

# Nytteverdien av skjermede enheter for demente

## Sammendrag

**Bakgrunn.** De somatiske sykehjemmene er hjørnesteiner i omsorgen for eldre med demenstilstander – andelen av sykehjemspasientene som har demens er nå over 70 %. De fleste kommuner tilbyr små, tilrettelagte enheter, såkalte skjermede enheter, men tilbudet er underdimensjonert og dårlig definert. Jeg har undersøkt nytteverdien av skjermede enheter for demente.

**Materiale og metode.** Litteratursøk i databasene Medline og Ageline ble supplert med rapporter fra Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

**Resultater.** Ut fra de få studiene som er publisert, kan det synes som om skjermede enheter for personer med demens har gunstig effekt på faktorer relatert til trivsel og velvære. Pasientene opprettholder kognisjon og praktisk fungeringsevne lenger, og de er roligere og bruker mindre antipsykotiske legemidler. Dessuten kommer tvangstiltak og rettighetsbegrensninger mindre hyppig til anvendelse. Nytteverdien er å være i en skjermet enhet varierer, og den avtar over tid.

**Fortolkning.** Personer med demens har midlertidig nytte av å bo i skjermet enhet. Imidlertid er målsettingen for driften av slike enheter ikke definert, og normer for utforming, bemanning og pasientgruppe savnes. Det er viktig å få frem mer kunnskap om kvaliteten og effekten av ulike tilbud for pasienter med demens.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Basert på prøveforelesning for den medisinske doktorgrad, Universitetet i Bergen, 24.6. 2004

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

## Sabine Ruths

*sabine.ruths@isf.uib.no*  
Seksjon for geriatri  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Kalfarveien 31  
5018 Bergen

I Norge lider ca. 65 000 personer av ulike demenstilstander, og omtrent 40 % av disse bor i sykehjem. I tillegg til den kognitive svikten utvikler de fleste pasienter også atferdsforstyrrelser og psykologiske symptomer av multifaktoriell natur som hos enkelte dominerer sykdomsbildet fullstendig. Tilleggssymptomene kan forårsake betydelig lidelse – angst og depresjon reduserer ofte pasientenes livskvalitet, mens aggresjon er vanskelig å håndtere for omsorgspersoner. I langtkomne stadier fører demens til fullstendig hjelpeløshet, og aldersdemens er den viktigste årsaken til innleggelse i sykehjem (1, 2). Jeg har undersøkt nytteverdien av skjermede enheter for demente pasienter, basert på en litteraturgjennomgang.

## Skjermede enheter

Somatiske sykehjem, eller «generelle sykehjem», er landets største institusjonsvesen med ca. 33 000 plasser i 2002, sammenliknet med ca. 17 000 sykehussenger (3). Hovedkriteriet for innleggelse i sykehjem er stort pleie- og omsorgsbehov. Somatiske sykehjem er beregnet for personer med fysisk funksjonssvikt, men andelen pasienter med demens er nå over 70 % (2–4).

Opprettelsen av egne enheter for pasienter med demens, såkalte skjermede enheter, ble anbefalt av Sosialdepartementet i et rundskriv i 1982 til fylkene, som den gang var eier av de somatiske sykehjemmene. I rundskrivet pekes det spesielt på tre fordele: Pasienter med demens unngår flytting til annen institusjon, bedring av miljøet for både demente og åndsfriske samt større frihet for de demente. Skjermet enhet tuftet på prinsippet «smått er godt» ble innført som en prøveordning ved enkelte sykehjem i Nordland og i Oslo, før utbyggingen begynte over hele landet fra slutten av 1980-årene. Intensjonen var å tilby et tilrettelagt behandlings- og aktivitetstilbud slik at pasientene kunne fungere optimalt innenfor de grensene som demenstilstanden setter. Forskrift for sykehjem (ramme 1), hjemlet i kommunehelseloven, kom i 1988. Forskriften definerer størrelsen på skjermet enhet og stiller

krav om at diagnosen demens er stilt, men det legges ingen føringer for utforming, bemanning og kompetanse eller målsetting for enheten.

