som trakasseres og utsettes for fysisk vold av en person de har en nær relasjon til. Siden VFE og et krisesenter var de som rekrutterte informantene i denne studien, er det nærliggende å se på hvordan informantene kom i kontakt med disse tjenestene.

Våre informanter hadde enten selv tatt kontaktet med VFE, blitt formidlet dit av ulike instanser i hjelpeapparatet eller gjennom egne barn. I en av kommunene der VFE er etablert, tilbyr kommunen hjemmebesøk til alle eldre over 75 år som en del av kommunens forebyggende virksomhet i tilknytning til den ordinære eldreomsorgen. Gjennom samtalen, hvor den eldre blir orientert om kommunens tilbud, var det flere som benyttet anledningen til å fortelle om sin vanskelige livssituasjon til sosialrådgiveren.

Flere informanter fortalte at de hadde kontaktet VFE etter å ha lest oppslag om tjenesten i lokalavisen, gjennom informasjon på seniorsenteret eller via Internett. De to kvinnene som hadde bodd på krisesenter hadde selv ringt til senteret og bedt om bistand.

VFE bidro med ulike former for bistand. Samtalene med VFE varierte i lengde og frekvens, avhengig av den Eldres behov, hvilke typer overgrep som ble begått, samt graden av uoversiktighet i situasjonen. VFE hjalp den eldre til å sette grenser i forhold til overgriper og støttet dem i å etterleve disse. To av informantene hadde fått trygghetsalarm fra hjelpeapparatet, noe som gjorde deres hverdag tryggere.

Med utgangspunkt i spesialkompetanse om overgrep mot eldre og kunnskap om sikkerhetstiltak og forebyggende strategier, ser VFE sin egen rolle som initiativtaker og koordinerende instans i samarbeid med andre hjelpetjenester (Homelien, 2011). Flere av de eldre i vårt utvalg hadde fått hjelp ved at VFE formidlet kontakt med hjelpeinstanser som advokat, familievern, samt boligkontoret i kommunen for å få barna ut av morens hjem, eller for å skaffe ny bolig til informanten som følte seg trakassert av naboen. Ved to tilfeller formidlet VFE kontakt mellom overgriper og ruspoliklinikken og til NAV. Et ektepar hadde også fått tilbud om korttids plass på sykehjemmet for å komme litt bort fra problemene.

I likhet med yngre kvinner og menn som utsettes for vold og overgrep, sitter det langt inne også blant eldre mennesker å ta kontakt med offentlige hjelpeinstanser for å få hjelp til å løse familieproblemene (Grøvdal, 2012; Jonassen & Eidheim, 2001). Mens noen av informantene ikke hadde delt sine bekymringer i tilknytning til ulike overgrep med andre hjelpeinstanser, hadde andre tatt opp problemet både med instanser de var i kontakt med på egne vegne, og med instanser som ektefelle eller barn forholdt seg til.

28 informanter hadde lagt frem sine problemer for VFE og 2 for krisesenteret. I tillegg viser tabell 6.1 hvilke andre instanser de hadde søkt hjelp hos.

Tabell 6.1 Instanser som informantene hadde kontaktet. N=30

Instanser og kontakter	Antall
Fastlege/annen lege	19
Psykisk helsevern	10
Advokat	7
Politiet	6
Boligkontor	4
Rusinstusjon	3
Hjemmetjeneste	3
Barnevernet	3
Familievernet	3
Pårørendeforening for demente	1

To av tre informanter hadde lagt frem problemene for lege (i de fleste tilfellene fastlegen). En av tre informanter hadde vært i kontakt med psykisk helsevern enten på vegne av barn, eller fordi de selv hadde behov for bistand, mens en av fire hadde vært i kontakt med advokat i forbindelse med økonomisk overgrep fra voksne barn. Politiet var koplet inn i ett av fem tilfeller. Ellers hadde fire informanter vært i kontakt med boligkontor – i to tilfeller i forbindelse med anskaffelse av bolig til rusmisbrukerne barn, og i to tilfeller på vegne av seg selv. I to tilfeller oppga informantene at de hadde vært i kontakt med rusinstusjoner som barna fikk bistand fra, og i like mange tilfeller var hjemmetjenesten informert om problemene. Tre informanter oppga at de hadde vært i kontakt med barnevernet under barnas oppvekst, og like mange hadde blitt henvist til familievernet for å bedre relasjonene i familien.

6.2 Kontakt med familie, venner og bekjente

Støtten fra familie og venner er svært viktig for at eldre ofre for overgrep skal mestre sin vanskelige livssituasjon.

Vel to av fem informanter hadde snakket med andre i familien om problemene, mens vel halvparten hadde betrodd seg til venner og bekjente. Flere ga imidlertid uttrykk for at de unnlot å prate om problemene til andre utenfor familien. Som nevnt i kapittel 5.2 var foreldre svært selektive med hvem de informerte om overgrepene. Når overgriper var ens eget barn, var det gjerne nære, fortrolige venner som ble informert. Flere informanter som var offer for overgrep fra andre enn egne barn, var mer åpne med å fortelle om sin livssituasjon.

Imidlertid erfarte flere at mennesker som ikke var i den samme situasjonen, hadde vanskelig for å forstå problemene. De kunne komme med lettvinde råd eller bemerkninger og ga signaler om at de ble lei av å høre om de vedvarende problemene. Det førte til at informantene ble mer tilbakeholdne. Dette var tilfelle for informanten som pratet med bekjente på eldresenteret om problemene hun hadde i forhold til sin mann. Hun var blitt mer varsom med hva hun sa til hvem:

Men jeg kom i en situasjon da jeg følte jeg var påtrengende, og da fant jeg ut at jeg ikke skulle si noe før de spurte meg.

Først når de andre spurte om hvordan det var med hennes psykisk syke mann, kunne hun fortelle hvordan det gikk med ham og hvordan hun selv hadde det.

6.3 Vurdering av bistanden

Informantene ble spurt om den hjelpen de hadde fått hadde vært til nytte for dem. De fleste informantene svarte at det oppleves som en støtte å ha samtaler med VFE. De hjalp informantene med å rydde i egne tanker, se situasjonen fra en annen synsvinkel og sammen diskutere hvordan problemene kunne opphøre eller minskes. Samtalene med VFE avlastet også i mange tilfeller informantenes nærmeste familie som samtalepartnere.

En av informantene uttrykte hvor godt det var å bli sett og hørt. Hun hadde hatt årelang kontakt med hjelpeapparatet for sin krevende sønn og hadde aldri opplevd at hennes situasjon hadde fått spesiell oppmerksomhet. Hun var svært takknemlig for at VFE skjønnte hvor stort problem det var at sønnen invaderte hjemmet hennes og at de ordnet et nytt husvære for ham. Hun uttalte:

Det var ikke jeg som spurte om dette. Jeg tror VFE fant det ut selv, for det plagde meg så fælt. Det tok så veldig på meg og de er jo der for meg, ikke for ham.

En måte å hjelpe denne eldre kvinnen på, var å hjelpe overgriper. Også en annen kvinne fortalte hvordan livet hennes endret seg da hun fikk hjelp til å skaffe bolig til den narkomane datteren, slik at datteren flyttet ut av morens bolig. Hun var svært fornøyd med hjelpen fra VFE:

Det var de som fikk meg til å innse at jeg kunne overlate omsorgen for min datter til det offentlige.

Tanken på å «presse» den narkomane datteren ut av morens leilighet hadde tidligere gitt moren dårlig samvittighet. VFE formidlet en holdning om at det ikke var forventet at foreldre skulle huse sine voksne barn. Voksne barn må ta ansvar for seg selv.

Problemene oppsto der hvor rusmisbruket var så stort at det voksne barnet ikke lenger var i stand til å ta ansvar for seg selv og ikke klarte å følge opp de forpliktelsene som ligger i det å ha egen bolig, noe som var situasjonen for to av informantenes barn.

Etter at samtalene med VFE var avsluttet, kunne informantene ta ny kontakt ved behov. Mange av informantene forteller at VFE tok jevnlig kontakt med dem for å høre hvordan det gikk. Dette synes å virke svært betryggende for de eldre. Det var i tillegg av stor betydning at de kunne være åpne om hva de var utsatt for, uten at dette ble brakt videre. Som oppsummering kan vi si at flertallet av informantene som hadde fått hjelp fra VFE, var takknemlige for hjelpen, selv om problemene for mange av disse ikke var løst på intervju tidspunktet. Fire forhold ble spesielt nevnt som bra:

1. Noen å snakke med
2. Oppfølging fra VFE
3. Formidlet til andre tjenester med konkrete tilbud
4. Muligheter for å henvende seg ved behov

Men selv om de fleste informantene var svært fornøyde med samtalene med VFE, var det også enkelte som ikke fikk den hjelpen de ønsket. Noen få hadde forsonet seg med at problemene var for fastlåste til at det var mulig å løse dem.

