



Geriatrisk sykepleie

NR. 2-2012

NSFs FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS



**Livskvalitet
– det gode liv**

Sykepleien



100
1914 - 2014



Landskonferanse 2013

Geriatrisk sykepleie *Ny tid – Nye roller*

14.-15. mars 2013

Farris Bad - Larvik

Vi inviterer til presentasjon av prosjekter og symposier:
Frist for innsending av sammendrag: 30. november 2012

Målgrupper:

Sykepleiere, hjelpepleiere, leger, fagutviklere,
forskere, pårørende og allmennhet.



Foto: Morten Rakke/Farris bad

For mer informasjon se

<http://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/sykepleiere-i-geriatri-og-demens>



LEDER:
Cecillie Olsen

Viktig å øke kompetansen

NSFs Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens avholdt generalforsamling 15. mars i Trondheim og jeg ble valgt som ny leder av faggruppen etter avtroppende leder Hilde Fryberg Eilertsen. Jeg takker for tilliten og tar fatt på oppgaven med friskt pågangsmot og stor ydmykhet. Selv om Hilde trer ut av lederrollen, blir kontinuitet ivaretatt da hun blir med oss videre som styremedlem.

Geriatrisk kompetanse for framtidens eldreomsorg var temaet for landskonferansen i Trondheim. Dyktige forelesere presenterte tema innenfor blant annet utdanning, kunnskapsbasert praksis, geriatrisk kompetanse og kvalitetsindikatorer. Foreleserne på parallellseksjonene presenterte spennende prosjekter og studier fra klinisk praksis.

Behovet for geriatrisk kompetanse både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten er stort. Geriatrisk kompetanse er målrettet, tverrfaglig og innehar breddekompetanse. Masterutdanningen i avansert geriatrisk sykepleie vil tilføre helsetjenesten verdifull ny kompetanse og kanskje spesielt være en ressurs i kommunehelsetjenesten. Utfordringen vil bli å beholde mastergradsstudentene i pasientnært arbeid når de skal ut av studentrollen og tilbake til en travel arbeidshverdag.

Kvalitetsindikatorer er mål som sier noe om kvaliteten på det som måles. På landskonferansen snakket fylkesleder i Sør-Trøndelag, Knut Jørgen H. Rotabakk, om hva vi trenger av kvalitetsindikatorer i eldreomsorgen. Overvåkning av tjenestene som ytes og åpenhet om tjenesten er viktig, og har betydning både for pasienter

og pårørende, rekruttering og utdanning av sykepleiere, samt nødvendig forskning. I kommunehelsetjenesten brukes KOSTRA som blant annet måler antall plasser på enerom, personell med fagutdanning og brukerundersøkelser fra hjemmesykepleien. Vil antall enerom fortelle oss det vi ønsker å vite om kvaliteten på tjenesten som ytes på det aktuelle sykehjemmet eller i den aktuelle kommunen? Og selv om brukere av hjemmesykepleien rapporterer i brukerundersøkelsen at de er fornøyd med tjenesten, er dette alene nok til å definere god kvalitet?

Dersom kvalitetsindikatorer skal representere et reelt mål for kvalitet, trenger vi nasjonale kvalitetsindikatorer som er sensitive for det arbeidet som utføres. Om vi ser til våre naboer, har Sverige 30 ulike kvalitetsindikatorer innenfor eldreomsorgen. Sykepleiernes samarbeid i Norden (SSN) har identifisert ernæring, fall, smerte og trykksår som viktige kvalitetsindikatorer. Ved å ta utgangspunkt i disse sykepleiersensitive indikatorene vil vi få bedre kunnskap til å fatte beslutninger i tillegg til å kunne systematisk fokusere på kvalitetsforbedring. Mer informasjon om kvalitetsindikatorer finnes på NSF sine hjemmesider. Der er det også mulig å ta gratis e-læringskurs om kvalitet i helsetjenesten.

Styret i faggruppen har mottatt mange positive tilbakemeldinger på den nye utformingen av tidsskriftet vårt. Det gjør oss stolt og glad. I denne utgaven av Geriatrisk sykepleie kan du lese om temaet livskvalitet i eldre år hvor vi har fått med oss førsteamanuensis Jorunn Drageset som gjesteredaktør.

2012 er det Europeiske året for aktiv aldring og 1. oktober feires Verdens eldredag. Forebygging av helseulemper blant eldre er utgangspunktet for dette temaåret som vil bli markert på ulike måter rundt omkring i landet. Politisk rådgiver og sykepleier Tord Dale presenterte på Landskonferansen en aktiv eldreomsorg, representert av «de nye eldre» – better, faster and stronger! Helt i tråd med en aktiv eldreomsorg er prosjektet om bevegelsesterapi som er igangsatt ved fem ulike sykehjem i Bergen kommune. Der kan pasientene ved hjelp av stillestående motordrevne sykler velge mellom to ulike minutt-forminutt-turer gjennom kjente områder i byen. Så når sykkelhjulet ruller, vises filmen mens Bergenssanger spilles i bakgrunnen. Dette er et tilbud som mange av beboerne kan benytte og setter pris på. Vi vet at økt aktivitet bedrer sirkulasjonen, forebygger smerte, reduserer motorisk uro, bygger muskelstyrke og bedrer appetitten. Utfallsmål som er helt i tråd med de anbefalte fire kvalitetsindikatorene ernæring, fall, smerte og trykksår.

Som en bivirkning av økt aktivisering er det meldt om uvante problemstillinger til legevisittene på sykehjemmene: gangsperre!

God lesning og god sommer!

Cecillie Olsen

LEDER NSFs FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

GERIATRISK SYKEPLEIE

Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens. Utgis av Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens i samarbeid med Sykepleien.

ISSN: 1891-1889

ANSVARLIG REDAKTØR:

Torill Sæterstrand, førstelektor, Høgskolen i Bodø
Torill.saeterstrand@hibo.no

REDAKSJONSKOMITÉ:

Jorunn Drageset, PhD, førsteaman., Universitetet i Bergen og Høgskolen i Bergen.
Solveig Hauge, PhD, førsteaman., Høgskolen i Telemark og Universitetet i Oslo.
Liv Wergeland Sørbye, PhD, førsteaman, Diakonhjemmet høyskole.

ABONNEMENT 2012:

Tidsskriftet distribueres gratis til medlemmer av NSF FGD.
Personlig abonnement i Norge: kr 300,-, internasjonalt: kr 400.
Institusjonsabonnement i Norge/biblioteker: kr 800.
Send bestilling til: Ann Karin Helgesen, ann.k.helgesen@hiof.no
Mobil.: +47 41 64 42 45

HJEMMESIDE:

www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/geriatri-og-demens

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

Barth Tholens
Tlf. 22 04 33 50/40 85 21 79
barth.tholens@sykepleien.no

DESKJOURNALIST

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06
johan.alvik@sykepleien.no

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no

Nina Hauge
nina.hauge@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no

TRYKK

Color Print A/S

FORSIDEFOTO:

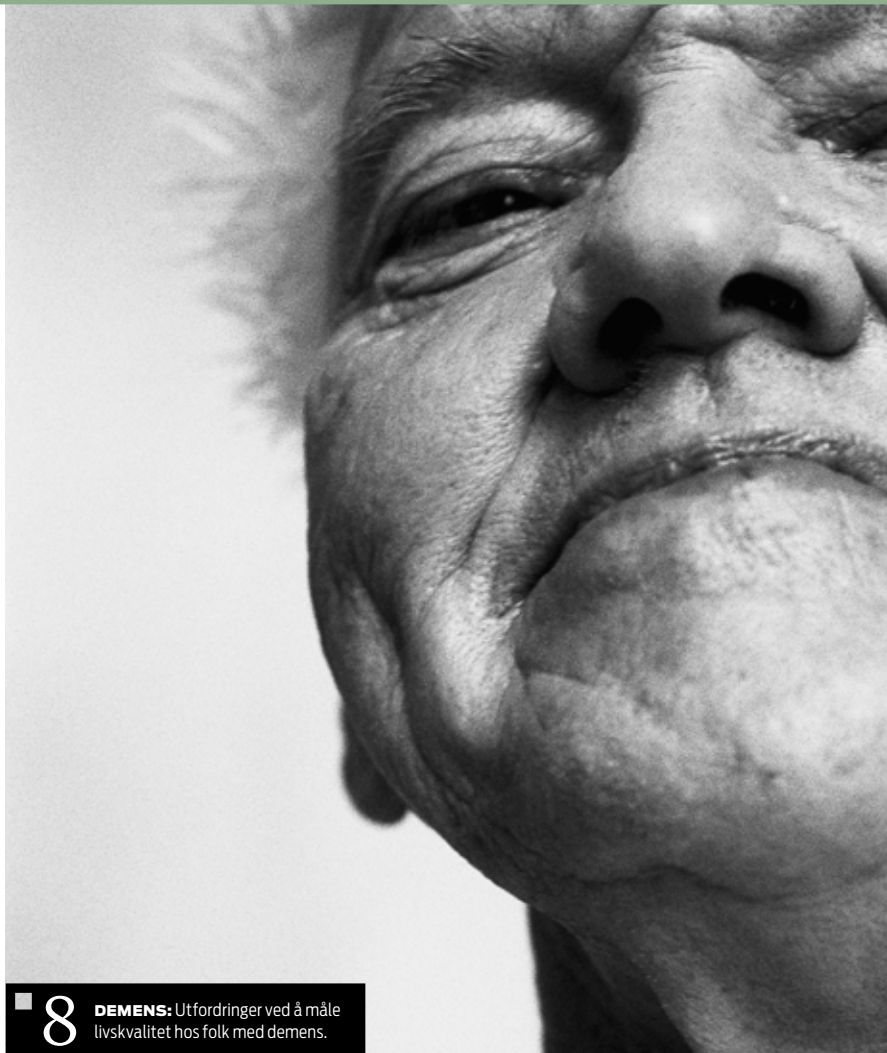
iStockphoto

KOMMENDE UTGIVELSER I 2012:

27. september.

ANNONSERING

Geriatrisk Sykepleie passer for annonsører som ønsker å nå sykepleiere i geriatri og demensomsorgen i alle deler av helsetjenesten. For nærmere informasjon om annonsering, utgivelsesplan og priser, ta kontakt med annonseansvarlig: Ann Karin Helgesen, e-post: ann.k.helgesen@hiof.no
Mobil: (+47) 41 64 42 45



8 DEMENS: Utfordringer ved å måle livskvalitet hos folk med demens.

«Feilmedisinering er svært utbredt i sykehjem.» Les om medisinbruk, s. 32



16 DE ELDSTE: Livskvalitet hos norske hundreåringer.

Innhold

NR. 2-2012 • ÅRGANG 4

3 LEDER: Cecilie Olsen

6 Landsstyret, lokalgruppeledere og kontaktpersoner

7 GJESTEREDAKTØR: Jorunn Drageset

8 Utfordringer ved vurdering av livskvalitet
hos personer med demens *

16 Livskvalitet hos norske hundreåringer *

25 Omsorgsbelastning hos kronikerpårørende

26 Livskvalitetsmålinger og eldre *

31 Hundre år er verdt å feire

32 Nye tiltak for riktig medisinbruk

34 Bli kjent med Cecilie Olsen

35 Søk stipend

36 Bli medlem

* Artikkelen er fagfellebedømt.



26 **MÅLINGER:** Hvordan måle livskvalitet hos eldre?

Vitenskapelig tidsskrift

Geriatrisk Sykepleie er et vitenskapelig og fagfellebedømt tidsskrift som har som formål å styrke det vitenskapelige grunnlaget for geriatrisk sykepleie og sykepleie til personer med demens gjennom formidling av klinisk forskning og utvikling innen fagfeltet. Tidsskriftet er også et medlemsblad for medlemmer i Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens.

Tidsskriftet publiserer vitenskapelige artikler, fagartikler, kronikker og bok-anmeldelser samt reportasjer. Manuskripter sendes til ansvarlig redaktør som vedlegg til e-post. Forfatterveiledning og nærmere informasjon se nettsiden: www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/sykepleiere-i-geriatri-og-demens

Landsstyret NSF FGD 2012 – 2014



Leder:

Cecilie Olsen
Sælenveien 59A, 5143 Fyllingsdalen
Mobil: 99 22 85 54
e-post: sovolve@online.no



Nestleder og redaktør:

Torill Sæterstrand
Villaveien 10, 8400 Sortland
Mobil: 93 28 73 85
e-post: torill.saeterstrand@hibo.no/
torill.saeterstrand@gmail.com



Økonomiansvarlig:

Hilde Fryberg Eilertsen
Vikveien 21, 9022 Krokeldalen
Telefon: 77 69 92 68
Mobil: 90 10 43 23
e-post: hildefryeill@hotmail.com



Utdanningsansvarlig:

Anne Norheim
Mobil: 92 83 72 15
e-post: anne.norheim@uis.no



**Abonnement og annonsesalg/
medlem stipendutvalget:**

Ann Karin Helgesen
Mobil: 41 64 42 45
e-post: ann.k.helgesen@hiiof.no



Konferanseansvarlig, 1. varamedlem:

Ranveig Lie
Mobil: 41 49 97 11
e-post: ranveig6@online.no/
ranveig.lie@ullensaker.kommune.no



**Medlem stipendutvalget + administra-
tor Facebook gruppen, 2. varamedlem:**

Linda Ronning
Vorpebakken, 6408 Aureosen
Mobil: 99 69 08 29
e-post: linda.ronning@molde.kom-
mune.no



Nettredaktør og medlemsansvarlig:

Gunhild Grythe
2910 Aurdal
Mobil: 92 08 56 91
E-post: gunhil-g@online.no

LOKALGRUPPELEDERE

Lokalgruppen i Agder-fylkene:

Styret etterlyser interesserte medlemmer i Agder-fylkene som kan være behjelpelig med å få lokalgruppen opp å gå igjen.

Lokalgruppeleder i Hordaland:

Terje Olsen
Jahnebakken 1, 5007 Bergen
Mobil: 97 69 26 20
e-post: tao@broadpark.no

Lokalgruppe i Møre og Romsdal:

Linda Rønning, (se landsstyret)

Lokalgruppeleder i Oppland:

Turid Bjørnstad Aas
2840 Reinsvoll
Mobil: 41 67 43 95, e-post: turid.aas@vestre-toten.kommune.no

Lokalgruppeleder i Oslo/Akershus:

Christine Jærv Ekrheim
Nordengstubben 1, 0757 Oslo
Mobil: 95 80 10 93
e-post: christineekrheim@hotmail.com

Lokalgruppeleder i Rogaland:

Torhild Warland
Kvernevikv. 13 4048 Hafrsfjord
Telefon: 51 55 28 75 Mobil: 99 03 04 93
e-post: torhild@nsfgeriatridemens.no

Lokalgruppeleder i Telemark:

Sylvi Pedersen
Asbjørn Knutsensgate 23 D, 3681
Notodden, Mobil: 92 08 18 42

Lokalgruppeleder i Troms:

Hilde Fryberg Eilertsen
(se landsstyret)

Lokalgruppeleder i Vestfold:

Veslemøy Bakke
Hunsrødgrenda 7, 3241 Sandefjord
Mobil: 91 86 39 33
e-post: vesbakke@gmail.com

KONTAKTPERSONER

Kontaktperson i Buskerud:

Ann-Kathrin Moen Johansen
Blåklukkeveien 28, 3050 Mjøndalen
Telefon: 31 90 30 72
Mobil: 99 40 06 27
Ann.Kathrin.Moen.Johan-
sen@drmk.no

Kontaktperson i Finnmark:

Solfrid Nilsen Lund
Alma Halses v 44 A, 9511 Alta
Telefon: 78 43 18 61
Mobil: 99 64 64 78
e-post: so-ni-lu@online.no

Kontaktperson i Hedmark:

Styret etterlyser interessert medlem i Hedmark som kan være kontaktperson.

Kontaktperson i Nordland:

Kirsten Willumsen
Kløverengveien 36, 8011 Bodø
Telefon: 75 55 41 32 Mobil: 91 12 24 15
e-post: kirsten.willumsen@
bodo.kommune.no

Kontaktperson i Nord-Trøndelag:

Kari Merete Lian
Kveaunet, 7884 Sørli
Mobil: 41 30 09 12
e-post: kari_merete4@hotmail.com

Kontaktperson i Sogn og Fjordane:

Styret etterlyser interessert medlem i Sogn og Fjordane som kan være kontaktperson.

