

# Personer med demens som er voldelige mot omsorgsgiver

Vi vet at personer med demens er en gruppe utsatt for vold og andre typer overgrep fra sine omsorgsgivere, men volden kan også gå den andre veien.

Denne artikkelen handler om vold mot eldre ektefeller til personer med demens.

I artikkelen reises det spørsmål om helse- og omsorgspersonell er klar over hvor risikofylt slike situasjoner kan være og om de nødvendige forholdsregler blir tatt for å unngå at omsorgsgiveren lider unødvendig overlast?

Vold i nære relasjoner har fått økt oppmerksomhet i Norge de siste årene (1, 2). Verdens helseorganisasjon definerer vold som en enkeltstående handling, gjentatte handlinger eller mangel på riktige handlinger som forårsaker skade, nød eller lidelse hos en eldre person og hvor overgrepene skjer i et forhold hvor det i utgangspunktet er en forventning om tillit (3). Ifølge denne definisjonen inkluderes pleiere, naboer og bekjente i begrepet nær relasjon. Den norske straffeloven begrenser nær relasjon til tidligere eller nåværende familie og slekt, noen i sin husstand eller noen i sin omsorg (4). Volden kan være fysisk, psykisk, sosialt, materielt eller seksuelt orientert og/eller dreie seg om omsorgssvikt (3).

Europeiske studier antyder at cirka fire prosent av den eldre befolkningen som bor i privat bolig utsettes for overgrep, når WHOs definisjon blir lagt til grunn (5, 6). Imidlertid har personer med en demenssykdom høyere risiko for å bli utsatt for overgrep enn den eldre befolkningen for øvrig (7). Det er krevende å gi omsorg til en person som har redusert kognitiv funksjon, og det kan gi økte spenninger i forholdet mellom den syke og omsorgsgiver som igjen kan føre til vold. Personer med demens som selv har en aggressiv og utagerende atferd er spesielt utsatt for overgrep, og slik atferd har større betydning enn graden av hjelpebehov og hvilket kjønn den syke og omsorgsgiver har (7).

SKREVET AV  
Astrid Sandmoe,  
Forsker II (RN/PhD)  
Nasjonalt kunnskapssenter om  
vold og traumatisk stress, Oslo

Omsorgsgiver kan forsøke å dempe den utagerende atferden med fysisk makt, ved å begrense den sykes bevegelsesfrihet eller ved å gi medikamenter utover det foreskrivningen tilsier. Selv om ikke omsorgsgiver har intensjon om å skade, men beskytte, kan likevel resultatet være at personen med demens utsettes for vold. Vold skal aldri aksepteres, uansett grunn. Det er imidlertid svært viktig at hjelpeapparatet forstår årsaken til volden slik at omsorgsgiver får hjelp til å håndtere situasjonen på en bedre måte. Studier har vist at omsorgsgivere som kan være voldelige ofte sliter med psykiske problemer, alkoholproblemer eller med et forhold som var dårlig også før sykdommen rammet (7, 8). Dette er noe hjelpeapparatet bør være klar over, slik at de kan støtte omsorgsgiver i å søke hjelp for egne problemer og dermed bli bedre rustet til å takle en vanskelig livssituasjon.

Men også omsorgspersonen har økt utsattethet for vold fra personen med demens (7). En britisk studie med 220 omsorgspersoner til personer med demens, viste at mer enn en tredel hadde blitt utsatt for vold flere ganger de siste tre månedene fra den de ga omsorg (9). De fleste som var blitt utsatt for vold hadde den siste tiden fått et vesentlig dårligere forhold til den som var syk, samt at de brukte uhensiktsmessige mestringsstrategier for å klare omsorgsoppgavene (9). I denne artikkelen er det



*Personer med demens kan bli utsatt for vold og andre typer overgrep fra sine omsorgsgivere, men volden kan også gå den andre veien.*

vold mot eldre omsorgspersoner til ektefeller med demens som er i fokus. Denne gruppen gjør en stor omsorgsinnsats med betydelige omkostninger for seg selv, og noen lever i kontinuerlig fare for å bli alvorlig skadet av sin ektefelle (10). I mange tilfeller skjønner ikke helse- og omsorgspersonell hvor vanskelig livssituasjonen er for disse omsorgsgiverne (11).

