



Geriatrisk sykepleie

NR. 1-2014 • ÅRGANG 6

NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

TEMA

Psykisk helse og rus blant eldre



Landsstyret NSF FGD 2012 – 2014



Leder:

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



**Redaktør,
abonnementansvarlig
og utstillersvarlig:**

Wivi-Ann Tingvoll
Hagebakken 11, 8500 Narvik
Mobil: 97 53 95 55
e-post: vat@hin.no



Økonomiansvarlig:

Hilde Fryberg Eilertsen
Vikveien 21, 9022 Krokeldalen
Mobil: 90 10 43 23
e-post: hildefryeil@hotmail.com



Konferanseansvarlig:

Ranveig Lie
Mobil: 41 49 97 11
e-post: ranveig6@online.no/
ranveig.lie@ullensaker.kommune.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 Årsvoll Olsen
Mobil: 97 69 26 20
e-post: tao@broadpark.no

Lokalgruppeleder i Oppland:

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

Lokalgruppeleder i Oslo/Akershus:

Christine Jærv Ekheim
Mobil: 95 80 10 93
e-post: christineekheim@hotmail.com

Lokalgruppeleder i Rogaland:

Kari Kristin Bergersen Stærk
Telefon: 98 69 44 36
e-post: kari.kristin.sterk@stavanger-kommune.no

Lokalgruppeleder i Telemark:

Sylvi Pedersen
Mobil: 92 08 18 42
e-post: sy-ped@online.no

Lokalgruppeleder i Troms:

Hilde Fryberg Eilertsen
(se landsstyret)

Lokalgruppeleder i Vestfold:

Veslemøy Bakke
Mobil: 91 86 39 33
e-post: vesbakke@gmail.com

Lokalgruppeleder i Buskerud:

Heidi Hobbestad
Mobil: 99 70 49 51
e-post: heho7412@hotmail.com

Lokalgruppeleder i Trøndelag:

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

Lokalgruppeleder Østfold:

Håkon Johansen
Mobil: 90 85 06 70
e-post: haaj4@online.no

KONTAKTPERSONER

Kontaktperson i Møre og Romsdal:

Linda Rønning
Mobil: 99 69 08 29
e-post: linda.ronning@molde.kommune.no

Kontaktperson i Finnmark:

Solfrid Nilsen Lund
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
Telefon: 75 55 41 32 Mobil: 91 12 24 15
e-post: kirsten.willumsen@bodo.kommune.no

Kontaktperson i Sogn og Fjordane:

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

Valg i NSF FGD

På Generalforsamlingen som avholdes i forbindelse med Landskonferansen i mars 2014 skal det velges nytt styre i NSF FGD. Det sittende styret har sagt seg villige til gjenvalg.

Følgende posisjoner skal besettes:

- Faggruppeleder
- 5 antall styremedlemmer
- 2 antall varamedlemmer

Fagfeltet er i utvikling! Med økende medlemsmasse har faggruppen en spennende fremtid. Bli med og påvirk faggruppen med din erfaring og engasjement!

Nominasjonskomiteen oppfordrer alle engasjerte om å stille til valg. Komiteen ønsker spesielt å utfordre de som jobber klinisk og menn til å ta kontakt.

Interesserte som ønsker å stille til valg må være medlem i FGD og å jour med kontingent

For nominasjonskomiteen:
Trygve Johannes Lerheim Sævareid,
Telefon 95 11 33 32
tjsaevareid@yahoo.com

LEDER:
Cecilie Olsen



Alle har en psykisk helse

Mørketidskonferansen ble nylig avholdt i Tromsø. Denne konferansen var et samarbeid mellom NSF FGD, faggruppen for sykepleiere i psykisk helse og rus (SPOR) og NSF hvor tema for konferansen var eldre og psykisk helse. Selv om mange eldre har en god psykisk helse, opplever stor grad av livskvalitet og lever meningsfulle liv, ønsket vi å sette fokus på mangfoldet i hverdagen innenfor geriatri, demens, psykiske helse og rus. I den eldre befolkningen er depresjon (12 – 19 %) og angst (5 – 10 %) de vanligste psykiske lidelsene (Engedal). Hos pasienter i sykehjem er det anslått at så mye som 40 % av sykehjemspopulasjonen har symptomer på psykiske lidelser (2011, Folkehelseinstituttet). Nyere studier viser at sosial isolasjon og ensomhet er knyttet til økt risiko for alvorlige sykdommer som hjerte-kar sykdommer og demens, og tidlig død (Steptoe m.fl. 2013). Eldre kan ofte oppleve et misforhold mellom ønske om sosial kontakt og reell sosial kontakt. Ønske om å delta i barnebarnets konfirmasjon, men redusert hørsel, hukommelse og dårlig balanse kan påvirke bestemors valg og bortfall av sosiale aktiviteter. Også forventninger fra familie, venner og samfunnet spiller inn på valgene om sosial kontakt, jamfør utsagn som «deres verden er ikke min verden lenger».

Dagens eldre drikker oftere og mer alkohol enn tidligere generasjoner. Samtidig er forbruket av sovemidler og beroligende midler 2 - 3 ganger høyere blant eldre enn gjennomsnitt i befolkningen. Økt foreskrivning av B-preparater kan også tolkes som at det settes lite fokus på andre ikke medikamentelle og terapeutiske tilnærminger til depressive eldre. Ovennevnte utfordringer sammen med sosial isolasjon og ensomhet kan føre til ytterligere psykiske symptomer.

Psykiske lidelser som angst og depresjon kan være preget av «maskerte» symptomer som somatiske symptomer, smerter og hypokondre opplevelser. Det er ofte fravær av senket stemningsleie og eldre forteller i liten grad uoppfordret om psykiske plager. Selv om selvmordstanker sjeldent uttrykkes, er selvmord hos eldre en klar beslutning og ingen impulshandling. Selvmord hos menn over 85 år er bekymringsverdig og stigende. Det kan være ulike grunner til at eldre tar livet sitt: selvbestemmelse, mestring versus tap av roller, opplevelse av å være til byrde for familie

og venner, trygghet når egenomsorgen svikter eller verdighet i siste fase av livet. Forståelse for ovennevnte kan føre til en aksept for at eldre tar livet sitt, noe som igjen kan hindre forebyggende arbeid. Den svenske historikeren Birgitta Odin har sagt: «Selvmordshyppigheten i et land er et uttrykk for hvordan samfunnet ivaretar sine eldre».

Vi kan lett forstå og akseptere at eldre kan være mer plaget av frykt, tristhet og sorg som følge av belastninger, enn yngre personer. Dette kan være tap av nære relasjoner, somatisk sykdom, smerter, nedsatt mestringsfølelse og nærhet til døden. Det som er vanskeligere å akseptere, er de forventninger og fordommer som gjerne preger møtene med eldre som opplever psykiske lidelser. Det er ikke normalt å være deprimeret og isolert selv om man er gammel! Vi tenker gjerne at eldre er lite endringsvillige, ikke liker å snakke om vanskelige følelser, ønsker å isolere og trekke seg tilbake og er uten nytte av psykologisk behandling. Erfaringer viser gjerne det motsatte.

Vi har for lite kunnskap om forekomst av psykiske plager og lidelser hos eldre, og det kan stilles spørsmål ved om dette skyldes manglende kompetanse eller manglende fokus. Vi trenger å tenke nye tanker og finne systemer som spiller oss gode. Alder i seg selv bør ikke definere tilbudet om hjelp. Vi vet at tidlig intervensjon gir bedre funksjon, også for en underprioritert gruppe når det gjelder psykisk helse og rus. Kun 9 % av den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern var over 65 år i 2009, viser en rapport fra Helsedirektoratet. I opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2009 var de eldre fullstendig utelatt.

Ved å sette fokus på temaet eldre og psykisk helse, vil vi også sette fokus på kompetanse, holdninger, samarbeid, forebygging og behandling. Et nødvendig fokus da alle har en psykisk helse, uansett alder.

Cecilie Olsen

LEDER NSFs FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE
I GERIATRI OG DEMENS

GERIATRISK SYKEPLEIE blir gitt ut av Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens, i samarbeid med Sykepleien.

ISSN: 1891-1889

ANSVARLIG REDAKTØR
Wivi-Ann Tingvoll
Wivi-Ann.Tingvoll@hin.no
Tlf. 97 53 95 55

REDAKSJONSKOMITE/FAGLIGE MEDARBEIDERE
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 høgskole. Gørrill Haugan, PhD, 1.amanuensis ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

ABONNEMENT:
Send bestilling til:
Wivi-Ann Tingvoll
Wivi-Ann.Tingvoll@hin.no
Pris: I Norge kr. 400, internasjonalt kr. 500. Institusjonsabonnement i Norge/biblioteker: kr 1 000

ANNONSER:
Wivi-Ann Tingvoll
Wivi-Ann.Tingvoll@hin.no
Tlf. 97 53 95 55

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

Monica Hilsen
monica.hilsen@sykepleien.no

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEFOTO: Colourbox

NESTE UTGAVE: 14. august 2014

ANNONSERING
Geriatrisk Sykepleie passer for annonsører som ønsker å nå sykepleiere i geriatri og demensomsorgen i alle deler av helsetjenesten. Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen og øvrige abonnenter. Tidsskriftet har et opplag på 2000 blad. I 2012 utgis Geriatrisk Sykepleie tre ganger. For nærmere informasjon om annonsering, utgivesplan og priser, ta kontakt med: ann.k.helgesen@hiof.no



«Det er ikke normalt å være deprimert selv om man er gammel.»
Cecilie Olsen, side 3



8 MISBRUK: Rus blant eldre.



Innhold

NR. 1-2014 • ÅRGANG 6



22 **PSYKISK HELSE:** Pleier-pasient-interaksjonens betydning.

