

melse mellem flere klinikere og mellem målinger foretaget tidsforskudt. Med en værdi på 26 eller derunder adskiller den med god sensitivitet og specificitet demente fra ikke-demente og kan stadig anvendes som et groft screeningsredskab. Skalaen er derimod ikke god som et absolut mål for sværhedsgrad af demenstilstanden. Den kan derfor f.eks. ikke anvendes til hos den enkelte at vurdere om en demenstilstand er let, moderat eller svær. Man kan endvidere konkludere, at undersøgelsen bekræfter tidligere viden om, at anvendelse af skæringsscore kræver varsomhed. Forekomsten af både falsk positive og falsk negative er stor i relation til såvel diagnose som vurdering af sværhedsgrad. Man kan ikke på baggrund af denne undersøgelse afgøre, om det er meningsfyldt at anvende skalaen, når man vil følge udvikling i den kognitive tilstand hos den enkelte over en længere tidsperiode. Skalaen er i Danmark anvendt hos dansktalende uafhængig af uddannelsesniveau og køn.

Korrespondance: *Ejnar Alex Kørner*, Gerontopsykiatrisk Ambulatorium, Psykiatrisk Sygehus, DK-3400 Hillerød. E-mail: alko@fa.dk

Antaget: 4. september 2007
Interessekonflikter: Ingen

Taksigelser: Firmaet Novartis takkes for økonomisk bistand til den statistiske bearbejdelse og hjælp til afholdelse af de nødvendige møder. Følgende takkes for deres bistand til dataindsamling: Psykiatrisk Afdeling, Odense Universitetshospital: sygeplejerskerne *Lene Granhøj*, *Marianne Lundsgaard* og *Jørgen Bruntse*, social- og sundhedsassistent *Lykke Nielsen* samt overlægerne *Joan Rudbæk* og *Lise Knudsen*; Gerontopsykiatrisk Afdeling, Sønderjyllands Amt: sygeplejerskerne *Hanne B. Fiehn*, *Karin Vigsø* og *Anne Kjær Jessen* samt overlægerne *Eva Berthou* og *Birgitte Munck*; Psykiatrisk Afdeling, Amager Hospital: sygeplejerskerne *Marianne Lassen*, *Francine Bilodeau*, *Elsemarie Bach*, *Christine S. Hansen* og *Vibeke Schousboe*, overlæge *Carsten Schou* og psykolog *Mads Haaning*; Gerontopsykiatrisk Afsnit, Psykiatrisk Sygehus, Hillerød: sygeplejerskerne *GW Madsen*, *Margith Palsgaard*, *Annette Bækgaard Sørensen*, *Marianne Bengtson*, *Ulla Petersen* og *Anita Flemming* samt overlægerne *Helene Munksgaard* og *Claus Bækgaard*.

Litteratur

1. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental-State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
2. Shulmann KI, Hermann N, Brodaty H et al. IPA survey of brief cognitive screening instruments. *Int Psychogeriatr* 2006;18:281-94.
3. Lezak MD. *Neuropsychological Assessment*. 3rd Edition. New York: Oxford University Press, 1995:741-4.
4. Roselli M, Tappen R, Williams C et al. The relation of education and gender on the attention items of the Mini-Mental-State Examination in Spanish speaking Hispanic elders. *Arch Clin Neuropsychol* 2006;12:677-86.
5. Nys GM, van Zandenfort MJ, de Kort PL et al. Restrictions of the Mini-Mental-State examination in acute stroke. *Arch Clin Neuropsychol* 2005;20:623-9.
6. Lauritzen I, Kørner A, Bech P. A comparison between psychogeriatric rating scales: interrater reliability and validity. I: Bergener M, Finkel SI, red. *Treating Alzheimer's and Other Dementias*. New York: Springer Publishing Corporation Inc., 1995:269-76.
7. Cummings JL, Mega M, Gray K et al. The Neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44:2308-14.
8. Dansk Psykiatrisk Selskab. www.dps.dk
9. Guy W. *ECDEU Assessment Manual of Psychopharmacology - Revised* (DHEW Publ no ADM 76-338). Rockville MD, USA: Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, NIMH Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs 1976:218-22.
10. Reisberg B, Ferris H, de Leon MJ et al. The Global Deterioration Scale (GDS) for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psych* 1982;139:1136-9.
11. WHO ICD-10. *Psyriske lidelser og adfærdforstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier*. 1. udgave. København: Munksgaard, 1994.
12. Danmarks Statistik. *Uddannelse og kultur*. København: Danmarks Statistik, 2001:2.
13. Beck RJ, Schultz EK. The use of receiver operating characteristic (ROC) curves in test performance evaluation. *Arch Pathol Lab Med* 1986;110:13-20.
14. Bartko JJ, Carpenter WT. On the methods and theory of reliability. *J Nerv Ment Dis* 1976;163:307-17.
15. Rasch G. *Probabilistic models for some intelligence and attainment tests*. Danish Institute for Educational Research, expanded edition. Chicago: The University of Chicago Press, 1980.
16. Fabrigoule C, Lechevallier N, Crasborn L et al. Inter-rater reliability and tests used to measure mild cognitive impairment by general practitioners and psychologists. *Curr Med Res Opin* 2003;19:603-8.
17. Clark CM, Sheppard L, Fillenbaum GG et al. Variability in annual Mini-Mental-State Examination score in patients with probable Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 1999;56:857-62.