### En studie av voldsutsatte eldre personer

Artikkelen tar utgangspunkt i en studie om vold mot eldre som ble gjennomført ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress på oppdrag fra Helsedirektoratet (11). Tretti voldsutsatte eldre ble rekruttert til studien gjennom to krisesentre og to Vern for eldre- tjenester. Deltakerne var i alderen 62 til 95 år, hvorav 25 var kvinner og fem var menn. Ingen hadde diagnostisert demens eller andre sykdommer som gir mentale endringer. Alle bodde i egen bolig og på intervjuetidspunktet var 21 aleneboende. Utdanningsnivået for deltakerne var omtrent på samme nivå som for befolkningen ellers i aldersgruppen 67 år og eldre. På intervjuetidspunktet var det kun en person som fortsatt var i arbeid, men 26 av deltakerne hadde vært yrkesaktive store deler av livet. De fleste beskrev sin helse som god eller brukbar, mens elleve betegnet den som dårlig. Deltakernes egne vurderinger av helsen syntes å være knyttet til egen mestring av dagliglivets aktiviteter og i mindre grad relatert til antall diagnoser.

Deltakerne bestemte om intervjuet skulle foregå i eget hjem, på et kontor eller et offentlig sted som kafe eller bibliotek. Det ble brukt en tematisk intervjuguide og intervjuene varte i gjennomsnitt en time. Alle intervjuene, bortsett fra tre, ble tatt opp på bånd. Utførlige notater ble gjort og lydfilene ble skrevet ned. Intervjuene ble analysert tematisk. Studien ble godkjent av Personvernombudet for forskning ved Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Hensikten med studien var å få kunnskap om hvordan voldsutsatte eldre opplevde sin situasjon, hvilken bistand de hadde fått fra eget nettverk og fra hjelpeapparatet, samt hvilke konsekvenser overgrepene hadde for den

enkelte. Målet var også å synliggjøre behovene eldre utsatte hadde for hjelp og støtte fra tjenesteapparatet. I denne artikkelen er vold og overgrep synonyme begreper.

### Funn fra studien

Overgrepserfaringene varierte blant deltakerne og flere var utsatt for ulike typer overgrep. Elleve hadde vært utsatt for fysisk vold, 22 for psykiske overgrep, seks for økonomiske eller og/eller materielle overgrep og tre for det vi kaller strukturelle overgrep som var knyttet til meget negative erfaringer med hjelpeapparatet. For femten av deltakerne var det en eller flere voksne barn som ble omtalt som overgripere, åtte var ektefeller, fire var naboer eller andre bekjente, og i tre tilfeller var det personer fra tjenesteapparatet.

Overgrepserfaringene og deltakernes beskrivelser av hva de hadde opplevd, var svært forskjellige etter hvem som var overgriper. De som var utsatt for overgrep fra voksne barn skilte seg ut ved at de ikke tenkte på seg selv som offer. De så heller ikke på sitt avkom som en overgriper, men mer som et offer for systemer eller påvirkninger som hadde ført dem galt av sted. Disse foreldrenes opplevelser og erfaringer er beskrevet nærmere i en egen artikkel (12). Innen gruppen partnervold var det også store forskjeller i vurderingene av voldserfaringene. Av de som var utsatt for

«tradisjonell partnervold», ønsket de fleste å komme ut av forholdet. Problemet var at det var mange praktiske hindringer som vanskeliggjorde et brudd etter et langt samliv, samt andre forhold som var knyttet til nær familie. Situasjonen var imidlertid annerledes for de tre som ble utsatt for vold fra en partner med demenssykdom. De hadde en annen forståelsesbakgrunn for den livssituasjonen begge var havnet i og kunne se tilbake på et bra samliv før ektefellen ble syk. De var alle i syttiårene og hadde opplevd både fysisk og psykisk vold fra sin ektefelle med demens som de hadde hatt omsorgen for i mange år. To hovedtemaer fra disse kvinnes fortellinger blir presentert for å sette fokus på noen av de utfordringene som omsorgsgivere til personer med demens står i. Navnene er oppdiktede og noen opplysninger endret for å sikre anonymitet.