2 Landsstyret, lokalgruppeledere og kontaktpersoner

3 **LEDER:** Cecilie Olsen

6 Søk stipend

7 **REDAKTØR:** Wivi-Ann Tingvoll

8 Rusproblemer blant eldre

17 Program landskonferansen

21 Årets sykepleier

22 Psykisk helse i sykehjem
pleier-pasient-interaksjonens betydning

34 Politisk plattform for psykisk helse og rus

35 Foreslå kandidater til Årets sykepleier

36 Bli medlem



21 **UTMERKELSE:** Anne-Per-nille Rudi ble Årets sykepleier.

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

Søk stipend

NSF FGD utlyser utdanningsstipend.

Alle medlemmer i NSF FGD som er ajour med medlemskontingenten kan søke.

NSF FGD deler hvert år ut fire utdanningsstipend à kr 5000 til medlemmer som tar videre- eller etterutdanning.

To stipend deles ut på våren med søknadsfrist 1. april og to på høsten med søknadsfrist 1. oktober.

Du er velkommen til å søke stipend ved å fylle ut søknadskjema tilgjengelig på nettsidene våre (<https://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/sykepleiere-i-geriatri-og-demens>) og sende dette til faggruppas leder på epost (sovolve@online.no) som videreformidler søknaden til stipendutvalget.

Følgende kriterier ligger til grunn for tildeling av stipendet:

1. Utdanningens relevans i forhold til NSF FGD/NSFs satsningsområde.
2. Ansiennitet i faggruppen.
3. Søkere som har søkt tidligere, men ikke har fått tildelt stipend, blir prioritert dersom øvrige kriterier står likt.
4. Hvor langt søkeren er kommet i utdanningsløpet.
5. Søkere som har fått tildelt stipend tidligere vil ikke bli prioritert.

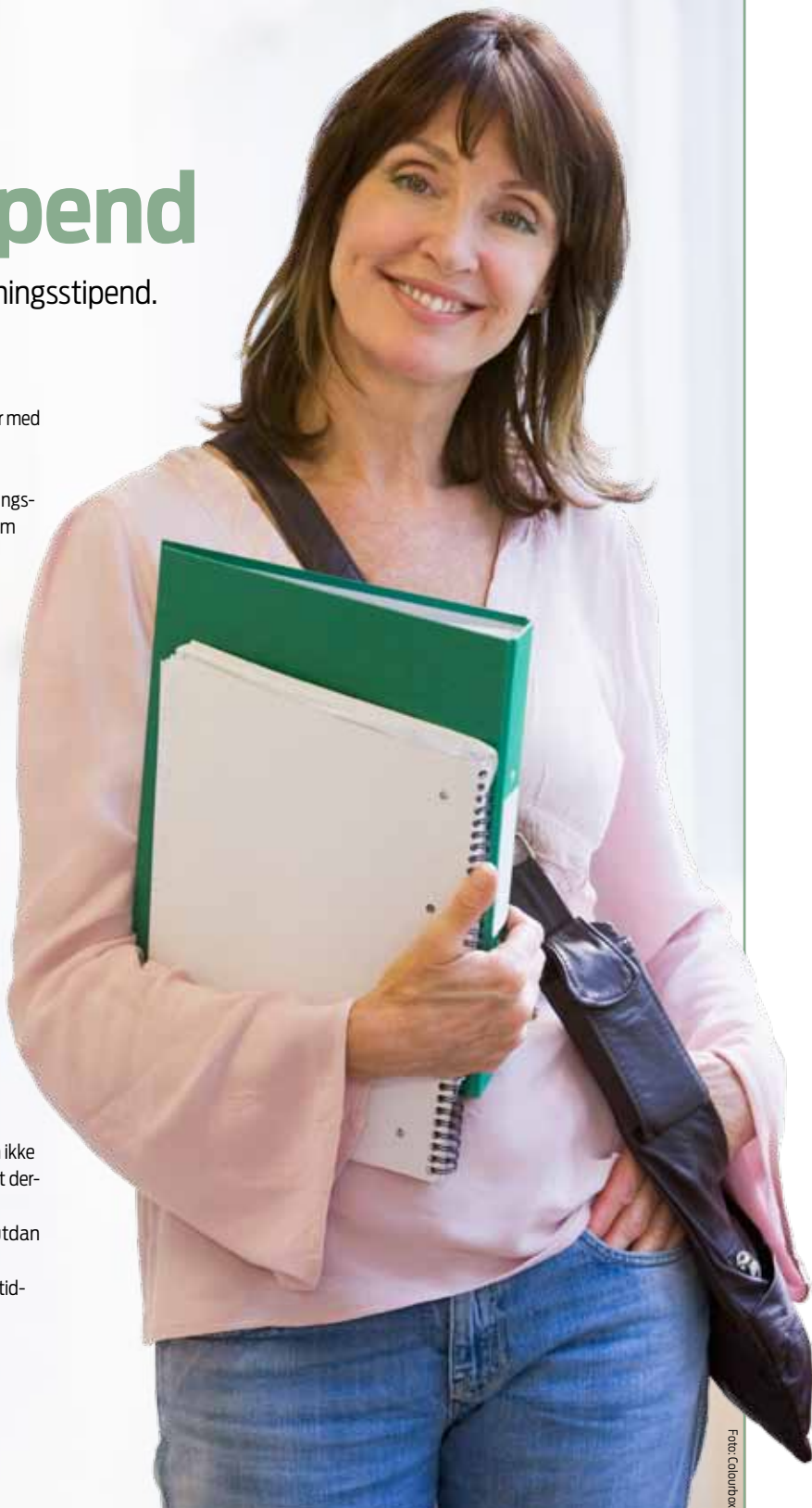


Foto: Colourbox

■ REDAKTØR:
Wivi-Ann Tingvoll



Viktig å øke kunnskapen

Psykisk helse og rus er tema i denne utgaven av tidsskriftet. Ved å sette fokus på eldre psykiske helse og rusproblem håper vi å kunne oppnå økt oppmerksomhet om dette fagfeltet.

Antallet eldre er økende i Norge. I NAPHA's hefte «Samhandling om psykisk helse» (2012), skriver Kenneth Ledang at internasjonal forskning dokumenterer høy forekomst av psykiske lidelser blant eldre (1). En av de vanligste lidelser er depresjon. Kunnskap om forekomsten av mentale lidelser i Norge blant eldre over 65 år er mangelfull (2). Vi trenger større kunnskap om hvorledes tilbudet til eldre i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid bør styrkes. Spesielt trenger vi kunnskap om tiltak som kan forebygge psykiske plager hos våre eldste. Det er behov for økt forskning på dette området, da særlig om hva som kan ha helsefremmende effekt.

Den demografiske utviklingen tyder på at i den kommunale helsetjenesten vil det i de kommende år bli en stor utfordring å ivareta eldre behandlingsbehov når det gjelder psykisk helse og rusproblematikk. (3). Dette blant annet fordi det i alderspsykiatrien er et faglig anerkjent prinsipp at det er best for eldre med psykiske lidelser å bli behandlet i nærmiljøet. Kommunene som gjennom samhandlingsreformen tildeles større ansvar for psykisk helsearbeid, må i større grad integrere og videreutvikle en helhetlig plan for eldre helse, samt forbedre samhandlingen mellom personalet i helse- omsorgstjenesten og pårørende. Dette gjelder for samordning både på system- og individuelt nivå.

Det er videre behov for å styrke helsepersonellens kompetanse. Det er viktig at helsepersonell har kunnskap som setter de i stand til å identifisere atypiske symptomer hos eldre som har psykiske- og/eller rusproblemer. Hvis helsepersonell som til daglig arbeider i hjemmesykepleien og i sykehjem får utvidet sin kompetanse gjennom forskning, erfaring og praksis, og blir i bedre stand til å observere forandringer og tegn på psykisk lidelse og/eller rusmisbruk, vil de kunne videreformidle til fastlege og øvrige relevante samarbeidspartnere. Dette vil styrke de eldre mulighet for å få adekvat hjelp ved behov.

Satsing på kompetanseheving må også følges opp gjennom økonomisk prioritering og konkret planlegging i kommunene. Gode samhandlingsrutiner mellom helsepersonell innenfor alderspsykiatri og geriatri på sykehusene må styrkes. Det samme gjelder samhandlingsrutiner mellom helsepersonell i sykehusene og kommunehelsetjenesten. En måte å gjøre dette på er gjennom ambulering av personell som innehar nødvendig spisskompetanse.

I dette tidsskriftet viser forfatteren Gørill Haugan til resultatet av sin studie om sammenhengene mellom pleier-pasient-interaksjonen, depresjon, self- transcendence og mening i en populasjon av mentalt klare langtidspasienter i sykehjem. Kunnskap om hvordan disse variablene relateres til depresjon er av betydning for klinisk

sykepleie. Forfatteren gir uttrykk for at dette er sentralt for den enkelte pleiers opplevelse av egenverdi, mestring og graden av meningsfylt arbeidsopplevelse.

Hun sier videre at dette kan bidra til å forbedre samhandlingen mellom pasient og pleier noe som trolig vil føre til mer adekvat pleie. Ved å søke å skape bestemte kvaliteter i interaksjon med sin pasient, kan pleierne øve positivt innflytelse på pasients psykisk helse og livskvalitet. Forfatteren viser at ved positiv interaksjon kan pleieren understøtte pasientens sjølførfølelse og bidra til en meningsopplevelse som får vesentlig innflytelse og kan minske pasientens depresjon. Følgelig vil kvaliteten på omsorgen i sykehjem bli bedre.

