

Славољуб Живановић,
Владанка Стефановић

Градски завод за хитну медицинску помоћ,
Београд, Србија
Клиничкоболнички центар "Звездара", Београд, Србија

Да ли постоји дискриминација у збрињавању старих особа од стране Хитне помоћи у Београду

Кључне речи:

дискриминација,
стари,
старије особе,
ageism,
ејџизам,
Хитна помоћ,
Београд

Сажетак

Увод. Дискриминација старих - ејџизам (*ageism*), означава понашање које иде на штету старих у разним видовима. У свету јача општа геронтофобична идеологија која старост негативно вреднује и представља као неизбежну пошаст, и иде све до стигматизације старих. Здравствени систем игра важну улогу у добром осећању појединца, посебно старијих особа. Пуно је старијих грађана који у личном контакту изјављују да су искусили дискриминаторско понашање од стране здравствене службе. Често се саучествовање у лошем односу према старима у здравственом систему правда неодговарајућим правилима-стандардима у раду и често се овај проблем пребацује на поље нужног избора и недовољних материјалних средстава, не удубљујући се превише у етику. Има и истраживања која показују да су старији заиста лошије збринуте од стране Хитне помоћи. Време као фактор збрињавања је врло битан у раду Хитне помоћи.

Циљ рада. Циљ рада је био да се утврди: да ли постоји временска разлика у расподели позива бола у грудима екипама ХП код особа млађег и старијег животног доба; да ли постоји временска разлика у расподели позива екипама ХП за позиве првог реда хитности код особа млађег и старијег животног доба; да ли постоји временска разлика у расподели позива екипама ХП за позиве другог реда хитности код особа млађег и старијег животног доба; да ли постоји разлика у броју - учесталости процењених позива првог реда хитности између групе особа млађег и старијег животног доба.

Метод. Анализиране су 1.667 интервенције са болом у грудима.

Резултати. Испитаници су подељени у групу до навршених 65 година живота као група млађих, и другу групу преко 65 година као група старијег животног доба. Постоји статистички значајна разлика у дистрибуцији позива - задржавање код диспечера пре давања екипама на извршење од 68 секунди ($p < 0,01$). Позиваоци старији од 65 година чекају дуже да се њихов позив за помоћ додели екипама на извршење у односу на оне млађег животног доба. Постоји разлика у дистрибуцији позива првог реда хитности поређећи особе млађег и старијег животног доба, али не постоји статистички значајна разлика у расподели позива првог реда хитности код особа до 65 година и више од 65 година. Постоји јасна разлика у расподели позива другог реда хитности између групе млађих и старијих особа ($p < 0,01$). Упоредивши број хитних позива у групи старијих и групи млађих особа χ^2 тестом, видимо да постоји статистички високо значајна разлика ($p < 0,01$), тј. да се у групи старијих ређе додељује ознака хитно један.

Закључак. Очигледно је да медицински професионалци који раде на пријему и дистрибуцији позива и збрињавању старијих на терену, морају посебно да се упознају са проблемом рада са старијим особама јер то од њих захтевају брзе демографске промене у друштву.

Correspondence to:

Славољуб Живановић
Градски завод за хитну медицинску помоћ
Франше Депереа 5
11000 Београд, Србија
slavoljubz3@open.telekom.rs
064 2939324

Увод

Дискриминација старих - ејдизам (*ageism*) означава понашање које иде на штету старих у разним видовима. Ејдизам се, поред расизма и сексизма, сматра једном од највећих предрасуда савременог света¹. Око једне четвртине старијих европских грађана понекад или често доживи дискриминацију због својих година. Постоји разлика у земљама југоистока и северозапада Европе у доживљеној дискриминацији због позних година живота, што највише зависи од постојања аранжмана социјалног осигурања². У нашем народу је уврежено мишљење изражено кроз свакодневну комуникацију, да се на старе мање обраћа пажња и да се мање брине о њима. Старији грађани то посебно мисле о здравственој служби. Пуно је старијих грађана који у личном контакту изјављују да су исклусиви дискриминаторско понашање од стране здравствене службе.