For en fjerdedel av informantene var hovedproblemet knyttet til rusomsorgen eller psykiatriens manglende oppfølging av overgriper, eller at overgriper overhodet ikke ønsket kontakt med slike instanser. En av informantene uttrykte sin frustrasjon på denne måten:

Og så var det det at Berit (på poliklinikken) sa at bare..... han kan ikke få noe hjelp før han flytter ut, men hvis han flytter ut så får han masse hjelp. Jommen sa jeg smør altså! Så han flytta ut, men hjelpen ser jeg ikke så mye til (.....) Jeg skulle

ønske det fantes noe som var litt bedre enn disse hospitsene, slik at de kunne få samtale samtidig mens de bor der, og noen kunne ta seg av dem og sånn. Men noe sånt noe fins ikke.

Flere av informantene ønsket tvang i behandlingen av rusavhengige generelt og av overgriper spesielt. De mente det var ulogisk at et menneske som var neddopet av rus, fikk mulighet til selv å vurdere sin situasjon før de var rusfrie.

En informant forteller hvor vanskelig sønnen hadde det de tre første månedene i fengsel uten tilgang på stoff, men at han etter hvert fungerte greit. Han oppførte seg og snakket til henne på en helt annen måte når hun kom på besøk enn da han var hjemme og var ruset. Han fikk imidlertid ikke tilbud om ettervern etter fengselsoppholdet, og klarte ikke å holde seg rusfri. Informanten mener at siden fengsel ikke er frivillig, bør vel heller ikke rusbehandling nødvendigvis være frivillig.

Ekteparet som fikk tilbud om avlastningsplass etter at sønnen hadde brukt fysisk vold mot dem, skjønnte ikke helt vitsen med å «sitte på gamle hjemmet i tre uker». Problemene ville ikke bli mindre av den grunn, og antagelig ville de bare bekymret seg for hvor ille det ville bli når de igjen vendte tilbake til eget hjem. Sønnens voldelige atferd ble forsterket da medikamentdosen ble redusert fordi medisinerne ga uønskede bivirkninger. Foreldrene synes det er urimelig at de skal måtte ta støytten for at sønnen skal bruke lavere medisindose. De sier:

Før gikk han på psykiatrisk (navn på DPS) og fikk sprøyter hver 14. dag, og da, like før han skulle ta sprøyta, ble han sånn rebelsk nesten. Da han var nede og fikk sprøyte, så var han roligere igjen, men så overførte de han til fastlegen. Fastlegen hans hadde gått ned på den dosen som han fikk på DPSen, og da blei han verre. Men de bivirkningene som vi får, det tar dem ikke hensyn til. Men det er vel bedre han får noe bivirkninger enn at vi skal bli ødelagt alle vi andre her? Så det er jo sånne ting som vi sliter med, og vi får liksom ikke gjort noen ting.

Ekteparet mener at sønnen burde ha vært innlagt på psykiatrisk klinikk og/eller fått økt medisindose for å dempe aggresjonen. De synes det er underlig at det er frivillig for han å legges inn når han angriper foreldrene. Ekteparet har vært i kontakt med DPS, med legevakten og med politiet. De føler seg hjelpeløse og utrygge slik situasjonen er på intervju tidspunktet.

Koordineringen av de ulike tjenestene syntes i noen tilfeller å være fraværende og fastlegen var enten ikke villig, eller i stand til, å løse problemene i tjenesteapparatet, slik at overgriper og dermed offeret fikk den hjelpen de hadde behov for. Noen av informantene hadde forventninger om at hjelpeapparatet ville komme og ordne opp, bare de ble

gjort kjent med situasjonen. De følte seg dårlig behandlet fordi ingen offentlige instanser grep inn. De ønsket at hjelpeapparatet skulle overta, eller i hvert fall dele ansvaret med dem, slik at de klarte å håndtere ektefellen eller et voksent barn med alvorlige psykiske symptomer.

De to kvinnene som hadde bodd på krisesenter, sa begge at den bistanden de fikk der var av uvurderlig betydning for å komme ut av den vanskelige livssituasjonen. Krisesentrene har i tillegg til samtaler og tilbud om formidling til hjelpeapparatet, muligheter for overnatting. For personer som er fysisk truet over tid, betyr muligheten for trygg bolig svært mye.

De eldres erfaringer med hjelpeapparatet må vurderes ut fra den situasjonen de befant seg i på intervjuetidspunktet. På spørsmål om hvordan informantene oppfattet livssituasjonen, svarte over halvparten at den var dårlig, tre at den var middels god, mens syv informanter karakteriserte situasjonen som god. Det betyr at livssituasjonen fortsatt var problematisk for tre av fire informanter.

6.4 Hva er løsningene?

En måte å avdekke hvor godt bistanden fra ulike tjenester har fungert, er å spørre informantene om hvilke råd de ville gi til andre som kom opp i samme vanskelige situasjon som dem selv. Vel halvparten hadde råd å gi. De rådet andre til å ta kontakt med de samme hjelpetjenestene de selv hadde vært i kontakt med – VFE og krisesentrene. En informant sa: «Ikke vær alene med problemene. Bruk de kontakter du har for å få hjelp.»

Det er i denne sammenhengen viktig å ha i minne at informantene i vår studie er rekruttert fra områder hvor VFE er en etablert tjeneste og at de derfor hadde muligheten til å kontakte denne faginstansen. Utenom Oslo og Bærum er kontakten med VFE tjenesten begrenset til den nasjonale kontakttelefonen.

Informantene anbefaler andre som kommer i en lignende situasjon som dem selv å søke hjelp hos faginstanser, og at man ikke bør vente så lenge at man blir utslitt før man tar kontakt. Et ektepar som hadde levd med en vanskelig livssituasjon over lengre tid, uttalte at de syntes det var vanskelig å gi råd om hva som hjelper, siden de selv følte at de ikke fikk den hjelpen de hadde behov for. De rådet likevel andre i samme situasjon til å mase på hjelpeapparatet, for «det er de som skriker høyest som får hjelp».

Foreldre med voksne, rusmisbrukende barn og barn med psykiske problemer, er ganske samstemte når de etterlyser økte ressurser til ettervern når barna skrives ut av institu-

sjon. De ønsker en forbedring av samarbeidet mellom ulike hjelpeinstanser. Ettervern og økt samarbeid i rusomsorgen og innen psykisk helse ville hatt positiv betydning for barna deres, og kunne ha bidratt til at de selv i mindre grad ble utsatt for overgrep.

De informantene som på intervjuutidspunktet hadde fått løst problemene, var kommet over i en mer positiv fase av sitt liv. For den gruppen som fortsatt levde med overgrep-problemer, kom det opp ønsker om å flytte for seg selv, bestemme over eget liv, ikke bli plaget mer av familiemedlemmer, men ha vanlig kontakt. Andre ønsket å flytte i omsorgsbolig eller ønsket korttidsopphold på institusjon. Flere av informantene mente at de hadde behov for å utvide sitt sosiale nettverk – få en venninne/venn de var på bølgelengde med. Det var også flere som ønsket flere fysiske aktivitetstilbud for eldre. To informanter etterlyste muligheter for flere TT-turer, slik at de lettere kunne komme seg ut av egen bolig.

Eldre kan ha behov for både å opprettholde og utvide eget nettverk. Mange av informantene i vår studie etterlyser flere eldresentre. En av informantene sa at hun arbeidet gratis ved et eldresenter, ikke for å være snill, men fordi hun på den måten fikk dekket eget behov for å komme i kontakt med andre.

7. Drøfting

7.1 Innledning

Problemstillingene i denne studien har hovedfokus på hvordan eldre som utsettes for overgrep opplever og håndterer sin livssituasjon. Fokuset har vært rettet mot hva de eldre gjør for å hindre gjentatte overgrep og hvilke løsningsstrategier de velger for å komme ut av situasjonen. Videre har vi sett nærmere på hvilke personer eller etater de eldre oppsøker for å få råd og hjelp, og hva de mener må til for at overgrepene skal opphøre. Med utgangspunkt i våre funn, vil vi trekke frem noen hovedtema for nærmere diskusjon. Disse er:

- Begrepet «overgrep mot eldre».
- Om å leve i en overgrepssituasjon.
- Overgrep som oppstår i eldre år.
- Overgrep i et livsløpsperspektiv.
- Ulike typer overgrep krever ulike former for tiltak.