Plejetungden af ældre danskere på plejehjem

Seniorforsker Anne Marie Beck, sygeplejerske Karin Damkjær, forstander Kiddy El Kholly & professor Marianne Schroll

Fødevareinstituttet ved Danmarks Tekniske Universitet, Syddansk Universitet, Institut for Epidemiologi, Benediktehjemmet, Valby, og Bispebjerg Hospital, Geriatrisk Klinik

Resume

Introduktion: En større andel af de ældre klarer sig i dag i egen bolig. En konsekvens kan være en øget plejetungde på plejehjemmene med konsekvenser for pleje og normering. Formålet med dette studie var derfor at få en profil af plejehjemsbeboere anno 2004.

Materialer og metoder: I alt 441 beboere på 11 plejehjem i Dan-

mark blev vurderet vha. *minimum data set*, et standardiseret værktøj, mht. bl.a. kognitiv funktionsevne, psykosocial trivsel, fysisk funktionsevne og problemer, kontinens, sygdomsdiagnoser, mund- og ernæringstilstand, medicinforbrug og behov for særlige behandlinger (fysioterapi, rehabilitering m.v.). Resultaterne fra et plejehjem blev sammenlignet med resultaterne fra en tilsvarende undersøgelse, der blev gennemført i 1992-1993 på samme plejehjem.

Resultater: Op mod to tredjedele af deltagerne havde nedsat kognitiv funktionsevne, og op mod halvdelen havde så nedsat fysisk funktionsevne, at de var totalt afhængige af hjælp. Ca. halvdelen fik dagligt antidepressiva og analgetika. Stort set ingen fik særlige behandlinger. Resultaterne af den sammenlignende undersøgelse tyder på, at den kognitive og fysiske funktionsevne var dårligere i 2004 end i 1992-1993. Der er en tendens til, at medicinforbru-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

get er steget, mens andelen af beboere, der får rehabilitering, synes at være faldet.

Konklusion: Resultaterne af denne undersøgelse tyder på, at ældre på plejehjem i dag er præget af større plejebehov end ældre på plejehjem for ti år siden, hvilket har konsekvenser for pleje og normering.

I 1992-1993 deltog 66 ud af 75 københavnske plejehjem i plejehjemsundersøgelsen »Liv på plejehjem«, hvor man for første gang i Danmark brugte *resident assessment instrument* (RAI), et vurderingsinstrument, der er udviklet i USA. Ved hjælp af RAI får man en helhedsvurdering af plejehjemsbeboeren, og knytter man disse oplysninger sammen ved hjælp af et udløssystem, får man derigennem en vejledning i handlemuligheder [1]. Da svarmulighederne er standardiserede, kan man drage sammenligninger mellem resultaterne fra personer over tid og mellem forskellige plejehjem.

I »Liv på plejehjem« benyttede man kernen i instrumentet *minimum data set* (MDS) som dataindsamlingsredskab. Formålet var at tegne en profil af københavnske plejehjemsbeboere, dvs. få en beskrivelse af de ældres helbred, funktionsniveau og trivsel [1, 2]. I alt 3.451 beboere (77,8%) fik udfyldt MDS. Efterfølgende er resultaterne benyttet til sammenligninger med plejehjemsbeboere i en række andre lande [3, 4].