Forfatteren sier videre at helsefremmende tenkning vil gi sykehjemspasienter større mening i sin hverdag, glede og trivsel og motivere til tillit og positiv tilknytning til personalet som de er avhengige av. Dette vil også influere på pårørendes opplevelse av de eldre situasjon i sykehjemmet.

Rusproblemer blant eldre. Siri Ytrehus, Hege Bøen og Randi Ervik har skrevet en artikkel som retter fokus på rusproblemer hos eldre som et underkjent problem. Det gjøres rede for sentrale begreper og forfatterne gjennomfører en diskusjon som også påpeker svakheter innenfor tilbudet til eldre med rusproblem.

De gir uttrykk for at rusproblemer blant eldre har fått liten oppmerksomhet i hjelpeapparatet. Med en stadig voksende eldre befolkning med økende bruk av alkohol og rusmidler er det grunn til å tro at forekomsten av rusproblemer blant eldre vil øke. Artikkelen peker på behovet for økt oppmerksomhet og kunnskap i alle deler av helse- og omsorgstjenesten med tanke på å skulle nå fram med nødvendig hjelp. Tidlig identifisering vil ha stor betydning. Samtidig retter denne artikkelen oppmerksomheten mot de store variasjonene som også vil forekomme innen sosiale hjelpebehov blant eldre som har et rusproblem.

Sentrale utfordringer i helse- og omsorgstjenesten overfor eldre blir også drøftet med tanke på å avhjelpe rusproblemer.

Referanser:

1. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Ni suksesshistorier: samhandling om psykisk helse. Oslo: NAPHA, 2012.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Departementet, 2009. St.meld. nr.47(2008-2009)
3. Langballe, EM, Evensen, M. Eldre i Norge: forekomst av psykiske plager og lidelser. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2011

REDAKTØR GERIATRISK SYKEPLEIE

Rusproblemer blant eldre



Av **Siri Ytrehus**, professor ved Diakonhjemmet høgskole, Institutt for sykepleie og helse, Oslo, hvor hun er faglig ansvarlig for et masterprogram i helse- og sosial faglig arbeid med eldre



Av **Randi Ervik**, høgskolelektor, cand.polit.

Innledning

Rusproblemer blant eldre har vært et ignorert problem som har fått liten oppmerksomhet i hjelpeapparatet(1-5). Rusproblemer blant eldre er ofte mistolket, oversett, underbehandlet eller ikke behandlet (2). Hensikten med denne artikkelen er å vise behovet for oppmerksomhet på denne problematikken i helse- og omsorgstjenesten overfor eldre og på sentrale utfordringer som tjenesten kommer til å møte med tanke på å utvikle god hjelp også til denne gruppen av eldre.

I artikkelen redegjør vi først for bakgrunnen for at denne problematikken blir framhevet i dag, og hvordan utviklingen av sentrale begreper innen dette feltet kan forstås. Artikkelen framhever videre at eldre med rusproblemer vil være en variert gruppe, og peker på forskjeller i betydning om rusproblem har vart gjennom hele livsløpet, sammenliknet med om rusproblem har oppstått i eldre år. Eldre kvinner med rusproblemer er dessuten en særlig utsatt gruppe. Siste hoveddel av artikkelen drøfter særskilt sentrale utfordringer i helse- og omsorgstjenesten og peker på forskningsutfordringer innen denne tematikken.

Økende bruk av rusmidler blant eldre

Forskning som har studert bruk av alkohol, har konsekvent funnet at alkoholforbruket er lavere og alkoholmisbruk mindre utbredt hos personer over 60 år (6), noe som det er naturlig å anta at kan ha vært en medvirkende årsak til lite oppmerksomhet på rusproblemer blant eldre. En viktig motivasjon for å sette rusproblemer blant eldre på dagsordenen i det siste tiåret er de store alderskullene som ble født etter andre verdenskrig – de såkalte baby-boomers – som blir eldre. Den demografiske utviklingen med høyere levealder og store fødselskull gir stor øking i antallet eldre. Blant norske kvinner og menn over 50 år er alkoholforbruket økt (7) og nesten doblet de siste tiårene (8). Eldre kan ta med seg nye levemåter og rusmiddelvaner inn i alderdommen på en måte som en ikke har sett blant tidligere kohorter. Uttrykket «den våte» generasjonen er gjerne brukt for å beskrive denne generasjonen i motsetning til den «den tørre» generasjonen som er brukt om forrige generasjon (9).

Hva er et rusproblem?

Myndighetene slår i St.meld.nr. 30 *Se meg! En helhetlig ruspolitikk* (7) fast at et økende alkoholforbruk,



FLERE MISBRUKERE:

En raskt voksende eldre befolkning med økende alkoholforbruk, vil trolig føre til at det blir flere eldre med rusproblem. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

«Det kan være knyttet et særlig stigma til rusproblemer hos eldre.»

Sammendrag

Rusproblemer blant eldre har fått liten oppmerksomhet i hjelpeapparatet. En viktig motivasjon for at rusproblemer blant eldre er satt på dagsordenen i det siste tiåret, er de store alderskullene som ble født etter andre verdenskrig. Med en raskt voksende eldre befolkning med økende alkoholforbruk og lett tilgjengelighet til rusmidler er det grunn til å tro at forekomsten av rusproblemer blant eldre vil øke. Denne artikkelen peker på behovet for økt oppmerksomhet og kunnskap i alle deler av helse- og omsorgstjenesten med tanke på å skulle nå fram med nødvendig hjelp. Tidlig identifisering vil ha stor betydning. Samtidig retter denne artikkelen oppmerksomheten på de store variasjonene det vil være i hjelpebehov og sosial situasjon blant eldre som har et rusproblem. Noen eldre har hatt et rusproblem gjennom store deler av voksenlivet. Andre har utviklet et rusproblem først og fremst som eldre. Artikkelen drøfter også sentrale utfordringer i helse- og omsorgstjenesten overfor eldre med tanke på å avhjelpe rusproblemer. Avslutningsvis peker artikkelen på forskningsbehov på dette området.

Nøkkelord: Eldre, rusproblemer, helse- og omsorgstjenesten.

English abstract

Drug-related problems among the elderly have received little attention in the healthcare system. An important motivation for putting these problems among the elderly on the agenda in the last decade is the rapidly growing elderly population with an increasing alcohol consumption and easy access to drugs, there is reason to believe that drug-related problems will increase among the elderly. This article underscores the need for increased awareness and knowledge in all parts of the health care system. Early identification will be important for elderly people with drug problems, as it is for all other groups. At the same time this article points to the large variations in helping needs and in the social situation for elderly who has a drug-related problem. Some elderly have had a drug-related problem throughout much of their adult life. Others have developed a problem primarily when they are old. The article points out and discusses key challenges in the health care system when it comes to providing help for elderly with drug-related problems. Finally, the article points to the research needs in this area.

Keywords: Elderly, drug-related problems, health care services

alkoholrelaterte skader og innleggelser med alkoholrelaterte diagnoser er en økende rusmiddelpolitisk utfordring. Hva som er et problematisk alkoholforbruk, er vanskelig å besvare. Jo høyere det allmenne forbruket blir, desto mer drikking skal til før det oppfattes som problematisk. Det er imidlertid ikke «stordrikkene» som forårsaker mest skade og sykdom og som påfører samfunnet de største kostnadene, men gruppen med et moderat forbruk av rusmidler, først og fremst alkohol. I faglig sammenheng knyttes begrepene rusbruk, skadelig rusbruk, rusmisbruk, ruslidelse og rusavhengighet til ulike forhold ved fenomenet rus. Rusavhengighet brukes ved tilstander hvor diagnostiske kriterier er oppfylt. Fagmiljøene peker på at det ikke kan trekkes klare grenser mellom hva som er bruk, misbruk og avhengighet. Andre begreper som brukes i Norge, er «risikofylt eller problematisk bruk», «skadelig bruk» og «avhengighet». Tross ulik begrepsbruk er det faglig enighet om at risikofylt eller problematisk bruk referer til en situasjon som innebærer helseisrisiko, og ikke et helseproblem i seg selv, mens skadelig bruk og rusavhengighet refererer til et helseproblem (10).

I Norge er illegale rusmidler definert som substanser som til enhver tid er oppført på narkotikalistene, samt ulovlig bruk av foreskrevne legemidler. Illegale rusmidler er dermed definert juridisk, og ikke ut fra skader ulike rusmidler kan forvalde. Det siste ville ha inkludert alkohol, som uten sammenlikning forvalder de største skader på individ, familie og samfunn. Misbruk i juridisk forstand straffes etter legemiddelloven eller straffelovens bestemmelser. Borgere som har misbrukt stoffer i denne forstand, har oftest, i tillegg til skader av for eksempel injisering av heroin og andre stoffer, også pådratt seg kontrollskader, som er en betegnelse på følger av selve kontrollsystemet (11).

Et stigmatisert helseproblem

Rusproblemer regnes som en stigmatisert lidelse. Lidelsen det er knyttet stigma til, vil innebære devaluering

«Familien kan ha vansker med å oppdage og erkjenne rusproblemet.»

av personen og betydelig skyld og skam for både den det gjelder, og kanskje også nære pårørende. Begrepet «courtesy stigma» er nettopp ment å illustrere at

stigma kan knyttes ikke bare til personen som har den stigmatiserte lidelsen, men også til nære relasjoner (12). Både den som har problemet og pårørende kan møte offentlig ansatte og andre, i både familien og samfunnet for øvrig, som i utgangspunktet kan ha et negativt syn på den hjelpetrengende og dermed kanskje også på de pårørende. Det er vist at det kan være knyttet et særlig stigma til rusproblemer hos eldre (13-15).