7.2 Eldres oppfatning av «overgrep»

Det var kun noen få informanter som selv beskrev handlingene de hadde vært utsatt for som overgrep. Begrepet «overgrep» ble overveiende brukt av de informantene som hadde vært utsatt for fysisk vold, og lite om handlinger som var psykiske eller økonomiske overgrep. Vi erfarte at ved spørsmål om hvordan informantene ville karakterisere handlingene de hadde vært utsatt for, ble beskrivelsene av situasjonene gjentatt, uten at de eldre ga disse noen karakteristikk. Direkte spørsmål som, «Vil du karakterisere det du har vært utsatt for som et overgrep?», syntes å gjøre informantene brydd. Spesielt var dette tilfelle for de sakene der voksne barn utførte overgrepene. Dette gjorde at vi etter en del intervjuer, var varsomme med å be om informantens vurdering av handlingene som et mulig overgrep.

Denne tilbakeholdenheten blant informantene i å bruke ordet «overgrep» erfarte også Solhaug (2007) i sin studie av eldre som var utsatt for overgrep i familien. Masteropp-gaven har hun ganske betegnet kalt «Men det er vel egentlig ikke overgrep?» Hvordan samfunnet og kulturen definerer overgrep, vil også prege de eldre ofrenes oppfatninger om overgrep. Hjemdal og Juklestads (2006) studie indikerer at norske pensjonister er tilbakeholdne med å snakke om overgrep, og at de i stor grad definerer slike handlinger som et problem som offeret selv har ansvar for å løse. Selv om Hjemdal og Juklestad fant at den privatiserende holdningen til overgrep var mer fremtredende i Norge enn i

land som USA, ser det likevel ikke ut til at dette er et særnorsk problem. Denne holdningen er også fremtredende i den svenske studien av Erlingsson (2007), som synliggjorde at overgrep mot eldre fortsatt er tabubelagt, og at mange eldre har en holdning om at eldre selv er ansvarlig for å unngå situasjoner som kan resultere i overgrep.

At overgrep mot eldre hovedsakelig oppfattes som fysisk vold, er også fremtredende i tjenesteapparatet. Sandmoe (2011) fant at både ledere og pleiere i hjemmebasert omsorg var tilbakeholdne med å bruke begrepet, overgrep. Overgrep ble knyttet til de opplagte sakene hvor fysiske og alvorlige psykiske overgrep var fremtredende. Andre typer overgrep og/eller de mindre alvorlige saker ble gjerne betegnet som familieproblemer, mobbing, gjensidig trakassering, eller som en vanskelig sak.

I denne studien har vi tatt utgangspunkt i WHO's definisjon, som sier at overgrep er handlinger eller mangel på handlinger som forårsaker skade, nød eller lidelse for en eldre person. Denne definisjonen forutsetter at overgrepene skjer i et forhold hvor begge parter kjenner hverandre og hvor det i utgangspunktet er en forventning om tillit (Wolf et al., 2002). Det er konsekvensene av handlingene som vektlegges i definisjonen, ikke om handlingene eller mangel på sådanne, er tilsiktete eller ikke.

For flere av informantene i vår studie, hadde den som utførte overgrepene, store mentale problemer. Enkelte overgripere hadde psykiatriske diagnoser og andre hadde demensdiagnoser med alvorlige atferdsproblemer. Selv om overgriperne hadde tilstander som kunne medføre sviktende dømmekraft og at de i utgangspunktet ikke hadde intensjon om å skade sin ektefelle eller forelder, regnes handlingene deres like fullt som overgrep i følge WHO's definisjon. Imidlertid vil tilnærmingen til å håndtere overgrepssakene være forskjellige ut fra en vurdering om den er intensjonell eller ikke. En overgriper som forstår konsekvensene av handlingene sine og at handlingene dermed er gjort for å skade eller skremme den eldre, vil være forskjellig fra en overgriper som ikke har slik innsikt.

I WHO's definisjon er det ingen objektive kriterier for hva som er overgrep. Også blant de eldre i vår studie varierte reaksjonene på å utsettes for uønskede handlinger (psykisk og/eller fysisk) fra person til person. Selv om de færreste av informantene i vår studie brukte begrepene «vold» eller «overgrep» som betegnelse på det de hadde vært utsatt for, hadde de søkt eller blitt henvist til et hjelpeapparat som er rettet inn mot overgrepssproblemer. Uavhengig av om de eldre selv definerte seg som offer for overgrep eller ikke, hadde handlingene de hadde vært utsatt for forårsaket skade, nød eller lidelse. Hjelpeapparatet oppfattet disse situasjonene som overgrep. Dette er bakgrunnen for at det ikke har vært aktuelt å operasjonalisere definisjonen, slik som vist i tabell 2.1, der tabellen ble utarbeidet for å kunne sammenligne kvantitative data i flere større omfangsundersøkelser.

Imidlertid er det riktig å trekke frem at noen av problemene som gjorde at våre informanter oppsøkte VFE, ligger i grenseland for hva vi mener bør inngå i begrepet «overgrep». Slike eksempler er konflikter mellom familiemedlemmer eller naboer. Til tross for at informantene kan ha vært utsatt for sårende bemerkninger og føler seg urettferdig behandlet av personer de i utgangspunktet hadde tillit til, er det vanskelig å se slike situasjoner som «overgrep». Som eksempel kan nevnes den informanten som hadde en uoverensstemmelse med sin datter. Begge beskyldte hverandre for ikke å ville den andre vel. Det var åpenbart at problemet skapte mentale kvaler for den eldre og at begge følte seg verbalt krenket av den andre. At familiekonflikter og nabokrangler gir psykiske påkjenninger, er likevel ikke vanskelig å forstå. Disse tvilstilfellene er fortsatt med i utvalget, men har ingen sentral plass i analysen av materialet.

Det er også situasjoner som er uklare i forhold til hvem som er offer og hvem som er overgriper, fordi relasjonene preges av gjensidige konflikter mellom partene, men like fullt kan det være en overgrepssituasjon. I vår studie har vi intervjuet kun en av partene, og problemene ses utelukkende fra den utsattes ståsted. Andre studier har vist at ulike parter i et parforhold kan ha sprikende oppfatninger og ulik forståelse av innholdet i en konflikt, for eksempel ved en skilsmisse (Moxnes, 1985). Begge parter opplevelser og oppfatninger er viktige når hjelpeapparatet involveres for å løse individuelle overgrepssaker. I denne studien er imidlertid ikke målet å beskrive og/eller evaluere ulike intervensjoner, men å få frem kunnskap om hvordan ofre for overgrep opplever og erfarer sin situasjon, og hvilke behov de har for støtte og hjelp fra et offentlig hjelpeapparat.

7.3 Om å leve i en overgrepssituasjon

I situasjoner der utøveren har store psykiske problemer og/eller er rusmisbruker, kan den Eldres risiko for å utsettes for overgrep øke. Flere av informantene levde i en utrygg tilværelse med fare for fysisk vold fra psykisk syke barn eller ektefeller. De visste ikke når neste aggresjonsutbrudd ville komme. Det kunne også være vanskelig å regulere utøverens medisinbruk. Flere informanter hadde erfaringer både med utøvers overdrevne medikamentinntak og at utøver sluttet å ta medisiner fordi hun/han følte seg frisk.

Skårderud hevder at selvfølelsen er knyttet til opplevelsen av å leve opp til sine idealer, og han mener at vi strekker oss etter idealet om å være frie og uavhengige personer (Skårderud, 2001). Skammen oppstår når diskrepansen mellom hvordan det enkelte individ ønsker å bli sett og hvordan det føler at det blir sett, blir for stor. Omgivelsene forventer at den som lever i et forhold der de utsettes for overgrep, ikke skal akseptere dette, men gjøre noe med situasjonen, enten ved å forlate utøveren, eller ved å søke hjelp for å få slutt på overgrepene. Å bli i et overgrepsforhold vitner om manglende

selvrespekt (Jonassen & Eidheim, 2001). Flere av våre informanter, som hadde levd i slike forhold, unnlot å fortelle andre om det de ble utsatt for, for å unngå å få forventninger rettet mot seg om å gjøre noe med situasjonen, eller følte at de ville bringe skam over familien.