Siden har man kun i et enkelt dansk studie beskæftiget sig med plejehjemsbeboeres funktionsniveau [5]. Undersøgelsen blev gennemført i 1995. Der er således begrænset viden om nutidens danske plejehjemsbeboere.

Formålet med dette studie var derfor dels at få en profil af plejehjemsbeboere anno 2004, dels at sammenligne resultaterne med profilen fra 1992-1993 fra et plejehjem. Hypotesen var, at når en større andel af de ældre klarer sig i egen bolig, øges plejetyngden på plejehjemmene med konsekvenser for pleje og normering.

Studiet er en del af undersøgelsen »Plejehjemsbeboeres ernæringsstilstand - forebyggelse af funktionstab«, der er gennemført af Fødevarerinstitutionen ved Danmarks Tekniske Universitet.

Materiale og metoder

Deltagere i 2004

Elleve plejehjem, hvor man tidligere havde vist interesse for ernæring og/eller arbejdede med RAI/MDS i forvejen, blev kontaktet med henblik på deltagelse. Af de 11 plejehjem havde et deltaget i »Liv på plejehjem«-undersøgelsen. Efter accept fra ledelsen blev hver enkelt beboer anmodet om at medvirke skriftligt og mundtligt. Det eneste eksklusionskriterium var ønske om ikke at deltage.

Minimum data set-profil i 2004

De områder, som vurderes i MDS, er persondata og baggrund, kognitiv funktionsevne og kommunikation, hørelse og synsfunktion, sindsstemning og adfærd, psykosocial trivsel, fysisk

funktionsevne og problemer, kontinens, sygdomsdiagnoser, helbredsproblemer, mund- og ernæringsstilstand, mundhule/tandstatus, hudens tilstand, aktivitetsmønstre, medicinforbrug og behov for særlige behandlinger (fysioterapi, øvelser ved plejepersonalet m.v.). Til MDS hører en manual med vejledning for hver sektion, definitioner og eksempler.

Vurderingen omfatter de seneste syv dage, hvis andet ikke er anført, og i manualen lægges der stor vægt på, at det drejer sig om hele døgnnet, og at samtlige personalegrupper, som den pågældende beboer er i kontakt med, skal høres.

Ud fra besvarelsene af variabler i MDS kan der konstrueres overordnede skalaer vedrørende bl.a. socialt engagement, kognitiv funktion (CPS), almindelig daglig levevis (ADL) og *body mass index* (BMI). I denne undersøgelse er det valgt kun at benytte BMI.

MDS-vurderingerne blev udført af en projektsygeplejerske i tæt samarbejde med det plejepersonale, der stod beboeren nærmest, og (hvis muligt) beboeren selv.

Dataindsamlingen skete i perioden maj-november 2004.

Statistik

For at få et billede af (ændringer i) plejehjemsbeboeres »tyngde« blev udvalgte data fra profilen (kognitiv funktionsevne, psykosocial trivsel, fysisk funktionsevne, kontinens, sygdomsdiagnoser og helbredsproblemer, mund- og ernæringsstilstand, medicinforbrug og behov for særlige behandlinger) fra det ene plejehjem, der medvirkede i begge undersøgelser (2004 og 1992-1993) sammenlignet ved hjælp af χ^2 -test. χ^2 -test blev ligeledes benyttet til at undersøge, om der var homogenitet mellem de to populationer for forskellige responsvariable, hvor data var tilgængelige i [2] (dvs. køn, deltagelse i planlagte initiativer, urininkontinens samt Alzheimers demens og anden demens). En p-værdi $< 0,05$ blev anset for at være signifikant. Resultaterne er præsenteret som antal (%) og gennemsnit.

Resultater

Deltagere

Alle 11 plejehjem accepterede invitationen til at deltage. De 11 plejehjem fordelte sig med et fra Jylland, et fra Fyn og ni fra Sjælland (heraf et fra København). I alt 441 (98%) af 451 beboere ønskede at medvirke. Otte beboere sagde nej, en var på ferie, og en var indlagt.

Deltagerne i hhv. 2004 og 1992-1993 havde samme karakteristika, jf. **Tabel 1**. De gennemførte test for homogenitet viste endvidere, at de to populationer er sammenlignelige på de udvalgte responsvariable (data ikke vist).

Minimum data set

Data fra udvalgte dele af profilen 2004 fremgår af **Tabel 2**.