Rusproblemer blant eldre

Mange faktorer påvirker rusproblemer blant eldre, både helseproblemer, følelsesmessige og sosiale problemer som for eksempel svak økonomi (1). De samme faktorene kan også bli forverret av et rusproblem. Rusproblemer kan føre til både helsemessige, sosiale og økonomiske konsekvenser. I tillegg kan aldersrelaterte endringer, både fysiologiske, psykologiske og sosiale, forverre de uheldige konsekvensene. For eksempel vil fysiologiske endringer som følge av aldringsprosessen gjøre at væskevolumet i kroppen reduseres. Ved alkoholbruk vil derfor promillen i blodet blir forholdsvis høyere enn hos yngre mennesker. Eksempler på andre helsemessige konsekvenser som er beskrevet, er demens, depresjon og angst (4).

Et høyt forbruk av legemidler blant mange eldre gjør dem særlig utsatt fordi blanding av alkohol og legemidler gir uheldige bivirkninger og kan ytterligere øke risikoen for skade og ulykker (7). Samtidig kan et høyt forbruk av legemidler gjøre eldre ekstra utsatt for misbruk av foreskrevne legemidler. Studier påpeker tendens til dette blant eldre (4).

Et problem som er særskilt for eldre, er at flere av symptomene på et rusproblem kan forveksles med andre helsemessige og sosiale problemer som kan følge alder. Eksempler på dette er demens eller depresjon. Dette kan skape ekstra utfordringer med å oppdage et rusproblem hos eldre og kan være en medvirkende årsak til at rusproblemer oversees.

Eldre med et livslangt rusproblem

De helsemessige og sosiale konsekvensene vil være forskjellige avhengig av både type rusproblem og langvarigheten av dette (7). Et tidlig debuterende rusproblem hos eldre vil være et rusproblem eldre har levd med enten hele sitt voksne liv eller store deler av dette. Eldre som dette gjelder for, kan ha utviklet en lang rekke fysiske, psykologiske og sosiale problemer som en konsekvens av et livslangt rusproblem. Mange kan ha utviklet leverproblemer og kardiiovaskulære problemer. Et langvarig rusproblem kan også medføre

kognitive skader. Mange kan også ha en historie med flere forskjellige og gjentatte behandlingsopphold. Vi vet at helseproblemer som vi vanligvis ser hos eldre mennesker, kan opptre tidligere hos personer med et langvarig rusproblem, og at aldringsproblematikk derfor kan opptre mye tidligere enn for befolkningen for øvrig.

Denne gruppen vil selvfølgelig være sammensatt. De aller dårligst stilte kan ha hatt en marginalisert posisjon overfor alle sentrale samfunnsinstitusjoner gjennom store deler av livsløpet. De kan ha hatt et rusproblem som kan ha medført manglende utdanning, yrkeserfaring, familieetablering og manglende bolig. Hjelp og støtte til eldre i denne situasjonen må ta hensyn til dette.

Helseproblemene vil variere etter hvilken type rusproblem det er snakk om. Blant injiserende stoffbrukere er det en høy andel kronisk hepatitt C (16). Mange smittes i ung alder, men de fleste HCV-relaterede dødsfall ser ut til å skje mer enn 25 år etter at man ble eksponert for viruset (17). Per ultimo 2012 mottok vel 7000 i denne gruppen substitusjonsbehandling gjennom programmet legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Gjennomsnittsalderen for deltakerne var i underkant av 42 år, med betydelige psykiske vansker og kroppslige sykdommer og plager som i stor grad vil svekke utfoldelse og livskvalitet (18).

Studier som har fulgt pasienter som har mottatt LAR-behandling, viser at slik behandling for mange fører til reduksjon i bruk av narkotiske stoffer og av kriminalitet (19). Men selv om mange slutter å bruke tunge narkotiske stoffer, viser denne studien at det fortsatt etter ti år i LAR-programmet forekommer bruk av ulike narkotiske stoffer også blant dem som mottok behandlingen. Denne studien viser også den store risikoen for tidlig død som denne brukergruppen er utsatt for (19).

Deltakelse i LAR-behandling kan bidra til bedre levekår. Den refererte studien viste at deltakelse i LAR-behandling medførte lønnet arbeid for flere. Flere fikk erstattet sosialhjelp med uføretrygd, noe som vil innebære et stabilt og tryggere inntektsgrunnlag (19). Bosituasjonen hadde bedret seg for flere av deltakerne i denne studien. Vi vet at bolighistorien til brukere som har hatt et rusproblem over mange år, kan ha vært svært ustabil med flytting mellom mange ulike boliger, utkastelser fra bolig, opphold på midlertidig botilbud og kanskje også flere opphold på institusjon (20). Grunnene kan være mange, blant annet vansker med å oppret-

FARLIG BLANDING:

Eldre som bruker medisiner er ekstra utsatt for skader som følge av rus. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



holde de økonomiske forpliktelsene. Hjelp til bolig er viktig. For mange med omfattende rusproblemer er en trygg boligsituasjon en forutsetning for å kunne opprettholde en rusfri tilværelse. Mange vil også ha behov for hjelp og støtte for å få en tilfredsstillende og trygg bosituasjon.

Ensomheter et stort problem for mange som mottar LAR-behandling (19). Vi vet at det er krevende å etablere seg med nye relasjoner i et sosialt miljø som ikke er en del av et tidligere rusmiljø (21). Samtidig kan en trygg sosial tilhørighet etter et liv med langvarige rusproblemer være avgjørende for hvordan den eldre vil greie seg (21).

Eldre med et seint debuterende rusproblem

Rolleendringer og tapsopplevelser kan være medvirkende til et rusproblem som starter seint i livet. Tap av nær familie, partner og venner, endringer i arbeidslivet og redusert funksjonsnivå og sykdom er eksempler på dette. Tilpasning til slike endringer kan være krevende, særlig vil dette gjelde når mange ulike taps- og livsendringer kommer på samme tid. Det å miste en partner samtidig som helseproblemer og hjelpeavhengighet oppstår, kan representere slike livsendringer. Fysiske, sosiale eller psykologiske ressurser finnes ikke på samme måte lenger.

Seint debuterende misbruk, enten det er med

illegale eller legale rusmidler, kan være vanskelig å identifisere. Det kan være at eldre i større grad enn yngre vil skjule et rusproblem. Familie og annet sosialt nettverk kan ha vansker med både å oppdage og erkjenne rusproblemet. Fysiske tegn på rusproblemer kan forveksles med andre helseproblemer og med andre forhold som har med aldersfasen å gjøre.

Vi skal her kort nevne enda en type rusproblem blant eldre som er påpekt i forskningslitteraturen. Dette er såkalt «overstadig drikking» eller periodisk drikking, som er en alkoholbruk som har forekommet hyppigere blant yngre grupper. Samtidig er det antatt at denne bruken vil forekomme oftere blant nye grupper eldre enn blant tidligere tiders eldre (22). Denne bruken av alkohol trenger nødvendigvis ikke bli oppfattet som et avhengighetsproblem verken av den eldre eller av helsevesenet, men kan likevel føre med seg mange helseproblemer og skader for eldre.

En gruppe som skal neves spesielt, er eldre kvinner. Myndighetene ser med bekymring på det økende alkoholforbruket blant kvinner. Selv om det i Norge er lavt alkoholkonsum sammenliknet med andre europeiske land, har det siden 1970-tallet vært en jevn økning i kvinners forbruk av alkohol (7). Når det gjelder rusproblemer, er kvinner mer utsatt enn menn på grunn av forskjeller i metabolisme av alkohol. Dette gir høyere risiko for både fysiske,

medisinske, sosiale og psykologiske problemer ved høyt alkoholforbruk (23). Eldre kvinner er særlig utsatt (15).

Hvordan hjelpe?

Kartlegging av og kunnskap om rusproblemer kan se ut til å være mangelvare i tjenesteapparatet. En undersøkelse blant fastleger i Norge viste at legene foretok lite kartlegging av alkoholbruk, og at de følte seg mer kompetente til å gi råd om røyking enn om alkohol (24). Hovedforklaringen var mangel på tid og kompetanse.

Det har lenge vært et politisk mål å unngå det som har vært omtalt som særomsorg, også for personer med rusproblemer. Universalitet skal gjelde som premiss. Det vil si at det ikke skal bygges opp et tjenestetilbud på siden av den ordinære tjenesten, heller ikke for personer med rusproblemer (25).

Dette ble særlig tydelig da personer med rusproblemer fikk pasientrettigheter etter spesialisthelse-tjenesteloven. I og med prinsippet om universalitet vil alle deler av helsetjenesten møte eldre med rusproblemer, både spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Dette gjelder alle eldregrupper med rusproblemer, også de som har hatt et langvarig rusproblem, og som først og fremst har blitt ivaretatt i tjenestetilbud som har vært utvi-

ULIKE GRUPPER: Det er store forskjeller i hjelpebehov og sosial situasjon blant eldre som har et rusproblem. Noen har ruset seg store deler av livet, andre har blitt misbrukere i voksen alder. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



klet for personer med rusproblem. Hjemmebaserte tjenester er, sammen med fastlegen, helt sentrale-kommunale tjenester for eldre med rusproblemer. Disse tjenestene må ha nødvendig kompetanse.

Mange har vært opptatt av betydningen av at rusproblem oppdages tidlig. Tidlig oppdagelse og behandling vil bety store besparelser både for den eldre og for samfunnet. Det å ukritisk akseptere og unnlate å ta opp et rusproblem blant eldre, enten det er familier eller tjenester som gjør dette, kan sees på som uttrykk for manglende tro på at det er mulig å bli kvitt rusproblemet. Å hevde at en ikke vil ta fra eldre den eneste gleden de har, kan oppfattes som uttrykk for en aldersdiskriminerende holdning.