Vi finner også mange felles trekk i disse fortellingene, blant annet at de eldre ikke kommer seg ut av situasjonen fordi de synes synd på personen som utøver vold, og føler seg forpliktet til å ivareta ham eller henne, spesielt hvis utøveren er den utsattes barn. Et annet felles trekk er følelsen av avmakt, som går hånd i hånd med manglende kunnskaper om egne rettigheter i forhold til blant annet hjelpeapparatet.

Når man har oppdratt barna så godt som man har kunnet og likevel ikke har styring over dem, opplever mange situasjonen som skamfull. Dette er ikke noe man liker å snakke om til hvem som helst. I mange tilfeller mente informantene at problemene lå i «genene» og viste til at det var psykisk sykdom i familien, som barna var «disponert» for. Noen informanter kalte det «sinnssykdom», og mente at slike sykdommer var arvelige. Dette ble en knagg å henge problemene på. Enkelte informanter så likevel mulige koplinger mellom bestemte forhold i familien som kunne ha forårsaket at barnet ikke fikk god nok oppfølging og at barnet fikk problemer som en følge av dette. Flere fant trøst i forestillingen om at mennesket er fritt og gjør egne valg. Gamle foreldre kan ikke påta seg ansvaret for hvilke liv voksne barn velger å leve.

7.4 Overgrep som oppstår i eldre år

Sammenlignet med yngre årsklasser som eksponeres for vold i nære relasjoner, skiller de eldre seg ut ved at det er barn heller enn partner/ektefelle som utsetter dem for overgrep. De eldre kan ha problemer med å komme seg ut av overgrepssituasjonen, fordi de synes synd på og føler seg forpliktet til å ivareta den voksne datteren eller sønnen som utøver overgrepene.

En eldre kvinne i vår studie åpnet intervjuet med å si: «Det er ikke jeg som har problemer, det er ikke derfor jeg har kontaktet VFE, det er sønnen min som har problemer.» Dette utsagnet står i kontrast til kvinnens valg om å flytte ut av boligen hun hadde hatt i nærmere femti år, fordi hun ikke klarte å få sønnen til å flytte ut. En natt våknet hun av at sønnen sto over henne og slo mens han ropte: «Jeg skal drepe deg!» Solhaug (2007) fant også i sin studie at de eldre i liten grad så på seg selv som ofre. Det var det voksne barnet som hadde vanskeligheter.

Barn som i voksen alder sliter med psykiske problemer og/eller store rusproblemer, hadde påfallende ofte hatt atferdsproblemer og relasjonsproblemer i oppveksten.

Mange hadde hatt problemer i skolen og i noen tilfeller hadde barnevernet vært inne i bildet. Overgrep mot foreldrene i voksen alder kommer i forlengelsen av andre typer problematisk atferd som disse barna utviser mot foreldrene.

7.5 Overgrep i et livsløpsperspektiv

Mens halvparten av informantene ble utsatt for overgrep fra sine voksne barn, levde åtte i problematiske ekteskap. I mange av disse sakene ser vi et mønster der parforhold, som på intervjutidspunktet opplevdes som belastende, ofte hadde vært konfliktfylt helt fra begynnelsen. I disse parforholdene syntes overgrepene å være en videreføring av et negativt samhandlingsmønster, som hadde vært til stede gjennom store deler av samlivet.

Vi ser mange av de samme refleksjonene hos informantene i vår studie som Buchbinder og Winterstein (2003) fant gjennom intervjuer med eldre kvinner som hadde levd i voldelige parforhold. De fant at kvinnene så på seg selv både som «heltinner» som hadde holdt ut i det voldelige parforholdet. På den andre siden kunne de oppfatte seg selv som «idioter» som hadde blitt værende i slike destruktive parforhold av hensyn til barna, uten å ta hensyn til egne behov. De ønsket ikke at barna skulle vokse opp uten en far i huset. Mange opplevde likevel at barna ikke satte nok pris på at de hadde ofret seg på denne måten. Buchbinder og Winterstein hevder videre at kvinnene på intervjutidspunktet opplevde at de var fanget mellom en lidelsesfull fortid og en håpløs fremtid.

Sønnen til en av informantene i vår studie var i konflikt med sin far og sa til sin mor at «hun lot en galning bestemme over livet sitt». En annen av våre informanter, som også hadde valgt å bli i et voldelig parforhold, lurte på hva hun hadde gått glipp av i livet ved å velge å leve som hun hadde gjort. Også Buchbinder og Winterstein fant at mange av kvinnene angret på sine valg, og satt igjen med en oppfatning av at barna ikke satte pris på deres selvoppofrelse.

Årsakene til at personer som utsettes for overgrep blir i forholdet, er sammensatte. Spesielt uforståelig blir dette når de som lever i slike parforhold er økonomisk ressurssterke og har god utdanning, noe som var tilfellet for flere av informantene i vår studie. Forklaringene synes å gå i ulike retninger (Jonassen & Eidheim, 2001). Den overgrepsutsatte kan ha forventninger om at forholdet kommer til å bedre seg fordi partene kan ha det bra sammen når overgriperen har sine «gode» perioder. En av informantene i vår studie fortalte at ektefellen alltid var enestående når de var på ferie sammen. Det ga alltid håp om en bedre hverdag, men etter en stund hjemme, begynte overgrepsproblemene igjen. En annen forklaring på at både unge og eldre fortsetter i ustabile parfor-

hold der overgrep forekommer, er at personene er glad i hverandre (Jonassen & Eidheim, 2001).

På den andre siden kan den overgrepsutsatte ektefellen være redd for at en skilsmisse vil bety at problemene i forhold til ektefellen forverres, og at de ikke vil få fred selv om de skilles. I tillegg kan den overgrepsutsatte føle et psykisk press om å bli i ekteskapet fra både partner og voksne barn. Buchbinder og Winterstein (2003) fremhever at det rettes sosiale forventninger mot eldre kvinner om ikke å gjøre endringer i livene sine. Eldre kvinner kan i tillegg ha egne forventninger om å fortsette omsorgen for en voldelig ektefelle uansett hva dette må koste henne (Buchbinder & Winterstein, 2003). En av kvinnene i vårt materiale var overbevist om at en skilsmisse fra ektefellen, som hadde store psykiske problemer, ville medføre at ansvaret for mannen og de problemene det medførte, ble flyttet over til de voksne barna. Flere av informantene forble i ekteskapet fordi de var overbevist om at en skilsmisse ville bety en ytterligere påkjenning for deres psykisk syke voksne barn.

Den overgrepsutsatte eldre kan velge å «forstå» utøverens problemer og finne unnskyldninger for at overgrep skjer. En spesiell situasjon er det når overgrepene har sammenheng med at utøveren har en demens diagnose og av den grunn ikke kan ta ansvar for sin atferd. At overgrepene kan ha en rasjonell forklaring, gjør imidlertid ikke situasjonen mindre ubehagelig eller farlig for den som står i fare for å utsettes for slike handlinger. De tre kvinnene i vår studie som var i en slik situasjon, hadde likevel egne forventninger om å stille opp for ektefellen, men manglende avlastning eller fravær av andre typer hjelp eller støtte, utgjorde et stort problem.

Informantene i vår studie som levde i destruktive/overgrepspregede parforhold opplevde over tid å bli sosialt isolerte. Parene hadde få omgangsvener og lite kontakt med resten av familien. Dette er trekk en gjenkjenner også hos yngre par der overgrep forekommer (Hydén, 1995). Flere av informantene manglet fortrolige å snakke med. Dette hadde både med problemenes karakter å gjøre, og at det var problematisk å ta med venner hjem når ektefellen ikke var representativ, eller kunne bli ubehagelig mot ektefellen eller mot gjestene. For mange handlet det i tillegg om at omgangskretsen etter hvert ble innsnevret fordi venner og venninner var gått bort. For noen var eldre-sentrene en arena for sosialt liv og for å få nye venner.

7.6 Ulike typer problemer krever ulike former for tiltak

Eldre er ingen homogen gruppe. Deres behov kan være forskjellige, avhengig av alder, sosiodemografiske vilkår, helse og andre ressurser.