Мада у целом западном свету постоји покрет против старења, изгледа да је много мање гласан покрет *како годинама додати квалитет живота*. Велики је изазов борба против погрешног става у односу на старење³ и јачања опште геронтофобичне идеологије, која старост негативно процењује и представља као неизбежну пошаст и иде све до стигматизације старих⁴. Иако друштво и држава теже идеалима једнакости, ове тежње могу да буду под знаком питања када се ради о старима и злоупотреби старих⁵ као, на пример, искључивање старих из клиничких истраживања.

Дискриминација старих особа је позната и описана у разним областима живота, па и у здравственом систему, што одступа од прокламованих идеала једнакости. Здравствени систем игра важну улогу у добром осећању појединца, посебно старијих особа. Пречесто дискриминација старих, макар код дела даваоца услуга у овом систему, омета или спречава ефективни третман код старијих. Старији чешће користе хитну помоћ, и нису задовољни третманом после напуштања хитне помоћи (*emergency room*) или одласка ХП. Старије особе збрињава особље ХП које има недостатак образовања о проблемима у геријатрији, у окружењу које је у супротности са потребама старих (мисли се на *emergency room*). Истраживачима који се усредсређују на побољшање неге старијих у хитној помоћи, отклањање ових проблема треба да буде најважније⁶. Често се саучествовање у лошем односу према старима у здравственом систему правда "склепаним правилима-стандардима у раду и често се овај проблем пребацује на поље нужног избора и недовољних материјалних средстава, без превише удубљивања у етику"⁷. Западна друштва се, ипак, истина од скора, суочавају са појавом дискриминације старих⁸ - *ageism*, док се код нас о томе говори тек у медицинској геријатрији.

Има и истраживања која показују да су старији заиста лошије збринуте од стране Хитне помоћи.^{6,9,10}

Време као фактор збрињавања је врло битан у раду Хитне помоћи. Београдска Хитна помоћ има ограничен број екипа, око двадесет, и збрињава становнике Београда у сваком тренутку. Екипе су територијално распоређене да би биле ближе корисницима. У свакој екипи је обавезно и један лекар.

Циљ рада

Циљ рада је био да се утврди: (1) да ли постоји временска разлика у расподели позива бола у грудима екипама ХП код особа млађег и старијег животног доба; (2) да ли постоји временска разлика у расподели позива екипама ХП за позиве првог реда хитности, код особа млађег и старијег животног доба; (3) да ли постоји временска разлика у расподели позива екипама ХП за позиве другог реда хитности код особа млађег и старијег животног доба; (4) да ли постоји разлика у броју - учесталости процењених позива првог реда хитности између групе особа млађег и старијег животног доба.

Радна хипотеза је да никаква дискриминација на штету особа старијег животног доба преко 65 година у односу на особе млађег животног доба - не постоји.

Метод

Коришћен је рачунарски испис примљених и екипама предатих лекарских позива за месеце X, XI, XII 2010. године; одабрани су они са болом у грудима, са уписаним редом хитности и временом пријема и временом давања позива екипи на извршење, из којих је израчунато време које је потребно да се позив да екипама на извршење, тј. време чекања позива. Одстрањени су позиви где није уписана година старости, одстрањени су интерклинички транспорти намењени лекарским екипама, лекарски транспорти из амбуланти домова здравља и амбуланти хитне помоћи, а база је скраћена за крајње дугачке вредности преко 30 минута. Тако су добијене 1.667 интервенције са болом у грудима и потом анализирани. Време је на рачунарском испису изражено у минутима секундама и деловима секунде. Израчунавање *времена* чекања, тј. времена које позив проведе код диспечера од тренутка пријема позива па до давања екипи на извршење било је у потпуном запису, а основне статистичке вредности су у даљем израчунавању заокружене на целе секунде. Позиви се обавезно обележавају као *хитно 1* - позиви првог реда хитности или *хитно 2* - позиви другог реда хитности. Очекује се да се позиви првог реда хитности брже дају екипама на извршење¹¹. Испитаници су подељени у групу

до навршених 65 година живота као група млађих, и другу групу преко 65 година као група старијег животног доба. Године су уписане као податак који је добијен од позиваоца и није увек тачан ако позиваоци не знају праву старост особе, већ процењен. Позиви на телефонској централи се примају по протоколу норвешког *INDEX*-а који је преведен и одобрен за рад у ГЗХМП у Београду. Оператер на телефону за пријем позива у ХП Београд има увид (гледајући у монитор рачунара) у број позивања или прихваћених позива са датог телефона.