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens har gjennomført en kartlegging av demensomsorgen i samtlige kommuner i henholdsvis 1996/97 (5) og i 2000/01 (6). Undersøkelsene viste en økning fra 70 % til 80 % av antall kommuner som har etablert skjermet enhet. Men enhetene omfatter kun 16 % av den totale sykehjemskapasiteten og utgjør et meget begrenset tilbud i forhold til den høye andelen pasienter med demens. Gjennomsnittlig størrelse på en skjermet enhet er åtte pasienter, med variasjoner fra fire til 20. Bemanningen varierer, men i likhet med det man finner i vanlige sykehjemsavdelinger, er den høyere på hverdagsformiddager (tre pasienter/pleier) enn om ettermiddagen og i helgene (fire pasienter/pleier).

## Nytteverdien av skjermet enhet

Formålet er å legge til rette for at personer med demens skal kunne fungere optimalt. Vurdering av subjektive meninger om egen helse og trivsel medfører imidlertid store metodologiske problemer når det gjelder pasienter med reduserte kognitive og verbale ferdigheter. Derfor er det mer hensiktsmessig å kartlegge forhold som etter all sannsynlighet har betydning for demente pasienters trivsel og velvære, slik som funksjonsnivå, atferdsforstyrrelser, bruk av antipsykotika og valgmuligheter.

Standardiserte metoder er tilgjengelige bl.a. for vurdering av kognitive funksjoner, evnen til å mestre aktiviteter i dagliglivet (ADL) og atferdssymptomer. Bruken av rettighetsbegrensninger og tvangstiltak er relevante indikatorer for pasienters valgmuligheter. Omsorg og behandling for personer med demens medfører etiske og juridiske dilemmaer, og i praksis er grenseoppgangen

## Hovedbudskap

- Studier tyder på at sykehjemspasienter med demens opplever mer trivsel og velvære i skjermet enhet
- Pasientene er roligere og fungerer bedre, det anvendes mindre antipsykotiske midler og mindre fysisk tvang
- Tilbudet er dårlig definert og underdimensjonert

**Ramme 1****Forskrift for sykehjem og heldøgns omsorg og pleie § 4-7**

- Skjermet enhet for senildemente kan etableres for grupper fra fire til 12 beboere. Før innflytting i enheten skal beboer være grundig undersøkt og diagnosen langtkommet senil demens må være fastslått.
- Beboere fra slik enhet skal ha adgang til felles goder/aktiviteter og sikres samme areal til disposisjon som andre beboere

mellom nødvendig helsehjelp og tvangstiltak ofte vanskelig. I sykehjem er bruk av tvang ikke tillatt, men enkelte former kommer likevel til anvendelse, for eksempel låste dører, fysisk tvang ved stell eller behandling og skjult medisiner. Fysisk og psykisk helse – fravær av kroppslige plager, slik som smerter, og psykiske plager, for eksempel angst og depresjon, eller bruk av psykofarmaka, er likeledes relevante indikatorer for pasientenes velvære. Verdighet – følelsen av å bli akseptert og respektert selv om man har mistet det meste i livet slik som personlighet, relasjoner og ferdigheter – lar seg ikke måle, men er et meget viktig aspekt ved demensomsorgen.

Sykehjem har omfattende dokumenteringsrutiner, slik som journaler og rapporter. Men i motsetning til USA og Island har norske sykehjem ikke implementert standardiserte registreringsverktøy for sykehjemspasienter, slik som for eksempel «Resident Assessment Instrument» (7). En annen hindring for å ekstrahere relevant klinisk informasjon på en enkel måte er at kun et fåtall sykehjem har innført elektronisk pasientjournal (8).

**Litteraturgjennomgang**

For å vurdere kunnskapsgrunnet om skjermede enheter ble det gjort et enkelt literatursøk i databasene Medline og Ageline, supplert med rapporter fra Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. For dette formålet ble det selektert studier der man sammenliknet skjermede enheter med vanlige sykehjemsavdelinger ut fra pasientenes funksjonsnivå, atferdsforstyrrelser, bruk av psykofarmaka og tvangstiltak.