Det har vært gjennomført to store omfangsundersøkelser om vold i parforhold i Norge. Den ene var en undersøkelse av Oslobefolkningen (Pape & Stefansen, 2004), mens den andre dekket hele landet (Haaland et al., 2005). Ingen av disse studiene dekket aldersgruppen over 55 år. I den landsdekkende undersøkelsen fant Haaland et al. at under halvparten av de som var utsatt for overgrep hadde tatt kontakt med hjelpeapparatet, mens under en femdel i denne gruppen tok kontakt i Osloundersøkelsen. Vi vet ikke om eldre som utsettes for overgrep, hyppigere søker kontakt med hjelpeapparatet enn personer i yngre aldersgrupper. Imidlertid viser den britiske studien som vi presenterte tidligere i rapporten, at en tredel av de eldre som hadde vært utsatt for overgrep, tok kontakt med helse- eller sosialpersonell og fire prosent hadde anmeldt forholdet til politiet (O’Keeffe et al., 2007). I den irske studien hadde kun en av ti ofre for overgrep søkt hjelp hos fastlegen, mens ni prosent hadde anmeldt forholdet til politiet (Naughton et al., 2010). Ut over det var ikke helse- eller sosialtjenesten involvert, selv om alle ofrene hadde hatt kontakt med slike tjenester i løpet av den tiden overgrepene skjedde.

I likhet med resultatene fra de norske undersøkelsene som gjaldt personer opptil 55 år, slår WHO fast at overgrep mot eldre hyppigere opptrer i sosioøkonomisk depriverte deler av befolkningen (Sethi et al., 2011). Vår studie tar utgangspunkt i et selektert utvalg på 30 informanter, og det kan være årsaken til at vi ikke finner klare sosioøkonomiske forskjeller blant informantene sammenlignet med den eldre befolkningen generelt.

De studiene som tidligere har vært gjennomført om overgrep mot eldre i Norge, har hovedsakelig sett problemet fra helse- og sosialtjenestens synsvinkel (Sandmoe, 2011). Sandmoe erfarte i sin studie at ofrene for overgrep som hjemmesykepleien var kjent med, hadde stor grad av skrøpelighet og et omfattende hjelpebehov. Informantene i vår studie er ikke rekruttert gjennom en omsorgstjeneste og fremstår derfor i mindre grad som skrøpelige. Unntaket er tre informanter som over lengre tid hadde levd med kroniske lidelser som ga store bevegelsesproblemer og dermed et omfattende hjelpebehov. En av disse informantene opplevde at manglende forståelse for hennes situasjon i hjelpeapparatet var med på å knekke henne fysisk og psykisk. Både denne informanten og en informant som opplevde strukturelle overgrep fra ansatte ved et sykehjem, erfarte at de ble oppfattet som «kranglete» fordi de hadde sterke meninger om den hjelpen som ble gitt fra hjelpeapparatet. En av informantene hadde opplevd gjentatte overgrep fra en ektefelle som ble gradvis dårligere av sin demenssykdom. Hun uttalte at de strukturelle overgrepene hun opplevde da mannen var innlagt på sykehjemmet, opplevdes enda verre enn en aggressiv ektefelle.

Disse eksemplene på strukturelle overgrep kan være en indikasjon på at det offentlige hjelpeapparatet i noen tilfeller har problemer med å håndtere brukere som stiller krav og har sterke meninger som går på tvers av hjelpeapparatet. Dermed går samhand-

lingen og dialogen i «vranglås». I begge sakene følte en av partene, informanten eller lederen av tjenesten, behov for å stille med «vitner» i møter mellom partene, for å kunne bekrefte eller styrke saken fra deres side. Dette viser at partene ikke stolte på hverandre og at en konstruktiv dialog ikke var til stede.

Schoot, Proot, Meulen, & de Witte (2005) sin studie om reell samhandling og brukerfokustert tilnærming i hjemmebasert omsorg, viser at samhandlingsmønsteret kunne ta forskjellige former, avhengig av pasientens og pleierens ønskede og tillatte deltakelse i situasjonen. Schoot et al. påpeker at hvis pasienten opplever seg overkjørt av pleierens avgjørelse, kunne pasienten velge å *adlyde* for å unngå konfrontasjon, selv om vedkommende ikke følte at hans/hennes ønsker ble tatt tilstrekkelig hensyn til. En annen reaksjon var at pasienten *motvillig* fulgte opp avtaler etc., fordi det var pleieren som hadde definert problemene og løsningene for pasienten. Det vil si at pleieren inntok en paternalistisk holdning. *Samtykke* var en strategi pasienten valgte når vedkommende ønsket at pleieren skulle komme med råd og anbefalinger, fordi pasienten vurderte at pleieren visste best. *Dialog* oppsto når pasienten følte seg som en likeverdig og selvstendig part i diskusjonen om omsorg og de tjenester vedkommende hadde behov for. Et fjerde reaksjonsmønster var når pasienten inntok *konsumentrollen* og ga klar beskjed om hvilke behov og ønsker vedkommende hadde for tjenesteleveringen. Her var det pasienten som hadde kommandoen og pleierens deltakelse var nærmest blokkert av pasienten som så på tjenesteapparatet som en business, og hvor pasienten ikke innledet vennskapelig forhold til pleierne for å unngå følelsesmessige bånd som kunne svekke deres uavhengighet. «*Slåssing*» oppsto når pasienten iherdig fremmet sine krav om deltakelse i planleggingen og organiseringen av tjenestene uten å bli tilstrekkelig hørt. Schoot et al. (2005) erfarte at disse pasientene var fast bestemt på å få sin rett igjennom. De skrev klagebrev, kontaktet viktige personer i tjenesteapparatet, og ofte spilte de pleierne opp mot hverandre. Disse pasientene kunne fremstå som desperate, frustrerte og aggressive i sin kommunikasjon. Schoot et al. fremhever at noen ganger førte slåssingen mot systemet frem, men like ofte endte det med at pasienten resignerte.

To av de tre informantene i vår studie som hadde vært utsatt for strukturelle overgrep, opplevde at de ikke fikk anledning til å delta slik de ønsket når det gjaldt tilgang til tjenestene, organisering og kvalitet. Samtidig viser informantenes fortellinger at tjenesteapparatet hadde problemer med å håndtere dette. Vi tar ikke stilling til hvem av partene som har «rett eller feil», men vi ser at begge parter trenger hjelp fra andre som profesjonelt kan veilede og gjøre avtaler som begge parter kan leve med.

Det er imidlertid flere av informantene i vår studie som har tatt opp kampen i et tjenesteapparat som de opplever ikke klarer å hjelpe dem med problemene slik de ønsker. Dette gjelder spesielt den gruppen av informanter som har levd med problemer knyttet til rusmisbrukende barn og/eller psykisk sykdom. Disse informantene fremstår som

«fightere». Informantene har gjennom store deler av sitt voksne liv vært på barrikadene for å få hjelp til sine barn, som ungdom og voksne, som ikke mestrer livet. De har nok følt på rådvillhet og hjelpeløshet, men for de fleste har det ikke satt dem på sidelinjen. De har behov for hjelp og støtte, noe som bekreftes gjennom kontakten de blant annet har med VFE eller krisesenteret. Flere hadde manglende kunnskaper om hvilke rettigheter de hadde i hjelpeapparatet. Informantenes materielle situasjon og økonomi var også forskjellige. I flere tilfeller mottok informantene bistand ved at VFE skaffet annen bolig til hjemmeboende sønner og døtre med rus- og/eller psykiske problemer. På den måten løste de problemet med ufrihet og invadering som felles bolig med voksne «problembarn» oppleves som. Det samme gjaldt de to eldre kvinnene som tok inn på krisesenter, der de bodde til de fikk ordnet med ny bosituasjon avskjermet fra overgriper.

De fleste informantene hadde nære fortrolige som kjente til den vanskelige livssituasjonen de levde i. Denne typen støtte var viktig, slik at en ikke var alene med problemene. Imidlertid var det sjelden at denne typen kontakt medførte endringer i livssituasjonen. Før hjelpeapparatet kom inn i bildet virket det som mange av de eldre ikke så noen vei ut av den vanskelige livssituasjonen, der de ble utsatt for ulike typer overgrep. Enkelte beskyttet seg ved å unnlate å åpne døra når de trodde det var overgriper som ringte på, og mange andre hadde vært i verbale konflikter med overgriperne.

Et gjennomgående trekk var at informantene hadde vært i kontakt med store deler av hjelpeapparatet i kortere eller lengre perioder. Bare unntaksvis fulgte ansatte i hjelpeapparatet opp saken og henviste videre til andre tjenester. Flere av informantene hadde vært i kontakt med familievern og med advokat, uten at dette førte til vesentlige endringer i deres situasjon. Først da VFE kom inn i bildet skjedde det positive forandringer i deres livssituasjon. Dette ligner på den opplevelsen voldsutsatte kvinner som oppsøker krisesentrene har (Jonassen & Eidheim, 2001). Med ansatte fra krisesentrene som «mellommann» fikk kvinnene både bedre og mer omfattende hjelp fra hjelpeapparatet. I tillegg ga mange av de eldre uttrykk for at den åpne muligheten de hadde til å kunne ta kontakt med VFE, enten på telefon eller ved oppmøte, følte som en støtte og gjorde at de følte seg tryggere enn før.