Бол у грудима чини око 11% од укупног броја интервенција Хитне помоћи у Београду у овом периоду. За ово истраживање *бол у грудима* је одабран као стање на које се у ХП у Београду посебно обраћа пажња у свакодневном раду, а постоји и мерење квалитета рада за, на пример, ангину пекторис и акутни коронарни синдром, а која су чешћа код особа старијег животног доба.

Статистички извештај пописа становништва 2011. каже да је број становника Београда 1.576.124 укупно, а да је број особа старих 65 година и више око 244.838. Просечна старост становника Београда је 40,4 године. У Београду ХП збрињава становнике на централним општинама.

Статистичко тестирање је уређено *t*-тестом и χ^2 тестом.

Резултати

У испитиваној групи распон година је од 7 до 98.

Табела 1. Дистрибуција позива за пацијенте старости до 65 година и преко 65 година

	Број	Min.	Max.	СВ/sec	СД/sec
До 65 г.	873	0:00:03.000	0:29:56.999	0:06:30.101	0:06:56.317
Преко 65 г.	794	0:00:04.000	0:29:28.000	0:07:38.977	0:07:15.637

СВ=средња вредност; СД=стандардна девијација

Основни статистички подаци: $t=3,29$ (1,96-2,58); $p<0,01$ статистички високо значајна разлика.

Табела 2. Дистрибуција позива за пацијенте старости до 65 година и преко 65 година за позиве означене као *први ред хитности*

	Број	Min.	Max.	СВ	СД
До 65 г. X1	77	0:00:03.000	0:26:51.999	0:01:55.999	0:03:57.117
Преко 65 г. X1	38	0:00:27.999	0:08:50.000	0:02:09.579	0:01:47.597

Основни статистички подаци: $t=0,43$ (1,96-2,58); $p>0,05$ нема статистички значајне разлике.

Табела 3. Дистрибуција позива за пацијенте старости до 65 година и преко 65 година за позиве означене као *други ред хитности*

	Број	Min.	Max.	СВ	СД
До 65 г. X2	796	0:00:04.999	0:29:56.999	0:06:56.616	0:07:00.418
Преко 65 г. X2	756	0:00:04.000	0:29:28.000	0:07:55.534	0:07:19.350

Основни статистички подаци: $t=2,78$ (1,96-2,58); $p<0,01$ статистички високо значајна разлика.

Табела 4. Однос броја позива *првог* и *другог реда хитности*. Број позива првог реда хитности у групама до 65 година и преко 65 година.

	Број	Број X1 позива	Број X2 позива
До 65 г.	873	77	796
Преко 65 г.	794	38	756
Укупно	1667	115	1552

Упоредјујући број позива првог реда хитности у обе групе испитаника χ^2 тестом, добијамо да је $\chi^2=9,9$; $p<0,01$ статистички високо значајна разлика (3,841-6,635).

Дискусија

Упоредјујући позиве код млађих и старијих особа, видимо да постоји статистички значајна разлика у дистрибуцији позива - задржавање код диспечера пре давања екипама на извршење од 69 секунди ($p<0,01$). Позиваоци старији од 65 година чекају 69 *sec* дуже у односу на особе млађег животног доба да се њихов позив за помоћ достави екипи на извршење. Ово се слаже са истраживањем *Chang*-а и сарадника¹¹ који кажу да је потцењеност у процени тежине повреде значајно већа код пацијената који су стари 65 година или више него код млађих. Опадање процента транспортованих у траума центар почиње већ са 50 година са још једним падом у 70 година. Чак и када је повреда препозната и потврђена од особља у ХП, транспорт старијих се мање узима у разматрање у траума центру. Несвесне предрасуде према годинама болесника су откривене - означене као могући узрок и код особља ХП на терену и особља на пријему у траума центру¹¹. *Lehmann* и сарадници закључују да је значајно мања вероватноћа да ће старији пацијенти бити брже збринуту у *Emergency Room*, упркос сличном *injury severity score >15*, као и да повреде ових особа

чешће захтевају хитну краниотомију или ортопедске процедуре. Мања је вероватноћа да ће старије особе, жртве повређивања, бити брже збринуте а имаће и значајно лошији исход у поређењу са млађима⁹. Често се овај проблем дискриминације пребацује на поље нужног избора, не удубљујући се превише у етику¹².