Tabell 1 gir en oversikt over ni artikler fra tidsrommet 1989–2005 (9–17), hvorav seks er publisert i internasjonale tidsskrifter (9–11, 14–16). Flere artikler med overlappende innhold og rapporter/rapportaser som ikke er basert på vitenskapelige metoder ble ekskludert. Undersøkelser fra Norge, Sverige og Canada viser at demente pasienter i små, tilrettelagte enheter opprettholder kognitiv funksjon og ADL-ferdigheter lenger, de har færre atferdssymptomer og bruker

mindre antipsykotiske legemidler (9–13). Effekten av skjermet enhet ser ut til å være tidsbegrenset; etter tre år var forskjellene mellom pasienter i skjermet enhet og pasienter i vanlig sykehjemsavdeling utliknet (9). Pasientene hadde også ulik grad av nytte av å bo i skjermet enhet – en studie viste at omtrent halvparten av pasientene hadde stort sett uendret funksjonsevne etter to år (respondere), mens den andre gruppen fungerte klart dårligere (ikke-respondere) (13). Enhetens størrelse er en viktig faktor. I en studie fra USA hvor man sammenliknet tradisjonelle, store demensenheter å 20–40 pasienter (special care unit) med vanlige sykehjemsenheter fant man ingen forskjeller med henblikk på kognisjon, ADL-funksjon eller atferdsforstyrrelser (14).

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens har gjennomført en kartlegging av bruken av tvang og rettighetsbegrensninger, basert på intervju med pasientenes primærkontakt. Resultatene viser at 45 % av pasientene i skjermet enhet og 37 % i vanlig enhet er utsatt for ulike typer tvangstiltak i løpet av en uke. Låsing av utgangsdør, skjult medisiner samt alarmbrikker er mer utbredt i skjermet enhet, mens fysisk tvang anvendes hyppigere i vanlig enhet (15, 16). I avdelinger med relativt bedre bemanning og større andel kvalifisert pleiepersonale kommer tvang mindre hyppig til anvendelse. Pasienters rett til selvbestemmelse er bedre ivare tatt i skjermet enhet enn i vanlig enhet, for eksempel vedrørende sengetid, hjelp i morgenstell, toalettbesøk og sosiale aktiviteter (17).

**Diskusjon**

Norske og internasjonale studier tyder på at små, tilrettelagte enheter for personer med demens kan ha gunstig effekt. Pasientene er roligere og fungerer bedre, og bruken av antipsykotiske legemidler og mekaniske tvangstiltak er lavere enn i vanlige avdelinger.

Imidlertid er kunnskapsgrunnet om effekten av skjermet enhet svært begrenset, og det er betydelige metodologiske forskjeller mellom studiene. Tre av de omtalte studiene var prospektive, hvorav to hadde en kvasi-eksperimentelt design med matchet kontrollgruppe. De anses derfor som spesielt pålitelige (9–11). Videre hadde disse samt en amerikansk studie (14) relevante utfallsmål, basert på validerte metoder. Studien om bruk av tvangstiltak og rettighetsbegrensninger var en tverrsnittsstudie i mange institusjoner med stor geografisk spredning. Metodene er vist å være reliable (15–17). Derimot er to av de omtalte norske undersøkelsene blitt gjennomført som retrospektive evalueringer av prøveprosjekter (12, 13), og har derfor lavere kvalitet enn de øvrige studiene.

Selv om litteratursøket har vært begrenset til to databaser, gjenspeiler det lave antallet treff en generell mangel på gode studier om sykehjemspasienters funksjon og trivsel. Antakelig finnes det verdifull kunnskap om

skjermede enheter i kasuistikker og rapporter i fagpressen, men denne kunnskapen er som oftest ikke systematisert og heller ikke lett tilgjengelig.