Som vi redegjorde for i kapittel 6.1 viser vår studie at de eldre som hadde vært utsatt for overgrep først og fremst hadde vært i kontakt med fastlege, men også psykisk helsevern, advokat og politiet. Problemene ser imidlertid først ut til å løses når VFE eller krisesenteret kommer inn i bildet. VFEs og krisesenterets intervensjoner og spesifikke kunnskap om overgrep og hvilke andre hjelpeinstanser som bør komme inn for å bidra til å løse overgrepene, satte i mange tilfeller en stopper for handlingene.

8. Hovedfunn og anbefalinger

8.1 Hovedfunn

I dette kapittelet vil vi på bakgrunn av resultatene fra studien og gjennomgangen av relevant litteratur, komme med noen anbefalinger som vi mener er av betydning for å forebygge og håndtere overgrep mot eldre. Denne studien har vist at innholdet og omfanget av hjelp og støtte fra det offentlige hjelpeapparatet varierer, alt etter hvilken type overgrep de eldre har vært utsatt for og i forhold til konteksten de lever i. Det er likevel noen overordnede forhold som er viktige å trekke frem.

- Sammenlignet med yngre personer som utsettes for vold i nære relasjoner, skiller de eldre seg ut ved at det er voksne barn heller enn partner/ektefelle som utsetter dem for overgrep.
- De eldre unnlater å karakterisere handlingene de har vært utsatt for som overgrep, dersom de ikke er blitt utsatt for fysisk vold eller trusler.
- De eldre som utsettes for overgrep fra nær familie, ser i mindre grad på seg selv som ofre.
- De eldre kommer seg ikke ut av situasjoner der de utsettes for overgrep, blant annet fordi de synes synd på overgriperen, og føler seg forpliktet til å ivareta vedkommende, spesielt hvis utøveren er deres eget barn.
- Mange eldre forklarer barnas uønskede adferd med forhold som ligger utenfor deres kontroll, for eks. som arvelige sykdommer eller egenskaper.
- Voksne barns overgrep i form av «pengemas» eller uenighet om økonomiske disposisjoner er i mange tilfeller årsak til at de eldre ber om bistand fra hjelpeapparatet.
- I mange av sakene der eldre lever i problematiske ekteskap, sees et mønster der parforholdet ofte har vært konfliktfylt langt tilbake i tid. I disse tilfellene synes overgrepene å være en videreføring av et negativt handlingsmønster, som har vært til stede gjennom store deler av samlivet.

- De fleste informantene har nære fortrolige som kjenner til overgrepene, og de opplever denne typen støtte som viktig. Mange har vært i kontakt med fastlege, psykisk helsevern, advokat og politiet og bedt om hjelp. Det skjedde sjelden endringer i den eldres problemsituasjon før ansatte i VFE eller krisesenteret fulgte opp saken.
- VFE og krisesentrene er tjenester med omfattende og spesialiserte kunnskaper om overgrepssproblematikk. Disse tjenestene hadde stor betydning for at de eldre i vårt utvalg fikk endret sin problematiske livssituasjon.

8.2 Anbefalinger

Med utgangspunkt i den kunnskapen som er kommet frem gjennom informantene i vår studie, vil vi foreslå følgende tiltak:

8.2.1 Flere «Vern for eldre» kontor

VFE er en tjeneste som gjennom sin spesialiserte kunnskap om temaene «overgrep» og «eldre» har mulighet til å gi varierte tjenester over en lengre periode for å bistå ofre for overgrep. Både de informantene som hadde tatt kontakt med VFE og med krisesenter, hadde mottatt en type bistand som i mange tilfeller satte en stopper for overgrepene. Eldre mennesker bruker i liten grad krisesentrene, og har i liten grad vært vektlagt som målgruppe for krisesentertilbudene. Krisesentrene representerer imidlertid en kompetanse som er av stor verdi for både kvinner og menn, og spesielt for yngre eldre som utsettes for overgrep fra ektefelle eller partner.

I de tilfellene hvor situasjonen virket mer fastlåst, var kontakten med VFE og med krisesentrene en viktig faktor for å hjelpe den eldre til å håndtere situasjonen i det daglige. Informantene trakk frem at vissheten om at de til enhver tid kunne kontakte tjenesten igjen hvis de følte behov for det, og at det var noen som hadde tid og evne til å lytte til dem, opplevdes som en god støtte. Dette lavterskeltilbudet som er tilgjengelig for alle som på en eller annen måte er involvert i overgrepssproblematikk, er et viktig element i den forebyggende virksomheten for å forhindre nye overgrep. I tillegg er VFE en ressurs for andre samarbeidspartnere i helse- og sosialsektoren både som samtalepartner og ved at de i enkelte krevende saker, kan gå inn i koordineringsrollen for å samkjøre de ulike tiltakene.

Problemkomplekset «Overgrep mot eldre» er vidt og krever differensierte tilnærminger alt etter hvilken *type* overgrep det er og *hvem* som utfører overgrepene. I likhet med resultatene fra omfangsundersøkelsene, som det er redegjort for i kapittel 2, viser også vår studie at det ofte var voksne barn som utførte overgrep mot sine foreldre. Slike

problemstillinger er utfordrende for hjelpeapparatet å gå inn i og fordrer at de som skal intervensere i slike saker har tilstrekkelig kunnskap, kompetanse og erfaring om tematikken. Slik vi ser det, inneholder «konseptet» VFE de nødvendige elementene som skal til for at eldre ofre for overgrep og deres familie skal få den hjelp og støtte de har behov for.

Det er derfor ønskelig at VFE blir et etablert tilbud innen oppsøkende og forebyggende tjenester i kommunene. I dag er det kun Oslo og Bærum som kan tilby eldre ofre for overgrep en slik spesialisert tjeneste. Dette tilbudet burde imidlertid være tilgjengelig for alle eldre, uavhengig av bosted. Opprettelsen av prosjektet «Vern for eldre – Nasjonal kontakttelefon» kan være ett av flere tiltak for å bedre tjenestetilbudet til eldre ofre for overgrep, men kontakttelefonen kan ikke erstatte behovet for en spesialisert tjeneste der den eldre bor.

Et alternativ til å opprette egne VFE-kontor, kan være å etablere kontaktinstanser eller kontaktpersoner for overgrepsutsatte eldre og gjøre dette kjent for de ulike hjelpetjenestene og for publikum. Ved å opprette slike stillinger, gjerne på tvers av kommunegrensene, vil bistanden kunne bli mer effektiv og målrettet. Stillingene vil også kunne dra nytte av den kompetansen som skal finnes ved de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS).

8.2.2 Tettere oppfølging av overgripere betyr mer avlastning for offeret

Et viktig resultat i denne studien er at eldre som utsettes for overgrep fra et voksent barn, ofte tar kontakt med hjelpeapparatet for å skaffe overgriper mer hjelp. Dette er spesielt fremtredende i saker hvor den som utførte overgrepene hadde rus- og eller psykiske problemer. Vår anbefaling er at eldre foreldre som utsettes for overgrep, i større grad involveres i behandlingen og oppfølgingen fra rusomsorgen og fra den psykiatriske tjenesten til det voksne barnet. Informantenes fortellinger indikerer at det noen steder finnes «høye skott» i tjenesteapparatet, og at rusomsorgen og det psykiatriske tilbudet ikke alltid er samkjørte. Informantene etterlyser i tillegg et bedre ettervern når overgriper utskrives fra institusjon. Informantene opplever det vanskelig å få gehør for problemene. De hevder at taushetsplikt og samtykke trekkes frem som begrensinger av behandlingspersonalet. Etter vårt syn kan dette ikke være hele forklaringen på den manglede kommunikasjonen. Ingen av informantene forteller at de er blitt kontaktet av behandlingsapparatet til sønnen eller datteren med spørsmål om hvordan de opplever situasjonen, om de er trygge i sitt eget hjem og hvis ikke de er det, at det blir foretatt en sikkerhetsvurdering. Dette er problemstillinger som først blir belyst når VFE involveres. Uansett hvordan behandlingsapparatet forholder seg til offer

og overgriper, er det en kjensgjerning at det er til offeret overgriperne søker når de mangler husly, mat og penger.