Постоји разлика у дистрибуцији позива првог реда хитности од 14 *sec.* поредећи особе млађег и старијег животног доба. Разлика у дистрибуцији позива је 14 *sec.* на штету старијих особа. Ово говори да се међу позивима првог реда хитности прави разлика у односу на године живота, али да та разлика није статистички значајна. Наиме, ако се позив за помоћ означи као *хитност првог реда*, такви позиви се и за особе млађег и старијег животног доба дају екипама на извршење сличном брзином. Не постоји статистички значајна разлика у расподели позива првог реда хитности код особа до 65 година и више од 65 година ($t=0,43$; $p>0,05$).

У Хитној помоћи Београд када оператер на телефонској централи разговара са особом која тражи помоћ, на монитору види телефонски број особе која зове. На тај начин се има увид у број позива са истог телефона и логичан је, можда и разуман став, да неко не може бити хитан 5 или 10 или 30 пута годишње колико се поједини пацијенти јављају Хитној помоћи тражећи помоћ. Овакво понашање може бити и особина здравственог система у коме често хронични или непокретни болесници не могу да се збрину у кратком року, па се они често јављају ХП и оптерећују њен свакодневни рад, а услуге ХП су бесплатне. Стога је могуће да се стање особе која више пута у краћем или дужем периоду позива ХП, што се тиче хитности - потцени.

Постоји разлика у дистрибуцији позива другог реда хитности од 59 *sec.* на штету особа старијег животног доба и она је високо статистички значајна ($p<0,01$). Иако постоји статистички високо значајна разлика у расподели позива другог реда хитности и износи 59 *sec.* питање је да ли је та разлика и практично значајна, јер се позиви другог реда хитности и дефинишу као стања која могу да сачекају док се позиви првог реда хитности не обаве. Ипак, ово показује да постоји систематски фактор који ради на штету старијих особа, или тамо где се мисли да су у питању старије особе.

Време задржавања позива за помоћ код диспечера пре давања екипама на извршење само је једно од времена у ланцу времена стицања до болесника. Наиме, укупно време стицања до болесника од тренутка када се он јави Хитној помоћи је збир више времена: време разговора са оператером на телефонској централи, време задржавања код диспечера, време док екипа прима позив, време вожње до адресе и потом време стицања пешице, на пример, степеницама, лифтом итд. до болесника. Ако постоји систематски фактор који ради на штету, на

пример, старије групе пацијената, онда сва времена у збиру могу да носе и део који је на штету старијих и да сва времена нарасту до нежељених вредности. Из искуства свакодневног рада на терену ипак знамо да се у позивима другог реда хитности често крију врло хитни позиви.

Логично се намеће и питање да ли се процена оператера на телефонској централи у погледу хитности слаже и у којој мери са здравственим стањем особе која позива Хитну помоћ, што није проблем само у ХП Београд. Процена хитности преко телефона је предмет истраживања и увођења у рад различитих протокола¹³. Из искуства је познато да често нешто што је означено као позив првог реда хитности није хитно стање, а да нешто што је означено као хитност другог степена - буде животно угрожавајуће стање.

Упоредјујући број хитних позива у групи старијих и групи млађих особа χ^2 тестом, видимо да постоји статистички високо значајна ($p<0,01$) разлика од 100%, тј. да се групи старијих особа ређе додељује ознака хитно један, а очекивало би се да се старији чешће разболевају, да у овој групи има више хроничних стања са акутизацијама и погоршањима, и да су њихова стања хитнија. Једно од објашњења оваквог понашања је и то да су болести, хронична и акутна стања природно дешавање код старих и да не може пуно да им се помогне ма колико се трудили. Такође се сматра да је у тренуцима великог броја позива за помоћ, када мора да се бира између млађих и старијих, логично да се изаберу млађи као приоритет. Логично је потом и питање колико је заиста таквих ситуација када се такав избор поставља. Једно од устаљених мишљења је да старији често и неоправдано користе ХП.

Да ли стари неоправдано више користе Хитну помоћ (*ems*)? Истраживање које је извршено у Италији¹⁴ каже да није тако, чак да је ту хитних стања више, мада је по њиховом мишљењу отворена дискриминација према старима више ствар недостатка одговорности према брзим демографским променама у друштву.

У нашем истраживању, број хитних позива у групи старијих особа је мањи него у групи млађих особа иако је број прихваћених позива за помоћ због бола у грудима код обе групе приближан.