Kontaktperson i Sør-Trøndelag:

Ann-Kristin Lyngvær
Slettvik, 7318 Agdenes
Mobil: 92 62 50 77
e-post: ann.kristin.lyngver@stolav.no

Kontaktperson i Østfold:

Styret etterlyser interessert medlem i Østfold som kan være kontaktperson.



GJESTEREDAKTØR:
Jorunn Drageset

Livskvalitet hos eldre

Denne utgaven av Geriatrikisk sykepleie setter fokus på ulike problemstillinger relatert til livskvalitet hos eldre. De siste årene har det vært en økning i antall studier som bruker livskvalitet som mål i eldreomsorgen og helsetjenesten.

Livskvalitet er ikke et entydig begrep. I klinisk sammenheng blir begrepet også brukt som helserelatert livskvalitet og helsestatus. Livskvalitet som mål på behandling beskrives i ulike dokumenter der blant annet St. melding nr. 28 (1999-2000) (1) «Innhold og kvalitet i omsorgstjenesten» tar opp spørsmål spesielt knyttet til livskvalitet hos eldre. Sentralt i livskvalitet er personens subjektive opplevelse. Det er mange ulike definisjoner av begrepet. Verdens helseorganisasjon beskriver livskvalitet som en persons vurdering av livet sett i lys av «mål, forventninger og standard knyttet til kulturen og verdisystemet vi lever i» (2). Det er imidlertid enighet om at begrepet er komplekst, multidimensionalt og subjektivt (3).

Det er omtrent 60 000 mennesker med demens i Norge. Om lag 30 000 av dem bor på sykehjem, og de utgjør en tredel av alle sykehjemspasienter. Demens rammer cirka 10 000 nordmenn årlig (4, 5). Kunnskap om livskvalitet hos personer med demens er avgjørende for å kunne yte god omsorg og pleie til denne gruppen.

I sin oversiktsartikkel på side 8 i denne utgaven av Geriatrikisk sykepleie tar Bruvik og Mjørud opp utfordringer og metodiske problemstillinger i fors-

kning på livskvalitet hos personer med demens (6). Forfatterne fant at livskvalitet måles både med kvalitative og kvantitative metoder med egenrapporterte og proxy-rapporterte data. I tillegg fant de at ulike faktorer ved selvrapportering fra personer med demens og intervju med pårørende og helsepersonell kan innvirke på vurderingen av livskvalitet.

Når tall viser at det blir flere eldre, at antall personer over 80 år kan komme til å øke fra 219 000 i 2007 til nesten 325 000 i 2030 (7), er sannsynligheten stor for at flere vil oppleve å bli 100 år og eldre. Kunnskap om de aller eldste er viktig for å kunne organisere og tilrettelegge hjelpeapparatet best mulig. Bondeviks artikkel presenterer livskvalitet hos norske hundreåringer (8). Artikkelen hensikt er å få økt kunnskap om personer som er 100 år og eldre. Data ble hentet inn ved bruk av kvalitativt dybdeintervju. Noen av funnene var at det å ha råderett over noe i eget liv synes å ha stor betydning for livskvalitet. De fleste 100-åringene i studien ønsket å leve en stund til.

Halvorsruds artikkel retter oppmerksomhet på livskvalitetsmåling hos eldre (9). Forfatteren belyser begrepet, vurderer livskvalitet i lys av alder og hvordan livskvalitet kan måles blant eldre mennesker. Artikkelen påpeker avslutningsvis at ved å bruke livskvalitetsinstrumenter der pasienten selv beskriver sin livskvalitet kan være med å gi verdifulle bidrag til pasientbehandlingen.

At livskvalitet i eldre år handler om det gode liv går igjen som en rød tråd i arti-

klene i dette temanummer. Livskvalitet er et viktig mål for sykepleie. Artiklene er presentert av forfattere med ulike tilnærminger til begrepet livskvalitet. Dette viser mangfoldet av begrepet, og at begrepet blir brukt blant ulike grupper mennesker både i og utenfor institusjon der sykepleiere er involvert. Utfordringen og mulighetene ligger dermed til rette for at for sykepleiere aktivt kan bidra til at livskvalitet blir framhevet, og intervensjoner blir iverksatt.

Referanser

1. St. melding nr. 28 (1999-2000) Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene – Omsorg 2000. Sosial- og helsedepartementet.
2. WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995;41:1403-9.
3. Wahl AK & Hanestad BR. Måling av livskvalitet i klinisk praksis: en innføring. Bergen: Bokforlaget; 2004.
4. Statistisk sentralbyrå. Befolkningsframskrivningen. Statistikkbanken. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2009.
5. Hjort PF & Waaler HT. Demens fram mot 2050. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130 (13): 1356-8.
6. Bruvik F, Mjørud M, Engedal K. Utfordringer ved vurdering av livskvalitet hos personer med demens. Geriatrikisk Sykepleie 2012; 4(2): 8-15.
7. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
8. Bondevik M. Livskvalitet hos norske hundreåringer. Geriatrikisk Sykepleie 2012; 4(2): 16-24.
9. Halvorsrud L. Livskvalitetsmålinger og eldre. Geriatrikisk Sykepleie 2012; 4(2): 26-30.

Jorunn Drageset

PHD, SYKEPLEIER OG GJESTEREDAKTØR

Utfordringer ved vurdering av livskvalitet hos personer med demens



■ Av **Frøydis Bruvik**, sykepleier, PhD stipendiat, ansatt ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.*



■ Av **Marit Mjørud**, sykepleier, PhD stipendiat, ansatt ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.*



■ Av **Knut Engedal**, professor dr. med, ansatt ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Introduksjon

Livskvalitet (QoL) defineres og beskrives som en persons subjektive opplevelse av en objektiv hendelse og en subjektiv oppfattelse av egen livssituasjon (1-5). Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver livskvalitet som en persons vurdering av sitt liv sett i lys av «mål, forventninger og standard knyttet til kulturen og verdisystemet en lever i» (5). Egen livskvalitet vil derved best beskrives av den enkelte person selv.

Hvilke konsekvenser har dette for vurdering av livskvalitet hos personer med demens? Hvilke konsekvenser

har hukommelsessvikt og språkproblemer for en persons evne til å erkjenne og uttrykke sin subjektive opplevelse av livet? Artikkelen tar for seg metodiske utfordringer ved forskning på og i vurdering av livskvalitet. Denne artikkelen vil diskutere utfordringer ved selvrapportert og proxyrapportert livskvalitet, i ulike faser av en demenstilstand, både når personen med demens bor hjemme og på institusjon.

Metode

Artikkelen er basert på et usystematisk litteratur

Bakgrunn: De siste årene har det vært en økning i antall studier som bruker livskvalitet som mål på hvor vellykket en behandling er. Sentralt i livskvalitet er en persons subjektive opplevelse. For personer med demens medfører sykdommens natur begrensninger i selv å vurdere og formidle egne opplevelser. Artikkelens hensikt er å presentere utfordringer og metodiske problemstillinger i forskning på livskvalitet hos personer med demens.

Metode: Artikkelen er basert på et usystematisk litteratursøk i Helsebiblioteket, PubMed. Med søkeordene dementia, QoL, proxy, Quality of life, dementia, proxy information og interviews og egen kunnskap.

Resultat: Livskvalitet måles både med kvalitative og kvantitative metoder, med selv- og proxyrapporterte data. Ulike faktorer ved selvrappotering fra personer med demens og intervju med pårørende og helsepersonell kan innvirke på vurderingen av livskvalitet. Både i forskning og ved bruk av livskvalitetsmål for vurdering av kliniske tiltak, må helsepersonell være bevisst at ulike faktorer kan påvirke vurderingen av livskvalitet hos personer med demens.

Konklusjon: Kvalitative og kvantitative studier med både proxyrapporterte og selvrapporterte data er oftest nødvendig for å få kunnskap om livskvalitet hos personer med demens. Til sammen skaper de ulike metodene et rammeverk for vurdering av livskvalitet.

Nøkkelord: demens, livskvalitet, litteratur

Background: During the last decades there has been an increase in number of studies using quality of life (QoL) as an outcome measure of how successful a treatment/intervention is. A person's subjective experience is central in QoL. Due to the nature of dementia self-assessment and communication of own experiences of QoL are challenging for persons with dementia (pwd). The purpose of this article is to present challenges and methodological issues in research on QoL in pwd.

Method: The article is based on an unsystematic literature research in Health Library, PubMed, using keywords dementia, QoL, proxy, and Quality of life, dementia, proxy and information interviews and the authors' personal knowledge.

Result: QoL is measured with both qualitative and quantitative methods, self- and proxy-reported data. Several factors related to both pwd self reports and proxy interviews with relatives and healthcare professionals can influence the assessment of QoL. Both in research and in QoL assessment of clinical measures, health care professionals should be aware that different factors may affect the assessment of QoL in pwd.

Conclusion: Qualitative and quantitative studies based on both proxy- and self-reported data are often necessary to gain knowledge about QoL in pwd. Together they create a framework of different methods for assessing QoL.

Key words: dementia, quality of life, literature

* Frøydis Bruvik og Marit Mjørud er likeverdige medforfattere.



tursøk på www.helsebiblioteket.no og i PubMed. Søkeord som ble brukt var *dementia*, *QOL*, *proxy* og mer avgrensede søk med søkeordene *Quality of life*, *dementia*, *proxy information* og *interviews*. Videre er det søkt ut fra referanser i studier som ble funnet i det usystematiske søket. Intervensjonsstudier har ikke blitt inkludert. Artikkelen er også basert på forfatternes egne kliniske erfaringer i intervju av personer med demens, pårørende og pleiere i kommunehelsetjenesten.

Resultat

Demens.

Demens er samlebetegnelsen på tilstander forårsaket av hjerneorganiske sykdommer og er kjennetegnet ved progredierende kronisk, irreversibel kognitiv svikt, redusert egenomsorgsevne, endret atferd og/eller personlighet (6-9) med tap av sosiale og motoriske ferdigheter (10). Den kognitive endringen kjennetegnes vanligvis ved svekket hukommelse, svekket oppmerksomhet, språkvansker og redusert læringsevne. Dette reduserer forståelsen og evnen til vurdering av sammenhenger og av nåsituasjonen.

Tidligere studier viser at kognitiv svikt og manglende evne til å uttrykke tanker, følelser og ønsker vil kunne redusere livskvalitet (9). Flere studier viser til en sammenheng mellom depresjon og redusert

livskvalitet hos personer med demens (7, 11-14). Mjørud mfl. (15) fant ved bruk av proxyinformasjon sammenheng mellom livskvalitet og typiske symptomer på depresjon, som tristhet, angst, irritabilitet og stemningskongruente vrangforestillinger. Andre studier viser at tilbaketrekking fra fellesskapet og redusert ADL-funksjon også virker inn på livskvalitet (16).

Vi har begrenset kunnskap om personer med demens har innsikt i egen sykdom, det samme gjelder for sammenhengen mellom innsikt og livskvalitet hos personer med demens. Noen studier finner at personer med demens har forholdsvis god sykdomsinnsikt selv etter mange år med sykdom (17, 18). Andre studier konkluderer med at personer med

NÆR FAMILIE: Pårørende kan gi nyttig informasjon om pasienten. Foto: Istockphoto.

«De siste årene har det vært en økning i antall studier som bruker livskvalitet som mål på hvor vellykket en behandling er.»

demens har liten eller ingen innsikt, uansett hvor i sykdomsforløpet de er (4, 19). Flere faktorer ved sykdommen, som skader i pannelappene, dagsform og varierende kognitiv funksjon kan medføre redusert

selvinnstikt og forståelse for egen sykdom (9, 10, 17).

Livskvalitet.

Diskusjonen rundt innholdet i begrepet livskvalitet er ikke avsluttet og det er enighet blant forskere om at det er behov for en klarere definisjon av begrepet (3, 20).

Ulike fagtradisjoner har ulike innfallsvinkler til begrepet livskvalitet. Eksempelvis er *velferd* sentralt innen sosiologien, *individets vekst og utvikling* innen psykologi og *helse og sykdom* har vært de sentrale fak-

subjektive selvbilde og miljø. Subjektive faktorer er vanskelig for utenforstående å si noe om, men kan tolkes gjennom atferd som smil, gråt og kroppsholdning. Lawton argumenterer for at livskvalitet hos personer med demens bør vurderes med hensyn til kognitiv funksjon, ADL kompetanse, sosialt akseptert atferd, engasjement i positive aktiviteter og tegn til positive og fravær av negative følelser (2). Hvis vi forstår livskvalitet som subjektiv opplevelse av velferd i form av trivsel eller velvære (3) vil objektiv vurdering av atferd som viser positive eller negative følelser, kunne fortelle oss noe om hvordan personen med demens har det.

Det fins mange skalaer som måler symptomer antatt å være tegn på negative og positive subjektive følelser og opplevelser, for eksempel Cornell skala for depresjon ved demens (CSDD) (29), Cohen Mansfields Agitation Inventory (CMAI) (30), the Neuropsychiatric Inventory (NPI) (31) og Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE—AD) (32). Det fins også mange instrumenter (skjema) for å måle *livskvalitet* og det er en realitet at ulike skjemaer vektlegger eller måler ulike sider av det vi definerer som livskvalitet. Noen skjema måler livskvalitet på et overordnet, generelt nivå, mens andre er sykdomsspesifikke ved at de vektlegger konsekvensene av en spesifikk sykdom (33) eller er ment å måle helse på tross av sykdom (34).

I forhold til måling av livskvalitet hos personer med demens, medfører den kognitive svikten, begrensninger i pasientens formidlingsevne av den subjektive opplevelsen i perspektiv til «*mål, forventninger og standard knyttet til kulturen og verdssystemet en lever i(5)*».

Selvrapportert livskvalitet. Den mest vanlige framgangsmåten for å innhente informasjon om en persons livskvalitet er at den enkelte fyller ut skjema eller at skjema fylles ut gjennom strukturert intervju av personen. En forutsetning for selvrapportert livskvalitet er at personen forstår spørsmålene i skjemaet og kan besvare dem. Ifølge en oversiktsartikkel av Naglie (2007), konkluderer flere studier med at personer med mild og moderat grad av demens, både hjemmeboende og på sykehjem kan gi valide svar i forhold til egen livskvalitet (35). Artikkelen viser til at forhold som akseptasjon og innsikt er betydningsfulle for validitet i svarene. Hoe (2007) tar imidlertid til ordet for at personer med alvorlig grad av demens også kan gi valide selvrapporterte data om egen livskvalitet (36). Selvrapportert livskvalitet vurderes som *gullstandard* av livskvalitet ifølge mange forskere, også når det gjelder personer med mild eller moderat grad av demens (37).

Proxymåling av livskvalitet. Mange undersøkelser

«Ulike fagtradisjoner har ulike innfallsvinkler til begrepet livskvalitet.»

torer innen medisin og sykepleie (21). Innen helseforskning skiller det mellom generell livskvalitet som ytre livsvilkår, som bolig og økonomi, mens helserelatert livskvalitet i større grad er knyttet til helseforhold og behandling (22). *Helserelatert livskvalitet* har vært brukt som begrep for å måle hvordan en sykdom, behandling eller intervensjon påvirker en persons livskvalitet (23, 24), men begrepet helserelatert livskvalitet brukes med ulike betydninger, som *kost/nytte knyttet til behandlingseffekt og pasientens subjektive opplevelse* (25).

Ifølge Fugelli og Ingstad (2001) har *folk flest* en oppfatning av at det fins en sammenheng mellom trivsel, livskvalitet og helse (26). Mæland (2005) argumenterer for at begrepet livskvalitet har overtatt for begrepet *helse* (27). Helse har et mer biometrisk innhold, mens livskvalitet uttrykker psykologiske og sosiale sider ved helsebegrepet. Dette kan og settes i sammenheng med at det har foregått en endring innen helseforskning fra *hvordan behandle* til pasientenes opplevde *effekt* (28).

Næss (2001) knytter begrepet til den enkeltes opplevelser og indre tilstand. Høy livskvalitet knyttes til personens bevisst kognitive og affektive positive opplevelser (3). Andre livskvalitetsforskere peker på livskvalitet som et personlig og primært subjektivt konsept (4) med dimensjonene fysisk og mental helse, psykisk velvære, levekår og smerte som sentrale begreper (3).