Også informantene som levde i ekteskap med overgrepssproblematikk, etterlyste en sterkere involvering fra hjelpeapparatets side. Informantene som ble utsatt for overgrep fra en ektefelle med store atferdsforstyrrelser grunnet en demenssykdom, erfarte at tilbudet om avlastning og støtte i hjemmet var mangelfull. Resultatene fra denne studien indikerer at kommunehelsetjenesten ikke har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse om demenssykdommer som gir store atferdsproblemer og aggresjon. Omsorgsbelastningen på ektefellen ble urimelig stor og faren for uprovosert vold ble ikke tatt tilstrekkelig alvorlig. Ingen av informantene fortalte om at det var utarbeidet en sikkerhetsplan for hva de skulle gjøre eller hvem de skulle kontakte hvis situasjonen tilspisset seg.

8.2.3 Flere tilbud for å unngå at eldre isoleres

Å leve med overgrep betyr sosial isolasjon for mange. Muligheten for kontakt med andre blir derfor spesielt viktig for denne gruppen. Mange av de eldre vektla betydningen av selv å komme seg ut av huset til butikken eller til ulike sosiale arenaer. Personer med funksjonsnedsettelse og forflytningshemmede som ikke kan bruke ordinær kollektivtransport eller eget kjøretøy, kan tildeles et TT-kort, som dekker et bestemt antall reiser med drosje eller spesialbil. Brukeren belastes med en lav egenandel for hver tur. Flere av de eldre i vår studie var med i denne ordningen. Kortet dekket 50 taxiturer i året (varierer mellom kommuner). For de som hadde dårlig økonomi, betydde begrensninger i antallet turer, at de måtte holde seg hjemme når de heller hadde hatt ønske om å oppsøke eldresenteret, treffe venner, eller delta i andre sosiale aktiviteter.

Seniorsentrene ser ut til å spille en sentral rolle for de eldre. Flere av informantene hadde fått nye bekjenskap gjennom å oppsøke sentrene. Enkelte påpekte imidlertid at de ønsket flere tilbud som innebar fysisk aktivitet eller annen type deltagelse der de eldre ikke bare var et passivt publikum til det som foregikk. Eksempler på ønsker var skrivekurs, dans og sangaktiviteter.

8.2.4 Hvordan nå overgrepsutsatte eldre?

Eldre mennesker søker ulike arenaer, avhengig av alder, helsetilstand og samfunnslag, noe som informantene i denne studien synliggjør. Det er derfor behov for å spre informasjon gjennom ulike kanaler, som aviser, radio og TV, samt på mer spesifikke arenaer der eldre ferdes, slik som seniorsentra, kafeer, interesseforeninger samt i tidsskrifter

hvor eldre er målgruppe. Informasjonen bør være av generell karakter, som synliggjør overgrep mot eldre og hvilke hjelpeinstanser som kan kontaktes.

Ulikhet i egenopplevd helse og selvbilde, kan være årsak til at en av informantene reagerte negativt på en appell til overgrepsutsatte eldre. Hun opplevde ikke seg selv som «gammel og syk» og hadde sett «Vern for eldre Nasjonal kontakttelefon» presentert som kinoreklame:

De har bilde av en gammel dame som ser ut som om hun er fattig og hjelpeløs. Mange eldre er sånn som jeg. Vi er middelklassedamer som ikke er hjelpeløse. Det er positivt at Vern for eldre er en gratis tjeneste. Men jeg må si at hadde jeg sett reklamen på kino, ville jeg nok ikke oppsøkt dem.

Dette eksempelet viser hvor forskjellige eldre er og oppfatter seg selv, og at det alltid er en fare for at eldre som gruppe blir stigmatisert. Det er derfor et poeng når en ønsker å forebygge eller få slutt på overgrep mot eldre at en tar i betraktning at målgruppen har et aldersspenn på vel 30 år – fra personer i begynnelsen av 60-årene til over 90.

I en eventuell informasjonskampanje for å forebygge eller stoppe overgrep mot eldre, må de som har hjelpebehov kunne identifisere seg med de personene som er avbildet i informasjonsmateriellet. Man må være oppmerksom på at man henvender seg til en heterogen gruppe med store aldersforskjeller. Det har Vern for eldre og Nasjonal kontakttelefon tatt hensyn til i det nye e-læringsprogrammet om overgrep mot eldre som ble lansert i januar 2012.⁸

8.3 Veien videre

Behovet for å øke kunnskapsnivået om vold i nære relasjoner blant ansatte i helse- og sosialtjenesten har vært påpekt av regjeringen i flere av handlingsplanene mot vold i nære relasjoner. Det synes å være tilfeldig hvilke utdanningsinstitusjoner som har dette temaet, eller mer spesifikt, temaet overgrep mot eldre, på pensumlistene.

I tillegg kan det være behov for offentlige informasjonskampanjer for å fremme befolkningens kunnskaper om omfanget og konsekvensene av overgrep som skjer i høy alder.

Kunnskapen som er kommet frem gjennom vårt materiale kan brukes som utgangspunkt for nye studier om overgrep mot eldre. Vi vil imidlertid påpeke at studier om forekomsttall er vanskelig tilgjengelig i målgruppen, eldre (Soares et al., 2010). Det har

⁸ Finnes på www.vernforeldre.no.

sammenheng både med problemets karakter og at mange eldre ikke ønsker eller er i stand til å delta i slike undersøkelser.

Hvis en omfangsundersøkelse skal ha verdi, bør den utformes slik at resultatene kan sammenlignes med andre land i Europa. Metoden bør derfor være den samme som i omfangsundersøkelsene fra Storbritannia og Irland, slik det er redegjort for i kapittel 2. Disse undersøkelsene var imidlertid svært ressurskrevende. Dersom myndighetene likevel velger å gjennomføre en forekomststudie, anbefaler vi at det på forhånd innhentes mer eksakte tall fra den svenske delen av ABUEL studien, som viste store sprik mellom de 7 deltakerlandene både når det gjaldt svarprosent og innslag av ulike former for overgrep blant de eldre.

For øvrig mener vi at det finnes tilstrekkelig med tilgjengelig kunnskap om omfang av overgrep mot eldre via de nevnte undersøkelsene til å fastslå at problemet er stort nok til å sette i gang målrettede tiltak både for overgrepsutsatte og overgripere. Vi er av den oppfatning at man vil ha vel så stort utbytte av å innhente ny kunnskap gjennom dybdestudier med andre vinklinger på temaet.

For eksempel bør søkelyset rettes mot tiltak i kommunene som er opprettet for å bistå eldre ofre for overgrep på en hensiktsmessig måte. Sandmoes (2011) doktorgradsavhandling indikerer at det ikke er utviklet prosedyrer eller retningslinjer for å kvalitets sikre tjenestene til eldre pasienter som mistenkes utsatt for overgrep. Det er uklart om kommunale handlingsplaner om vold i nære relasjoner, også omfatter hjelpetilbud til eldre overgrepsofre. Det er heller ikke kjent i hvilken grad det eksisterer interkommunalt samarbeid mellom små kommuner vedrørende håndtering av overgrepssaker, eller hvilke tiltak hjelpeapparatet i kommunene mener er nødvendig.

Vi mener at de funn som er kommet frem gjennom vår egen studie gir et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for umiddelbart å kunne gjøre noe med livssituasjonen til eldre som utsettes for overgrep. Aktuelle tiltak kan være å styrke eksisterende hjelpetilbud og opprette nye – spesielt Vern for eldre-tilbud. Vold i nære relasjoner inngår når dette skrives, ikke i de obligatoriske pensumlistene for grunnutdanningene innen helse- og sosialfag. NKVTS kartlegging av situasjonen viser at undervisningen på feltet er mer eller mindre tilfeldig og avhengig av at utdanningsinstitusjonene har tilstrekkelig interesse for tematikken (Sogn, 2007). I tillegg til å ruste opp grunnutdanningene, er det behov for kompetanseutvikling blant ansatte i ulike deler av hjelpeapparatet om vold i nære relasjoner generelt (Saur, 2007) og om overgrep mot eldre spesielt.