### Situasjoner som kom ut av kontroll

Alle de tre kvinnene hadde opplevd skremmende situasjoner hvor mye kom ut av kontroll og hvor de selv var i fare for å bli alvorlig skadet. Anne hadde opplevd at ektefellen gikk amok helt uten forvarsel og knuste absolutt alt som var i nærheten. Hun sier: «Jeg ble så forskrekket at jeg ble helt nummen, men så skjønnte jeg det, nå er det noe som kortslutter helt i hodet ...». Det var så ille at hun måtte tilkalle hjelp. Etter denne hendelsen har hun hele tiden en redsel for at det skal skje igjen uten forvarsel, slik som sist. Hun syntes alt er så uendelig trist og vondt. Anne forteller videre: «...sønnen vår sier «pappa mener jo ikke å være sånn, mamma, du skjønner det er en annen person», og det skjønner jo jeg og, men like fullt er det så forferdelig slitsomt for meg. Det er nesten enda vondere for jeg kjenner ikke igjen mannen min».

Også Gro erfarte at en snill, omtenkstom og generøs mann endret seg og fikk store personlighets- og atferdsforandringer. Han var midt i vellykket yrkeskarriere og var vant til å ha oversikt og kontroll. Han ble fysisk voldelig, men stort sett klarte hun å holde ham i sjakk selv om hun uttaler at han gjerne skulle «slått henne flat». Han var truende mot henne i alle år etter at han ble syk, og i perioder var han en fare både for seg selv og andre. Etter at han gikk til fysisk angrep på sønnen som holdt på med en sirkelsag, skjønnte han selv at han var farlig. Barna ordnet det slik at han fikk en leilighet i nærheten fordi de var redd for morens sikkerhet. Etter noen år flyttet han tilbake til Gro fordi hun hadde så mye tilsyn, og han kom så ofte på døren at det var enklere å ha ham under samme tak. Gro forteller en lang historie om sin kamp med «systemet». En periode måtte hun bruke sin egen fastlege for å få hjelp til ektemannen. Fastlegen beordret da at jaktvåpen ble forsvar-

lig nedlåst, og var den eneste som noen gang spurte henne om mannen slo henne og om økonomien. Gro sier at ingen andre har noen gang spurt henne om dette opp gjennom årene.

Tine forteller om episoder i løpet av samlivet som synliggjør en kontrollerende ektemann, men at hun likevel opplevde ham som snill og omtenkstom. Men det endret seg når mannen var i begynnelsen av syttiårene. Tine sier: «Jeg skjønnte det måtte være noe, for plutselig så ble han så ekkel mot meg og det hadde han aldri vært. Jeg kjente ham ut og inn, men enda tenkte jeg ikke på det (at det var demens). Han var slik i flere år. Kom med knyttneven, det hadde han aldri gjort før. En gang måtte jeg ta drosje til legesenteret, trodde armen var brukket».

Alle de tre kvinnene forteller om episoder med aggressivitet og «mye rabalder» i forbindelse med at ektemannen ble fratatt sertifikatet. Alle mennene ble generelt mer aggressive etterpå. Tine sammenlignet reaksjonen med en sorgprosess: «Når en mann mister sertifikatet, det blir nesten som å miste et barn».

### Eget liv og egne behov på vent

Anne forteller at hun har mange venner hun kan snakke med, så det er ikke det som er problemet. Det hun savner mest er de små, gode opplevelsene i hverdagen: «Det er bare det at jeg kommer ikke ut selv, jeg er blitt stengt inne. Jeg føler nesten hjemmet mitt som et fengsel. Før traff jeg venninner og vi gikk på byen, kunne ta en kopp kaffe på kjøpesenteret og kose oss litt. Nå kommer jeg ikke ut mer, jeg gjør ikke det. Så nå må de komme til meg eller så er det kontakten vi har på telefonen, og det er så forskjellig fra det livet jeg har levd før, vet du». Kontakten med familien blir også begrenset: «Jeg har en søster som jeg er utrolig glad i. Jeg ringer henne om morgenen, for hun er og alene ..., og hun ringer meg om kvelden og sier god natt. Henne har jeg ikke fått besøkt, hun bor bare noen mil unna. Jeg kommer ikke engang så langt som dit opp, for de fire timene han er på hjemmet, det er veldig, veldig lite. Det er så vidt jeg greier å komme til tannlegen, men ikke noe mer».

Gro var i jobb mens mannen var på dagsenteret, men utover det var hun ingen steder det siste året før han ble lagt inn på sykehjem. Hvert fem-minutt måtte han ha tilsyn. De to siste årene før innleggelse på sykehjem beskriver Gro som et mareritt. Hun forlot ikke mannen sin selv om det holdt hardt i perioder. Hun forteller at hun nå vil redusere besøkene fordi hun ikke tror det betyr så mye for ham lenger. Hun sier at hun har «dratt på en ryggsekk i alle disse årene og at årene bare forsvinner».

