

Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens

Sammendrag

Bakgrunn. I Norge finnes ca. 65 000 mennesker med demens. Halvparten bor i eget hjem. I offentlige styringsdokumenter hevdes det at denne gruppen pasienter bør ha et tilrettelagt, forutsigbart tjenestetilbud og forholde seg til få hjelpere. Hensikten med studien var å undersøke hjemmetjenestetilbudet til pasientgruppen.

Materiale og metode. Undersøkelsen omfattet 460 hjemmeboende personer med antatt demenssykdom og med vedtak om hjemmebaserte tjenester. Gjennomsnittsalderen var 82 år (SD 7,1) (74 % kvinner). Kartlegging av hjelp, tidsbruk og antall hjelpere ble utført i sju sammenhengende dager. Grad av demens ble kartlagt med Klinisk demensvurdering, mens funksjonsnivå og hjelpebehov ble vurdert med Rapid Disability Rating Scale-2.

Resultater. 54 % hadde en demensdiagnose stilt av lege. Personene mottok hjelp fra gjennomsnittlig åtte (SD 4) hjelpere i løpet av en uke, og fikk hjelp gjennomsnittlig 5,3 timer (SD 6,3) per uke. Hjelp til medisiner, tilberedning av mat, personlig hygiene og rengjøring ble gitt hyppigst. Noen fikk ikke den hjelp de hadde behov for, og noen få mottok hjelp til funksjoner de kunne utføre selv. Personer med demensdiagnose fikk ikke mer hjelp enn de uten.

Fortolkning. Det er vanskelig for offentlige tjenesteytere å ivareta kontinuitet og yte tilstrekkelig og individuelt tilpasset hjelp. Hjemmetjenester og fastleger bør samarbeide for å tilby nødvendig diagnostisering, kontinuitet og forutsigbarhet i tjeneste- og behandlingstilbudet.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 1892

Linda Stendal Lystrup

linda.lystrup@ask-omsorgssenter.no
Ask Bo- og Omsorgssenter
5307 Ask

Birger Lillesveen

Sykehuset Innlandet

Aase-Marit Nygård

Knut Engedal

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens
Ullevål universitetssykehus

Antall eldre med en demenssykdom i Norge er om lag 65 000 og vil øke i årene som kommer (1, 2). Mer enn halvparten bor i eget hjem (2). I tidlige stadier av sykdommen har personer med demens problemer med å utføre sammensatte og kompliserte aktiviteter, som å håndtere post og forstå innholdet i skriftlig materiale. Aktiviteter som er automatiserte, f.eks. evnen til å spise selv, kle seg og gå på toalettet, fungerer lenger. Undersøkelser fra Sverige og Danmark viser at personer med demens som bor hjemme, vanligvis må ha hjelp til innkjøp, ordne opp i økonomiske anliggender og få bistand til å ta medisiner (3). Familien hjelper vanligvis med oppgaver som innkjøp av mat og klær, transport og er til sosial og emosjonell hjelp og støtte. De offentlige tjenesteyterne sørger for hjelp som skal dekke daglige basale behov (4).

Offentlige retningslinjer og forskrifter, støttet av fagfolk, gir pålegg om at personer med demens bør forholde seg til få omsorgspersoner og at hjelpen bør være individuelt tilpasset og gis i et oversiktlig miljø med struktur, kontinuitet, gjentakelse og forutsigbarhet (5). Hjemmetjenestene blir kritisert for å ha dårlig tid, at det er mange som yter hjelp til den enkelte hjelpetrequende og at det er knapphet på tjenestene (6). I en undersøkelse fra Belgia er det vist at kunnskap om pasientens demensdiagnose bidrar til bedre kvalitet i omsorgen (7). I virkeligheten er det ikke slik regelverk og kunnskap beskriver at tjenestetilbudet skal være. I en studie av hjemmesykepleietjenestene i Bergen fant man at tjenestemottakerne i gjennomsnitt mottok hjelp fra 12 personer ukentlig (8). I en tilsvarende undersøkelse i 2001 hvor tjenestetilbudet til personer med demens ble kartlagt, fikk tjenestemottakerne hjelp fra ni personer ukentlig (9). I begge disse undersøkelsene var utvalget mindre enn 20 personer og begrenset til én kommune. Resultater fra en svensk undersøkelse viser at jo flere hjel-

pere som er involvert, jo mer negativ er mot-takernes bedømming av omsorgen (10). Eldre gir uttrykk for at det er uverdig å være nødt til å forholde seg til mange forskjellige hjelpere (11).