Као показатељ да у здравственом систему *emergency room* није једина која има дискриминаторско понашање према старијима, показује и истраживање *Guptha* и сарадника¹⁵, који кажу да се снимање мозга уради у малој пропорцији старијих болесника примљених у болницу због акутног шлога. Најчешће погрешно мишљење, тј. објашњење те појаве је било да снимање старих особа после шлога не мења третман и да је такво снимање траћење материјалних средстава. Али, понашања и навике се мењају¹⁵. Има, међутим, и другачијих мишљења, односно истраживања која кажу да вероватноћа пријема у болницу после хитног указивања помоћи расте са болесниковим годинама и проценом лекара¹⁶.

Иако се у ГЗХМП званично примењује протокол *INDEX* за пријем позива који је оријентисан према тегобама а не према болести, што је добро, он се често допуњује искуством оператера, тј. оних који разговарају са позиваоцем, који су углавном лекари и који су научени да у тегобама траже болест. Врло је честа појава да се са растом година особе болести више испољавају као губитак или нарушавање различитих телесних функција а не карактеристичном клиничком сликом неке болести. Тренутни, практично преовлађујући модел у раду - епизода болести - на пријему позива у Хитној помоћи не указује увек одговарајуће на сложене потребе старих који се појављују а о којима говоре *Salvi* и сарадници.¹⁷ Због оваквих проблема изгледа да лекари и медицински техничари који раде на пријему позива у ХП, морају посебно да се упознају са проблемима гериајатријске популације а о којима говоре *Imbody* и сар¹⁸.

Закључак

У нашем истраживању постоји јасна разлика у расподели позива између групе млађих и старијих особа и износи 69 *sec.* на штету старијих, што је статистички висока значајност ($p < 0,01$), тј. старије особе преко 65 година дуже чекају да се њихов позив за помоћ додели екипи на извршење.

Не постоји статистички значајна разлика у расподели позива првог реда хитности између особа млађег и старијег животног доба. Ако је позив за помоћ означен као хитност првог реда, позиви за особе и млађег и старијег животног доба се једнако додељују екипама на извршење.

Постоји јасна разлика у расподели позива другог реда хитности између групе млађих и старијих особа ($p < 0,01$) и износи 59 *sec.*, односно ако се позив за помоћ процени као позив другог реда хитности, старије особе дуже чекају да се њихов позив за помоћ додели екипи на извршење.

Мада, упоређујући статистички позиве првог и другог реда хитности код особа млађег животног доба, видимо да и ту постоји статистички високо значајна разлика. Поредили смо групу старијих особа са групом особа млађег животног доба, постоји јасна статистичка разлика у броју означених позива првог реда хитности у млађој и старијој добној групи ($p < 0,01$), тј. у групи старијих особа има два пута мање позива који су означени као хитност првог реда.

Slavoljub Živanović,
Vladanka Stefanović

Gradski zavod za hitnu medicinsku pomoć, Beograd, Srbija
Kliničkobilnički centar "Zvezdara", Beograd, Srbija

Occurrence of ageism present in treatment of seniors by EMS Belgrade?

Key words:

discrimination,
seniors,
ageism,
EMS,
Belgrade.

Abstract

Introduction. Ageism denotes discrimination against elderly people. Gerontophobic ideas, including stigmatization of elderly population, are expanding world-wide. Health care system has an important role in well-being of old people. A lot of senior citizens have experienced discriminatory behavior in their dealings with health care services. These incidents are often justified by outdated standards and insufficient funding of the healthcare system, with complete disregard of ethical principles. A number of studies claim that emergency medical service (EMS) manages elderly patients in poorer way. Time, as a factor of management, is extremely important in the work of EMS.

Objective. To confirm: (1) whether there is a time difference in EMS dispatching orders for patients with chest pain, symptoms between younger and older patients; (2) whether there is a time difference in EMS dispatching orders for the "Urgent 1" calls between younger and older patients; (3) whether there is a time difference in EMS dispatching orders for "Urgent 2" calls between younger and older patients; (4) whether there is a difference in the number of calls that have been deemed "Urgent 1" in younger and older patients.