Lawton (1, 2) beskriver eksterne og interne dimensjoner ved livskvalitet. Eksterne dimensjoner er definert som observerbar atferdskompetanse, personenes evne til å vurdere og å delta i sosiale sammenhenger, samt utenforliggende fysiske og sosiale miljøfaktorer. Interne dimensjoner er definert som personens

om livskvalitet hos personer med demens gjennomføres ved intervju med pårørende eller helsepersonell. Denne type informasjon kalles proxy informasjon, informasjon gitt av en annen enn den man faktisk ønsker å studere. Skalaer som forsøker å måle livskvalitet ved proxyinformasjon er for eksempel The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL-BREF) (38), Quality of life in late stage dementia scale (QUALID)(39) og Quality of life in Alzheimers disease (QoL-AD) (40). QUALID brukes utelukkende for proxyinformasjon, mens QoL – AD brukes både som selvutfylling og for proxyinformasjon. QoL-AD er brukt i studier for å sammenlikne proxyvurdering av livskvalitet hos personer med demens med hvordan personene selv beskriver sin livskvalitet. Naglie (2007) viser til funn fra flere studier som konkluderer med at proxyinformanter i hovedsak skårer livskvaliteten til personen med demens lavere (dårligere) enn det personen selv rapporterer, og forskjellen mellom de to informantene er statistisk signifikant. Noe av dette forklares med belastning og depresjon hos pårørende som er primær omsorgsgiver (35).

Observasjoner av atferd kan også benyttes for å undersøke en person med demens' livskvalitet. En slik observasjonsmetode som brukes til kvalitetssikring i demensomsorgen er for eksempel dementia care mapping (dcm) (41) hvor man registrerer atferd, og blant annet registrerer om personen med demens ser ut til å trives. En slik observasjonsmetode krever at observatøren eller forskeren er trent i å gjøre denne type observasjoner.

Kvalitativ datainnsamling. Deltakende observasjoner og semi- eller ustrukturerte intervjuer er kvalitative innfallsvinkler for innhenting av data (42) som brukes til vurdering av livskvaliteten hos personer med demens. Planlegging og gjennomføring av datainnsamlingen både i forhold til struktur og kompetanse er av stor betydning for å sikre reliabilitet (pålitelighet) og validitet (relevans og gyldighet) i dataene fra personer med redusert hukommelse, oppmerksomhet, orientering og språk (10).

Diskusjon

Symptomene ved demens medfører utfordringer for vurdering og måling av livskvalitet hos personer med demens. Redusert innsikt og forståelse skaper et dilemma knyttet til selvrappotering av livskvalitet for eksempel ved bruk av QoL-AD og gjennom kvalitative intervju. Livskvalitet som en subjektiv opplevelse representerer også et dilemma knyttet til bruk av



proxyinformasjon, både ved utfylling av skjema som QUALID og QoL-AD og ved kvalitative intervjuer av pårørende / pleiere.

Flere faktorer ser ut til å ha betydning når eldre personer beskriver sin livskvalitet (43) (4). Schilling (2005) mener livskvalitet hos eldre påvirkes av hvordan en har hatt det tidligere i livet og i mindre grad endres etter tap og ved sykdom (44). Dette kan forklare hvorfor personer med demens skårer sin livskvalitet høyere enn pårørende beskriver deres livskvalitet (45). En annen forklaring kan være at negativ medieomtale, sårbarhet og avhengighet medfører lave forventninger hos for eksempel sykehjemsbeboere. Det kan medføre at de gir sosialt akseptable svar på spørsmål om hvordan de har det og dette kan forstås som forsøk på å harmonisere med sine omgivelser (43). En annen fortolkning av dette kan være at mange opplever seg heldig i forhold til hva de fryktet på bakgrunn av medieomtale. Flere studier viser at også personer med alvorlig grad av demens kan gi gyldig informasjon om hvordan de har det (4, 18, 46-49). Forfatterne egne erfaringer i intervju med personer med moderat og alvorlig grad av demens er deres uttrykk for refleksjoner som eksempelvis «hukommelsen, ja andre vil nok

MANGE SKJEMAER: Det finnes flere skjemaer for å måle livskvalitet. Forskjellige skjemaer måler ulike sider av det vi definerer som livskvalitet. Foto: Istockphoto.

«Mange undersøkelser om livskvalitet hos personer med demens gjennomføres ved intervju med pårørende eller helsepersonell.»

si at den er dårlig, egentlig synes jeg den er god, men ikke så god som før» (50).

Når personer med demens beskriver sin hukommelse som god og gir uttrykk for større trivsel enn det som observeres av andre kan dette handle om at personen med demens distanserer seg fra fakta, har tilpasset seg sin livssituasjon og har innsikt i behov for hjelp (43). Men det kan like gjerne være uttrykk for diskrepans mellom fortolkningen av atferden som observeres og person med demens' subjektive opplevelse.

Flere forskere beskriver hvordan tilpasning og mestring av endring og utfordringer i livssituasjon og ved demenssykdom vil ha positiv betydning for livskvaliteten (4, 51). Når *hvordan man vil ha* det ikke sammenfaller med *hvordan man har det*, kan man enten endre situasjonen eller endre opplevelsen og vurderingen av situasjonen. Denne sistnevnte psykologiske prosessen krever innsikt og forståelse av situasjonen med bruk av abstrakt tenkning, planlegging og hukommelse. Disse egenskapene er marginalisert ved demens fordi kognitiv svikt vil komplisere evnen til bearbeiding og tilpasning. På den annen side, evnen til å tilpasse seg er individuell og preges av flere faktorer, som eksempelvis trygghet og tillit, samt personlige egenskaper utviklet gjennom livet. Evnen til omstilling hos personer med demens bør derfor ikke anses som fraværende, men redusert. For øvrig foreligger lite forskning på hvilke tanker personer med demens har om mestring av sitt liv.

Det kan diskuteres i hvilke grad kvalitativ metode er egnet for å innhente informasjon hos personer med redusert hukommelse og kommunikasjonsevne. Oppløst tidsperspektiv med manglende opplevelse av helhet og forståelse for det som skjer, vil prege språket og gjenspeiles i kommunikasjonsproblemene (14, 48, 52). Validiteten og reliabiliteten i meningsinnholdet hos personen med demens vil imidlertid styrkes om budskapet gjentas i intervjuet og om budskapet bekrefter holdninger personen hadde før sykdomsutvikling, eventuelt bekreftes av pårørende (17).

Kunnskap om problemene rundt måling av livskvalitet hos eldre mennesker i avhengig livssituasjon og blant mennesker som ikke har forventninger eller

håp om bedring, bidrar til å styrke argumentasjonen om bruk av proxymåling som metode for vurdering av livskvalitet hos personer med demens (43). Et annet argument er påstanden om at redusert kognisjon og innsikt hos personer med demens gjør personene til upålitelige informanter (14, 48, 53).

Proxyminformasjon bør imidlertid kun brukes hvis vi vet at kvaliteten på data er god og troverdig i forhold til hva personen med demens selv ville sagt. Som nevnt tidligere finnes det flere atferdsskjema. Mange av disse er testet og godkjent for norske forhold.

Utfordringer ved vurdering av livskvalitet hos en person med demens er knyttet til kriteriene som legges til grunn for hva som anses for normalt eller tilfredsstillende. Dette berører kjernen i problemet fordi måten vi uttrykker følelser på er individuelt. For eksempel kan gråt være uttrykk for sinne eller fortvilelse eller at en er følelsesmessig berørt. En persons egenoppfatning av begrepet gråt vil kunne prege vurderingen av den andres gråt. Proxyminformanten kan ha en annen oppfatning av hva som er viktig enn det personen med demens har. Informantens kultur, bakgrunn, kunnskap, personlighet og tidligere erfaringer vil således kunne påvirke vurderingen av den andres livskvalitet. En grunnleggende innvending mot forskning som tar utgangspunkt i en persons egenvurdering av en situasjon, er at vurderinger alltid er relative til egne forventninger og sosial situasjon. Bevissthet om denne forutsetning må være til stede for å skåre andres livskvalitet (54). Helsepersonells forventninger til hva som er en akseptabel tilværelse, kan også avvike fra forventninger hos personen med demens og begrense forståelsen og beskrivelsen av den eldres opplevelse (44, 55, 56).

Et annet problem ved proxyminformasjon er kunnskapsmangel hos personalet i sykehjemmet, eksempelvis at de ikke oppfatter demenssymptomer eller forsøk på kommunikasjon hos personen med demens på en riktig måte. Flere studier har sett på samsvar mellom proxyminformasjon og selvrapportert livskvalitet hos personer med demens (19, 46, 48). Dette er kunnskap som begrenses til personer med demens som selv kan gi informasjon. Korrelasjonen mellom skåringene på ulike instrumenter er oftest høyere når



TRIVES HAN?

Adferden til en person med demens kan fortelle oss noe om livskvaliteten hans. Foto: Colourbox.



SELVRAPPORTERING: Personer med mild og moderat grad av demens kan gi nyttig informasjon om sin egen livskvalitet, viser flere studier. Foto: Colourbox.

proxyinformanten kjenner personen med demens godt (54). Dette kan forklare høyere korrelasjon mellom ektefeller, enn mellom barn og en syk forelder (57). Studier som sammenlikninger proxyrapporterte og selvrapporterte skåringer, viser en tendens til at informanter vektlegger ulike typer svikt hos personen med demens som viktigere for livskvalitet enn det personen selv gjør (48, 58). Dette gjelder også når informanten er nær pårørende.

Livskvalitetsvurdering gjort av hjemmeboende personer med demens samsvarer godt med pårørendes vurdering (54, 59). Det er mer usikkert hvorvidt dette gjelder for sykehjemsbeboere og personell som arbeider i sykehjemmet. Novella (2001) fant høyere intern konsistens i pasientens datainformasjon enn i proxydataene, men den interne konsistensen i selvrapporterte data ble svakere utover i sykdomsforløpet av demenssykdommen (60). Dette bekrefter verdien av å anvende selvrapporterte data for pasienter med mild til moderat grad av demens, mens for personer med alvorlig grad av demens vil verdien av selvrapportert livskvalitet trolig være mindre. Særlig hos personer som ikke har verbalt språk, er det nyttig å kunne evaluere livskvalitet gjennom bruk av proxyinformasjon i stedet for selvrapportert informasjon. Den interne konsistensen øker i proxydataene når man spør om objektive observerbare, fysiske symptomer, atferd og funksjoner (46, 60, 61).

Det hevdes at proxydata både fra familiemedlemmer og helsepersonell gir utfyllende informasjon om livskvalitet (54). Ved å innhente data fra både en informant som kjenner personen med demens godt og fra personen med demens, får vi et rammeverk av referanser (46, 54). I litteraturen diskuteres det om et slikt rammeverk medfører for høye og optimistiske estimater av livskvalitet siden tilgjengelige livskvalitetseskjema/instrumenter ikke er 100 % gyldige.

Konklusjon

Tolkning av både proxyrapportert og selvrappor-

tert informasjon om livskvalitet hos personer med demens er en utfordring i klinisk praksis og i forskning. Selvrappotering om livskvalitet er *gullstandarden* for å få kunnskap om en persons livskvalitet. Hos person med demens er det utfordringer knyttet til selve demenssymptomene som gjør det vanskelig, men ofte ikke umulig, å kartlegge personens livskvalitet. Proxyinformasjon om livskvalitet hos personer med demens er brukbar og nødvendig informasjon, men informasjonen må anvendes med varsomhet fordi den har begrensninger. Vi trenger informasjon fra begge metodene for å kartlegge livskvalitet hos personer med demens. Ved bruk av proxyinformasjon kan vi inkludere grupper av personer med demens det ellers ville være vanskelig eller umulig å studere. Det er viktig å være oppmerksom på utfordringene ved bruk av de ulike metodene, slik at vurderingen og kartleggingen av pasientens livskvalitet blir riktigst mulig. ■

Referanser

1. Lawton MP. Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist* 1983 Aug;23(4):349-57.
2. Lawton MP. Quality of life in Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1994;8 Suppl 3:138-50.
3. Næss S, Mastekaasa A, Mourm T, Sørensen T. Livskvalitet som psykisk velvære: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) 2001. Report No.: 3/2001.
4. Byrne-Davis LMT, Bennett PD, Wilcock GK. How are quality of life ratings made? Toward a model of quality of life in people with dementia. *Qual Life Res* 2006;15:855-65.
5. WHOQOL GROUP. The World Health Organisation quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-9.
6. Ballard C, O'Brien J, James I, Mynt P, Lana M, Potkins D, 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(1):93-106.
7. Olin JT, Katz I, Meyers BS, Schneider LS, Lebowitz BD. Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer Disease. Rationale and background. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10(2):129-41.
8. Selbaek G, Kirkevold Ø, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22(9):843-9.
9. Bourbonnais A, Ducharme F. The meaning of screams in older people living with dementia in a nursing home. *Int Psychogeriatr* 2010 Nov;22(7):1172-84.
10. Engedal K, Haugen PK. Demens- fakta og utfordringer. 5 utg. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse; 2009
11. Barca ML, Selbaek G, Laks J, Engedal K. Factors associated with depression in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009 Apr;24(4):417-25.
12. Barca ML, Engedal K, Laks J, Selbaek G. A 12 months follow-up study of depression among nursing-home patients in Norway. *J Affect Disord* 2010 Jan;120(1-3):141-8.
13. Hoe J, Hancock G, Livingston G, Woods B, Challis D, Orrell M. Changes in the Quality of life of people with dementia living in care homes. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2009 Jul-Sep;23(3):285-90.
14. Hurt CS, Banerjee S, Tunnard C, Whitehead DL, Tsolaki M, Mecocci P, et