*«Nå kommer jeg ikke ut mer, jeg gjør ikke det.»*

Tine fikk avlastning noen timer i uken slik at hun kunne komme litt ut. Hun sier: «Da dro jeg gjerne til min søster, men satt helt ytterst på stolen, klarte ikke å slappe av. Jeg var nesten ikke ute jeg, på de tre siste årene han bodde hjemme. Teaterstykke og kino – jeg skjønner ikke hva folk snakker om. Jeg var ingen steder, tenkte bare på at han skulle ha det bra».

Både Anne og Gro har vært på pårørendeskolen. Anne ble gjort oppmerksom på dette tilbudet gjennom en bekjent. Der fikk hun også informasjon om pårørende foreningen, men at hun ikke kan komme fra. Hun forklarer: «Så det nytter jo ikke, men den pårørendeskolen det var veldig lærerikt, for vi har ikke hatt demente i familien ....., så jeg har liksom ikke helt skjønt hvordan et menneske kan forandre seg så totalt». Gro derimot har vært på de månedlige møtene for ektefeller til demensrammede i mer enn ti år og har hatt stor nytte av det.

### Utfordringer ved aggressiv atferd mot omsorgsgiver

Mennesker er forskjellige avhengig av personlige egenskaper og kultur. Det vil selvsagt prege både den som blir rammet av demens som den som gir omsorg. Allikevel, for de fleste vil sykdommen endre deres personlighet og atferd. For eksempel kan frontotemporal demens opptre tidlig i livet mens vedkommende enda har stor fysisk styrke. Selv om vi ikke har mye kunnskap om omfanget av vold mot omsorgsgivere, indikerer noen studier at halvparten av alle personer med demens som bor hjemme i perioder er fysisk og/eller psykisk aggressive mot omsorgsgiver (9, 13, 14). Men det er også viktig å være klar over at noen par har levd med partnervold før en av dem fikk demens. Det kan være et mønster med dominans og vold som fortsetter, men under andre forutsetninger. Phillips studie av 83 kvinnelige omsorgsgivere som var 50 år og over og som jevnlig var utsatt for verbal/psykologisk aggresjon og/eller fysisk vold, viser at selv de som har levd i meget turbulente forhold, går inn som omsorgsgivere når sykdom rammer partneren (14). Det er derfor viktig å få opplysninger om hvordan forholdet var tidligere i samlivet fordi dårlige relasjoner ofte blir videreført, og at dette er risikofaktorer for vold både mot omsorgsgiver og -mottaker (13, 14).

Aggressive handlinger fra personer med demens kan være en reaksjon på at situasjonen for dem er u håndterbar ved at de ikke forstår eller misforstår hva som skjer. Det kan også være uttrykk for frustrasjon i forbindelse

med hendelser som har stor betydning for dem. Alle de tre kvinnene som ble intervjuet i studien, fortalte om aggressive hendelser i forbindelse med at ektemannen ble fratatt sertifikatet. Dette utløste reaksjoner ingen forutså og som hadde alvorlige konsekvenser for alle involverte.

Selv om en person med demens i utgangspunktet ikke har innsikt i eller forståelse av egen aggresjon, er konsekvensene like alvorlige for den som blir rammet. Helse- og omsorgspersonell er ofte ikke tilstrekkelig oppmerksomme på den faren disse omsorgsgiverne befinner seg i (10, 15). En av de intervjuede kvinnene sa at hun kun en gang var blitt spurt av fastlegen om sin egen sikkerhet. Det var barna som til slutt tok affære og flyttet faren ut av boligen en periode for å beskytte moren. Selv der hvor ektemannen slo i stykker det meste av inventaret og politiet måtte gripe inn, ble ikke omsorgsgivers sikkerhet vurdert av helse- og omsorgspersonell som var involvert både før og etter denne hendelsen. En norsk studie av 52 norske ledere av hjemmetjenesten viste at ingen hadde retningslinjer for hvordan slike situasjoner skulle håndteres (16). Alle hadde egne prosedyrer for personalet som ble utsatt for vold eller trusler om vold i henhold til bestemmelser i Arbeidsmiljøvernloven, men ingen nevnte noe om den som var igjen i hjemmet.

