

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 selvrappertert 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: Selvrappertert 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 eldres livskvalitet. Det er utviklet en rekke måleinstrumenter som hver for seg kan ha ulik forståelse av begrepet livskvalitet. Når selvrappertert 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:

Opplysninger 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 seinere, 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- stene (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, Amanda 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.