Method. We have analyzed 1667 EMS interventions in patients with chest pains symptoms

Results. All patients were divided into two groups - below 65 (which would constitute younger population) and over the age of 65 (older population). There is a statistically significant difference in order distribution (order kept at the dispatch centre until assigned to an EMS team) of 68 seconds $P < 0.01$. Patients over the age of 65 wait longer for their call to get assigned to an EMS team compared to the younger patient group.

There is a difference in order distribution of "Urgent 1" calls in younger and older patient population; however, there is no statistically significant difference in order distribution between patients > 65 years of age and < 65 . There is a clear difference in order distribution of "Urgent 2" calls in younger and older patients ($P < 0.01$). When comparing the total number of "Urgent 1" calls between the groups of older and younger patients, using the χ^2 test, we see that difference is statistically significant ($P < 0.01$), i.e. in the older patient group there were less "Urgent 1" calls.

Conclusion. It is evident that medical professionals working at EMS dispatch centers and in EMS teams on the field need to familiarize themselves better with the issues surrounding senior population. Rapid demographic changes in our society already require this.

Литература

References

1. Ђорђевић З. *Еџизам*. Геронтологија. 2006;34(1):215-218.
2. van den Heuvel WJA, van Santvoort MM. *Experienced discrimination amongst European old citizens*. European Journal of Ageing 2011;8(4):291-299.
2. Ribeira Casado JM. *The history of geriatric medicine*. The present: Problems and opportunities. European Geriatric Medicine Article in Press, 2012.
4. Milankov M. *Starosna diskriminacija*. Gerontologija 2010;37(1)73-89.
5. Phelan A. *Elder abuse, ageism, human rights and citizenship: Implications for nursing discourse*. Nursing Inquiry 2008;15(4): 320-329.
6. Grief CL. *Patterns of ED use and perceptions of the elderly regarding their emergency care: A synthesis of recent research*. Journal of Emergency Nursing 2003;29(2):122-126.
7. Barilan YM. *The dilemma of good clinical practice in the study of compromised standards of care*. Critical Care 2010;14(4): art. no. 176 Epub 2010 Jul 15.
8. Hepple J. *Ageism and psychotherapy*. CPD Bulletin Old Age Psychiatry 2001;3(2): 35-37.
9. Lehmann R, Beekley A, Casey L, Salim A, Martin M *The impact of advanced age on trauma triage decisions and outcomes: A statewide analysis*. American Journal of Surgery 2009;197(5):571-575.
10. Živanović S. *Razlika u vremenskoj raspodeli poziva prvog i drugog reda hitnosti kod bola u grudima u Gradskom zavodu za hitnu medicinsku pomoć u Beogradu*. Општа медицина 2011;17(3-4):136-140.
11. Chang DC, Bass RR, Cornwell EE, MacKenzie EJ. *Undertriage of Elderly Trauma Patients to State-Designated Trauma Centers*. Arch Surg 2008;143(8):776-781. More Author Information.
12. Barilan YM. *The dilemma of good clinical practice in the study of compromised standards of care*. Critical Care (2010;14(4): art. no. 176 Epub 2010 Jul 15.
13. Sporer KA, Youngblood GM, Rodriguez RM. *The ability of emergency medical dispatch codes of medical complaints to predict ALS prehospital interventions*. Prehospital Emergency Care 2007;11(2):192-198.
14. Rozzini R, Sabatini T, Trabucchi MA. *Silent ageism in access to critical care*. Age and Ageing 2004;33(5):517 <http://ageing.oxfordjournals.org/content/35/5/546.full>
15. Guptha SH, Owusu-Agyei P. *Ageism in services for transient ischaemic attack and stroke: clinical leadership is key in changing practice*. BMJ. Sep 2006;23:333(7569):656.
16. David M, Schwartau I, Anand Pant H, Borde T. *Emergency outpatient services in the city of Berlin: Factors for appropriate use and predictors for hospital admission*. European Journal of Emergency Medicine (2006;13(6):352-357.
17. Salvi F, Morichi V, Grilli A, Giorgi R, Spazzafumo L, Polonara S, De Tommaso G, Rappelli A, Dessi-Fulgheri P. *A geriatric emergency service for acutely ill elderly patients: pattern of use and comparison with a conventional emergency department in Italy*. J Am Geriatr Soc. Nov 2008;56(11):2131-8.
18. Imbody B, Vandsburger E. *Elder abuse and neglect: Assessment tools, interventions, and recommendations for effective service provision*. Educational Gerontology 2011;37(7):634-650.