- al. Insight, cognition and quality of life in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2010;81:331-6.
15. Mjørud M, Engedal K, Barca ML, Ytrehus S. Livskvalitet og depressive symptomer, en kvantitativ tverrsnittstudie. *Sykepleien Forskning* 2011;6(2):178-186.
 16. Moyle W, McAllister M, Venturato L, Adams T. Quality of life and dementia. The voice of the person with dementia. *Dementia* 2007;6(2):175-91.
 17. Wogn-Henriksen K. Siden blir det vel verre... nærbilder av mennesker med aldersdemens. Sem: INFO-Banken; 1997
 18. Cahill S, Begley E, Topo P, Saarikalle K, Macijauskiene J, Budraitiene A, et al. I know where this is going and I know it won't go back: Hearing the individual's voice in dementia quality of life assessments. *Dementia* 2004;3(3):313-30.
 19. Ready RE, Ott BR, Grace J. Patient versus informant perspectives of quality of life in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:256-65.
 20. Selbæk G. Vet vi hvordan de har det? Måling av livskvalitet hos personer med demens. I: Krüger R, red. Evige utfordringer Helsestjenester og omsorg for eldre. Tønsberg: Aldring og helse; 2006. s. 63-76.
 21. Hanestad BR. Quality of life and insulin - dependant diabetes mellitus [Doktorgrad avhandling]. Bergen: Universitetet i Bergen; 1992.
 22. Mæland J. Helse og livskvalitet. Begreper og definisjoner. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1989;109:1311-5.
 23. Rabins PV, Kasper JD. Measuring quality of life in dementia: conceptual and practical issues. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1997;11 Suppl 6:100-4.
 24. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 1995 Jan 4;273(1):59-65.
 25. Mooney A. Quality of life: questionnaires and questions. *J Health Commun* 2006 Apr-May;1(3):327-41.
 26. Fugelli P, Ingstad B. [Health--people's perspective]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001;121(30):3600-4.
 27. Mæland J. Forebyggende helsearbeid - i teori og praksis. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2005.
 28. Sloane PD, Zimmerman S, Williams CS, Reed PS, Gill KS, Preisser JS. Evaluating the quality of life of long-term care residents with dementia. *Gerontologist* 2005 Oct;45 Spec No 1(1):37-49.
 29. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* 1988;23:271-84.
 30. Cohen-Mansfield J. Conceptualization of agitation: results based on the Cohen-Mansfield Agitation Inventory and the Agitation Behavior Mapping Instrument. *Int Psychogeriatr* 1996;8 Suppl 3:309-15; discussion 51-4.
 31. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44:2308-14.
 32. Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH, Franssen E, Georgotas A. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry* 1987 May;48 Suppl:9-15.
 33. Haave E. Livskvalitet hos pasienter med alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom: norsk versjon av The Perceived Quality of Life Scale. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2007;44(6):735-40.
 34. Scholzel-Dorenbos CJ, Etema TP, Bos J, Boelens-van der Knoop E, Gerritsen DL, Hoogeveen F, mfl. Evaluating the outcome of interventions on quality of life in dementia: selection of the appropriate scale. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007 Jun;22(6):511-9
 35. Naglie G. Quality of life in dementia. *Can J Neurol Sci* 2007 Mar;34 Suppl 1:S57-61.
 36. Hoe J, Katona C, Orrell M, Livingston G. Quality of life in dementia: care recipient and caregiver perceptions of quality of life in dementia: the LASER-AD study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007 Oct;22(10):1031-6.
 37. Brod M, Stewart AL, Sands L. Conceptualization of Quality of Life in dementia. *Journal of Mental Health* 1999;5(1):7-19.
 38. WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995 Nov;41(10):1403-9.
 39. Weiner MF, Martin-Cook K, Svetlik DA, Saine K, Foster B, Fountaine CS. The Quality of life in late-stage dementia (QUALID) scale. *J Am Med Dir Assoc* 2000;1(3):114-6.
 40. Lawton MP. Assessing quality of life in Alzheimer disease research. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1997;11(6):91-9.
 41. Rokstad A. Dementia Care Mapping. En metode for kvalitets sikring av omsorgen for personer med demens. *Demens* 2004;8(2):7-9.
 42. Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007.
 43. Slagsvold B. Mål eller mening. Om å måle kvalitet i aldringsinstitusjoner. Oslo: Norsk gerontologisk institutt 1995. Report No.: 1/1995.
 44. Schilling OK. Cohort- and age-related decline in elder's life satisfaction: is there really a paradox? *Eur J Aging* 2005;2(4):254-63.
 45. Thorgrimsen L, Selwood A, Spector A, mfl. Whose quality of life is life is it anyway? The validity and reliability of the Quality of Life - Alzheimer's Disease (QOL-AD) Scale. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2003;17(4):201-8.
 46. Kane RL, Kane RA, Bershadsky B, Degenholtz H, Kling K, Totten A, mfl. Proxy sources for information on nursing home residents' quality of life. *J Gerontol B Schol Sci Soc Sci* 2005 Nov;60(6):S318-S325.
 47. Gerritsen DL, Steverink N, Ooms ME, De Vet HCW, M.W.R. Quality of life and its measurement in nursing homes. *Wageningen: pensen and looijen b.v.*; 2004.
 48. Kolanowski A, Hoffman L, Hofer SM. Concordance of self-report and informant assessment of emotional well-being in nursing home residents with dementia. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007 Jan;62(1):20-7.
 49. McPhail S, Beller E, Haines T. Two perspectives of proxy reporting of health-related quality of life using the Euroqol-5D, an investigation of agreement. *Med Care* 2008 Nov;46(11):1140-8.
 50. Zimmerman S, Sloane PD, Heck E, Maslow K, Schulz R. Introduction: dementia care and quality of life in assisted living and nursing homes. *Gerontologist* 2005 Oct;45 Spec No 1(1):5-7.
 51. Macht M, Schwarz R, Ellgring H. Patterns of psychological problems in Parkinson's disease. *Acta Neurol Scand* 2005 Feb;111(2):95-101.
 52. Hoe J, Katona C, Roch B, Livingston G. Use of the QOL-AD for measuring quality of life in people with severe dementia- the LASER-AD study. *Age Ageing* 2005;34:130-5.
 53. Snow AL, Graham DP, Molinari VA. Factors affecting Deficit awareness in persons with dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2005;20:133-9.
 54. Sneeuw KC, Sprangers MA, Aaronson NK. The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease. *J Clin Epidemiol* 2002 Nov;55(11):130-43.
 55. Harrison C. Personhood, Dementia and the integrity of a life. *Can J Aging* 1993;12(4):428-40.
 56. Schilling OK, Wahl HW. Modeling late-life adaptation in affective well-being under a severe chronic health condition: the case of age-related macular degeneration. *Psychol Aging* 2006 Dec;21(4):703-14.
 57. Conde-Sala J L, Garre-Olmo J, Turró-Garriga O, López-Pousa S, Vilalta-Franch J. Factors related to perceived quality of life in patients with Alzheimer's disease: the patient's perception compared with that of caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009;24:585-94.
 58. Albert SM, Castillo-Castanada C, Jacobs DM, Sano M, Bell K, Merchant C, et al. Proxy-reported Quality of life in Alzheimer's Patients: Comparison of Clinical and Population-Based samples. *Journal of Mental Health* 1999;5(1):49-58.
 59. Menne HL, Judge KS, Whitlatch CJ. Predictors of quality of life for individuals with dementia: implications for intervention. *Dementia* 2009;8(4):543-60.
 60. Novella JL, Jochum C, Jolly D, Morrone I, Ankrj J, Bureau F, et al. Agreement between patients' and proxies' reports of quality of life in Alzheimer's disease. *Qual Life Res* 2001;10:443-52.
 61. Torvik K, Kaasa S, Kirkevold O, Rustoen T. Pain in patients living in Norwegian nursing homes. *Palliat Med* 2009 Jan;23(1):8-16.

Livskvalitet hos norske hundreåringer



Margareth Bondevik, sykepleier, dr.polit. Førstemanuensis emerita, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

Innledning

Stadig flere nordmenn opplever å bli 100 år. Ved inngangen til 2012 var 736 personer i Norge 100 år og eldre, 617 kvinner og 119 menn (1). I 1950 var 50 nordmenn 100 år. I dag oppnår 1 av 7–10000 personer å bli 100 år i vår del av verden (2), mens det antas at snart vil 1 av 5000 oppnå en så høy alder (3).

Gjennom hele 1900-tallet har det vært en økning i gjennomsnittlig levealder i Norge. Gradvis bedring av sosiale forhold, samfunnets helsepolitikk og bekjempelse av infeksjonssykdommer la grunnlaget for økt levealder og en markant økning i de eldste

aldersgrupper. Kvinner lever fortsatt lenger enn menn, men forspranget minker. Piker og gutter født i 2010 forventes å bli i gjennomsnitt henholdsvis vel 83 år og nær 79 år (1).

Laslett (4) foreslår en inndeling av livsløpet i fire faser (se Tabellen) og lanserer begrepet *Den fjerde alderen* som alderdommen i egentlig forstand. Laslett beskriver den fjerde alderen som en tilværelse som i hovedregel før eller seinere preges av kroppslig svekkelse og avhengighet av andres hjelp. Romøren (5) bekrefter og utdyper denne beskrivelsen i en studie som omfatter funksjonstap, familieomsorg og tjenes-

Sammendrag: Stadig flere nordmenn opplever å bli 100 år. Medvirkende faktorer er blant annet bedring i sosiale forhold og bekjempelse av infeksjonssykdommer. Forskning blant hundreåringer har internasjonalt økt fra 1990-årene. Etter hvert foreligger det et stort antall studier som omhandler livskvalitet. Hensikten med studien var å få økt kunnskap om personer som er 100 år og eldre i Norge. Kunnskap om deres livshistorie, livet i nåtid og deres tanker om fremtiden vil gi bedret empirisk grunnlag for relevante intervensjonstrategier. Kvalitativt dybdeintervju er benyttet som datainnsamlingsmetode. 51 personer i alderen 100–105 år deltok. Funn viser at de fleste har hatt et godt og meningsfylt liv. Noen ønsker at livet skulle ha vært annerledes. Livssituasjonen er for mange endret nylig, med flytting fra eget hjem til institusjon. Det å ha råderett over noe i eget liv letter tilpassing til nye forhold. Opplevd respekt styrker selvtillit og livskvalitet. De fleste ønsker å leve en stund til. Mange synes de har det bra og har ingen bekymringer for fremtiden. Andre uttrykker håp og bekymring på områder som griper dypt inn i tilværelsen. Informantene viser stort behov for å snakke om eksistensielle spørsmål. Informantene har et realistisk forhold til døden. De føler seg trygge på at døden kommer når deres tid er forbi.

Nøkkelord: Den fjerde alder, 100 år, livskvalitet, livshistorie, mestring, eksistensielle problemstillinger

Quality of life among Norwegian centenarians

Abstract: The number of centenarians is increasing in Norway. The reasons include improved social conditions and the successful combating of infectious diseases. International research on centenarians has increased since the 1990s. Studies on their quality of life have increasingly become available. This study aimed to obtain increased knowledge about centenarians in Norway. Knowledge about their life histories, including their present situation and their thoughts about their future, will contribute to an evidence base for relevant nursing intervention strategies. We used qualitative research interviews to collect data from 51 people 100–105 years old. The findings show that most have had good and meaningful lives. Some wished their life had been different. The life situation of many has changed recently because they have moved from their home into an institution. Having control of some aspects of their lives facilitates the adjustment to changed conditions. Experiencing respect seems to improve their self-confidence and quality of life. Most of the centenarians would like to live a while longer. Many are feeling well and are not worried about the future. Others express hope and concern in ways that reach deeply into their entire existence. The informants demonstrate great desire to talk about existential questions. They have a realistic attitude towards death and know that it will occur in due time. This makes them feel secure.

Key words: the fourth age, centenarian, quality of life, life history, coping, existential question



tebruk hos 434 personer over 80 år. Studien strekker seg over nær 20 år. Livsløpet kan bli meget langt. Samtidig viser studien eksempler på at livet kan være både aktivt og kreativt helt til det siste (5).

Livskvalitet – det gode liv

Livskvalitet handler om det gode liv. Synet på forutsetningene for det gode liv har skiftet gjennom tidene, om det er ytre, objektive forhold eller en indre, subjektiv opplevelse som er av størst betydning. Tatar-kiewicz (6) har analysert begrep som livets verdi, livets mening, lykke og begrepet liv. Liv knyttes til tid i form av kronologien fortid, nåtid og framtid. Fortiden består av gode og vonde opplevelser som danner fundamentet for vurdering av nåtid og framtid. En positiv opplevelse av nåtiden vil kunne lindre fortidens vonde opplevelser og forsterke tidligere gode opplevelser, mens vonde opplevelser i nåtid kan utsette det positive en tidligere har opplevd (6).

I våre dager knyttes det gode liv til en vurdering av tilværelsen som helhet, eller en vurdering av ulike sider ved tilværelsen. Livskvalitet som begrep for det gode liv er relativt nytt. Begrepene brukes synonymt. Uansett brukssammenheng vekker begrepene posi-

tive assosiasjoner. Når livskvalitet defineres, preges definisjonen av den aktuelle fagtradisjonen. Uansett definisjon er et fellestrekk at livskvalitet dreier seg om individets egen vurdering og følelse knyttet til eget liv (det subjektive aspekt). I tillegg rommer begrepet flere sider, som fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter ved menneskets liv (7). Næss (8) definerer livskvalitet som psykisk velvære, en opplevelse av å ha det godt.

Dagens hundreåringer som er født og oppvokst i Norge tilhører en generasjon som har opplevd mange potensielle trusler mot det gode liv. De hadde sin barndom i begynnelsen av 1900-tallet, for mange preget av fattigdom, første verdenskrig 1914–1918 med matmangel og for mange tap av en eller flere nærstående

«Stadig flere nordmenn opplever å bli 100 år.»

på sjøen, spanskesyken 1918–1919 som krevde mange tusen liv, økonomiske depresjonsår på 1920-1930-tallet, stor arbeidsløshet, manglende trygdeordninger og andre verdenskrig 1939–1945. Erfaringene har

FELLESTREKK:

Informantene har visse fellestrekk. De har blant annet hatt god helse og et lyst sinn og vært i aktivitet. De har fortsatt gode følelsesmessige bånd til nærstående andre. Foto: Colourbox.

formet og preget dem. I etterkrigstiden bidro de sterkt til oppbyggingen av velferdsstaten. De har opplevd en utvikling i Norge som ingen kunne ha drømt om.

En annen potensiell trussel mot det gode liv er sykdom og funksjonssvikt som en er mer utsatt for i den fjerde alder. Aldring er ikke sykdom, men aldringsprosessen medfører struktureforandringer som svekker de enkelte kroppsfunksjonene. Dette innebærer økt sårbarhet med hensyn til å utvikle aldersassosiert sykdom. Å oppnå en alder av 100 år innebærer for mange at det sosiale nettverket reduseres. Dette kan innebære en trussel mot god livskvalitet. Oppsummert kan tidligere livserfaringer og å tilhøre den fjerde alder innebære trusler mot det gode liv.

Tidligere studier av personer som er 100 år og eldre

Forskning blant hundreåringer har økt sterkt fra 1990-årene, og dekker et vidt spekter av temaer. Både internasjonale og nordiske studier har fortrinnsvis fokusert på hvilke faktorer som fører til et hundreårig liv. Muligheten for å nå høy alder er et resultat av en kompleks kombinasjon av genetikk, omgivelser, livsstil og hell (3, 9).

Etter hvert foreligger det et stort antall internasjonale studier som belyser livskvalitet hos hundreåringer. Her omtales et lite utvalg. En australsk studie (10) undersøkte fysisk, mental og kognitiv funksjon, samt livskvalitet blant hundreåringer. De fleste hadde regelmessig kontakt med familie, venner og naboer og rapporterte høy livskvalitet, til tross for redusert funksjonsevne og avhengighet av andres hjelp. Dette viser, ifølge forskerne, en unik evne til tilpassing til aldring og de begrensninger aldringsprosessen kan medføre. Angst og depresjon var relativt ikke-eksisterende.

En italiensk studie (11) sammenliknet livskvalitet hos hundreåringer med to yngre aldersgrupper, henholdsvis i alderen 75–85 år og 86–99 år. Hundreåringene klaget lite på helsen. Deres kognitive funksjon var rimelig bra og de hadde lavere skåre for angst og depresjon enn deltakerne i de to yngre gruppene. Hundreåringene var mer tilfreds med livet og med sine familiære og sosiale relasjoner, syntes mer tilpasset sin livssituasjon og viste en mer positiv holdning enn aldersgruppene de ble sammenliknet med.

I en britisk studie (12) ble 16 hundreåringer intervjuet om hva de fant viktig for å ivareta et godt liv i høy alder: å leve så selvstendig som mulig, holde ved like nære relasjoner og fortsette å utvikle seg. Vanskeligheter og tap så de som en del av livet. En må akseptere hva livet bringer og gjøre hva en kan for å komme seg videre. Disse hundreåringene ga et positivt

Inndeling av livsløpet i fire faser i henhold til Laslett (4)

Den første alder	Oppvekst
Den andre alder	Arbeidsliv
Den tredje alder	Pensjonisttilværelsen
Den fjerde alder	Alderdommen – livet etter 80 år

bilde av aldring. De følte seg også betydningsfulle og verdifulle, ved å være gjenstand for den oppmerksomhet det innebærer å delta i en studie av denne art.

Friedman (13) har foretatt en studie i 13 land, blant 50 personer som var 110 år og eldre, såkalte superhundreåringer. Levekårene har naturlig nok artet seg forskjellig under så ulike kulturer og forhold. Likevel fant Friedman mange fellestrekk i sine funn. Informantene har vært ved god helse det meste av livet. De fleste har aldri vært syke. En grunnleggende positiv holdning preget dem. Deres oppvekst var preget av krig, sult og for mange diskriminering. De lærte å ikke gi seg over, men å overvinne problemene. De fleste var fortsatt en del av et sosialt nettverk av familie og/eller venner. På sine steder innebar familiekulturen og sosiale normer en ærbødighet for gamle mennesker som styrket dem i alderdommen. Livet har vært preget av hardt arbeid, der de har vært i aktivitet og brukt kroppen fra barnsbein av. Familiens økonomi var avhengig av at barna arbeidet. Verdier i form av religion, tro og spiritualitet var en viktig komponent i livet. Uansett form og innhold ga verdiene sammenheng i den enkeltes liv. De uttrykte stor grad av tilfredshet med livet. De vokste opp og bodde fortsatt i landlige forhold. Rytmen på landet i nær kontakt med naturen ga dem en sammenheng å leve innenfor.

Formålet med en svensk studie (14) var å gi et representativt bilde av hvordan det er å være 100 år gammel. I studien deltok til sammen 100 personer. Studien beskrev aldersgruppen fra en fysisk, psykologisk og sosial synsvinkel. Vel halvparten mestret dagliglivets aktiviteter med minimal eller ingen assistanse. Forekomsten av alvorlige sykdommer var lav. Prestasjonsevne på kognitive tester viste stor spredning. En stor del av deltakerne ga uttrykk for at de hadde hatt et meget godt liv.