Målet med denne undersøkelsen har vært å rette søkelyset mot den offentlige hjelp personer med demens som bor i eget hjem får, og hvordan hjelpen gis. Hvor mange hjelpere er i bildet og hvor lang tid brukes på hjelp og tilsyn med den enkelte? Er det sammenheng mellom det å ha fått en demensdiagnose, grad av demens, tidsbruk og type hjelpetiltak?

Materiale

Hjemmetjenesten i 28 kommuner i ni fylker i hele landet ble spurt om å delta. For å få et variert utvalg ble små og store kommuner i alle fem landsdeler spurt om å delta. 24 takket ja. I de utvalgte kommunene ble personer som mottok hjemmetjenester og som enten hadde en demensdiagnose fastsatt av lege eller hadde en mulig demenslidelse vurdert med instrumentet Klinisk demensvurdering av hjemmesykepleietjenesten, spurt om å delta i undersøkelsen. 491 personer ble forespurt. To ønsket ikke å delta, 27 ble ekskludert fordi de skåret null på Klinisk demensvurdering og heller ikke hadde en demensdiagnose, og to fordi registrerings skjemaet var ufullstendig utfyllt. Utvalget besto derfor av 460 pasienter med gjennomsnittsalder 82 år (SD 7,1) (74 % kvinner).

Metode

Hjelpetiltak, antall hjelpere, hjelpernes utdanning og tidsbruk ble registrert i sju sammenhengende dager i tjenestemottakernes hjem. Hjelpetiltak ble registrert i eget skjema. Hjemmetjenestene fylte selv ut skjemaene hver gang de var til stede i pasientenes hjem. Skjemaene ble oppbevart i pasientenes hjem i de sju dagene rapporteringen på-

! Hovedbudskap

- Personer med demens som mottok offentlig hjelp, måtte i gjennomsnitt forholde seg til åtte hjelpere per uke
- Personer med diagnose fikk ikke mer eller oftere hjelp enn personer uten
- Mange fikk ikke nødvendig hjelp, mens noen få fikk hjelp uten at de hadde behov for det

Tabell 1 Bakgrunnsopplysninger for pasientene

n = 460	Kvinner (%)	Menn (%)	Begge kjønn (%)
Bolig (n = 454)			
I eget hjem	297 (89)	109 (90)	406 (88)
I omsorgsbolig	37 (11)	11 (10)	48 (11)
Sivilstand (n = 452)			
Gift/samboer	64 (20)	60 (49)	124 (27)
Enslig/skilt	50 (15)	15 (12)	65 (14)
Enke/Enkemann	217 (65)	46 (38)	263 (57)
Boforhold (n = 430)			
Egen husholdning	236 (75)	58 (50)	294 (68)
Husholdning sammen med andre	78 (25)	58 (50)	136 (32)
Gjennomsnittsalder (n = 405)	83 (SD 7,2)	81 (SD 6,8)	82 (SD 7,2)
Demensdiagnose satt av lege (n = 460)			
Ja	185 (55)	64 (53)	249 (54)
Nei	153 (45)	58 (47)	211 (46)

Tabell 2 Sammenheng mellom Klinisk demensvurdering (0–3) og demensdiagnose satt av lege

Demensdiagnose	Klinisk demensvurdering (n = 460)				Totalt
	0	1	2	3	
Ja, n (%)	13 (100)	95 (49)	108 (57)	33 (51)	249 (54)
Nei, n (%)	0	97 (51)	82 (43)	32 (49)	211 (46)
Totalt, n (%)	13 (3)	192 (42)	190 (41)	65 (14)	460 (100)

Tabell 3 Gjennomsnittlig hjelp som ble gitt i løpet av en uke hos pasienter med ulik skår på Klinisk demensvurdering (KDV)

	Alle n = 456	KDV 0–1 n = 205	KDV 2 n = 188	KDV 3 n = 63	P-verdi ANOVA
Antall hjelpere per uke	8 (SD 4)	7 (SD 4)	9 (SD 4)	9 (SD 5)	0,002
Antall tilsyn per uke	13,2 (SD 8,9)	11,3 (SD 7,9)	14,8 (SD 8,8)	14,8 (SD 10,5)	0,001
Antall minutter hjelp per uke	334 (SD 387)	244 (SD 234)	371 (SD 325)	491 (SD 719)	< 0,001
Antall minutter per tilsyn	25 (SD 20)	22 (SD 16)	25 (SD 16)	33 (SD 35)	Ikke signifikant

gikk. Hjelpetiltakene ble ordnet i kategorier etter tiltakets innhold og aktivitet.