Studien som er beskrevet i denne artikkelen, undersøkte ikke spesielt hvilke strategier omsorgsgiverne nyttet for å unngå at ektefellen ble fysisk eller verbalt aggressiv. Vi har derfor ikke grunnlag for å vurdere om strategiene var hensiktsmessige eller ikke. Andre studier har

## TEKSTBOKS 1

### Forslag til sikkerhetsplan for overgrepsutsatte omsorgsgivere

#### Formålet med sikkerhetsplanen

At den utsatte vet hvor hun/han kan henvende seg hvis en truende situasjon oppstår.

At ansatte i hjemmetjenesten kan gi råd til en utsatt som kommer i en truende situasjon og trenger hjelp til å ivareta egen eller andres sikkerhet.

#### Definisjon av en truende situasjon

En situasjon som truer personens liv, helse og/eller sikkerhet.

#### Hva sikkerhetsplanen bør inneholde

Den utsatte er informert om tjenesteapparatets vurderinger av situasjonen.

Den utsattes vurderinger av egen sikkerhet er nedtegnet.

Den utsatte og kontaktpersonen i hjemmetjenesten utarbeider i fellesskap en sikkerhetsplan og begge parter har et eksemplar.

Nære personers av den utsatte er informert om sikkerhetsplanen og har fått en kopi.

Følgende telefonnummer må legges i adresselisten til den utsattes mobil og sjekke at vedkommende kan bruke listen:

Telefonnummer til kontoret og til vakttelefonen.

Telefonnummer til nære personer/familiekontakter.

Telefonnummer til krisesenteret.

Nødnummer til politi og legevakt.

imidlertid vist at opplæringsprogram for både formelle og uformelle omsorgsgivere om vanskelig atferd ved demens gir større innsikt og dermed bedre mestring i situasjoner med aggresjon (14, 17-19). Cooper og kollegaene påpeker at uhensiktsmessige mestringsstrategier kan få store konsekvenser når ting blir for vanskelig (9). Slike strategier kan være at omsorgsgiver skaper distanse, kritiserer, uttrykker egne negative følelser, gir opp eller bruker alkohol. De som klarer å akseptere realitetene om at ektefellen har en kronisk sykdom som ikke blir bedre og søker støtte og trøst av de man har rundt seg, ser ut til å ha en bedre mental helse (9, 20). Videre vil en aktiv tilnærming til problemene fremme refleksjoner om hva det var som trigget og eventuelt roet aggresjonen hos personen med demens. Dette er krevende tankearbeid hos mennesker som allerede er slitne, og det er viktig at profesjonelle hjelpere støtter opp om disse prosessene.

Den ene av kvinnene som ble intervjuet fortalte at hun hadde stor nytte av ledererfaringen i omsorgen for ektefellen med diagnostisert frontotemporal demens. I tillegg var hun en person som ikke tok forhastede beslutninger, men brukte tid på å finne ut hva som kunne være løsninger på problemene. Hun sier at hun måtte finne ut av tingene selv, men at hun ofte rådførte seg med venner og bekjente om hvordan problemer som oppsto underveis burde takles. I tillegg var hun i mange år aktiv i pårørendeforeningen og diskusjonene her var av stor betydning.

Dette viser hvor viktig det er å gi praktisk hjelp slik at omsorgsgivere kan få frigiort tid til å møte andre for sosial støtte og for å kunne «hente seg inn igjen». Problemet er hvis tjenesteapparatet har for snever oppfatning av hva som er nødvendig hjelp. Tilnærmingen blir mangelfull hvis det er behovene til personen som har demens som ensidig blir vektlagt, selv om det er denne det er søkt tjenester for og som har «vedtaksbrevet» (15, 19). Det er minst like viktig å vurdere hvilke behov omsorgsgiver har for å kunne klare å stå i situasjonen over tid og ikke minst, for å ivareta omsorgsgivers sikkerhet. Alle omsorgsgivere bør bli spurt om de utsettes for fysisk og psykisk vold fra den demenssyke, og hvis det er tilfelle bør det utarbeides en sikkerhetsplan (9, 15). Eksempel på innholdet i en slik plan er vist i tekstboks 1. En krevende omsorgssituasjon har for de fleste negative konsekvenser for egen helse, noe som blir forsterket hvis omsorgsgiver utsettes for fysisk og psykisk vold (21).