Op mod to tredjedele af deltagerne havde nedsat kognitiv funktionsevne, og op mod halvdelen havde så nedsat fysisk funktionsevne, at de var totalt afhængige af hjælp. 16% havde

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 1. Karakteristik af deltagende beboere i hhv. 2004 og 1992-1993 [2].

Variabel	1992-1993	2004
Antal (% af mulige beboere)	3.451 (78)	441 (98)***
Køn,% mænd	24	20
Alder,% ≥ 85 år	56	54
Antal år på plejehjemmet,% ≤ 2 år	51	48
Har deltaget i vurderingen, % af mulige beboere	88	88

***) p < 0,001

Tabel 2. Data fra udvalgte sektioner af *minimum data set* fra deltagende beboere i 2004.

Variabel	n (%)
Antal beboere	441
Kognitiv funktionsevne	
korttidshukommelsesproblem	284 (65)
langtidshukommelsesproblem	251 (53)
Psykosocial trivsel	
deltager gerne i planlagte initiativer	263 (60)
ingen foretrukne aktiviteter	17 (4)
Fysisk funktionsevne	
totalt afhængig ved bevægelighed i seng	88 (20)
totalt afhængig ved transfer/flytning	115 (26)
totalt afhængig ved mobilitet på afdelingen	114 (26)
totalt afhængig ved af- og påklædning	162 (37)
totalt afhængig ved spisning	42 (10)
totalt afhængig ved toiletbesøg	153 (35)
totalt afhængig ved personlig hygiejne	156 (35)
totalt afhængig ved badning	209 (47)
Kontinens	
urininkontinent	132 (30)
bruger ble/indlæg	324 (73)
Sygdomsdiagnoser og helbredsproblemer	
Alzheimers demens + anden demens	198 (45)
depression	67 (15)
smerter dagligt	130 (30)
fald + frakturer	144 (33)
manglende stabilitet af almentilstanden	151 (35)
Mund- og ernæringstilstand	
tygge- og synkeproblemer	113 (26)
spisehjælpemidler	10 (2)
Medicinforbrug	
antipsykotika dagligt	85 (19)
anxiolytika dagligt	68 (15)
antidepressiva dagligt	211 (48)
hypnotika dagligt	73 (17)
diuretika dagligt	206 (47)
analgetika dagligt	242 (55)
Særlige behandlinger	
fysioterapi	58 (13)
bevægelsesøvelser (passivt)	9 (2)
bevægelsesøvelser (aktivt)	15 (3)

BMI < 18,5 (dvs. var undervægtige). Ca. halvdelen fik dagligt analgetika og antidepressiva. Stort set ingen fik særlige behandlinger. Over halvdelen deltog gerne i planlagte initiativer.

Resultaterne af den sammenlignende undersøgelse (**Tabel 3**) tyder på, at den kognitive og fysiske funktionsevne

Tabel 3. Data fra udvalgte sektioner af *minimum data set* fra beboere på det ene plejehjem, der medvirkede i hhv. 2004 og 1992-1993.

Variabel	n (%)	
	1992-1993	2004
Antal beboere	42	47
Kognitiv funktionsevne		
korttidshukommelsesproblem	24 (57)	27 (57)
langtidshukommelsesproblem	22 (52)	26 (55)
Psykosocial trivsel		
deltager gerne i planlagte initiativer	26 (62)	25 (53)
ingen foretrukne aktiviteter	4 (10)	2 (4) ^a
Fysisk funktionsevne		
totalt afhængig ved bevægelighed i seng	3 (7)	9 (19) ^a
totalt afhængig ved transfer/flytning	5 (12)	12 (26)
totalt afhængig ved mobilitet på afdelingen	5 (12)	13 (28)
totalt afhængig ved af- og påklædning	6 (14)	13 (28)
totalt afhængig ved spisning	2 (5)	6 (13) ^a
totalt afhængig ved toiletbesøg	6 (14)	19 (40) [*]
totalt afhængig ved personlig hygiejne	5 (12)	16 (34) [*]
totalt afhængig ved badning	13 (31)	19 (40)
Kontinens		
urininkontinent	9 (21)	11 (23)
bruger ble/indlæg	26 (62)	36 (77)
Sygdomsdiagnoser og helbredsproblemer		
Alzheimers demens + anden demens	20 (48)	27 (58)
depression	2 (5)	8 (17) ^a
smerter dagligt	7 (17)	7 (15)
fald + frakturer	9 (21)	12 (26)
manglende stabilitet af almentilstanden	5 (12)	5 (11)
Mund- og ernæringstilstand		
tygge- og synkeproblemer	12 (29)	12 (26)
spisehjælpemidler	4 (10)	0 (0) ^a
Medicinforbrug		
antipsykotika dagligt	5 (12)	14 (30)
anxiolytika dagligt	7 (17)	1 (2) ^a
antidepressiva dagligt	5 (12)	14 (30)
hypnotika dagligt	5 (12)	5 (11)
diuretika dagligt	19 (45)	23 (49)
analgetika dagligt	24 (57)	24 (51)
Særlige behandlinger		
fysioterapi	14 (33)	23 (49) [*]
bevægelsesøvelser (passivt)	5 (12)	2 (4) ^a
bevægelsesøvelser (aktivt)	7 (17)	3 (7) ^a