I utgangspunktet ville man ikke forvente at personer som lider av en progredierende degenerativ hjernelidelse kan opprettholde kognisjon og fungeringsevne over tid. En mulig forklaring er at pasienter som tidligere har vært understimulert eller overstimulert i en vanlig enhet, mobiliserer restressurser og blomstrer i et tilpasset miljø. Responsen blant pasienter med demens er imidlertid ulik, og effektene avtar over tid. Disse resultatene aktualiserer spørsmålet om det er riktig å innføre kriterier for innflytting og utflytting av skjermet enhet, slik at de pasientene som har størst utbytte av tilbudet, er sikret tilgang til dette meget begrensede godet.

I skjermede enheter kommer antipsykotiske midler mindre hyppig til anvendelse enn i vanlige sykehjemsenheter. Dette kan ha sammenheng med at pasienter med demens er roligere i små og tilrettelagte miljøer og at bedre bemanning og bevisste holdninger sannsynligvis også bidrar til at vanskelig atferd blir håndtert med ikke-medikamentelle metoder. Antipsykotika har begrenset effekt på atferdssymptomer ved demens, medfører ofte bivirkninger (18) og reduserer funksjonsnivå og trivsel (19). Bruken av «kjemisk atferdsregulering» er derfor en relevant indikator for effekten av skjermet enhet.

Skjermede enheter er heterogene, og dette vanskeliggjør vurderingen av den generelle nytteverdien. Effekten er avhengig av den enkelte enhetens kvalitet i forhold til struktur (utforming, bemanning, kompetanse, holdninger, økonomi, størrelse og sammensetning av pasientgruppen) og prosesser (behandling, pleie og aktiviteter) (20). Kunnskapsgrunnet så langt tillater ikke å utpeke én hovedfaktor ved skjermede enheter som resulterer i bedre funksjon og trivsel. Likevel kan man spekulere i at enhetens kultur kan ha avgjørende betydning. Den kanadiske modellen har programfestet en overordnet strategi hvor den enkelte pasients interaksjoner med omgivelsene styrer alle prosesser og tiltak (11) – en slik pasientsentrert tilnærming vil ivareta langt mer enn pasientens medisinske og pleiemessige behov.

Trolig kan skjermede enheter ha positiv effekt også på andre grupper enn pasienter med demens, men dette er lite undersøkt. Det kan tenkes at mentalt intakte pasienter får bedre livskvalitet og at pleierne opplever arbeidssituasjonen som bedre. For pårørende kan vissheten om at pasienten får god omsorg lette skyldfølelsen som ofte melder seg etter at et familiemedlem er blitt innlagt i sykehjem. Driftsutgiftene per plass i skjermet enhet er ca. 10 % høyere enn i et vanlig sykehjem, men kostnadseffektiviteten i skjermede enheter har ikke vært viet oppmerksomhet.