Personalet i hjemmetjenesten vurderte pasientens funksjonsevner ved hjelp av to internasjonalt standardiserte skalaer som er oversatt til norsk og brukt i mange undersøkelser. Klinisk demensvurdering (KDV) er en skala som vurderer pasientens kognitive evner på de seks områdene hukommelse, orienteringsevne, vurderingsevne, evne til å utføre samfunnsaktiviteter, huslige og personlige gjøremål (12). Hvert av områdene gis en skår, på en skala 0–3, hvor 0 betyr ingen problemer og 3 store problemer. Når alle områdene har fått en skår, regnes disse sammen til et gjennomsnitt. Gjennomsnittsskåren angir sannsynlig grad av demens. 0 representerer ingen kognitiv svikt og sannsynligvis ingen demens, 1 betyr sannsynligvis mild grad av demens, 2 moderat grad av demens og 3 alvorlig grad av demens. Skalaen er oversatt og tilpasset for norske for-

hold og er mye brukt i klinisk praksis. Rapid Disability Rating Scale-2 (RDRS-2) måler pasientens fungeringsevner i 21 ulike daglige aktiviteter og spesielle problemer. Kun kategorier for aktiviteter i dagliglivet er tatt med i denne studien, dette gjelder matlagning, personlig hygiene, påkledning, toalettvaner, evne til å handle, dusj/bading og medisinhåndtering. Skalaen kan samtidig brukes til å vurdere pasientens behov for hjelp. Den går fra 1 til 4, hvor 1 betyr ingen hjelp, 2 betyr litt hjelp, 3 mye hjelp og 4 at personen ikke utfører oppgaven selv i de hele tatt (13). En totalskår kan regnes ut. Skåren angir i hvor stor grad personen er selvhjulpent eller trenger hjelp. Totalskår er ikke benyttet i studien. Data om diagnose ble hentet fra hjemmetjenestenes opplysninger om pasientene.

Pasientene ga skriftlig informert samtykke til å delta, pårørende ga samtykke for pasienter som ikke hadde kapasitet til å gjøre dette

selv. Pårørende ble informert og hadde reservasjonsrett. Nødvendige tillatelser ble innhentet fra Norsk samfunnsvitenskapelig data-tjeneste, og prosjektet ble forelagt Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Sør-Norge, som ikke hadde innvendinger.

Resultater

Flere menn enn kvinner var gift ($p < 0,001$) (tab 1). Av de 249 (54%) pasientene som hadde fått en demensdiagnose, var 38% diagnostisert ved en poliklinikk i spesialisthelsetjenesten, 34% i en sykehusavdeling og 28% av fastlege. Det var ingen kjønnsforskjeller eller forskjeller på bosted i forhold til om pasienten hadde en demensdiagnose eller ikke. Blant hjemmeboende var det mer enn dobbelt så mange menn som kvinner som var gift eller samboende.

Skåren på Klinisk demensvurdering for deltakere med eller uten demensdiagnose er vist i tabell 2. Det var ingen signifikant sammenheng mellom grad av demens vurdert med dette instrumentet og legens diagnosesetting. Selv ved kognitiv svikt tilsvarende 3 på Klinisk demensvurdering hadde kun halvparten av pasientene en demensdiagnose.

I tabell 3 vises hvor mange hjelpere som ga tjenester i løpet av en uke, hvor mange ganger man utførte tjenester og hvor lang tid tjenesteyterne brukte på sine besøk. Vi fant en klar korrelasjon mellom antall besøk per uke og antall hjelpere (Pearsons $r = 0,8$). Pasienter med skår 0 og 1 på Klinisk demensvurdering fikk signifikant mindre hjelp enn dem med høyere skårer. Personer med diagnostisert demens fikk ikke mer eller oftere hjelp enn personer uten denne diagnosen. De forholdt seg til like mange hjelpere (tab 4).

For å vurdere behov for hjelp til ulike dagliglivsaktiviteter (ADL-funksjoner) brukte vi skårene på RDRS-2 som mål for behov. Pasienter som skåret 1 ble ikke vurdert til å ha behov for hjelp, mens pasienter med skår 2–4 ble vurdert til å ha behov for hjelp. I tabell 5 vises hvor mange pasienter som ifølge RDRS-2 hadde behov for assistanse til de forskjellige ADL-funksjoner. Mange fikk ikke nødvendig hjelp. Noen få fikk hjelp uten at de hadde behov for det. Alle funnene i tabell 5 er signifikante ($p < 0,001$). I tillegg til hjelpetiltak nevnt i denne tabellen er følgende hjelpetiltak gitt hyppigst innenfor totaltid og tid per tilsyn: ukesrengjøring/ annen rengjøring 25%, klesvask 18% og tilsyn/samtale 43%.