I en finsk studie (15) deltok 181 av i alt 185 aktuelle personer som var 100 år og eldre. Hensikten med studien var å kartlegge biologiske karakteristika, hvordan livet har artet seg og hvordan de opplevde livet i en alder av 100 år. De sosiale og kliniske funnene var meget bredspektret. De som bodde i institusjon hadde flyttet fra eget hjem i meget høy alder. De fleste opplevde helsen som meget god og var fullstendig til-

freds med sin nåværende situasjon. Så å si alle sa seg tilfreds med livet i sin helhet. Deres fysiske kapasitet var god. De ble karakterisert som mentalt sterke, med fravær av mentale lidelser. De har ført et aktivt sosialt liv, tross hardt arbeid. En positiv tenke- og væremåte preget dem.

I Norge er det publisert en portrettsamling, den første der samtlige informanter er 100 år og eldre. Boken er en unik samling livshistorier, kulturhistorie og norgeshistorie gjennom hele 1900-tallet (16).

Litteraturen viser at livskvalitetsstudier blant hundreåringer i høy grad fokuserer på biomedisinske problemstillinger. Det er fortsatt mangel på studier blant hundreåringer som i større grad belyser psykososiale og eksistensielle faktorerets betydning for livskvalitet. Videre har det manglet studier med hundreåringers egne refleksjoner og tanker om fremtiden. Kvalitativ metode vil egne seg for flere av de nevnte problemstillinger.

Studiens hensikt

Fokus for denne studien er personer som er 100 år og eldre (17). Hensikten er å få dypere innsikt og bredere forståelse for deres livshistorie, opplevelse av livet i nåtid og tanker og refleksjoner for den framtid de har igjen. Denne kunnskap kan bidra til et bedret empirisk

grunnlag for relevante intervensjonsstrategier, slik at det enkelte gamle menneske opplever et best mulig liv og en verdig alderdom.

Metode

Studien er i henhold til temaet plassert innenfor en fenomenologisk forskningstradisjon (18) og gjennomført ved hjelp av kvalitativ metodologi (19). Studien har fulgt etiske retningslinjer nedfelt i Helsinkideklarasjonen (20) og er utført i overensstemmelse med yrkesetiske retningslinjer (21). Det forelå tilråding

«De fleste ønsker å leve en stund til.»

til gjennomføring av studien fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Vest-Norge, og anbefaling fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Studien foregikk i Hordaland fylke. Gjennom Statistisk sentralbyrå fikk en opplysninger om hvilke av fylkets 33 kommuner som hadde innbyggere i aktuell alder i tidsrommet for datasamling. På grunnlag av gitte tillatelser ble det sendt søknad til aktuelle enheter i kommunene for gjennomføring av studien, forutsatt aktuelle informanter.



DEN GANG DA: Dagens hundreåringer ble født før første verdenskrig. De tilhører en generasjon som har opplevd mange trusler mot det gode liv - spanskesyken, andre verdenskrig, økonomiske depresjonsår og mye mer. Men de har klart seg, og har det stort sett bra. Foto: Colourbox.

For å bli inkludert i studien måtte informanten ha fylt 100 år, ha tilstrekkelig god hørsel til å kunne delta i en samtale under gunstige omstendigheter, være orientert for tid og sted, ikke være diagnostisert som dement eller konfus og ikke ha kjent depresjon. Personer ble ekskludert dersom medisinsk ansvarlig og/eller ansvarlig pleiepersonell vurderte en potensiell informant til ikke å være i generell god nok helse-tilstand, og videre hvis sykdom og andre forhold gjorde at gjennomføring av samtale ikke var etisk eller medisinsk forsvarlig.

Førstehåndskontakt med potensielle informanter skjedde gjennom det etablerte omsorgsapparat, ved institusjonens leder eller ansvarlig person utenfor institusjon. Informasjon om studien ble gitt muntlig og skriftlig. Så snart en aktuell informant stilte seg positiv til henvendelsen, ble det gjort avtale om tidspunkt for intervjuet, som regel via hjelpeapparat eller familie. Informantene bodde i til sammen 15 kommuner. Intervjuene foregikk der informanten bodde, i deres værelse på sykehjem, aldershjem eller i eget hjem.

I informasjonsskrivet var det antydnet at intervjuet ville vare en times tid. Dersom informanten ønsket det, kunne intervjuet deles på et par besøk. Intervjuene varte i gjennomsnitt 1 1/2 time, med en spredning fra en til vel to timer. Det var gitt tillatelse til å ta intervjuene opp på bånd, dersom informanten tillot det. Dette ble gjennomført med et fåtall. De fleste ønsket at intervjuer noterte. Samtalene forløp i et såpass rolig og langsomt tempo at dette fungerte tilfredsstillende og uten problemer for intervjuer, samt mest avslappende for informanten.

Hovedtemaene fortid, nåtid og framtid utgjorde hovedstrukturen i intervjuguiden. Temaene er veiledende, ikke styrende for samtalen (19). Hvert hovedtema hadde relevante undertema som det kunne være naturlig å samtale om. Dertil kom mange av informantene inn på andre tema som var viktige for dem.

Giorgi (18) har utviklet en fenomenologisk forskningsmetode for analyse av kvalitative data. Intervjuene ble skrevet ut i full tekst og analysert, ifølge Giorgis modell, ut fra en trinn for trinn tilnærming som består av fire steg. Intervjuet ble først lest grun-

«Livet kan oppleves godt og meningsfylt i meget høy alder.»



TENKER PÅ FAMILIEN: Noen har ingen bekymringer for sin egen del, men er opp-tatt av at det skal gå bra med yngre familiemedlemmer. Foto: Colourbox.

dig for å gi en generell forståelse av helheten og hva informanten ville fortelle. I trinn to ble meningsenheter identifisert. I trinn tre ble meningsenheter transformert til en mer eksplisitt og komprimert form. I trinn fire ble de viktigste karakteristika ved fenomenet spesifikt beskrevet. Det er ingen fortolkning av utsagnene, bare en beskrivelse av hvordan informantene opplever fenomenet.

Utsagnene er dels utsagn fra den enkelte informant, dels utsagn som er satt sammen fra flere informanter, der innholdet er det samme, men uttryksmåten kan variere noe. Dette er i tråd med Giorgis modell.

I foreliggende studie hadde intervjuer ett intervju med 45 av informantene og to intervjuer med seks informanter. Dette var ikke et reintervju, men en fullføring av et påbegynt intervju. Dette av individuelle hensyn til informantens høye alder og deres ønsker. Funnene i kvalitative studier gjelder de deltakere som har vært med i studien. Samtidig har funnene allmenngyldighet. Funnene antas derfor å ha gyldighet for andre personer som er sammenliknbare med informantene i denne studien.

Funn

51 personer ga sitt samtykke til å delta i studien, 38 kvinner, 13 menn. 36 var 100 år, 15 var i alderen 101–105 år (5: 101; 8: 102; 1: 104; 1: 105). 34 bodde på sykehjem, 7 på aldershjem, 10 bodde hjemme. Samtlige 31 kvinner som hadde levd i familie var enker, mens 7 var enslige. Av de 13 menn var 11 enkemenn, mens 2 bodde sammen med sin ektefelle. Informantene har visse fellestrekk: De har god helse, og har hatt det opp gjennom livet. De har taklet livets ulike krav og utfordringer, levd nøkternt hva kosthold og forbruk angår. De har vært i aktivitet, hatt mange interesser, et lyst sinn, har hatt og har fortsatt gode følelsesmessige bånd til nærstående andre. Karakteristikken *sterke personligheter gir mening*.

Et kvalitativt forskningsintervju kan ha en oppmuntrende og positiv virkning for et gammelt menneske:

– *Jeg var litt skeptisk og nervøs at du skulle komme, om jeg ville greie å svare på spørsmålene dine. Men det var bare hyggelig å ha deg her.*

– *Dette er det gledeligste som har hendt meg på lenge. En slik samtale løfter meg opp, noe å leve på lenge.*

Fortiden–tilbakeblikk på livet

Stort ansvar, utfordringer og krav fra barndommen av har preget informantene:

– *Jeg synes ikke jeg har hatt et slitsomt liv, selv om*

jeg ble tidlig enke og jobbet og slet for å gjøre det beste for barna.

For enkelte er det slitet og strevet som huskes best:

– *Livet har bestått av arbeid, fabrikkarbeid og annet tungarbeid.*

Konklusjonen mange trekker er at de kom seg gjennom det som var vanskelig og nå velger å huske det positive:

– *Jeg har greid meg fordi jeg har stått på, ga aldri opp, ga meg ikke over.*

– *En viss stahet og bestemthet har hjulpet meg gjennom livet.*

– *Hvis du visste hvor mange tak og vegger jeg har vasket i min tid. Takket være det greide jeg å forsørge familien.*

For andre er det overskyggende at meget i livet skulle ha vært annerledes. De angrer på et og annet som plager dem nå. Om dette vonde kan ligge mange tiår tilbake, forteller de helt åpent om hendelsene.

Nåtiden

Nåtiden dekker en viktig periode i informantens liv, preget av til dels store endringer. Her presenteres to av temaene som var gjenstand for samtale. For det første: Livssituasjonen er for mange nylig endret, med flytting fra eget hjem til institusjon. De fleste var fylt 100 år eller var nærmere 100 år da de flyttet:

– *Jeg bodde alene hjemme til jeg var 101 år, men så gikk det ikke lenger. Jeg kan ikke bo hjemme etter lærhalsbruddet. Nå har jeg bodd her ett år.*

– *Det har vært en stor tilpassing for meg, men jeg har tilpasset meg helt. Dette er hjemmet mitt nå, et godt sted å være.*

Å måtte flytte fra eget hjem til institusjon kan oppleves traumatisk:

– *Etter å ha bodd heime på garden i 101 år er det en stor overgang å komme hit mot min vilje, og så lenge helsa mi er knallsterk. Jeg klarte meg stort sett selv heime. Men de er greie mot meg her. Jeg kan ikke klage.*

Av de ti hjemmeboende informantene, er de fleste meget godt fornøyd. Både familien og hjelpeapparatet følger opp:

– *Datteren min er innom nesten daglig, og noen i familien ringer meg hver dag.*

– *Dagene går i full fart. Jeg har program hele dagen. Jeg sover godt, har god samvittighet.*

Et par mistrives:

– *Jeg liker meg ikke her jeg bor nå, selv om jeg har egen leilighet. Jeg vil heller bo hjemme, der jeg har bodd i alle år.*

Det kan i lengden oppleves ensomt å bo alene, selv

om en greier seg i det daglige og får noe hjelp:

– *Jeg sitter her alene og ser ikke et menneske. Vet de om jeg lever? Når jeg ikke har noen å snakke med, så ber jeg til Gud, og det hjelper.*

For det andre: Overraskende mange nevner en positiv endring i sin livssituasjon: De uttrykker glede over ikke lenger å tilhøre «eldrebølgen»: *Den tid er forbi!* De finner det interessant at de nå, i sin høye alder,

«Jeg sitter her alene og ser ikke et menneske.»

blir møtt med stor respekt. Mediene er interessert i å intervju dem og vil gjerne ha oppskriften for høy alder. En konsekvens er større selvtillit og positivt selvbilde. De føler at de er verd noe i kraft av sin tresifrete alder. Opplevd respekt og selvtillit gjør at flere i større grad tør å si fra hvordan de vil ha det:

– *Jeg får styre dagen min selv. Jeg liker å være lenge oppe. Jeg er eldst her og legger meg sist.*

– *Jeg sier fra til personalet når det er behov for det, på vegne av de andre her, som ikke kan eller tør si noe.*

Fremtiden

Livet

Selv om fremtiden nødvendigvis er begrenset for en hundreåring, er følgende utsagn representative:

– *Jeg er glad for livet og har lyst til å leve lenge enda, i hvert fall en stund, så lenge jeg ikke er til plage og bry.*

– *En holder på livet så lenge en har det. Jeg får være takknemlig for det som er, om livet ikke blir så langt heretter. Men livet er kjært, det.*

Ikke få knytter lysten til å leve og livets varighet, til høyere makter:

– *Jeg har lyst til å leve så lenge Gud vil jeg skal leve.*

Noen uttrykker glede og takknemlighet over at de har fått leve så lenge:

– *En lever så lenge en skal leve. Det er opp til en høyere makt å bestemme. Jeg takker Gud for dagen og livet hver kveld.*

Noen ganske få finner sin nåværende tilværelse trist:

– *Jeg synes ikke jeg har mer å leve for nå, men så lenge jeg lever er det vel en mening med det. Jeg føler at jeg ligger folk til byrde.*

– *Det livet jeg har nå er trist, ikke så mye å stå etter.*

Håp og bekymring

Mange synes de har det bra:

– *Jeg har ingen bekymringer for fremtiden, heller ingen spesielle ønsker.*

Andre knytter håp til bosted:

– *Jeg håper å få bo her i min egen leilighet så lenge som mulig. Synet avgjør. Det blir stadig dårligere.*

Enkelte har flyttet rundt til forskjellige institusjoner:

– *Jeg har nå sluttet å være redd for å bli flyttet på. Jeg tror ikke at de tar meg bort herfra, og håper at jeg kan få være her resten av livet. Jeg har alt mitt her, og her er jeg kjent.*

Flere bor alene og har et begrenset nettverk:

– *Mitt ønske er at en fra hjelpeapparatet kunne komme innom daglig, bare for å se at det står bra til. Jeg forventer ikke at de har mye tid. Men jeg ønsker så å ha et menneske å snakke med. Jeg er redd for å bli glemt.*

Andre har ingen ønsker eller bekymringer for seg selv, men for familien sin:

– *Jeg føler sut for de unge i familien, at det må gå dem vel.*

Døden

Mange gir uttrykk for at døden hører livet til:

– *Det eneste sikre vi vet er at vi skal dø. Gud bestemmer dagen. Det gir trygghet.*

Samtidig gir de uttrykk for glede over livet så lenge de får leve:

– *Jeg tenker ofte på døden. Jeg er ikke redd for å dø. Jeg er glad for livet og sier til Gud hver kveld når jeg ber aftnebønn: «Gud, du får bestemme når du henter meg hjem.»*

For andre er gleden over livet så sterk at det blir vanskelig å gi det fra seg:

– *Ja, jeg tenker jo på døden. Jeg tenker: Å dø, hvordan er det? Jeg er ikke klar til å dø, jeg er ikke ferdig til å flytte herfra, jeg er ikke ferdig til å reise fra denne verden, men jeg må jo bli det.*

Noen ganske få ser dette annerledes:

– *Jeg håper å få dø snart. Jeg synes ikke lenger livet har noen mening og ønsker bare å få dø. Når en har levd i mer enn 100 år er det lenge nok.*

Diskusjon

Hundreåringene i studien tilhører per definisjon den fjerde alder. Som nevnt innledningsvis begynner den fjerde alder i 80-årsalderen (4), og kjenetegnes i hovedregel før eller seinere av kroppslig svekkelse og avhengighet av andres hjelp. Med unntak av kronologisk alder støtter ikke studiens funn at hundreåringene foreløpig er i den fjerde alder, hva de anførte karakteristika angår. Hun-

dreåringene i studien kjennetegnes i større grad av det som Romøren (5) og andre studier viser (9-16), at livsløpet kan være aktivt og kreativt helt til det siste.

Livshistorien–tilbakeblikk på livet

Informantene gir et bredspektret tilbakeblikk på livet. De er født innenfor et tidsrom på vel seks år og har dermed felles historiske erfaringer, mens deres individuelle erfaringer er høyst forskjellige. De fleste opplever livet som rikt, godt og meningsfylt. De lærte allerede som barn å ikke gi seg over. Deres tilbakeblikk på livet kan knyttes til god livskvalitet (6-8). Superhundreåringene i Friedmans studie (13) viser det samme, i likhet med den svenske og den finske studien (14,15). Motgang i livet var utfordringer til å overvinnes. Hundreåringene i Ulstrups portrettintervjuer (16) er sammenliknbare med hundreåringene i denne studien. De fleste synes de har hatt et godt liv.

Nåtiden

Livssituasjonen var nylig endret for mange, med flytting fra eget hjem til institusjon. Det gode liv omfatter også hvordan en opplever å mestre sin aktuelle livssituasjon. Eldre mennesker har ulik evne til tilpassing og mestring, noe funnene i denne studien bekrefter og tidligere studier viser (10,11). Det har blant annet sammenheng med hvordan en har mestret kritiske hendelser tidligere i livet (22) og kan ses i lys av teorier om omstilling og mestring (23).