## Konklusjon

Det er mange omsorgsgivere til personer med demens som utsettes for vold. Helse- og omsorgspersonell på alle nivåer må få opplæring i hvordan de skal kartlegge verbal og fysisk aggresjon i forholdet mellom den syke og omsorgsgiver. Ved informasjon om fysisk aggresjon bør en sikkerhetsplan utarbeides. Omsorgsgivers behov for hjelp og støtte er like viktig som at personen som har en demenssykdom får dekket sine grunnleggende behov.

■ astrid.sandmoe@nkvts.no

## REFERANSER

1. Justis- og beredskapsdepartementet. Meld.St. 15 (2012-2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner; Det handler om å leve. Oslo: 2013.
2. Justis- og beredskapsdepartementet. Et liv uten vold; Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014–2017. Oslo: 2013.
3. WHO. The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse Geneva: World Health Organization; 2002 [cited 21 Sept 2010]. Available from: <http://www.who.int>.
4. Straffeloven (Lov om straff), (2005, sist endret 2015).
5. O’Keeffe M, Hills A, Doyle M, McCreddie C, Scholes S et al. UK Study of Abuse and Neglect of Older People: Prevalence Survey Report. London: National Centre for Social Research and King’s College London, prepared for Comic Relief and the Department of Health, 2007 June. Report No.
6. Naughton C, Drennan J, Treacy M, Lafferty A, Lyons I et al. Abuse and Neglect of Older People in Ireland: Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect. Dublin: University College Dublin, 2010.
7. Downes C, Fealy G, Phelan A, Donnelly N & Lafferty A. Abuse of Older People with Dementia: A Review. Dublin: NCPop, University College Dublin, 2013.
8. Cooper C, Selwood A, Blanchard M, Walker Z, Blizard R et al. The determinants of family carers’ abusive behaviour to people with dementia: Results of the CARD study. *Journal of Affective Disorders* 2010;121:136-142.
9. Cooper C, Selwood A, Blanchard M & Livingston G. Abusive behaviour experienced by family carers from people with dementia: the CARD (caring for relatives with dementia) study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 2010;81:592-596.
10. Sandmoe A, Kirkevold M & Ballantyne A. Challenges in handling elder abuse in community care. An exploratory study among nurses and care coordinators in Norway and Australia. *Journal of Clinical Nursing* 2011;20 (23/24):3351-3363.
11. Jonassen W & Sandmoe A. Overgrep mot eldre i Norge - erfaringer og løsningsstrategier Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2012.
12. Sandmoe A & Hauge S. When the struggle against dejection becomes a part of everyday life: a qualitative study of coping strategies in older abused people. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2014 July 2014(7):283–291.
13. Lafferty A, Fealy G, Downes C & Drennan J. Family Carer of Older People: Result of a National Survey of Stress, Conflict and Coping. Dublin: NCPop; University College Dublin, 2014.
14. Phillips L. Abuse of Aging Caregivers. *Advances in Nursing Science* 2008;31(2):164-181.
15. Sandmoe A & Skraastad M. Vold i nære relasjoner ; Kommunale tiltak for å hjelpe eldre som utsettes for overgrep – med fokus på hjemmetjenestens pasienter. Porsgrunn: Senter for omsorgsforskning Sør, 2013.
16. Sandmoe A & Kirkevold M. Identifying and handling abused, older clients in community care: The perspective of nurse managers. *International Journal of Older People Nursing* 2011;doi: 10.1111/j.1748-3743.2011.00279.x.
17. Richardson B, Kitchen G & Livingston G. Waht staff know about elder abuse in dementia and the effect of training. *Dementia* 2004;3(3):377-384.
18. Kvaal B. «Jeg har ingen sykdom, bare en belastning» Intervju med Ingun Ulstein. Demensinfo [Internet]. Mars 2010. Available from: [www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no).
19. Nordtug B. Hvordan kan omsorgstjenestene best bli en helsefremmende ressurs for omsorgsgivere? Demensinfo [Internet]. Mars 2014 15.03.2016. Available from: [www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no).
20. Cooper A, Katona C, Orrell M & Livingston G. Coping strategies and anxiety in caregivers of people with Alzheimer’s disease: The LASER-AD study. *Journal of Affective Disorders* 2006;90:15-20.
21. Fisher B & Regan S. The Extent and Frequency of Abuse in the Lives of Older Women and Their Relationship With Health Outcomes. *Gerontologist* 2006;46(2):200-209.