De fleste (83%) mottok hjelp fra fagutdannet personale, dvs. hjelpepleiere, sykepleiere og omsorgsarbeidere. De øvrige yrkesgrupper som ga hjelp, var hjemmehjelpere, assistenter, studenter og personer med andre fagutdanninger som vernepleiere og førskolelærere.

Diskusjon

Over 80% av deltakerne i denne studien hadde mild eller moderat grad av kognitiv svikt (tab 2). Det samsvarer med en fransk

studie av hjemmeboende personer med Alzheimers demens og med epidemiologiske undersøkelser fra flere land (2, 5). Dette funnet er ikke uventet, men det er verdt å merke seg at 14 % av deltakerne hadde en alvorlig grad av demens.

Hjemmeboende menn med demens er oftere gift og bor sammen med ektefelle enn kvinner med demens. Dette er ikke uventet, da kvinner vanligvis gifter seg med eldre menn, lever lenger enn menn og derfor kan ta hånd om sine hjemmeboende dement ektemenn.

Halvparten av deltakerne hadde en demensdiagnose, i enten moderat eller alvorlig grad. Dette samsvarer med en annen norsk undersøkelse som viser at kun halvparten av alle med demens som blir innlagt i sykehjem, har en demensdiagnose ved innleggelsestidspunktet (14). Forklaringen på underdiagnostiseringen kan være at mange fastleger ikke er observante på at pasientene kan ha en demenssykdom, eller de synes ikke at diagnostisering er verdt bryet, siden det ikke finnes kurativ behandling. En annen forklaring kan også være at mange fastleger ikke har erfaring i å diagnostisere demens, slik det fremgår i en større norsk undersøkelse fra allmennpraksis (15). Data om pasientenes diagnose er kun hentet fra hjemmesykepleiens opplysninger. Pårørende og pleiepersonale er ofte pådrivere for å få utredet pasientene (7). Det er derfor lite trolig at fastlege har satt diagnose uten at pårørende og pleiepersonale har opplysninger om dette. De fleste pasientene som hadde en diagnose i denne undersøkelsen, hadde fått denne stilt i spesialisthelsetjenesten, noe som støtter vår antakelse. Imidlertid har den manglende diagnostiseringen ikke innflytelse på hjemmetjenestens tilbud til personer med demens. Det synes ikke å være nødvendig med en diagnose for at hjemmetjenesten trer til, og det synes som om hjemmetjenesten i større grad enn fastlegene mistenker at pasienten har en demenssykdom. I en svensk undersøkelse er det vist at personer som har en diagnostisert demenstilstand, har større sannsynlighet for å motta offentlig hjelp (16). Dette var ikke tilfellet i vår undersøkelse.

Personer med demens som mottok hjemmesykepleie og hjemmehjelp, måtte i gjennomsnitt forholde seg til åtte hjelpere per uke. Det var signifikant flere hjelpere involvert hos pasienter med alvorlig grad av kognitiv svikt (tab 3). Tilsvarende funn ble gjort i en undersøkelse i Bergen i 1989 blant personer som mottok hjemmetjenester, men i denne undersøkelsen var alle pasientkategorier som mottok hjemmetjenester inkludert (8). I en svensk studie ble det funnet at et høyt antall hjelpere reduserte omsorgsklimaet og kvaliteten av omsorgen (11). I vår undersøkelse har ikke hjelperne uttalt seg om kvaliteten på omsorgen, men det er rimelig å anta at kvaliteten av omsorgen som gis, forringes når åtte eller flere ulike hjelpere gir omsorg i løpet av en

Tabell 4 Sammenheng mellom tjenestetilbudet (gjennomsnittsverdier) og demensdiagnose satt av lege

	Demensdiagnose		
	Ja (n = 249)	Nei (n = 211)	P-verdi ¹
Antall hjelpere per uke	8 (SD 4)	8 (SD 5)	Ikke signifikant
Antall minutter med hjelp per uke	324 (SD 298)	345 (SD 469)	Ikke signifikant
Antall besøk per uke	13,0 (SD 8,0)	13,5 (SD 9,8)	Ikke signifikant
Antall minutter per tilsyn	25 (SD 19)	24 (SD 21)	Ikke signifikant