Kort intervensjon er en velprøvd og lite inngripende intervensjon (26). Korte intervensjoner rettet mot rusproblemer er ikke en spesiell type behandling eller et spesielt tiltak, men må forstås som en gruppe av tiltak som alle har til hensikt å hindre videreutvikling av rusproblemer. Det vil imidlertid sjelden være klare skiller mellom hva som er tidlig intervensjon, og hva som er behandling. Betegnelsen korte intervensjoner brukes om intervensjoner av kort varighet, men varigheten kan også være svært forskjellig. Korte intervensjoner kan være alt fra fem minutters samtaler til opp mot en times samtale med oppfølgende samtaler. Ulike tiltak kan inngå. Kartlegging av rusproblemet, opplæring, kunnskapsformidling, rådgivning, samtale og henvisning er elementer som kan inngå i korte intervensjoner iverksatt av helsepersonell. Korte intervensjoner er ikke ment for personer med alvorlige og langvarige rusproblemer. Eldre som allerede har kontakt med helsetjenesten eller pleie- og omsorgstjenester og har rusrelaterte problemer, kan være særlig motivert for å få hjelp til endring. Både rusproblemet og skadene får oppmerksomhet, og den eldre kan være innstilt på endring fordi det har oppstått helseproblemer.

Myndighetene legger i dag stor vekt på at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i fellesskap skal arbeide sammen med den som har rusproblemer, om å få til god hjelp. Samhandlingen mellom forvaltningsnivåene, det vil si de spesialiserte tjenestene overfor personer med rusproblemer, og kommunale tjenester fungerer ikke godt nok. Hjelpetilbudet oppleves som fragmentert (7). Også når et behandlingsopphold avsluttes og den eldre skal få videre hjelp fra primærhelsetjenesten, er det behov for god samhandling. Denne overgangen må

planlegges. For eksempel skal ansvaret for pasienter i LAR-behandling som er stabilisert i spesialisthelsetjenesten, overføres til kommunalt nivå, med fastlegen som hovedansvarlig for behandlingen og NAV for rehabiliteringen (18). Fasen etter et behandlingsopplegg kan oppleves som en særlig sårbar og utsatt fase. Vi vet lite om hvordan denne samhandlingen fungerer for eldre med rusproblemer.

Rusproblemer for et familiemedlem får konsekvenser for hele familien til den personen som har problemet (27). Selv om familier ikke har en juridisk forpliktelse til å hjelpe, vil mange familiemedlemmer strekke seg langt for å hjelpe et voksent familiemedlem med rusproblemer, og noen ganger langt ut over det som mange i dag oppfatter som en selvfølgelig forpliktelse mellom voksne familiemedlemmer (28). For dem som ikke har stiftet egen familie som voksen, vil eldre foreldre og søsken fortsette å være de aller nærmeste og de som støtter og hjelper, selv om den det gjelder, er voksen og selv kan regnes som eldre. For eldre foreldre kan derfor det å ha en voksen eldre datter eller sønn med et langvarig rusproblem innebære en livslang forpliktelse (29). For familiemedlemmer som gir hjelp til andre i familien med et rusproblem, kan det være svært vanskelig og krevende å finne fram til hvordan grensen skal trekkes for hvor mye hjelp og støtte som skal gis (28). Ikke bare den som har problemet, men også familiemedlemmer kan oppleve skam, skyld og maktesløshet på grunn av det stigmaet som følger rusproblemet. Støtten må innrettes ikke bare mot den som har problemet, men også mot andre familiemedlemmer (30, 31). Familien kan spille en sentral rolle overfor

«Fastleger følte seg mer kompetente til å gi råd om røyking enn om alkohol.»

et medlem med et rusproblem, men kan samtidig ha behov for og nytte av hjelp og støtte for egen del.

Noen kommuner har i dag etablert egne sykehjem eller sykehjemsavdelinger for eldre personer med rusproblemer, etter en dansk modell. Et grunnprinsipp ved disse sykehjemmene eller avdelingene er at det skal være tillatt å bruke rusmidler der. Tanken er at når det ikke stilles krav om rusfrihet, vil det være lettere å opprettholde tett kontakt med beboerne og dermed lettere å nå

«Det kan være at eldre i større grad enn yngre vil skjule et rusproblem.»

fram med nødvendig helsehjelp og omsorg. På den måten kan brukerne sikres de tjenestene de har rett til og behov for. De behøver ikke å holde seg borte fra sykehjemmet for fortsatt å kunne bruke rusmidler. Noen vil mene at en annen fordel med egne sykehjemsavdelinger er at beboere med rusproblemer da unngår negative reaksjoner fra andre beboere og fra personalet ved sykehjemmet, og at de dermed unngår å oppleve den sosiale utestengningen som kan følge av slike reaksjoner. Enda en begrunnelse for å ha egne avdelinger for personer med rusproblemer kan være hensynet til de andre beboerne.

Det kan imidlertid reises flere innvendinger mot å utvikle egne institusjoner for eldre med rusproblemer. Selv om eldre som bor der, har det til felles at de har et rusproblem, vil det være store individuelle variasjoner i behov og situasjon og i typen og omfanget av rusproblem. Miljøet i avdelingen kan bli påvirket av rusproblemene, og beboerne kan oppleve det som belastende å bo der, selv om de selv har et rusrelatert problem. Å bo sammen med andre som misbruker rusmidler, kan gjøre det vanskeligere å redusere sitt eget rusproblem, til tross for et sterkt ønske om å klare det. Det er fra andre land vist at eldre på institusjon nedprioriteres når det gjelder behandling for rusproblemer (32). Det er naturlig å regne med at behovet for egne sykehjemsavdelinger vil reduseres dersom hjemmetjenesten legger vekt på å legge til rette for et godt tilbud også for eldre som har rusproblemer, enten i den eldres egen bolig eller i boliger besørget og tilrettelagt av kommunen.

En medvirkende årsak til at rusproblemer blant eldre ikke tas på alvor verken når det gjelder å avdekke eller å avhjelpe problemet, kan være manglende tro på at behandling hjelper. Redegjørelse for og drøfting av ulike typer behandlingsopplegg for eldre ligger utenfor rammene for denne artikkelen. Her skal kort nevnes at forskning peker på at behandling av eldre for et rusproblem som starter seint i livet, har god prognose (33). De eldre vil ha erfaringer fra et langt liv uten rusproblemer. Denne erfaringen kan komme til nytte i prosessen med å bli kvitt et rusproblem. Sosiale relasjoner vil kanskje ikke ha blitt skadelidende på samme

måte som kan være tilfelle for personer med et rusproblem som har vart gjennom hele voksenlivet. Vi har sett at rolleendringer og tapsopplever kan være medvirkende til et rusproblem som starter seint i livet. I så fall vil det være vesentlig å kunne tilby hjelp og støtte som innebærer mulighet til å håndtere eventuelle rolleendringer og tap. Behandling kan være nødvendig. Men her vil kommunens helse- og omsorgstjenester kunne spille en viktig rolle, gitt at de har den nødvendige kunnskapen og innsikten.

Innen tematikken eldre og rusproblemer er det store forskningsbehov i Norge (3, 9, 34). Det er behov for forskning om alders- og kohortrelaterte endringer i rusproblemer, også for illegale rusproblemer, om hvordan utviklingen vil være for ulike aldersgrupper over tid, om hvilke helsemessige og sosiale problemer som gjelder særskilt for eldre, samt om hvilke faktorer som en må være spesielt oppmerksom på som risikofaktor for rusproblemer blant eldre. Videre er det behov for forskning på hva som er god hjelp, og på hvilke områder det er behov for særskilte tiltak for eldregruppen. Hva vil være de mest nyttige tilnærmingene for å gi hjelp til ulike grupper av eldre med rusproblemer? Hva kan forebyggende tiltak være? Hvordan vil det variere for ulike eldregrupper og for eldre sammenliknet med andre grupper? Hvilke hjelpebehov har denne gruppen, hvordan kan det ordinære hjelpeapparatet bidra med hjelp og støtte, og hvordan kan vi sikre at kunnskap om denne gruppens behov ikke bare er kunnskap som avgrensede spesielle hjelpetilbud har? ■

Referanser:

1. Benschoff JJ, Harrawood LK, Koch DS. Substance abuse and the elderly: Unique issues and concerns. *Journal of Rehabilitation* 2003; 69(2):43-48.
2. Han B, Gfroerer JC, Colliver JD, Penne MA. Substance use disorder among older adults in the United States in 2020. *Addiction* 2009; 104(1), 88-96. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02411.x
3. Lunde LH. Rusproblemer hos eldre. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2013; 3:133:318-139.
4. Miller NS, Belkin BM, Gold MS. Alcohol and drug-dependence among the elderly - epidemiology, diagnosis, and treatment. *Compr Psychiatry* 1991; 32(2):153-165. doi: 10.1016/0010-440x(91)90008-z
5. Oslin DW. Late-life alcoholism - Issues relevant to the geriatric psy-



KVINNER DRIKKER MER: Siden 1970-tallet har det vært en jevn økning i kvinners forbruk av alkohol. Illustrasjonsfoto: Scanpix Microstock.