**Tabell 1** Studier av effekt av skjermet enhet

Forfatter, år, land	Design, størrelse	Struktur og prosesser i skjermet enhet	Effekt mål, instrument	Tid	Effekt av skjermet enhet																					
Annerstedt, 1993, Sverige (9)	Prospektiv, kvasi-eksperimentelt; 28 pasienter i «gruppbøende» matchet med 29 pasienter i vanlig enhet	«Gruppbøende» utenfor institusjon. Grupper à 6–9 pasienter, sosiale aktiviteter og ADL-aktiviteter, miljøendring, undervisning av personalet	Gottfries-Bråne-Steen demensskala med sub-skala for motoriske, intellektuelle og emosjonelle funksjoner samt atferd; ADL (Katz), sosial avhengighet (Berger), psykofarmaka	3 md. 3 år	Bedre kognisjon, bedre motorisk funksjon og ADL-funksjon, færre atferdsproblemer, mindre psykofarmakabruk Ingen forskjeller																					
Warren, 2001, Canada (10)	Prospektiv; 36 pasienter i «residential care centre», 44 pasienter i vanlig enhet	«Residential care centre» utenfor institusjon. Grupper à 12 pasienter, tilpasset miljø, skjermet hage, sosiale aktiviteter og ADL-aktiviteter, økt bemanning, trent personale, sosial modell	Kognisjon (MMS), ADL (Functional assessment measure + Functional independence measure), atferd (Multidimensional observation scale for elderly subjects), depresjon (Cornell), psykofarmaka	1,5 år	Mer aktive pasienter, mindre bruk av psykofarmaka, mindre bruk av fysisk hindring																					
Reimer, 2004, Canada (11)	Prospektiv, kvasi-eksperimentelt med matchet kontrollgruppe; 62 pasienter i «special care facility», 123 pasienter i vanlig enhet	«Special care facility» utenfor institusjon. Grupper à 10 pasienter, tilpasset miljø, skjermet hage, sosiale og ADL-aktiviteter, kvalifisert personale	Kognisjon (Brief cognitive rating scale), ADL (Functional assessment staging), atferd (Cohen-Mansfield agitation inventory), sosial fungering (Pleasant event scale + Multidimensional observation scale for elderly subjects), affekt (Apparent affect rating scale)	1 år	Bedre ADL-funksjon, mer interesse for omgivelsene, mindre negativ affekt																					
Lillesveen, 1989, Norge (12)	Retrospektiv, før/etter	Grupper à 7 pasienter, sosiale aktiviteter og ADL-aktiviteter, tilpasset miljø, undervisning og rådgivning overfor personalet	Gottfries-Bråne-Steen demensskala med sub-skala for motoriske, intellektuelle og emosjonelle funksjoner samt atferd; MMSE, psykofarmaka	7 md.	Færre forvirrede eller deprimerede pasienter, mer aktive pasienter, mindre psykofarmakabruk, roligere avdeling, mer tilfreds personale																					
Engedal, 1997, Norge (13)	Retrospektiv, før/etter; 50 pasienter	Grupper à 5–8 pasienter, sosiale aktiviteter og ADL-aktiviteter, «hjemmekoselig», undervisning av personalet	OBS-skala; sub-skala for hukommelse, orientering, språk og kommunikasjon, selvhjelpsevne, oppfattelse/forståelse, følelsesmessig fungering, sosial fungering	2 år	27 pasienter hadde uendret funksjon (respondere) og 23 pasienter signifikant forverret funksjon (ikke-respondere). Respondere hadde en viss bedring i kommunikasjon og sosial og følelsesmessig fungering																					
Holmes, 1990, USA (14)	49 pasienter i «special care unit» og 44 pasienter i vanlig enhet	«Special care unit» à 20–40 pasienter i sykehjem, tilpasset miljø, økt bemanning, trent personale	Institutional comprehensive assessment and referral evaluation, med sub-skala for: kognisjon, ADL, atferd	6 md.	Ingen forskjeller																					
Kirkevold, 2003, Norge (15) <sup>1</sup>	Tverrsnittsstudie; 564 pasienter i skjermet enhet, 1 363 pasienter i vanlig enhet	Ikke definert	Mental status (Clinical dementia rating), ADL (Physical self-maintenance scale), atferd (Brief agitation rating scale) Strukturert intervju av pasientens primærkontakt. Andel pasienter (%) utsatt for 5 ulike typer tvangstiltak eller sikring i løpet av de siste 7 dagene (15)		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Skjermet enhet (%)</th> <th>Vanlig enhet (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mekanisk hindring</td> <td>13</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>Ikke-mekanisk hindring</td> <td>8</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Elektronisk overvåking</td> <td>7</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Tvang ved undersøkelse og behandling</td> <td>19</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Tvang i daglig stell</td> <td>21</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>Ett eller flere tiltak</td> <td>45</td> <td>37</td> </tr> </tbody> </table>		Skjermet enhet (%)	Vanlig enhet (%)	Mekanisk hindring	13	23	Ikke-mekanisk hindring	8	3	Elektronisk overvåking	7	1	Tvang ved undersøkelse og behandling	19	14	Tvang i daglig stell	21	17	Ett eller flere tiltak	45	37
	Skjermet enhet (%)	Vanlig enhet (%)																								
Mekanisk hindring	13	23																								
Ikke-mekanisk hindring	8	3																								
Elektronisk overvåking	7	1																								
Tvang ved undersøkelse og behandling	19	14																								
Tvang i daglig stell	21	17																								
Ett eller flere tiltak	45	37																								
Kirkevold, 2005, Norge (16) <sup>1</sup>			Andel pasienter (%) utsatt for skjult medisinerings i løpet av de siste 7 dagene (16)		Skjult medisinerings 17 11																					
Engedal, 2002, Norge (17) <sup>1</sup>			Andel pasienter (%) som hadde selvbestemmelsesrett med hensyn til konkrete situasjoner i løpet av de siste 7 dagene (17)		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Fritt ta imot besøk</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Nok tid til måltider</td> <td>99</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>Stå opp/legge seg til ønsket tid</td> <td>90</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>Tilpasset hjelp ved stell</td> <td>88</td> <td>82</td> </tr> <tr> <td>Toalettbesøk ved behov</td> <td>83</td> <td>68</td> </tr> <tr> <td>Mulighet for å gå ut</td> <td>63</td> <td>52</td> </tr> <tr> <td>Aktiviseringsstilbud</td> <td>54</td> <td>38</td> </tr> </tbody> </table>	Fritt ta imot besøk	100	100	Nok tid til måltider	99	98	Stå opp/legge seg til ønsket tid	90	85	Tilpasset hjelp ved stell	88	82	Toalettbesøk ved behov	83	68	Mulighet for å gå ut	63	52	Aktiviseringsstilbud	54	38
Fritt ta imot besøk	100	100																								
Nok tid til måltider	99	98																								
Stå opp/legge seg til ønsket tid	90	85																								
Tilpasset hjelp ved stell	88	82																								
Toalettbesøk ved behov	83	68																								
Mulighet for å gå ut	63	52																								
Aktiviseringsstilbud	54	38																								