¹ T-test på kontinuerlige data

Tabell 5 Sammenheng mellom behov for hjelp etter RDRS-2 og mottatt hjelp. Alle prosenter er av totalt antall

Behov for hjelp	Trenger hjelp (%)	Trenger hjelp, men mottar ikke hjelp (%)	Trenger ikke hjelp (%)	Trenger ikke hjelp, men mottar hjelp
Brødmåltider (n = 453)	266 (59)	106 (23)	187 (41)	42 (9)
Middag (n = 452)	399 (88)	249 (55)	51 (12)	2 (0,4)
Personlig pleie (n = 460)	288 (63)	118 (25)	169 (37)	26 (6)
Kle på seg (n = 457)	217 (48)	92 (20)	240 (52)	37 (8)
Bad/dusj (n = 458)	373 (81)	194 (42)	85 (19)	5 (1)
Innkjøp (n = 459)	429 (94)	407 (89)	30 (6)	1 (0,2)
Medisinering (n = 448)	425 (95)	88 (19)	23 (5)	12 (2)
Toalettbesøk (n = 460)	116 (25)	58 (12)	344 (75)	26 (6)

uke. Spesielt gjelder det for personer med alvorlig grad av demens som ikke har evne til å gjenkjenne hjelperne. Dette kan forårsake utrygghet og sannsynligvis øke faren for mistenksomhet blant pasientene.

Det kan være mulig å gi praktisk hjelp til en person med demens i løpet av 53 minutter per døgn. Oppgavene som skal utføres, bl.a. hjelp til personlig hygiene, tilberedning av måltider, hjelp til medisiner og rengjøring i hjemmet, kan være mange og omfattende. Der er derfor grunn til å stille spørsmål ved kvaliteten og tilrettelegging av hjelpetilbudet. Har man egen husholdning, som de fleste i denne undersøkelsen, betyr det at personene med demens er overlatt til seg selv 23 timer i døgnet, dersom ikke familien stiller opp. I tilfeller hvor familien ikke stiller opp, noe vi ikke har kartlagt i denne studien, tilbringer personer med lett og moderat demens mye tid alene. Deres sikkerhet med hensyn til brannfare, forgiftning, fall, innbrudd, at de går ut og ikke finner hjem eller at de fryser, vil ikke kunne ivaretas. Opplevelse av ensomhet, depresjon og forvirring vil vanskelig kunne la seg korrigere i løpet av den korte tiden hjemmetjenestene er til stede.

En stor andel av de hjemmeboende pasientene med demens hadde behov for hjelp til daglige aktiviteter, spesielt for å kunne ta medisiner korrekt, gjøre innkjøp, få seg varm mat og stelle seg (tab 5). Hjemmetjenesten dekket ikke pasientenes behov på alle områder. En forklaring kan være at pasientens pårørende påtok seg noen av disse oppgavene. Mindre sannsynlig er det at pårørende yter hjelp til bading/dusjing og medisinhåndtering. Undersøkelser fra andre land har vist at familien oftest ivaretar oppgaver

av økonomisk og sosial art, mens hjemmehjelps- og hjemmesykepleietjenesten ivaretar behov for hjelp til nødvendige daglige aktiviteter (4, 5, 9).

En liten gruppe pasienter fikk hjelp til gjøremål som de kunne ivareta selv (tab 5). Dette gjaldt først og fremst hjelp til brødmåltider og av- og påkledning. Forklaringen kan være at hjelpen som tilbys er rutinepreget, uten at det foreligger en individuell vurdering, eller at det tar for lang tid å oppmuntre pasienten til å utføre det de selv mestrer.

Styrker og begrensninger

Undersøkelsen er ikke representativ for alle landets kommuner og pasienter med demens som bor i eget hjem, men pasienter kom fra ni fylker og både store og små kommuner. Det er rimelig å anta at studien gir et inntrykk av hvordan hjemmeboende personer med demens får hjelp av hjemmetjenesten. Alle mottakerne av hjemmetjenestene med antatt demens basert på Klinisk demensvurdering, ble inkludert i studien. Sykepleierne som utførte vurderingen med Klinisk demensvurdering og RDRS-2 fikk opplæring i bruk av instrumentene før de foretok skåringen sammen med en pleier som kjente pasienten godt. Skjemaene vurderes som enkle i bruk, og en tidligere norsk studie har vist høy grad av samsvar mellom to sykepleiere som benyttet Klinisk demensvurdering (17). Vi tror ikke at det er en vesentlig feilkilde at mange sykepleiere utførte skåringene.