- chirurgist. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2004; 12(6): 571-583. doi: 10.1176/appi.ajgp.12.6.571
6. Smith JW. Medical Manifestations of Alcoholism in the Elderly. *Subst Use Misuse* 1995; 30(13-14):1749-1798. doi: doi:10.3109/10826089509071055
 7. Meld. St. 30 (2011-2012). Se meg! En helhetlig ruspolitikk. Alkohol – narkotika – doping. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.
 8. Clausen SE, Valset K, Blekesaune M, Romøren TI. Helsevaner blant dagens og morgendagens eldre. I (red.) Slagsvold B, Solem PE. Morgendagens eldre. En sammenlikning av verdier, holdninger og atferd blant middelaldrende og eldre. NOVA-rapport nr.11/05. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 2005: 131 – 53.
 9. Frydenlund R. Eldre, alkohol og legemiddelbruk: en kunnskapsoppsummering. Oslo: Kompetansesenter rus, 2011.
 10. Biong S, Ytrehus S. Helsehjelp til personer med rusproblemer. Oslo: Akribe, 2012.
 11. Hauge R. Har narkotikapolitikken spilt fallitt? *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvitenskap* 2000; 87(3): 241 - 45.
 12. Goffman E. *Stigma*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1963.
 13. Keyes KM, Hatzenbuehler ML, McLaughlin KA, Link B, Olfson M, Grant BF, Hasin D. Stigma and Treatment for Alcohol Disorders in the United States. *American Journal of Epidemiology* 2010; 172(12): 1364-1372. doi: 10.1093/aje/kwq304
 14. Sattar SP, Petty F, Burke WJ. Diagnosis and treatment of alcohol dependence in older alcoholics. *Clinics in Geriatric Medicine* 2003;19(4): 743-+. doi: 10.1016/s0749-0690(03)00045-4
 15. Epstein EE, Fischer-Elber K, Al-Otaiba Z. Women, aging, and alcohol use disorders. *J Women Aging* 2007; 19(1-2): 31-48. doi: 10.1300/J074v19n01_03
 16. Dalgard O, Egeland A, Ervik R, Vilimas K, Skaug K, Steen TW. Risikofaktorer for hepatitt C - smitte blant sprøytemisbrukere. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129(2): 101 - 4.
 17. Kielland KB, Skaug K, Amundsen KJ, Dalgard O. All-cause and liver-related mortality in hepatitis C infected drug users followed for 33 years: A controlled study. *Journal of Hepatology* 2013; 58(1):31–37.
 18. Waal H, Bussesund K, Clausen T, Håseth A, Lillevold PH. Statusrapport 2012. LAR som det vil bli fremover? Oslo: Universitetet i Oslo og Oslo Universitetssykehus. SERAF 2013:1
 19. Lauritzen G, Ravndal E, Larsson J. Gjennom 10 år: en oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling. Oslo: Statens institutt for rusmid delforskning, 2012:6.
 20. Ytrehus S, Drøpping JA. Den vanskelige fortsettelsen: en kartlegging av tjenester til tidligere bostedløse. Oslo: Fafø, 2004:448.
 21. Ytrehus S, Sandlie H-C, Skårberg A. Fra bostedsløs til egen bolig: del- evaluering av tilskudd til oppfølgingstjenester. Oslo: Forskningsstiftelsen FAFO, 2007:7.
 22. Gfroerer J, Penne M, Pemberton M, Folsom R. Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort. *Drug Alcohol Depend* 2003; 69(2):127-135. doi: 10.1016/s0376-8716(02)00307-1
 23. Blow FC. Treatment of older women with alcohol problems: Meeting the challenge for a special population. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research* 2000; 24(8):1257-1266. doi: 10.1111/j.1530-0277.2000.tb02092.x
 24. Aasland OG, Johannessen A. Screening and brief intervention for alcohol problems in Norway. Not a big hit among general practitioners *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift «NAT, Nordic Studies on Alcohol and Drugs»* 2008; 25: 515-21.
 25. Anderson I, Ytrehus S. Re-conceptualising Approaches to Meeting the Health Needs of Homeless People. *Journal of Social Policy* 2012; 41:551-568. doi: 10.1017/s0047279412000220
 26. Nesvåg S, Backer Grøndahl A, Duckert F, Huseby G, Kraft P. Tidlig intervensjon i rusfeltet – en kunnskapsoppsummering. Oslo: Sosial og helse- direktoratet 2007: 6 (Rapport IRIS 2007/021).
 27. Ytrehus S. familiens situasjon. I (red.) Ytrehus S, Biong S. Helsehjelp til personer med rusproblemer. Oslo: Akribe Forlag 2012, s 219-240.
 28. Ytrehus S, Biong S. Foreldrehjemet som midlertidig oppholdssted for bostedsløse. Drammen: Høgskolen i Buskerud, 2011.
 29. Bigel DE, Sales E, Schulz R. Family caregiving in chronic illness. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1991.
 30. Polgar M. How Are People Empowered to Help a Homeless Relative? *Human Organization* 2009; 68(4): 431-438.
 31. Dixon L, Stewart B, Krauss N, Robbins J, Hackman A, Lehman A. The participation of families of homeless persons with severe mental illness in an outreach intervention. *Community Mental Health Journal* 1998; 34(3): 251-259.
 32. Buchanan RJ, Gorman DM, Wang SJ, Huang CF. Co-morbidity and treatment needs among nursing home residents receiving alcohol and drug treatment. *J Addict Dis* 2003; 22(2): 31-47. doi: 10.1300/J069v22n02_03
 33. Zimberg S. Treating alcoholism: An age-specific intervention that works for older patients. *Geriatrics* 1996; 51(10): 45-49.
 34. Bye EK, Østhus S. Alkoholkonsum blant eldre: hovedfunn fra spørreundersøkelser 1985-2008. Oslo: SIRUS, 2012.
- Takksigelse**
Takk til kollega Hege Bøen for kommenter til denne artikkelen.





NSF FGD Landskonferanse 2014

Helsefremming og forebygging, også i geriatrien

20 - 21. mars 2014

Clarion Hotel Royal Christiania, Oslo



Foto: Scampix/Microstock

NSF FGD inviterer til Landskonferanse

Folkehelse er sammensatt og handler om både helsefremming og forebygging. Ved å svekke faktorer som medfører helseisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse, avgjøres av samfunnets innsats.

Helsefremming og forebygging er en naturlig del av hele livsløpet, også for de eldre og deres pårørende. Sykepleiere kan delta med å bidra til sunne levevaner, livsstilsendringer, påvirke risikoforhold og sette inn tidlig tiltak for å forebygge eller redusere sykdom. Sykepleiere er sentrale aktører i folkehelsearbeidet!

Konferansen setter fokus på helsefremming og forebygging, også i geriatrien! og vil bli presentert gjennom inviterte presentasjoner og innsendte bidrag fra konferansedeltakerne.

NSF FGD er et forum for alle sykepleiere som har interesse av eldreomsorg og demensomsorg. Ett av våre formål er å bidra til utvikling, anvendelse og formidling av forsknings- og erfaringsbasert kunnskap. I tillegg ønsker vi å skape møteplasser for fag- og kunnskapsutveksling. NSF FGD utgjør et slagkraftig fellesskap. Bli med i dette faglige fellesskapet, du også!

Velkommen til Oslo!

Cecilie Olsen, faggruppeleder



**Helsefremming
og forebygging,
også i geriatrien**



TORS DAG, 20. MARS 2014

08.30 – 09.30	Registrering. Kaffe. Møteleder Landskonferansen 2014 Terje Årsvoll Olsen, høgskolelektor HiB og lokalgruppeleder NSF FGD, Hordaland.
09.30 – 09.50	Velkommen og åpning av konferansen Cecilie Olsen, styreleder, NSF FGD Sang og musikk ved helsesøster Reidunn Gulbrandsen
09.50 – 10.20	Forebyggende helse i geriatrien i et samfunnsperspektiv Eli Gunhild By, forbundsleder, NSF
10.20 – 10.50	Folkehelse Kristin Sofie Waldum, prosjektkoordinator, NSF
10.50 – 11.15	Pause med besøk i utstillingslokalet
11.15 – 12.00	Støtte til egenomsorg for eldre Anette Hylen Ranhoff, geriater og overlege ved Diakonhjemmets sykehus
12.00 – 13.00	Lunsj med besøk i utstillingslokalet
13.00 – 13.45	Utfordringer ved helsefremming og forebygging hos den geriatriske pasienten Torgeir Bruun Wyller, professor i geriatri og overlege ved Oslo universitetssykehus
13.45 – 14.30	Helsefremmende og forebyggende sykepleie til den geriatriske pasienten - Selvfølgelig eller nytt og problematisk? Gro Næss, høgskolelektor ved Høgskolen i Vestfold og stipendiat ved UiO
14.30 – 15.00	Pause med besøk i utstillingslokalet
15.00 – 16.30	Parallele sesjoner med innsendte bidrag
17.00 – 18.00	Generalforsamling NSF FGD
20.00 -	Festmiddag restaurant DS Louise

FREDAG, 21. MARS 2014

09.00 – 09.30	Forebygging av hjerteproblemer hos eldre Siv Olsen, faggruppeleder kardiologiske sykepleiere
09.30 – 10.00	Forebygging av fall og brudd hos eldre Astrid Bergland, leder forskergruppen Aldring, Helse og velferd, Høgskolen i Oslo og Akershus
10.00 – 10.30	Pause, utsjekk og besøk i utstillingslokalet
10.30 – 11.15	Psykologtjenester til eldre i kommunehelsetjenesten Fredrik Hansen, psykolog, Askøy kommune
11.15 – 11.45	Aktiv eldredag Irene Meier Stuestøl, aktivitør, Langhus Bo og servicesenter
11.45 – 13.00	Lunsj og besøk i utstillingslokalet
13.00 – 13.30	Forståelse av trivsel og faktorer som kan bidra til trivsel på sykehjem Ådel Bergland, førsteamanuensis Lovisenberg Diakonale Høgskole
13.30 – 14.00	Forebyggende hjemmebesøk til eldre Anita Archer, leder for tjenesten habilitering/rehabilitering, Nøtterøy kommune
14.00 – 14.45	Samfunnets syn på det å behandle eldre Henrik Syse, filosof, Institutt for fredsforskning
14.45 – 15.00	Oppsummering og vel hjem Cecilie Olsen, leder, NSF FGD

PRAKTISKE OPPLYSNINGER

Påmelding Bindende påmelding kan bare gjøres elektronisk via vårt påmeldingsskjema. Følg lenken for påmeldingen på: www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/geriatri-og-demens eller via følgende lenke hos vår konferansepartner <http://eventus.trippus.se/nsffgd2014/senpamelding>

Overnatting Rom bestilles i samme påmeldingsskjema

Registreringsavgift Inkluderer deltakelse, lunsj og kaffe
* student= bachelor

**Early bird – meld deg på før
15. februar 2014 og spar!**

**Ordinær pris,
fom 15. februar 2014**

Medlem i NSF FGD

To dager: kr 2.900

En dag: kr 1.700

Student/pensjonist 2 dager: kr 2.200

Student/pensjonist 1 dag: kr 1.200

Medlem i NSF FGD

To dager: kr 3.400

En dag: kr 2.200

Student/pensjonist 2 dager: kr 2.700

Student/pensjonist 1 dag: kr 1.700

Ikke medlem i NSF FGD

2 dager: kr 3.900

En dag: kr 2.200

Ikke medlem i NSF FGD

2 dager: kr 4.400

En dag: kr 2.700

Rabatt på deltakeravgift Rabatt for muntlig presentasjon kr 1000 for en person per presentasjon, eller rabatt for poster kr 500 per poster (rabatt for presentasjon ELLER poster, ikke rabatt for begge deler).