Opplevelse av respekt er en positiv endring i livssituasjonen for informantene. Mange av dem kan også selv inngi respekt på grunn av sin fine personlighet, uavhengig av alder. Respekt bidrar til en følelse av å bli verdsatt og er viktig for opplevelse av livskvalitet. Funnene om opplevd respekt i denne studien er sammenfallende med deltakerne i den finske studien (15) og Friedmans studie (13) ga uttrykk for.

Fremtiden–tanker og refleksjoner

Informantenes åpenhet om fremtiden er noe av det viktige denne studien gir innblikk i. Dette er ikke temaer de snakker om til daglig. I motsetning til hva mange i yngre generasjoner kanskje vil tro, uttrykker et flertall av informantene glede over livet, med lyst til fortsatt å leve. Noen forbehold tas. Begrunnelsene og forutsetningene varierer. Noen ganske få finner det trist det livet de nå lever. Av det etter hvert



økende antall studier av hundreåring er det, så langt en har oversikt, bare Ulstrups portrettsamling (16) som omhandler hundreåringers egne tanker og refleksjoner knyttet til fremtiden.

Ønsker, håp og bekymring

Funnene viser at ønsker, håp og bekymring er spredd over et bredt register, fra dem som ikke har håp eller bekymring for noe konkret, verken i nåtid eller framtid, til dem som uttrykker ønsker og håp om for eksempel mer sosial kontakt, som føler seg ensomme og er redde for å bli glemt, eller er bekymret for å ligge andre til byrde. Andre knytter ønsker, håp og bekymring til mulige endringer i fremtiden, for seg selv eller nærstående andre. Tatarkiewicz (6) knytter liv til tid: fortid, nåtid og framtid. Fremtiden farger nåtiden gjennom håp og ønsker for fremtiden, eller gjennom utrygghet og bekymring. Hvis bekymring tar mye oppmerksomhet i et gammelt menneskes liv, vil det kunne medvirke til lav livskvalitet (8). Håpets betydning finner støtte hos Erikson. Han gir håpet en grunnleggende funksjon gjennom livsløpet (24). Frankl (25) knytter håp til mening, et liv uten håp er et liv uten mening.

VIL LEVE: Mange i undersøkelsen gir uttrykk for at døden hører livet til. Samtidig gir de uttrykk for glede over livet så lenge de får leve. Foto: Colourbox.

Tanker og refleksjoner knyttet til døden

Døden ledsager livet. Død i eldre år oppfattes generelt som en naturlig biologisk slutt på livet. Likevel, døden er helt personlig. For enkelte er gleden over livet så sterk at det blir vanskelig å gi det fra seg, slik noen av informantene gir uttrykk for. Denne holdningen til liv og død gir støtte til Aagedal (26) som hevder at gamle mennesker kan anse sitt liv like verdifullt og unikt som yngre mennesker gjør. Det gjelder deres eget og eneste liv.

Metode

Datasamling ved intervju er en tidkrevende prosess. Det er viktig å sette av tilstrekkelig tid. Et kvalitativt forskningsintervju krever en bevisst etisk holdning for å ivareta informantens verdighet og integritet. Det er intervjuers ansvar å legge til rette for en positiv og trygg atmosfære. Kvalitativt forskningsintervju viste seg godt egnet for studiens problemstillinger og informantenes høye alder tatt i betraktning. Intervjuene lot seg gjennomføre som planlagt, uten problemer. Intervjuer hadde nytte av tidligere forskningserfaring med personer i den fjerde alder (27).

Konklusjon

Studien bekrefter betydningen av forskning blant hundreåringere. Deres formidling av egen livshistorie, opplevelse av nåtiden og tanker om framtiden bidrar til nyttig innsikt og kunnskap for helsepersonell og andre som har med gamle mennesker å gjøre. For å kunne bidra til god livskvalitet hos de aller eldste er det viktig å få kunnskap om hva de selv opplever som god livskvalitet. Kunnskap er en forutsetning for relevante intervensjonsstrategier, for å kunne gi liv til de årene som er blitt lagt til livet (28). Livet kan oppleves godt og meningsfylt i meget høy alder (5). Informantene viser stort behov for å samtale om eksistensielle spørsmål (29). Framtidig forskning blant hundreåringere bør intensiveres, med problemstillinger som omfatter ulike områder knyttet til deres liv, der også eksistensielle problemstillinger inkluderes. Friedman understreker betydningen av å lære av generasjonene før oss og hva vi kan lære våre barn om dem: «Vi er som de var, og de er som vi vil bli» (13). ■

Referanser

1. Statistisk sentralbyrå. Norges offisielle statistikk. Oslo: Statistisk sentralbyrå; (2010-12).
2. Kannisto V. On the survival of centenarians and the span of life. *Population Studies* 1988; 42: 389 – 406.
3. Perls T.T. The different paths to 100. *Am J Clin Nutr* 2006; 83 (2 suppl.): 484S – 97S.

4. Laslett P. A Fresh Map of Life. The Emergence of the Third Age. London: Weidenfeld and Nicolson; 1989.
5. Romøren TI. Den fjerde alderen. Funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2001.
6. Tatarakiewicz W. Analysis of Happiness. Melbourne International Philosophy Series, Volume 3. The Hague: Martinus Nijhoff; 1976
7. Wahl A, Rustøen T, Hanestad BR. Livskvalitetsforskning. En diskusjon om hvordan ulike faktorer påvirker kunnskap om livskvalitet. *Vård i Norden* 2000; 55 (20): 36–41.
8. Næss S. Språkbruk, definisjoner. I: Næss S, Moum T, Eriksen, J, redaktører. Livskvalitet. Forskning om det gode liv. Bergen: Fagbokforlaget; 2011. s. 15–52.
9. MacDonald M. Social support for centenarians' health, psychological well-being and longevity. I: Poon LW, Perls TT, redaktører. Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Centenarians' Longevity and Methods of Studying Centenarians. Volume 27: Biopsychosocial Approaches to Longevity. New York: Springer Publishing; 2007. s. 107–127.
10. Richmond RL, Law, J and Kay-Lambin F. Physical, Mental and Cognitive Function in a Convenience sample of centenarians in Australia. *JAMA* 2011; 59(6): 1080–1086.
11. Dello Buono M, Urcioli O, De Leo D. Quality of life and longevity: a study of centenarians. *Age Ageing* 1998; 27(2): 207–216.
12. Koch T, Turner R, Smith P, Hutnik N. Storytelling reveals the active, positive lives of Centenarians. *Nurs Older People* 2010; 22(8): 31–36.
13. Friedman J. Earth's Elders. The Wisdom of the World's Oldest People. South Kent CT: Earth's Elders Foundation, Inc; 2005.
14. Samuelsson S-M, Bauer Alfredson B, Hagberg B, Samuelsson G, Nordbeck B, Brun A, Gustavson L, Risberg J. The Swedish centenarian study: A multidisciplinary study of five consecutive cohorts at the age of 100. *The Int J Aging Hum Dev* 1997; 45(3): 223–53.
15. Louhija J. Finnish centenarians. A clinical, epidemiological study. Finland: Geriatric Unit, Second Department of Medicine, University of Helsinki; 1994.
16. Ulstrup Å. 100 pluss. Våre eldste forteller. Oslo: Dinamo forlag; 2005.
17. Bondevik M. Gammel og frisk. Om gerontologi og hundreåringer. Bergen: Folio forlag AS; 2009.
18. Giorgi A. Phenomenology and psychological research. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press; 1994.
19. Kvale S. Interview. En introduksjon til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels forlag; 1997.
20. Helsinki deklarasjonen. Internasjonalt anerkjente retningslinjer for medisinsk forskning på mennesker. Vedtatt av World Medical Association Assembly i Sør-Afrika, oktober 1996; revidert i Edinburgh, Skottland; oktober 2000.
21. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2011.
22. Nordhus IH. Psykologisk aldring. I: Bondevik M, Nygaard, H, redaktører. Tverrfaglig geriatri. En innføring. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2006. s. 22–29.
23. Lazarus RS. Coping with aging: Individuality as a key to understanding. I: Nordhus IH, VandenBos GR, Berg S, Fromholt P, redaktører. Clinical geropsychology. Washington DC: American Psychological Association; 1998. s. 109–27.
24. Erikson EH. Barndommen og samfunnet. Oslo: Gyldendal; 1976.
25. Frankl V. Vilje til mening. Oslo: Aventura; 1994.
26. Aagedal O. Døden på norsk. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1994.
27. Bondevik M. The life of the oldest old. Studies concerning loneliness, social contacts, activities of daily living, purpose in life and religiousness. Doktoravhandling. Bergen: Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen; 1997.
28. Forente Nasjoners prinsipper for eldre i verden. Oslo: Statens elderråd; 1991.
29. Schmidt H. Har du tid til det, da? Om åndelig omsorg i sykepleien. Bergen: Folio forlag; 2009.

Omsorgsbelastning hos kronikerpårørende

Sykepleier Bente Nordtug skriver om sin avhandling, der hun har sett på omsorgsbelastningen for pårørende til pasienter med KOLS og demens.

Tekst Redaksjonen Foto Privat

Bakgrunnen for studien er en forventet økende forekomst av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og demens i årene framover. Samtidig blir det trolig færre sykehjemsplasser og mindre tilgang på helsepersonell. Pårørende må derfor i framtiden regne med større omsorgsansvar. Studien har hatt til hensikt å undersøke pårørendes omsorgsbelastning ved KOLS eller demens; to kroniske, men ellers ulike sykdomstilstander. I tillegg var formålet å se på sammenhengen mellom omsorgsbelastning og ulike former for sosial støtte, karakteristiske trekk ved de syke og ved de pårørende ektefeller/samboere.

Til sammen 206 ektefeller eller samboere til partnere med enten KOLS (n = 105) eller demens (n = 101) deltok i denne tverrsnittundersøkelsen. Med spørreskjema kartla man deres grad av sosial støtte, deres omsorgsbelastning og deres mentale helse. De ble også spurt om forhold som avdekket



FORSKER: Bente Nordtug skal forskere videre på tema fra avhandlingen.

deres grad av nevrotisme, og om de opplevde selv å ha kontroll over egen tilværelse eller om ytre forhold satte rammer for deres frihet.

Resultat

Resultatene viste tydelige forskjeller mellom gruppene. For KOLS-gruppa var tekniske hjelpemidler det viktigste offentlige hjelpetiltaket, mens demensgruppa brukte mange flere og ulike former for offentlig hjelp og støtte. De med større omsorgsbelastning, hadde mer offentlig hjelp. Menn fikk mer offentlig støtte enn kvinner.

Aggressivitet hos den syke var forbundet med mindre opplevd støtte og større omsorgsbelastning. Videre ble omsorgsbelastningen større om den syke hadde lav evne til selvhjelp og i liten grad kunne være alene hjemme. Belastningen ble også større når de pårørende opplevde lite følelsesmessig støtte, og når familie og venner trakk seg bort. Eldre omsorgsgivere opplevde å få mer sosial støtte enn de yngre. I KOLS-gruppa opplevde 37 prosent at familie og venner trakk seg bort, mot 63 prosent i demensgruppa.

Ulike forhold påvirket omsorgsbelastningen for hvert av kjønnene. For kvinner ble den større når de fikk mindre følelsesmessig støtte og når familie og venner trakk seg bort. Menn rapporterte større belastning om de fikk mindre tid for seg selv, og hadde flere personer fra familie og venner som hjalp til. Imidlertid

minket menns omsorgsbelastning jo flere personer de selv kunne spørre om hjelp ved behov.

Når det gjaldt den mentale helse hos omsorgsgiverne, viste hele 30,5 prosent i KOLS gruppa og 58,4 prosent i demensgruppa høy forekomst av psykiske symptomer. Kvinner skåret høyere enn menn. Demensgruppa rapporterte å ha mindre opplevd egen kontroll i tilværelsen. Høyt innslag av nevrotisme i personligheten hos omsorgsgiverne og demens hos partneren var forbundet med dårligere mental helse og større omsorgsbelastning.

Nyttig kunnskap

Undersøkelsen kan bidra med kunnskap til målrettet planlegging av hjelpetiltak for familier som rammes av KOLS eller demens. Det kan være ønskelig å ta hensyn til at KOLS-gruppa rapporterte om mer sosial støtte, mindre omsorgsbelastning og bedre mental helse enn demensgruppa. I tillegg synes det fordelaktig å ta hensyn til kjønnsforskjeller. Samfunnsmessige tiltak mot sosial tilbaketrekkning fra familie og venner, kan lette omsorgsbelastningen, spesielt for par som rammes av demens.

Bente Nordtug arbeider nå som førsteamanuensis ved Helsefagavdelingen, Høgskolen i Nord-Trøndelag. Hun forsker videre på tema fra avhandlingen. ■

Kontakt: bente.nordtug@hint.no

Livskvalitetsmålinger og eldre



Av Liv Halvorsrud, sykepleier, PhD, Førsteamanuensis, Høyskolen Diakonova, Oslo

Livskvalitet er blitt viet stadig større oppmerksomhet de siste tiårene. Dette vises både i nasjonal og internasjonal forskning, fagutvikling, i politiske dokumenter og i dagliglivet. Flere Stortingsmeldinger peker på betydningen av økt livskvalitet for den enkelte (1-4). Gode indikatorer til å måle selvrapportert livskvalitet blant mennesker i alle aldre etterlyses (5). Det fremheves at en bør ha en klarere forståelse av eldre menneskers opplevelse av livskvalitet for å utvikle, implementere og evaluere tiltak både på samfunns- og individnivå. I lys av dette er det behov for å klargjøre hva man oppfatter med begrepet livskvalitet relatert til alder. Denne artikkelen beskriver hvordan livskvalitet kan måles blant eldre mennesker og viser til noen hensyn man bør ta.

Hva er livskvalitet?

Begrepet livskvalitet ble introdusert så tidlig som i 1920 årene. Likevel er det ingen samlet allmenn oppslutning om én definisjon av livskvalitet (6).

I tillegg brukes begrepet tilsynelatende synonymt med andre begrep slik som helsereelatert livskvalitet, velvære og livstilfredsstillelse noe som gjør det vanskelig å sammenlikne forskningsresultater (7). For om lag ti år siden klargjorde Næss (8) at hun ønsket å forklare begrepet livskvalitet som psykisk velvære. Hun oppsummerte ordet livskvalitet som: et moteord, et honnørord, et ord som brukes som alternativ til materiell velferd og som brukes ulikt av forskjellige mennesker. Det er imidlertid enighet om at begrepet er komplekst, multidimensjonalt og subjektivt (9). World Health Organization Quality of Life – Group (WHOQoL Group) definerer livskvalitet som: «individets oppfatning av sin stilling i livet på bakgrunn av sin kultur og sine verdisystemer, og i forhold til sine mål, forventninger, standarder og interesser. Dette er et vidtfavnende konsept som påvirkes på en sammensatt måte av personens fysiske helse, psykologiske tilstand, personlig tro, sosiale forhold og forhold til miljø» (10) s.1405).

Sammendrag: Selvrapportert livskvalitet vurdert ved bruk av validerte måleinstrumenter kan bidra til en større forståelse av eldre menneskers opplevelse av livskvalitet. Det kan være en hjelp for sykepleieren til å utvikle, implementere og evaluere tiltak. Det synes som det snarere er erfaringene gjort gjennom livet enn alder i seg selv som har betydning for den eldre livskvalitet. Det er utviklet en rekke måleinstrumenter som hver for seg kan ha ulik forståelse av begrepet livskvalitet. Når selvrapportert livskvalitet skal benyttes i denne gruppen, betinger det at den eldre har tilstrekkelig fysisk, psykisk og kognitiv funksjon til å svare på spørsmål eller å beskrive sin tilstand. Dessuten kan eldre personer oppleve spørsmål om livskvalitet som sensitive. Kjennskap til pasientens livskvalitet kan bidra til at han / hun får rett sykepleie tilpasset sin kultur, sine verdier, sine mål, forventninger, standarder og interesser i livet.

Nøkkelord: livskvalitet, eldre, måling, måleinstrument

Abstract: Self-reported quality of life (QoL) assessed using validated measurement instruments can contribute to a greater understanding of QoL from the perspective of the older adult. Information may be useful for the nurse in developing, implementing and evaluating interventions. Experience gained through life rather than age itself seems to affect QoL among older adults. A variety of instruments to measure QoL are available and reflect varying aspects of the QoL concept. Completion of self-reported QoL instruments requires that the older adult has sufficient physical, mental and cognitive function to answer questions or to describe their condition. Furthermore, some questions about QoL are reported by older adults as sensitive and need to be used with caution. Knowledge of the patient's QoL helps to ensure that he/she receives appropriate nursing care relative to his/her culture, values, goals, expectations, standards and interests in life.