<sup>1</sup> Studiene er basert på felles datamateriale

Den høye andelen eldre med demens i de somatiske sykehjem er en konsekvens av stadig skiftende synspunkter og rammebetingelser for tilbudet til denne spesielt sårbare gruppen. Sykehjem som er bygd etter sykehusmodellen, med store avdelinger og lange korridorer, er uegnet for pasienter med demens og skaper mye forvirring og uro. Demente og åndsfriske eldre har ulike behov, og forestillingen om at mentalt intakte pasienter skulle virke stimulerende på demente viste seg å være feil. I den første stortingsmeldingen om eldreomsorg (21) foreslo man derfor egne psykiatriske sykehjem for pasienter med «uttalte symptomer på alderssløvheter». Utbygging av slike institusjoner har imidlertid ikke funnet sted. I senere forskrifter og handlingsplaner ble de somatiske sykehjemmene betraktet som hjørnesteiner i institusjonsomsorgen for eldre med demens, med unntak for pasienter med psykiatrisk sykdom.

I Norge bygges skjermede enheter som oftest innenfor eksisterende sykehjem, mens den svenske og den kanadiske modellen er basert på bokollektiv i små enheter utenfor institusjon («gruppboende», «special care facility»). Bygninger som er utformet med tanke på denne spesielle brukergruppen, har utvilsomt praktiske fordeler, men foreløpig er det uklart om plassering av enheten innenfor eller utenfor institusjon er avgjørende.

Bemanningen i skjermede enheter gjenspeiler sykehustankegangen, hvor bemanningsbehovet er størst om formiddagen når det foregår undersøkelse og behandling. Dette er inadekvat i skjermet enhet, fordi pasientenes aktivitetsnivå er like stort om ettermiddagene og i helgene. Om ettermiddagene, når pasientene er trette, er de ofte mer urolige enn om formiddagene, hvilket også gir behov for like høy eller høyere bemanning.

Imidlertid gjenspeiler *Handlingsplan for eldreomsorg. Trygghet – respekt – kvalitet* (22) et stadig mer nyansert syn på tilbudet til personer med demens. I stortingsmeldingen påpekes nødvendigheten av ulike tilbud på ulike trinn i utviklingen av demenstilstander, og en slik modell for differensiert demensomsorg er nå under utprøving (23).