a) Forventet værdi < 5%

*) p < 0,05

var dårligere i 2004 end i 1992-1993. Der var en tendens til, at medicinforbruget steg, mens andelen af beboere, der fik rehabilitering synes at være faldet.

Diskussion

Resultaterne viser, at en høj andel af de ældre på plejehjem havde nedsat kognitiv og fysisk funktionsevne. Resultaterne af den sammenlignende undersøgelse tyder på, at beboerne på en række områder er blevet dårligere i 2004 end i 1992-1993 (Tabel 3).

Selv om de to populationer ikke umiddelbart er sammenlignelige, genfindes den samme tendens, når der kigges på resultaterne af den samlede undersøgelse »Liv på plejehjem«. I 1992-1993 havde en lavere andel nedsat kognitiv funktions-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

evne, og færre havde så nedsat fysisk funktionsevne, at de var totalt afhængige af hjælp, end i 2004. Godt 10% af beboerne fik dengang antidepressiva dagligt, og 10% havde diagnosen depression. 13% fik fysioterapi, og helt op mod hver fjerde fik særlige behandlinger. Godt halvdelen deltog gerne i planlagte aktiviteter. Andelen, der var undervægtige i 1992-1993, var den samme som i 2004 [2].

Der findes ikke nogen nyere danske undersøgelser af plejehjemsbeboeres helbred, funktionsniveau og trivsel.

Den generelle tendens er, at antallet af plejehjemspladser og beskyttede boliger er faldet fra 1993 til 2002, samtidig med at der er etableret flere ældreboliger [6]. Det kunne give en formodning om, at ældre på plejehjem i dag er mere »plejkrævende« end ældre på plejehjem for ti år siden. Det bekræfter undersøgelsens resultater.

Undersøgelser fra andre lande viser ligeledes, at der også her er sket en øgning i andelen af beboere med nedsat kognitiv og fysisk funktionsevne [7, 8]. Der findes ikke tilsvarende danske undersøgelser. Lewinter [9] konkluderer dog, at der i Danmark er sket en polarisering af hjælpen til de svageste ældre, således at en mindre gruppe på plejehjem nu får mere hjælp, mens ældre i hjemmepleje får mindre.

En naturlig forklaring kunne være, at gennemsnitsalderen hos nutidens plejehjemsbeboere er højere end tidligere [10]. Det ser dog ikke ud til at være tilfældet her (Tabel 1).

I den seneste tid har der været en del skrivi om medicinforbruget på danske plejehjem. Årsagen er den stigning, der er set i forbruget af anxiolytika, antidepressiva og antipsykotika [11, 12]. En stigning, der bekræftes af resultaterne i denne undersøgelse.

Allerede i »Liv på plejehjem«-undersøgelsen blev der sat fokus på det problematiske i, at der blev givet meget medicin af ovennævnte type, hvilket, man mente, burde begrænses, især når det gjaldt demente beboere [2].

I den seneste tid har der også været debat om træningstilbuddene på plejehjem. En undersøgelse fra 61 plejehjem i Vestsjællands Amt viser, at ca. 14% af beboerne får fysisk træning [13]. Det stemmer godt overens med resultaterne fra herværende undersøgelse (Tabel 2). I betragtning af den øgning, der er sket i andelen af beboere med hhv. nedsat kognitiv og nedsat fysisk funktionsevne, er det dog tankevækkende, at andelen, der får fysioterapi, synes at være uforandret fra 1992-1993. Urovækkende er det, at stort set ingen tilbydes øvelser ved personalet i dagligdagen (Tabel 2). Det samme var indtrykket ved undersøgelsen fra Vestsjællands Amt [13].