Litteraturliste

- Buchbinder, E., & Winterstein, T. (2003). «Like a wounded bird»: Older battered women's life experiences with intimate violence. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15(2), 23-44.
- Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Ageing*, 37, 151-160.
- Dong, X., Simon, M., Leon, C., Fulmer, T., Herbert, L., & Evans, D. (2009). Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *Journal of the American Medical Association*, 302(5), 517-526.
- Erlingsson, C. (2007). *Elder abuse explored through a prism of perceptions: Perspective of potential witnesses*. Department of nursing, Umeå University, Sweden, Umeå.
- Grøvdal, Y. (2012). *En vellykket sak? Kvinner utsatt for mishandling møter strafferettsapparatet*. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Haaland, T., Clausen, S.-E., & Schei, B. (2005). Vold i parforhold - ulike perspektiver. Resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge *NIBR-rapport 2005:3*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Hansen, T., & Slagsvold, B. (2009). Eldre er tilfreds med livet - eller er det bare noe de tror? *Samfunnsspeilet*, 19(01).
- Hjemdal, O. K., & Juklestad, O. (2006). En privatsak? Eldres oppfatning av vold og overgrep og om å melde fra om vold. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Homelien, S. (2011). Meningsdannelse i fellesskap - om sosial støtte til eldre som utsettes for overgrep. Vestfold: Høgskolen i Vestfold, Fakultet for helsevitenskap.
- Hydén, M. (Ed.). (1995). *Kvinnomishandel inom äktenskapet: mellan det omöjliga och det möjliga*. Stockholm: Liber.
- Hydle, I., & Johns, S. (1991). Kriseteam for eldre voldsofre i Porsgrunn. Evaluering av et tiltaksprosjekt. *Sosialdepartementets sammendragsserie nr. 10*. Oslo: Sosialdepartementet.
- Jonassen, W. (1987). Vennetjeneste eller offentlig tiltak? En analyse av organisering og drift av krisesentrene *Rapport 1987:10*. Oslo: NIBR
- Jonassen, W., & Eidheim, F. (2001). Den gode vilje. Mishandlede kvinners erfaringer med hjelpeapparatet. *NIBR's PLUSS-SERIE 1-2001*. Oslo: NIBR.
- Juklestad, O. (2007). Forskning og forskningsbehov på temaet vold og overgrep mot eldre: NKVTS.

- Kalaga, H., & Kingston, P. (2007). A review of literature on effective interventions that prevent and respond to harm against adults. Edinburgh: The Scottish Government Social Research.
- Kosberg, J. I. (2010). The invisible problem of abused older men. In G. Gutman & C. Spencer (Eds.), *Aging, ageism and abuse. Moving from awareness to action*. London, Burlington Elsevier.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (Vol. 2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lachs, M., Williams, C., O'Brien, S., Pillemer, K., & Charlson, M. (1998). The Mortality of Elder Mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, 280(5), 428-432.
- Laugerud, S. (2009). Smertefulle endringsprosesser. En undersøkelse av arbeidsmiljøet ved utvalgte krisesentre 2009 Rapport 3. Oslo: NKVTS.
- Lithwick, M., Beaulieu, M., Gravel, S., & Straka, S. (1999). The Mistreatment of Older Adults: Perpetrator-Victim Relationships and Interventions. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11(4), 95-112.
- Luoma, M.-L., & Koivusilta, M. (2009). Peanow. Prevalence study of abuse and violence. Finland: National Institute for Health and Welfare.
- Malmedal, W. (1998). «Noen må følge bedre med.» Om overgrep i sykehjem. *Hovedfag-soppgave*. Trondheim: NTNU.
- Malmedal, W., Ingebrigtsen, O., & Saveman, B.-I. (2009). Inadequate care in Norwegian nursing homes - as reported by nursing staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 231-242.
- Mowlam, A., Tennant, R., Dixon, J., & McCreadie, C. (2007). UK Study of Abuse and Neglect of Older People: Qualitative Findings. London: National Centre for Social Research and King's College London, prepared for Comic Relief and the Department of Health.
- Moxnes, K. (1985). Hans og hennes skilsmisse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 26.
- Mørk, E. (2011). Seniorer i Norge 2010 *Statistiske analyser*. Oslo - Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- 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: University College Dublin.
- Nägele, B., Böhm, U., Görgen, T., & Tóth, O. (2010). Intimate Partner Violence against older Women - Summary Report. Tyskland, Göttingen. : Co-financed by the European Commission within the Daphne III programme by DG Justice, Freedom and Security and coordinated by the German Police University, Münster.
- O'Keeffe, M., Hills, A., Doyle, M., McCreadie, C., Sholes, S., Constantive, R., . . . Erens, B. (2007). UK study of abuse and neglect of older people. Prevalence survey report. London: National Centre for Social Research, King's College, University of London.

- Otnes, B. (2011). Helse. In E. Mørk (Ed.), *Seniorer i Norge 2010*. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå
- Pape, H. (2003). Vold og krenkelser i parforhold. En studie av unge menn og kvinner i normalbefolkningen. *Upublisert manus*.
- Pape, H., & Stefansen, K. (2004). Den skjulte volden? En undersøkelse av Oslobefolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep. Oslo: Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress og Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Ploeg, J., Hutchison, B., MacMillan, H., & Bolan, G. (2009). A Systematic Review of Interventions for Elder Abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21, 187-210.
- Sandmoe, A. (2011). *Older people at risk of being abuses by someone close to them: A qualitative study of community care services in Norway and Australia*. Phd, University of Oslo, Oslo.
- Saur, R. (2007). Vold i nære relasjoner - Forslag til felles opplæringstiltak for ansatte i relevante hjelpetjenester *Notat nr.3/2007*. Oslo: NKVTS.
- Schoot, T., Proot, I., Meulen, R. T., & de Witte, L. (2005). Actual interaction and client centeredness in home care. *Clinical Nursing Research*, 14(370).
- Sethi, D., Wood, S., Mitis, F., Beillis, M., Penhale, B., Marmolejo, I. I., . . . Kärki, F. U. (2011). European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: World Health Organization, Europe.
- Skjørtén, K. (2009). Partnervold blant eldre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol. 6(nr. 2), 120-127.
- Skårderud, F. (2001). Tapte ansikter. Introduksjon til skampsykologi I, Beskrivelse. In T. Wyller (Ed.), *Skam - perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Soares, J. J. F., Barros, H., Torres-Gonzales, F., Ioannidi-Kapolou, E., Lamura, G., Lindert, J., . . . Stankunas, M. (2010). Abuse and health among elderly in Europe. Kaunas: Lithuanian University of Health Science.
- Sogn, H. (2007). Undervisning om vold ved universiteter og høyskoler *Notat nr. 2/2007*. Oslo: NKVTS.
- Solhaug, A. (2007). Men det er vel ikke egentlig overgrep? - en studie av eldre som er utsatt for overgrep i familien *Masteroppgave i sosiologi*. Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.
- Stang, G., & Evensen, Å. R. (1985). Eldremishandling frem i lyset. *Tidsskrift for Den norske lægeförening*, 105, 2475-2478.
- Statistisk sentralbyrå. (2008). Levekårsundersøkelsen 2007. Utsatthet og uro for lovbrudd Retrieved 09.02., 2011, from <http://www.ssb.no/vold/>
- Wolf, R., Daichman, L., & Bennett, G. (2002). Abuse of the elderly. In E. Krug, L. Dahlberg, J. Mercy, A. Zwi & R. Lozano (Eds.), *World report on violence and health*. Geneva: WHO.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har som en av sine sentrale oppgaver å fremskaffe kunnskap om forekomst av vold og overgrep i ulike befolkningsgrupper. Som et ledd i dette arbeidet fikk NKVTS i oppdrag fra Helsedirektoratet å gjennomføre en studie om overgrep mot eldre. Studien er basert på intervjuer med eldre mellom 62 og 95 år, som har vært utsatt for overgrep fra voksne barn, ektefeller og andre. Mange eldre karakteriserer ikke de handlinger de utsettes for som overgrep, dersom ikke fysisk vold eller trusler er med i bildet. De ser heller ikke på seg selv som ofre, dersom overgrepene gjøres av personer i nær familie. Denne rapporten beskriver de utsattes livssituasjon, deres reaksjoner, løsningsstrategier og kontakt med hjelpeapparatet for å få slutt på overgrepene.

Kirkeveien 166 (bygning 48)
N-0407 Oslo
Tlf.: +47 22 59 55 00
Faks: +47 22 59 55 01
e-post: postmottak@nkvts.unirand.no

ISBN 978-82-8122-058-4 (Trykk)
ISBN 978-82-8122-059-1 (Pdf)
ISSN 0809-9103

Rapporter kan lastes ned fra: <http://www.nkvts.no>