Tre av fire sykehjemspasienter har demenslidelser. Dette reiser viktige spørsmål om kvaliteten av demensomsorgen i aldersinstitusjonene. Mer enn 20 år etter at ordningen med skjermet enhet ble innført mangler vi fortsatt nasjonale retningslinjer for hva en skjermet enhet skal være. Det etterlyses en modell for struktur og drift. Videre savnes det pålitelige studier av faktorer som påvirker dementes funksjonsevne og generelle trivsel.

#### Litteratur

1. Romøren TI. Pasienter og beboere i sykehjem og aldershjem i Nord-Trøndelag. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 1998.
2. Nygaard HA, Naik M, Ruths S. Mental svikt hos sykehjemspasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3113–6.
3. Statistisk sentralbyrå. Sykehjemspasienter i somatisk sykehjem 2002. <http://statbank.ssb.no/statistikkbanken> (30.9.2004).
4. Engedal K, Haugen PK. The prevalence of dementia in a sample of elderly Norwegians. Int J Geriatr Psychiatry 1993; 8: 565–70.
5. Eek A, Nygård AM. Innsyn og utsyn. Tilbud til personer med demens i norske kommuner. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 1999.
6. Eek A, Nygård AM. Et hjem for deg – et sted for oss. Demens 2003; 7.
7. Ouslander JG. The resident Assessment Instrument (RAI): promise and pitfalls. J Am Geriatr Soc 1997; 45: 975–6.
8. Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging 1999. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
9. Annerstedt L. An attempt to determine the impact of group living care in comparison of traditional long-term care on demented elderly patients. Aging Clin Exp Res 1994; 6: 372–80.
10. Warren S, Janzen W, Andiel-Hett C et al. Innovative dementia care: functional status over time of persons with Alzheimer disease in a residential care centre compared to special care units. Dement Geriatr Cogn Disord 2001; 12: 340–7.
11. Reimer MA, Slaughter S, Donaldson C et al. Special care facility compared with traditional environments for dementia care: a longitudinal study of quality of life. J Am Geriatr Soc 2004; 52: 1085–92.
12. Lillesveen B. Brumunddalprosjektet. Brumunddal: Brumunddal sykehjem, 1989.
13. Engedal K. Skjermete enheter i sykehjem – et behandlingstilbud for aldersdemente pasienter. I: Eek A, Engedal K, Haugen PK, red. «Klippe, klippe,» sa kjerringa. Utvikling av behandlingstilbud for aldersdemente pasienter. Sem: INFO-banken, 1997.
14. Holmes D, Teresi J, Weiner A et al. Impacts associated with special care units in long-term care facilities. Gerontologist 1990; 30: 178–83.
15. Kirkevold Ø, Laake K, Engedal K. Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes. Scan J Caring Sci 2004; 18: 281–6.
16. Kirkevold Ø, Engedal K. Concealment of drugs in food and beverages in nursing homes: cross sectional study. BMJ 2005; 330: 20.
17. Engedal K, Kirkevold Ø, Eek A. Makt og avmakt. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2002.
18. Lancot KL, Best TS, Mittmann N et al. Efficacy and safety of neuroleptics in behavioral disorders associated with dementia. J Clin Psychiatry 1998; 59: 550–61.
19. Ballard C, O'Brien J, James I et al. Quality of life for people with dementia living in residential and nursing home care: the impact of performance on activities of daily living, behavioral and psychological symptoms, language skills, and psychotropic drugs. Int Psychogeriatr 2001; 13: 93–106.
20. Sletvold O, Solbu H, Hofstad T. Kvalitet i sykehjem. Nasjonalt geriatrprogram, rapport nr. 2/99. Bergen: Nasjonalt formidlingscenter i geriatri, 1999.
21. St.meld. nr. 22 (1975–1976). Om de eldre i samfunnet.
22. St.meld. nr. 50 (1996–1997). Handlingsplan for eldreomsorg. Trygghet – respekt – kvalitet.
23. Lille KA. Tiltakskjede demens – differensierte tilbud til personer med demens og deres pårørende. Demens 2002; 6: 18–22.