Tabel 1 viser, at de to populationer havde samme karakteristika mht. alder, køn og tid på plejehjem. Endvidere bekræfter de gennemførte homogenitetstest, at plejehjemmene er sammenlignelige på de udvalgte responsvariable. Selv om de standardiserede svarmuligheder i MDS muliggør en sammenligning af to populationer, uafhængigt af den tilbudte ældreservice [5], havde det været helt ideelt, hvis un-

dersøgelsen ligesom undersøgelsen i 1992-1993 udelukkende havde omfattet københavnske plejehjem. Det var ikke muligt i praksis. De sammenlignende undersøgelser er derfor kun foretaget på det ene plejehjem, der har medvirket i begge undersøgelser.

Der er mange myter om plejehjem, og de er næsten alle negative. Mange forestiller sig, at meget gamle mennesker sidder eller ligger uden at foretage sig noget [2]. Det var og er dog langt fra tilfældet. Blandt andet synes der at være sket en stigning i andelen af beboerne, der gerne vil deltage i forskellige aktiviteter. En stigning, der er sket på trods af den højere forekomst af dårlig fysisk og kognitiv funktionsevne, og som må kunne tilskrives en aktiv indsats fra plejepersonalet [3].

Selv om de to populationer ikke er umiddelbart sammenlignelige, tyder resultaterne af denne undersøgelse dog alligevel på, at Sørensen *et al's* vurdering i 2000 holdt stik. De vurderede, at det stigende antal ældre i befolkningen, der skulle konkurrere om et evt. faldende antal plejehjemspladser, ville betyde en stigning i plejetyngden [5].

Korrespondance: Anne Marie Beck, Fødevarerinstitutionen ved DTU, Mørkhøj Bygade 19, DK-2860 Søborg. E-mail: ambe@food.dtu.dk

Antaget: 29. maj 2007
Interessekonflikter: Ingen

Taksigelser: Tak til beboere, pårørende og personale på de deltagende plejehjem samt de deltagende projektsygeplejersker. Tak til VELUX FONDEN og Helsefonden (j.nr. 2003B036) for økonomisk støtte.

Litteratur

- Jørgensen LM, El Kholy K, Damkjær K et al. »RAI« – et internationalt system til vurdering af beboere på plejehjem. Ugeskr Læger 1997;159:6371-6.
- El Kholy K, Damkjær K, Schroll M. Plejehjemsundersøgelsen »Liv på plejehjem«. En profil af Københavnske plejehjemsbeboere 1992/93. København: Sundhedsdirektoratet, 1994.
- Schroll M, Jönsson PV, Mor VC et al. An international study of social engagement among nursing home residents. Age Ageing 1997;26-S2:55-9.
- Fries BE, Schroll M, Hawes C et al. Approaching cross-national comparisons of nursing home residents. Age Ageing 1997;26-S2:13-8.
- Sørensen L, Foldspang A, Gulmann NC et al. Plejehjemsbeboere i Nordjylland. Ugeskr Læger 2000;162:1393-8.
- Socialministeriet. Socialsektoren i tal 2003. København: Nørhaven Book, 2003.
- Zimber A, Schaufele M, Weyerer S. Changes in homes for the aged and nursing homes: functional impairments and behavioural disorders of residents are increasing. Gesundheitswesen 1998;60:239-46.
- Lindesay J, Matthews R, Jagger C. Factors associated with antipsychotic drug use in residential care: changes between 1990 and 1997. Int J Geriatr Psychiatry 2003;18:511-9.
- Lewinter M. Developments in home help for elderly people in Denmark: the changing concept of home and institution. Int J Soc Welfare 2004;13:89-93.
- Fries BE, Morris JN, Skarupski KA et al. Accelerated dysfunction among the very oldest-old in nursing homes. J Gerontol 2000;55:M336-41.
- Embedslægeinstitutionen for Vestsjællands Amt 2003. Usikkerhed om medicin på plejehjem. www.eli.dk /nov 2003.
- Sundhedsstyrelsen. Forbruget af antipsykotiske lægemidler blandt ældre. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
- Trier H. Store udsving i træningstilbud. Sygeplejersken 2006;7:38-44.