Key-words: quality of life, aged, measurement, measurement instrument



Definisjonen reflekterer at livskvalitet er en subjektiv evaluering forankret i kulturelle, sosiale og miljømessige forhold som individet er i eller velger å være i. At livskvalitet oppfattes som subjektiv, forstås gjerne ved at det er pasienten som er den eneste som kan si noe om hva som er god livskvalitet for seg selv. Definisjonen sier også at livskvalitet er et normativt ladet begrep som dreier seg om hvilke verdier, mål, forventninger, standarder og interesser man har i livet.

Samtidig som livskvalitet er et sammensatt begrep

grenser det opp til andre begrep slik som helse og funksjon. Det anbefales å klargjøre begrepet livskvalitet ved hjelp av modeller. Wilson og Cleary sin modell er benyttet av flere i arbeid med livskvalitet og kan studeres videre hos disse (6, 11-14).

Livskvalitet og alder

Det er usikkert i hvilken grad det er alder i seg selv, aldersrelaterte endringer, erfaringer gjort gjennom et langt liv eller ingen av disse forholdene som er

EGENRAPPORT:

Oppløsninger som den eldre gir om hvordan sykdom og annet påvirker livskvaliteten kan medvirke til at pasienten får bedre sykepleie. Foto: Istockphoto.

relatert til livskvalitet blant eldre. Imidlertid har forskning vist at vurdering av ens livskvalitet endrer seg gjennom livet når det ble sett bort fra (kontrollert for) depresjon og sykdom, funksjonssvikt og sosioøkonomiske forhold (15). Denne studien viste at livskvalitet økte fra 50-årsalderen og nådde en topp ved 68 år for så å avta. Netuvali og Blance (16) hevder at det er fullt mulig å ha en god livskvalitet i alderdommen og at alder ikke influerer livskvalitet negativt. Unruh og kolleger (17) hevder at det ikke er noen vesentlig sammenheng mellom livskvalitet og alder blant pasienter (18-69 år) i hemodialyse behandling. I en svensk studie blant hjelptrengende eldre (n = 411, over 75 år) viste det seg at de eldste eldre hadde lavere livskvalitet sammenlignet med de yngste eldre i gruppen (18). Men på den annen side viste det seg også at den eldste gruppen hadde gjennomsnittlig flere sykdommer og et signifikant behov for mer hjelp. En norsk studie viste at alder hadde en signifikant effekt på livskvalitet blant hjemmeboende eldre som ikke mottok kommunal hjelp (19). Derimot viste en annen norsk studie blant hjemmeboende eldre som mottok kommunal hjelp, at alder ikke hadde noen signifikant effekt på livskvalitet (12).

Til tross for noe sprikende resultater fra disse nevnte studiene, er det er rimelig å slutte at alder i seg selv ikke nødvendigvis har noen påvirkning

«Spørsmål om livskvalitet kan oppleves som sensitive.»

på livskvalitet. Derimot er det mer sannsynlig at det er erfaringene gjort gjennom livet og evnen til å tilpasse seg som sammen og hver for seg påvirker livskvalitet på ulike måter. Eksempelvis forklarer teorien om response shift at noen mennesker har en tendens til å reorientere seg en stund etter en negativ hendelse, som for eksempel det å få en sykdom. De tilpasser sine mål, forventninger og standarder (jfr definisjonen over) i livet i forhold til den nye livssituasjonen og vurderer sin livskvalitet ut fra det (20). Følgelig kan individet rapportere god livskvalitet selv om det sett utenfra muligens ikke vurderes slik (eksempelvis av behandlere og pårørende).

Hvordan måle livskvalitet?

Hvilken betydning sykdom, funksjonssvikt og erfaringer i livet har for den enkeltes livskvalitet, er det kun personen selv som er kvalifisert til å si noe om

(21). Det er utviklet ulike måter å måle livskvalitet på (20). I klinisk sammenheng kan måling av livskvalitet brukes alene eller sammen med andre måleinstrumenter og skalaer til å gi verdifull informasjon om områder som sterkest påvirker pasienten. Dette kan bidra til at sykepleiere får økt kunnskap om hvordan sykdommen og eller funksjonssvikten påvirker pasientens livsopplevelse. Dette kan videre bidra til å styrke hvilke tiltak som er til det beste for pasienten. Dessuten kan livskvalitetsmålinger danne grunnlag for evaluering av behandlingstyper, evaluering av helsetjenester og for forskning. Det er ulike måter å innhente denne informasjonen på. Det kan være alt fra et enkelt spørsmål til skjemaer (måleinstrumenter) med tresiffrige antall spørsmål. Felles for utvikling av måleinstrumenter er at de følger en bestemt prosedyre etterfulgt av valideringsstudier (20). Utviklingen av måleinstrumenter kan være en mer eller mindre brukerstyrt prosess (22).

Det er vanlig å dele måleinstrumentene inn i overordnet (overall) livskvalitet, generelle (generic) og sykdomsspesifikke (disease specific) instrumenter (23). Innenfor hver av disse gruppene er det en rekke instrumenter. Valget av måleinstrument må sees i forhold til hva man ønsker å vurdere, om det er validert i forhold til bruker gruppen, om andre områder også bør kartlegges eller evalueres. Dessuten må pasientens krefter og evne til å kunne svare på måleinstrumentet vurderes.

En rekke indikatorer er brukt for å måle livskvalitet. I et narrativt litteraturreview fant Halvorsrud og Kalfoss at det i 47 studier ble benyttet 40 ulike instrumenter til å måle livskvalitet blant eldre (7). Samme narrative søkestrategi benyttet tre år senere, viste at det fortsatt ble benyttet mange ulike måleinstrumenter. To måleinstrumenter viste seg å være mer brukt enn andre, the Short Form (36) Health Survey (sf36) eller short form (12) health survey (sf12) (24) og World Health Organization Quality of Life (WHOQoL) instrumentene (25). Deler av sistnevnte omtales kort som et eksempel på livskvalitetsinstrumenter.

De sentrale WHOQoL-instrumenter gjenspeiler faktorer som vitenskaplige eksperter og brukere mener er viktige for livskvalitet (22). Slike faktorer er inndelt i hovedområder som hver består av enkeltspørsmål. WHOQoL-Bref har eksempelvis fire hovedområder (domains) med 26 spørsmål, mens modul WHOQoL-Old består av seks områder (facets) med til sammen 24 spørsmål (25, 26). Se tabell 1. WHOQoL-Old er utviklet for å gjenspeile tilleggsfaktorer som kan være aktuelle blant mennesker over 60 år. I WHOQoL-

TABELL 1: Spørsmålsområder i WHOQoL-Bref og WHOQoL-Old

Instrument	Hovedområder (Domains)	Spørsmålsgrupper (factes) innlemmet i området*
WHOQoL-Bref**	Fysisk	Energi og tretthet Smerte og ubehag Søvn og hvile Mobilitet Dagliglivets aktiviteter Avhengighet av medisinske stoffer og medisinske hjelpemidler Arbeidskapasitet
	Psykologisk	Kroppsbilde og utseende Negative følelser Positive følelser Selvbilde Tenking, innlæring, hukommelse og konsentrasjon Religion / åndelighet / personlig tro
	Sosiale forhold	Personlige forhold Sosial støtte Seksuell aktivitet
	Miljø	Økonomiske ressurser Frihet, fysisk trygghet og sikkerhet Helse- og sosial tjenester: tilgjengelighet og kvalitet Hjemmemiljø Muligheter for å tilegne seg nye kunnskaper og ferdigheter Deltagelse i og muligheter for rekreasjon / fritid Fysisk miljø Transport
Modul WHOQoL-Old		Sensoriske evner
		Autonomi Fortid, nåtid og framtid Sosial deltagelse Død og døende Intimitet

*Hver spørsmålsgruppe består av enkeltspørsmål

**I tillegg to generelle spørsmål som dekker subjektiv total livskvalitet og helse

instrumenter skal hvert spørsmål besvares på en fempunkts skala.

Må det tas hensyn til at pasienten er gammel?

Det er velkjent at alderdommen medfører visse fysiske og psykiske forandringer. For noen er dette mer fremtredende og blandet med konsekvenser av sykdom og funksjonssvikt. Når selvrapporert livskvalitet skal benyttes i denne gruppen, betinger det at den eldre har tilstrekkelig fysisk, psykisk og kognitiv funksjon til å svare på spørsmål eller å beskrive sin tilstand. Imidlertid er det viktig også å ivareta livskvalitet hos eldre med en større kognitiv svikt. For denne gruppen kreves det andre metoder for å få kjennskap til pasientens livskvalitet (27).

Spørsmål om livskvalitet kan oppleves som sensitive. Eksempelvis kan spørsmål om sosiale relasjoner oppleves som nærgående og sårende. Det kan spesielt gjelde eldre som opplever ensomhet eller har liten eller ingen kontakt med sine barn. Bruk av livskvalitetsinstrumenter bør alltid ledsages med

en etisk vurdering hvorvidt spørsmålet er av en slik art at den eldre trenger en oppfølging. På den annen side kan nettopp spørsmålet om livskvalitet sette i gang tanker som gjør at den eldre kan bearbeide hendelser og komme videre i livet.

Ved valg av livskvalitetsinstrumenter til bruk i klinikken bør det vektlegges at det er valid for den aktuelle gruppen og ikke har for mange spørsmål. Noen eldre vil trenge fysisk hjelp til å fylle ut måleinstrumentet. For eksempel ved at spørreskjemaet blir administrert som et intervju. Lesbarheten ivaretas ved å bruke anbefalte farger og skriftstørrelse for målgruppen.

Videre anbefalinger

Livskvalitetsinstrumenter kan gi verdifulle bidrag til pasientbehandlingen ved at pasienten selv får mulighet til å beskrive sin livskvalitet. Det kan bidra til at pasienten får rett behandling tilpasset sin kultur og sine verdier, og i forhold til sine mål, forventninger, standarder og interesser han eller hun har i livet.

«Livskvalitetsinstrumenter kan gi verdifulle bidrag til pasientbehandlingen.»

Dessuten vil det for sykepleiere og andre helsearbeidere gi et bedre kjennskap til pasientens opplevelse av sitt liv. Imidlertid må bruk av livskvalitetsmålinger være nøye faglig og etisk vurdert. ■

Referanser

1. Meld.St.16. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
2. St.meld.nr.25. Mestring, mulighet og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Helse- og omsorgsdepartementet (2005-2006). Helse- og omsorgsdepartementet; 2005.
3. St.meld.nr.45. Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstene (2002-2003). Helse- og sosialdepartementet; 2003.
4. St.meld.nr.47. Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett

INTERVJU: Noen eldre trenger hjelp til å fylle ut spørreskjemaet. Da kan det gjøres som et intervju, der sykepleier skriver ned opplysningene den eldre gir. Foto: Colourbox.



- sted - til rett tid (2008-2009). Helse- og omsorgsdepartementet; 2008.
5. Meld.St.1. Nasjonalbudsjettet 2011. Det Kongelige Finansdepartement; 2010.
6. Wahl AK, Hanestad BR. Måling av livskvalitet i klinisk praksis: en innføring. Bergen: Bokforlaget; 2004.
7. Halvorsrud L, Kalfoss M. The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: a review of empirical studies published during 1994-2006. *Eur J Ageing*. 2007;4:229-46.
8. Næss S. Livskvalitet som psykisk velvære. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001;121:1940-04.
9. Moons P, Budts W, De Geest S. Critique on the conceptualisation of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. *Int J Nurs Stud* 2006;43:891-901.
10. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-9.
11. Wahl A, Rustøen T. Smerte og livskvalitet. I: Rustøen T, Wahl A. (red). Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2008. s. 340-53.
12. Halvorsrud L, Kirkevold M, Diseth, Kalfoss M. Quality of life model: Predictors of quality of life among sick older adults. *Res Theory Nurs Pract* 2010;24:241-2.
13. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 1995;273:59-65.
14. King CR, Hinds PS. Quality of life: From nursing and patient perspectives: Theory, research, practice. Boston: Jones and Barlett; 2003.
15. Netuveli G, Wiggins RD, Hildon Z, Montgomery SM, Blane D. Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *J Epidemiol Community Health* 2006;60:357-63.
16. Netuveli G, Blane DB. Quality of life in older ages. *Br Med Bull* 2008;85:113-26.
17. Unruh ML, Newman AB, Larive B, Amarda DM, Miskulin DC, Greene T, mfl. The influence of age on changes in health-related quality of life over three years in a cohort undergoing hemodialysis. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:1608-17.
18. Andersson M, Hallberg IR, Edberg K. The final period of life in elderly people in Sweden: factors associated with QoL. *Int J Palliat Nurs* 2006;12:286-96.
19. Halvorsrud L, Kalfoss M, Diseth, Kirkevold M. Quality of life in older Norwegian adults living at home: A cross-sectional survey. *J Res Nurs*. 2010; Published online before print October 4, 2010, doi:10.1177/1744987110374273.
20. Fayers PM, Machin D. Quality of life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes. Chichester, UK: John Wiley; 2007.
21. Bowling A. Quality of life in social science and medicine. *Soc Sci Med* 1995;41:1337-465.
22. Skevington SM, Sartorius N, Amir M. Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. The history of the WHOQOL instruments. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:1-8.
23. Bowling A. Measuring disease: A review of disease specific quality of life measurement scales. Philadelphia: Open University Press; 2001.
24. Ware JE, Jr., Kosinski M, Keller SD. A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996;34:220-33.
25. The WHOQOL Group. WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field Trial Version. *Mental Health, World Health Organization*; 1996.
26. The WHOQOL-Old Group. The WHOQOL-OLD Manual. Copenhagen (WHO/EURO): World Health Organization (WHO); 2005.
27. Mjørud M, Engedal K, Barca M, Ytrehus S. Livskvalitet, depressive symptomer og funksjonssvikt hos personer med demens. *Sykepleien Forskning* 2011;6(2):178-186.

FESTAFTEN I OPERAEN: 24. september i år er det stor jubileumsfest i Den Norske Opera og Ballett i Oslo. Foto: Yaymicro.com.

100 år er verdt å feire

Vi feirer 100 år fordi vi har mange viktige seire å se tilbake på - og fordi vi trenger å samles i felleskap og tenke fremover.

Tekst Lill Sverresdatter Larsen, prosjektleder «NSF 100 år»
og Hilde Fryberg Eilertsen, tidligere leder av NSF FGD

Den 24. september er det 100 år siden Bergljot Larsson og 44 utvalgte søstre møttes i Oslo for å stifte det som skulle bli Norsk Sykepleierforbund. Organisasjonen fikk sin logo og den aller første utgaven av tidskriftet Sykepleien ble utgitt. Navnet på den nystiftede organisasjonen ble Norsk Sykepleierskeforbund – og det var kun ugifte søstre som kunne bli medlem. Noe har endret seg i årene som har gått, men mange saker som var viktige for 100 år siden er det også i dag. Kvalitet i helsetjenesten var grunnlaget for stiftelsen, og kun sykepleiere med treårig utdanning ble invitert til å bli medlem. Nålen med logoen ble kvalitetsbeviset.

Gjennom hele 2012 – og over hele landet – feirer vi vår felles innsats for god sykepleie og viktige fagpolitiske, interessepolitiske og samfunnspolitiske seire. Oversikt over arrangementer finner du i rammen på denne siden. Følg også med

på: www.sykepleierforbundet.no/100-aarsjubileet

Sykepleiere i geriatri og demens

NSFs 33 faggrupper markerer sin historie i jubileumsåret med fagkonferanser over hele landet. NSF FGDs landskonferanse i Trondheim ble åpnet av avtroppende leder Hilde Fryberg Eilertsen. Sammen med musikerne Hanna Trondalen og Bjørn Berbaan tok hun oss gjennom NSF og faggruppens historie på en praktfull og høytidelig måte. Det kulturelle innslaget ble avsluttet med sangen «Hjertetrø».