Avslutning

Et lite planlagt og samstemt tjenestetilbud til personer med demens kan føre til forringelse av kvaliteten på hjemmetjenestene, spesielt

når dette kommer i tillegg til at mange hjelpere er involvert. Det er fare for at tjenestetilbudet kan bli vilkårlig og at pasientene blir prisgitt den enkelte hjelpers holdning, innsikt og kjennskap til pasientens behov. Hvis personer med demens skal bo hjemme lengst mulig og ha det rimelig bra, må hjemmetjenestene få mer innsikt i hvordan de i dag organiserer ytelsene og hvordan de mer effektivt kan utnytte arbeidsstyrken. Bare på den måten kan man sikre forutsigbarhet, kontinuitet og pasientenes sikkerhet og psykiske helse.

Manuskriptet ble godkjent 30.5. 2006. Medisinsk redaktør Erlend Hem.

Litteratur

1. Nygård AM. Demente i samfunnet: Når hverdagen trenger sikkerhetsnett. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, 1991.
2. Engedal K, Haugen PK. Demens: Fakta og utfordringer. 3. utg. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2004.
3. Nygård L. Demenssjukdomar: Tidige insatser i hemmet med fokus på ensamboende i eget hjem. Stockholm: Äldrecentrum, 2000.
4. Andrieu S, Bocquet H, Joel A et al. Changes in informal care over one year for elderly persons with Alzheimer's disease. *J Nutr Health Aging* 2005; 9: 121–6.
5. Nygaard HA. Vett og uvett i demensomsorg: alvorlige atferdsforstyrrelser hos aldersdemente: samarbeid mellom ulike fagfelt og instanser i helsevesenet. Sem: Infobanken, 1995.
6. Thomas P, Ingrand P, Lalloue F et al. Reasons of informal caregivers for institutionalizing dementia patients previously living at home: the Pixel study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19: 127–35.
7. Roelands M, Van Oost P, Depoorter A et al. Knowing the diagnosis and counselling the relatives of a person with dementia: the perspective of home nurses and home care workers in Belgium. *Health Soc Care Community* 2005; 13: 112–24.
8. Alvsvåg H. Grenser vi ikke vil se: om hvorfor det går grenser for det å bo hjemme når man er syk og bor alene. Hovedoppgave i sosiologi. Bergen: Universitetet i Bergen, 1989.
9. Stendal L. «Du er den åttende personen fra hjemmesykepleien som besøker mor denne uken!» En kartlegging av hjemmetjenestene til personer med demens. Bergen: Diakonissehjemmets høgskole, 2001.
10. Olsson E, Ingvald B, Bondesson K. The frail elderly, family network and public home help services: a pilot study of the parties' perception of the help and their reciprocal relationships. Working-paper serien 2001: 2. Lund: Sosialhögskolan, Lunds universitet, 2001. www.soch.lu.se/wpaper/PDF/WP2001-2.pdf (23.5.2006).
11. Kaasa K. Livssituasjonen etter fylte 80 år: om helse, bolig, nettverk og opplevelse av primærhelsetjenesten med vekt på kjønnsforskjeller. Avhandlingsarbeite i folkehälsövetenskap. Göteborg: Nordiska hälsövärdhögskolan, 2002.
12. Kjeldsberg AB. Håndbok for skalaer i klinisk alderspsykiatri. Sem: Infobanken, 1996.
13. Linn M, Linn B. The Rapid Disability Rating Scale-2. *J Am Geriatr Soc* 1982; 30: 378–82.
14. Ruths S, Straand J, Nygård HA. Psychotropic drug use in nursing homes: diagnostic indications and variations between institutions. *Eur J Clin Pharmacol* 2001; 57: 523–8.
15. Brækhus A, Engedal K. Diagnostic work-up of dementia: a survey among Norwegian general practitioners. *Brain Aging* 2002; 4: 63–7.
16. Larsson K, Thorslund M, Forsell Y. Dementia and depressive symptoms as predictors of home help utilization among the oldest old: population-based study in an urban area of Sweden. *J Aging Health* 2004; 16: 641–68.
17. Engedal K, Haugen PK. The prevalence of dementia in a sample of elderly Norwegian. *Int J Geriatr Psychiatry* 1993; 8: 565–70.