Overnatting Enkeltrom 19. mars – 21. mars: kr 2780,-
Royal Christiania, Dobbeltrom 19. mars – 21. mars: kr 1590,- per person
Oslo Enkeltrom: 20. mars – 21. mars: kr 1390,-
Dobbeltrom: 20. mars – 21. mars: kr 795,- per person

Festmiddag 20. mars kr 495,-

Bli medlem Er du medlem i NSF, kan du bli medlem i faggruppen og oppnå redusert konferanse-avgift.
Bare gå til: www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/geriatri-og-demens og hent vervebrosjyre, eller send en epost til: gunhil-g@online.no

Godkjenning Konferansen er godkjent som meritterende til klinisk spesialist fra NSF med 12 timer.

Produktutstilling Også i år inviterer vi produktleverandører til å stille ut sine produkter på landskonferansen.
Påmelding for utstillere: <http://eventus.trippus.se/nsffgd2014/utstiller>
Kontakt utstillers ansvarlig Wivi-Ann Tingvoll: vat@hin.no, tlf. 97 53 95 55 eller Døvre Event / Marketing, kongress@dovre.as, tlf. 90 59 32 75



Fikk hederspris

Anne-Pernille Rudi ble Årets sykepleier. Hun arbeider i Moss kommunes demensteam. Tekst og foto Håkon Johansen

Torsdag 5. desember 2013 ble prisen for Årets sykepleier innen fagfeltet geriatri og demens overrakt Anne-Pernille Rudi. Hun er spesialsykepleier og arbeider i Moss kommunes demensteam med base på Orkerød sykehjem. Ledelsen for sykehjemmet hadde laget en vakker ramme rundt arrangementet, og det var mange inviterte gjester. Ordfører, kommunalsjef og rådmann representerte kommunens ledelse. Lederne på sykehjemmet var til stede og tidligere og nåværende kolleger av Årets sykepleier.

Kriteriene for kåringen av Årets sykepleier er firedele:

- Kandidaten skal fremme god kvalitet i praksis.
- Kandidaten skal stimulerer til et godt fag- og arbeidsmiljø for studenter og kolleger.
- Kandidaten skal synliggjøre sykepleietjenesten innen geriatri og demens på en positiv måte og være nytenkende for å heve kvaliteten.
- Og kandidaten skal være en tydelig, modig og stolt sykepleier.

Kunnskapsrik sykepleier

Anne-Pernille Rudi er en meget verdig kandidat til prisen. Hun har arbeidet innenfor geriatri og demensomsorg i Moss kommune i mange år. Hun har en sammensatt og høy kompetanse. Og hun har et sterkt engasjement for at gamle og mennesker med demens skal oppleve god livskvalitet og verdighet, og at de skal bli møtt med respekt.

«Hun sprer faglig glede, trygghet og engasjement.»



VERDIG VINNER: Anne-Pernille Rudi ble hedret for sin innsats som sykepleier innen eldreomsorgen. Prisutdelingen foregikk på Orkerød sykehjem i Moss.

Rudi arrangerer pårørendeskole og drifter nettverk for ressurspersoner innen demens i kommunen. Og setter dermed pårørende og ansatte i stand til å møte personene med demens på en faglig og menneskelig måte. Hun organiserer og gjennomfører opplæringsprogrammet Demensomsorgens ABC. Programmet har høy gjennomføringsprosent blant de ansatte. Rudi veileder også ansatte i grupper og individuelt.

Anne-Pernille Rudi er engasjert i prosjektarbeid innen geriatri og demens, både internt i kommunen og eksternt som for eksempel i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for aldring

og helse. I tillegg bidrar hun i rådgivning ved utarbeidelse av planer for kompetanseheving og fagutvikling. Og til sist; hun er en sykepleier som sprer faglig glede, trygghet og engasjement.

Fin seremoni

Leder for NSF Faggruppe for geriatri og demens i Østfold, Håkon Johansen overrakte prisen. Hovedtillitsvalgt for NSF i Moss kommune, Tone Lindmo Johannesen hadde med hilsen og blomster fra NSF Østfold. Og etter det kom hilsningene som perler på en snor. Det var en glad og stolt prismottaker, som til slutt kvitterte med en takketal. ■

Pleier-pasient-interaksjonens betydning for klare sykehjemspasienters psykiske



Introduksjon

Menneskets levealder er økende. I de neste 30 årene vil antallet personer 65 år og eldre i verden nesten fordobles til 1.3 milliarder; eldre over 80 år utgjør den andel som øker mest. I 2050 forventes at 31 % av verdens befolkning vil være over 80 år, en økning fra 18 % i 1980. Dette skiftet mot en økende eldrebefolkning har ført til at alderdommen deles i den 3. (65-80 år) og den 4. alder (over 80 år) (1). Den 3. alder omtales som «de unge gamle», mens den 4. alder benevnes «de gamle gamle». Disse to livsfasene er forskjellig med tanke på utvikling, tap og helse; den 4. alder utgjør en fase med særlig opphopning av fysisk sykdom, funksjonstap og død. For mange fører dette til behov for omsorg og behandling i sykehjem.

Pasienter som bor i langtidsavdelinger i norske sykehjem preges generelt av høy alder, nedsatt fysisk funksjonsevne og høy dødelighet. Gjennomsnittsalder i norske sykehjem er 85 år, årlig mortalitet er 35% og omtrent 10 % lever fem år eller lengre. Gjennomsnittlig levetid er to - tre år (2). Sykehjemspopulasjonen kjennetegnes ved høy forekomst av kronisk sykdom, funksjonstap og mange samtidige diagnoser som krever ulike typer behandling og omsorg. Demens (40-48%), hjerneslag (15-19%), kronisk hjertesykdom (5-6%), lårhalsbrudd (3-4%) og artritt (3%) er beskrevet som de hyppigst fore-

kommende diagnosene i norske sykehjem (3). Videre rapporteres at ni av ti trenger hjelp til personlig hygiene og er ikke i stand til å gå i en trapp, tre av fire er ikke i stand til å spise selv, alle trenger hjelp på toalettet, og to av tre leser aldri en avis (2). Dermed er et av hovedmålene i sykehjem å hjelpe pasientene med dagliglivets aktiviteter (ADL) som å kle seg, spise, vaske og stelle seg.

Depresjon er et av de mest hyppigst forekommende helseproblemer i dagens Europa (4). Ifølge Verdens helseorganisasjon vil depresjon være verdens mest utbredte sykdom i 2020 (5). Høy forekomst av depresjon beskrives i populasjoner av eldre mennesker, særlig blant eldre i sykehjem (6-8). Mye håpløshet, hjelpeløshet og depresjon rapporteres blant sykehjemspasienter (9, 10). Videre beskrives en prevalens-rate på 36-49% for depressive symptomer i sykehjem; depresjon forekommer 3-4 ganger oftere enn hos hjemmeboende jevnaldrende (11). Forskning viser et lineært forhold mellom depresjon og alder som forklares ved funksjonstap, diagnose og somatiske symptomer (12). De sterkeste forklaringsfaktorene for depresjon blant pasienter i sykehjem er kronisk sykdom og funksjonstap (13, 14). Kvinner ser ut til å ha dobbelt så stor risiko for å utvikle depresjon som menn (15), og eldre som mangler sosial og emosjonell støtte er mest utsatt (16).

Inadekvat smerte- og symptomlindring og

Gørill Haugan, PhD, sykepleier, 1.amanuensis ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, Avdeling for sykepleierutdanning – Senter for Helsefremmende Forskning

ning helse

GODT FORHOLD: Relasjonen mellom sykepleier og pasienten kan påvirke pasientens psykiske helse på en god måte, og forebygge eller lindre depresjon. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Sammendrag

Pleier-pasient-interaksjonens betydning for klare sykehjemspasienters psykiske helse.

Bakgrunn: Høy forekomst av depresjon beskrives i populasjoner av eldre mennesker, og særlig blant eldre i sykehjem. Mening og self-transcendence er sentrale aspekt ved menneskets åndelig-mentale dimensjon og har vist signifikant sammenheng med alle dimensjoner av velvære (fysisk, sosialt, emosjonelt, spirituelt og funksjonelt) hos klare langtidspasienter i sykehjem.

Hensikt: Studiens hensikt var å undersøke sammenhengene mellom pleier-pasient-interaksjonen, depresjon, intra-personlig self-transcendence og mening i en populasjon av klare langtidspasienter i sykehjem.