Sykepleie til eldre mennesker har vært et stort og viktig fagområde. På 1980-tallet var Landsgruppe for sykepleiere i eldreomsorg og Landsgruppe for hjemmesykepleiere de to største faggruppene på vårt fagområde. På bakgrunn av sammenfallende interesseområde bestemte de seg for å slå seg sammen i 1991, og Landsgruppe av sykepleiere i kommunehelsetjenesten

ble et faktum. Dette ble en av de største landsgruppene på denne tiden, med mange medlemmer og leder frikjøpt på full tid. Etter som årene gikk, ble det klart at det var et økende behov for en spissing av fagområdet. I 2005 kom nåværende navneskifte til NSF Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens. Etter denne tid har medlemsantallet steget sakte men sikkert mot nåværende nesten 1200 medlemmer. Vi har fått eget fagblad Geriatriisk sykepleie. Vi holder minst en konferanse i året og vi er med på å utforme det som skjer på det geriatriiske fagfeltet.

Lokalgruppene har vært med oss hele tiden, til tross for omstilling, sammenslåing og navneskifte. NSF FGD Rogaland ble etablert for snart 40 år siden og er den eldste lokalgruppe.

Faggruppene, Sentralt Fagforum og resten av organisasjonen vil i årene som kommer utgjøre en svært sentral kraft og ressurs for Norsk Sykepleierforbund og i helsetjenesten. Faggruppens medlemmer er forbundets lyttestemmer i den kliniske hverdagen, og vil utgjøre et viktig og vesentlig bidrag i organisasjonens arbeid med å nå viktige fagpolitiske, helsepolitiske og interessepolitiske mål.

Jubileets budskap er å bruke historien til å se framover, til å skape nye diskusjoner og ikke minst handlinger. På den store bursdagsfesten 24. september kommer HKH dronning Sonja, medlemmer av regjeringen og internasjonale gjester. ■

ARRANGEMENT

NSFs 100-årsjubileum feires med arrangementer over hele landet:

- 11. mai: Den Internasjonale Sykepleierdagen markeres over hele landet
- 11. mai: Festkonferanse Region Nord, Tromsø
- 17. august: Festkonferanse Region Midt, Trondheim
- 7. september: Festkonferanse Region Sør, Kristiansand
- 3. september: Fagkonferanse Teknisk Museum, Oslo
- 22. september: Festkonferanse Region Vest, Bergen
- 24. september: Den store jubileumsfesten i Den Norske Opera og Ballett – Oslo
- 25-26. september: Sykepleierkongressen, Oslo
- 25. september: Avrunding av jubileet med festmiddag for 1200 medlemmer.

Nye tiltak for riktig medisinbruk

Feilmedisinering er svært utbredt i sykehjem. Nasjonal pasientsikkerhetskampanje er derfor i gang med tiltak for riktig legemiddelbruk.

Tekst Nanna Fredheim, Nasjonal pasientsikkerhetskampanje Foto Colourbox

Utviklingsentre for sykehjem i hele landet setter nå i verk tiltak fra Nasjonal pasientsikkerhetskampanje som involverer rutinemessige legemiddelgjennomganger. Det er tverrfaglige gjennomganger av de medisinene som pasientene til en hver

sin første samling på Gardermoen 26. og 27. mars. Alle fylker er representert i læringsnettverket med hvert sitt sykehjem, som i hovedsak har status som utviklingsentre for sykehjem i sitt fylke. Tiltak som utviklingsentrene nå setter i verk, skal optimalisere medisi-

halvparten av den totale legemiddelbruken, til tross for at de bare utgjør femten prosent av befolkningen. Risiko for feilmedisinering øker i takt med antall legemidler.

Gode erfaringer

Erfaringer fra pasientsikkerhetskampanjens pilotprosjekt ved Nygård sykehjem i Vestfold viser at tiltakene gir riktig legemiddelbruk i sykehjem gir trygge pasienter med bedre helse, fornøyde pårørende, motiverte ansatte og dedikerte ledere, leger og farmasøytter. Tre av fire av pasientene som var med i pilotprosjektet fikk endret sin medisinliste som et resultat av legemiddelgjennomganger. En pasient ble så frisk at han kunne bo hjemme med støtte fra pårørende og hjemmesykepleien etter endring i sin medisinliste. Slike resultater illustrerer hvor virkningsfullt legemiddelgjennomganger er som tiltak for å sikre riktige medisinbruk.

– Vi er veldig glade for at så mange sykehjem har vist interesse og nå jobber systematisk for å sette i verk tiltak for å sikre riktig legemiddelbruk i sykehjem. Det arbeidet som disse sykehjemmene nå legger ned, vil komme tusenvis av sykehjemspasienter til gode, sier Anne-Grete Skjellanger, sekretariatsleder for Nasjonal pasientsikkerhetskampanje. ■

«Minst én av ti sykehusinnleggelser av eldre på medisinsk avdeling skyldes feil bruk av legemidler.»

tid bruker. Gjennomgangene skal sikre at pasientene ikke får for mange medisiner, ikke for få og ikke medisiner som er uheldige i kombinasjon.

neringen av alle langtidspasienter på sykehjem og redusere pasientskader. I neste omgang skal utviklingsentrene arbeide for å spre tiltakene til andre sykehjem i egne fylker.

Nasjonalt læringsnettverk

Det nasjonale læringsnettverket for riktig legemiddelbruk i sykehjem hadde

Mye feilmedisinering

Feilmedisinering fører årlig til unødvendige lidelser for mange pasienter. Helsetilsynet har funnet store mangler ved rutiner for legemiddelgjennomgang av pasienter i sykehjem (7/2010.) Andre undersøkelser har funnet legemiddelrelaterte problemer hos opptil 80 prosent av pasientene i både sykehjem og sykehus. Minst én av ti sykehusinnleggelser av eldre på medisinsk avdeling skyldes feil bruk av legemidler.

Eldre over 65 år står for nesten



■ LES MER PÅ NETT

- www.pasientsikkerhetskampanjen.no
- Facebook: i trygge hender
- Twitter: @itryggehender
- <http://vimeo.com/34015425> (Video om riktig legemiddelbruk i sykehjem.)



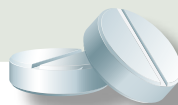
STORFORBRUKERE: Eldre står for nesten halvparten av den totale legemiddelbruken, til tross for at de bare utgjør femten prosent av befolkningen.



■ GODT Å VITE

Her er noen fakta om den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender»:

- Initiert og lansert av helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.
- Startet i 2011 og varer ut 2013.
- Skal redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerheten i Norge.
- Omfatter hele helsetjenesten.
- Setter i verk konkrete tiltak med dokumentert effekt på kliniske innsatsområder.
- Kartlegger pasientskader i Norge.
- Undersøker kulturen for pasientsikkerhet i helsetjenesten.
- Involverer ledere og pasienter i forbedringsarbeidet.



Disse sykehjemmene deltar i kampanjen «I trygge hender»

- Lørenskog sykehjem – Utviklingssenter for sykehjem i Akershus
- Feviktun bo- og omsorgssenter – Utviklingssenter for sykehjem i Aust-Agder
- Ternevig sykehjem – Aust-Agder
- Ål bu- og behandlingssenter – Utviklingssenter for sykehjem i Buskerud
- Alta helsesenter – Utviklingssenter for sykehjem i Finnmark
- Moen sykehjem – Utviklingssenter for sykehjem i Hedmark
- Engen sykehjem – Utviklingssenter for sykehjem i Hordaland
- Rokilde sykehjem – Utviklingssenter for sykehjem i Møre og Romsdal
- Leirfjord sykehjem – Utviklingssenter for sykehjem i Nordland
- Verdal bo- og helsetun – Utviklingssenter for sykehjem i Nord-Trøndelag
- Haugtun omsorgssenter – Utviklingssenter for sykehjem i Oppland
- Abildsø sykehjem – Utviklingssenter for sykehjem i Oslo
- Stokka sykehjem – Utviklingssenter for sykehjem i Rogaland
- Furuhaugane omsorgssenter – Sogn og Fjordane
- Søbstad helsehus – Utviklingssenter for sykehjem i Sør-Trøndelag
- St. Hansåsen sykehjem – Utviklingssenter for sykehjem i Telemark
- Kroken sykehjem – Utviklingssenter for sykehjem i Troms
- Sogndalstunet bo og aktivitetssenter – Utviklingssenter for sykehjem i Vest-Agder
- Valhalla omsorgssenter – Utviklingssenter for hjemmetjenester i Vest-Agder
- Nygård sykehjem – Utviklingssenter for sykehjem i Vestfold
- Glemmen sykehjem – Utviklingssenter for sykehjem i Østfold
- Karasjok helsesenter – Nasjonalt utviklingssenter for sykehjemstjenester til den samiske befolkningen
- Bjørgene omsorgs- og utviklingssenter – Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Helse Fonna

– Viktig å møte fremtidens krav til sykepleie

– I fremtiden blir det flere eldre og personer med demens. Det vil kreve mer kompetanse, sier faggruppeleder Cecilie Olsen. I dette intervjuet forteller hun om sin bakgrunn og om faggruppens utfordringer.

Tidsskriftet Geriatrisk sykepleie møtte Cecilie Olsen til intervju etter at hun 16. mars 2012 ble valgt til ny leder for Sykepleierforbundets Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens. Cecilie kommer fra vervet som lokal faggruppeleder i Hordaland.

Cecilie Olsen er født og oppvokst i Bergen, men er kanskje ikke en representant for det mange forbinder med Bergen – rapp i snakketøyet og litt støyende. Nei, Cecilie er av den mer stillfarne typen. Hun er 37 år, gift og mamma til to gutter i alderen 14 og 17 år.

Utdannet ved Betanien

Cecilie Olsen har en bachelor i sykepleie fra Betanien diakonale høyskole i 2004. I 2007 tok hun videreutdanning i kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen

på Haukeland universitetssykehus før jeg fikk full fast stilling i Hjemmesykepleien i Bergen kommune. Der ble jeg i et par år før jeg fikk mulighet til å jobbe som bogneppeleder på en skjermet avdeling for utagerende og vandrende demente på Løvåsen sykehjem. I 2009 begynte jeg i jobb i etat for hjemmesykepleie i Bergen kommune som sykepleiefaglig konsulent i 75 prosent stilling. I tillegg har jeg en 25 prosent stilling i Hukommelsesteamet i bydelen. Mandatet består blant annet i å kartlegge hukommelsesvansker, ha støttesamtaler til pårørende og veiledning til ansatte.

– Når fikk du interesse for geriatri og demens?

– Interessen for dette spennende fagfeltet oppsto for fullt da jeg som sykepleier i hjemmesykepleien fikk

Vil utvikle faggruppen

Cecilie Olsen sier at hun stilte til valg, fordi hun ønsker å arbeide for en faggruppe som kan begeistre, motivere og mobilisere sine medlemmer. Hun ønsker å være med å påvirke videreutviklingen av faggruppen for best å kunne møte framtidens krav og utfordringer.

– Dette tror jeg vi kan få til ved å styrke kompetansen til sykepleierne i fagfeltet, vise fram faggruppen der det skjer og være en viktig aktør i beslutningsprosesser. Lokalgruppene og kontaktpersonene ute i fylkene gjør en flott jobb, og er viktige støttespillere for å kunne ta pulsen på hva som skjer der medlemmene våre er. Jeg kan bidra med faglig og organisatorisk engasjement og kompetanse fra ulike nivå i eldreomsorgen.

– Hva blir det viktig at NSF FGD jobber med?

– Fremover vil helsetjenestene møte et økt antall eldre og personer med demenssykdom. Dette vil kreve både økt kompetanse, fleksibilitet og kreativitet. Både organisering av demensomsorgen i kommunehelsetjenesten, rett kompetanse til rett tid, implementering av kunnskapsbasert praksis, kvalitetsindikatorer som verktøy, omsorgsteknologi og betydningen av god ernæring til geriatrike pasienter er viktige områder der vi trenger økt kompetanse.

«Vi må vise at vår kompetanse er nødvendig.»

i Bergen og i 2009 fullførte hun videreutdanning i aldring og eldreomsorg på Betanien. Der skrev hun fordypningsoppgave om «Sanssehagers effekt på APSD symptomer hos personer med demens i skjermet enhet på sykehjem».

– Høres ut som du har tatt tak i kompetansen din. Hvor har du jobbet underveis?

– Som nyutdannet sykepleier jobbet jeg en kort periode på Hjerteavdelingen

være demenskontakt i min gruppe. Det å få følge opp personer med demens og deres pårørende over tid var avgjørende da jeg søkte jobb på skjermet enhet i sykehjem. Du får testet egne holdninger og mestringsfølelse. Det kan være krevende, men definitivt meningsfylt når du lykkes med et godt stell, en vanskelig pårørendesamtale eller et vellykket miljøtiltak.



GLEDER SEG: Nå skal jeg sammen med alle de dyktige folkene i styret legge strategier for de neste to årene. Jeg gleder meg! sier faggrupeleder Cecilie Olsen. Foto: Privat.

– Hvordan skal vi få unge nyutdannede til å forstå at geriatri og demensomsorg er spennende?

– Vi må synliggjøre bredden og mangfoldet i vårt fagfelt. Vi må vise at vår kompetanse er nødvendig for å bedre livskvaliteten til eldre personer og personer med demens. Vi må ikke bare snakke om det økende antall eldre som en negativ og farlig tsunami. Det er viktig å sette fokus på gode erfaringer og kunnskap som fagfeltet har opparbeidet seg. Vi står godt rustet til å møte fremtiden. Eldreomsorgen består ikke bare av travle vakter, underbemanning og mye ansvar. Den består også av varme og gode historier om flott utøvelse av kompetent sykepleie.

Cecilie Olsen ser frem til å ta fatt på mange spennende oppgaver som faggrupeleder.

– Jeg har fått med meg et styre med dyktige folk. Sammen skal vi nå legge strategier og lage prioriteringer for hva faggruppen skal jobbe mot de neste to årene. Jeg gleder meg! ■



Tekst Terje Årsvoll Olsen, NSF FGD lokalgruppeleder, Hordaland.

Søk stipend

Oslo/Akershus

NSF FGD Lokalgruppe i Oslo/Akershus utlyser utdanningsstipend 2012. Styret lyser ut fire utdanningsstipend på kr 5000 hver for 2012. To tildeles vår og to tildeles høst med søknadsfrist 1. april og 1. oktober. Stipendene gjelder all utdanning etter fullført bachelor i sykepleie som er relevant for fagfeltet geriatri og demens.

Alle medlemmer i NSF FGD Oslo og Akershus som er ajour med medlemskontingenten og som har vært medlem i NSF FGD Oslo og Akershus de siste seks måneder før søknadsfristen for stipendet kan søke.

Søknaden skal inneholde navn, postadresse, e-postadresse, medlemsnummer i NSF, samt arbeidsgiver. I søknaden skal det gjøres rede for hvilken utdanning det søkes støtte for, hvor langt du er kommet i utdanningsløpet og noen ord om bakgrunnen for søknaden. Søknad sendes på e-post til leder av faggruppa Christineekrheim@hotmail.no

Søknadene blir behandlet av NSF FGD Oslo og Akershus styre, og søkere vil få svar innen 1. mai og 1. november.

Troms

NSF FGD Lokalgruppe i Troms lyser ut kompetansehevende stipend på kr 2000,- høsten 2012. Stipendet skal brukes til kompetansehevende tiltak innenfor fagfeltet geriatri og demens, for eksempel etter- og videreutdanning, kurs eller reiser.

Alle medlemmer av NSF FGD i Troms fylke, som er ajour med medlemskontingenten til faggruppa kan søke.

Søknadsfristen er satt til 1. september. Søknad sendes: Hilde Fryberg Eilertsen, Vikaveien 21, 9022 Krokeldalen eller epost: hildefryeil@hotmail.com.



Foto Colourbox

Avsender
Sykepleien
Postboks 456 Sentrum
NO-0104 Oslo



Bli medlem



Meld deg inn i NSF's Faggruppe for sykepleiere
i geriatri og demens, du også!

Vi er et slagkraftig fellesskap med mange medlemmer som brenner for fagområdet geriatri og demens. Om du ønsker å bli en del av vårt nettverk, bare fyll ut blanketten nedenfor og send den til vår medlemsansvarlige Gunhild Grythe.

INNMELDINGSBLANKETT

..... ønsker å bli medlem av NSF FGD

Adresse:

Postnr./sted:

e-postadresse:

Arbeidssted:

Medlemsnr. i NSF:

Kontingent: kr 300,- for 2012.

Pensjonister, medlem som ikke er i aktivt arbeid og sykepleierstudenter betaler 50 prosent av kontingent.

Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

NSF/FGD, Gunhild Grythe, 2910 Aurdal.

Eller du kan sende en e-post med opplysningene til gunhil-g@online.no