Metode: Tverrsnittsdata ble samlet inn i 2008/2009 fra 202 klare langtidspasienter i 44 ulike sykehjem i Midt-Norge. Fundert i teori og tidligere forskning ble fem hypoteser formulert og testet ved hjelp av en strukturligningsmodell (SEM-analyse).

Resultat: SEM-modellen demonstrerte god tilpasning til de observerte data: $\chi^2=193.93$, $p=0.29$, $df=184$, $RMSEA=0.017$, p -verdi for «close fit»=1.00, $SRMR=0.064$, $NFI=0.92$, $NFFI=0.99$, $CFI=1.00$, $GFI=0.90$, $AGFI=0.87$. Alle fem hypoteser fant støtte i data.

Konklusjon: Pleier-pasient-interaksjonen er av vesentlig betydning for klare langtidssykehjemspasienters psykiske helse. Ved bevisst anvendelse av spesielle kvaliteter i pleier-pasient-interaksjonen kan pleiere fasilitere pasientens intra-personlig self-transcendence samt bidra til opplevelse av mening, som begge har betydelig positiv innflytelse på depresjon i denne populasjonen.

Nøkkelord: depresjon, intra-personlig self-transcendence, mening, pleier-pasient-interaksjon, sykehjem.

Abstract

The influence of the nurse-patient interaction on cognitively intact nursing home patients' mental health

Background: The prevalence of depression among older people is high, and particularly among nursing home patients. Meaning and self-transcendence are fundamental spiritual-mental aspects which have been found to be vital for several quality-of-life dimension (physical, emotional, social, functional and spiritual well-being) among nursing home patients.

Aims: The aim of this study was to investigate the relationships between nurse-patient interaction, depression, intra-personal self-transcendence and meaning-in-life in a cognitively intact nursing home population.

Methods: A cross-sectional design was applied, and data were collected during 2008-2009 among 202 patients in 44 nursing homes in Mid-Norway. Based in theory and empirical evidence five hypotheses were stated and tested by means of structural equations modelling (SEM-analyses).

Results: The SEM-model demonstrated a good fit to the observed data: $\chi^2=193.93$, $p=0.29$, $df=184$, $RMSEA=0.017$, p -value for «close fit»=1.00, $SRMR=0.064$, $NFI=0.92$, $NFFI=0.99$, $CFI=1.00$, $GFI=0.90$, $AGFI=0.87$. All the five hypotheses were supported.

Conclusion: The nurse-patient interaction has significant impact on cognitively intact nursing home patients' mental health. By consciously using the nurse-patient interaction, staff nurses can bolster intra-personal self-transcendence and meaning-in-life, both of which have been seen to be fundamental for preventing and alleviating depression among nursing home patients.

Key words: depression, intrapersonal self-transcendence, meaning, nurse-patient interaction, nursing home.

utilfredsstillende diagnostisering og behandling av depresjon beskrives som et problem. En studie av symptombyrde blant langtidspasienter i norske sykehjem viste høy forekomst av fatigue (56%), smerte (49%), obstipasjon (43%), dyspne (41%), søvnproblemer (38%), appetittløshet (25%), kvalme (18%), depresjon (30%) og angst (12%) (17). Kroppslige plager som smerte, fatigue, obstipasjon og dyspne påvirker eldre menneskers psykiske helse og livskvalitet negativt; slik er depresjon ofte konsekvens av mange fysiske plager, og ledsages hyppig av angst (18-20).

Det holistiske menneskesynet ser individet som en fysisk-psykisk-sosial-åndelig enhet hvor kropp, sjel og ånd er integrert og i stadig interaksjon med hverandre; som konsekvens foregår en kontinuerlig gjensidig påvirkning innen treenigheten kropp-sjel-ånd (21, 22). Sykepleieintervensjoner rettet mot f.eks. pasientens emosjonelle og åndelige dimensjon vil berøre pasienten som helhet. Denne forståelsen av kropp-sinn-ånd-enheten gir ny mening så vel som sterkere betydning til sykepleiens innhold og muligheter, og illustrerer behovet for en holistisk tilnærming til sykehjemspasienten som kropp-sjel-ånd. Likevel er oftest de fysiske behovene det primære fokus i sykehjem (23, 24).

Mening (25, 26) og self-transcendence (27) framheves som vesentlige aspekt ved psykisk helse og livskvalitet. Som sentrale aspekt ved menneskets åndelig-mentale dimensjon (28-30) har de vist signifikant sammenheng med alle dimensjoner av velvære (fysisk, sosialt, emosjonelt, spirituel og funksjonelt) hos klare langtidspasienter i sykehjem (31-33). Mening og self-transcendence beskrives som vitale ressurser for menneskers psykososiale

«Følgelig vil kvaliteten på sykehjemsomsorgen bli bedre»

funksjon; de fungerer som en buffer for individers reaksjoner på stressende livserfaringer. Forskning demonstrerer medierende innflytelse av mening og self-transcendence på psykisk (34-40) så vel som fysisk helse (41, 42). Særlig gjelder dette i møte med sykdom, tap og ved slutten av livet. Self-transcendence består av en inter- og en intra-personlig dimensjon (43); det intrapersonlige aspektet har vist seg å være av særlig betydning i sykehjemspopulasjonen (44-46).

Sykepleie-pasient-interaksjonen har demonstrert positiv innflytelse på klare sykehjemspasienters håp (47), mening (48), self-transcendence (49) samt angst og depresjon (50). Dermed er det sannsynlig at pleier-pasient-interaksjonen rettet mot å styrke mening og self-transcendence kan utgjøre en god helsefremmende strategi i sykehjem.

Studiens mål og hensikt

Studiens hensikt var derfor å undersøke sammenhengene mellom pleier-pasient-interaksjonen, depresjon, intra-personlig self-transcendence og mening ved hjelp av en strukturliknings-modell (Structural Equation Modeling=SEM) (51, 52). Kunnskap om hvordan disse variablene relaterer seg til depresjon er av betydning for klinisk sykepleie. Fundert i teori og tidligere forskning ble følgende hypoteser testet i SEM-analysen:

H1: Pleier-pasient-interaksjonen influerer negativt (reducerende) på depresjon.

H2: Pleier-pasient-interaksjonen influerer positivt på mening.

H3: Pleier-pasient-interaksjonen influerer positivt på intra-personlig self-transcendence.

H4: Intra-personlig self-transcendence influerer negativt (reducerende) på depresjon.

H5: Mening influerer negativt (reducerende) på depresjon.

Metode

Data ble samlet inn i løpet av 2008-2009 fra 44 ulike sykehjem i Midt-Norge. Konesjon fra NSD (Ref.no 16443), anbefaling fra Den Regionale Etske Komite for Medisinsk Forskningsetikk (Ref.no. 4.2007.645) samt tillatelse til å gjennomføre prosjektet fra ledelsen ved de 44 sykehjemmene ble gitt. Kriteriene for inklusjon var: (1) kommunalt vedtak om langtidsplass i sykehjem, (2) bodd i sykehjemmet seks måneder eller mer, (3) ansvarlig lege og sykepleier vurderer pasienten til å ha samtykkekompetanse, og (4) være i stand til å gjennomføre intervju. En sykepleier på den enkelte avdeling som kjente pasienten godt gav muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og om informantens rett til når som helst å trekke sin deltakelse, samt innhentet informert frivillig skriftlig samtykke.

Denne populasjonen har problemer med å fylle ut spørreskjema på egen hånd. Tre erfarne forskere (sykepleier med mastergrad) intervjuet derfor pasienten i den enkeltes private rom på sykehjemmet. Intervjuer leste det aktuelle spørsmålet; for å unngå misforståelser ble svaralternativene i store fonter

holdt frem for informanten. En standard prosedyre var utviklet på forhånd, som bl.a. innebar en standardisert måte å presentere prosjektet på og seg selv som intervjuer, standardiserte tolkninger av spørsmålene, samt pauser lagt inn på faste steder i intervjuprosessen. Inter-rater reliabilitet ble testet ved hjelp av enveis ANOVA med Bonferroni-korreksjon. Ingen statistisk signifikante forskjeller basert på intervjuer ble funnet.

Deltakere

Av 250 pasienter som fylte inklusjonskriteriene deltok 202 (respons rate 81%). Kort-tidspasienter, rehabiliteringspasienter og demente var ikke inkludert. Det ble ikke screenet for kognitiv svikt, i stedet vurderte lege og sykepleier som kjente pasienten godt hans/hennes samtykkekompetanse.

Instrumenter

Pleier-pasient-interaksjonen ble målt ved Nurse-Patient Interaction skala (NPIS) som nylig ble validert blant klare langtidspasienter i sykehjem (49). NPIS inneholder 14 spørsmål med fokus på essensielle kvaliteter i interaksjonen mellom pleier og pasient i sykehjem. Eksempler på spørsmål er «Jeg har tillit til pleierne», «Pleierne tar meg på alvor», «Kontakten med pleierne gir meg gode følelser». NPIS inkluderer også opplevelse av å bli lyttet til, sett og bekreftet som person og inkludert i avgjørelser som vedgår ens daglige liv, målt på en ti-punkts skala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 10 (i svært stor grad). Høyere skår angir bedre pleier-pasient interaksjon. Indre konsistens er god med Cronbach's a og «composite reliabilitet» begge=0.92 (45).

Depresjon ble målt ved Hospital Anxiety and Depression Skala (HADS) som inneholder 14 spørsmål og to subskalaer; en for angst og en for depresjon. Subskalaen for depresjon med 7 spørsmål er anvendt her, spørsmålene skåres fra 0-3; høyere skår angir sterkere depresjon. HADS er mye testet og har godt etablerte psykometrisk egenskaper (53), og er funnet valid blant eldre (12). Eksempler på spørsmål er «Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner», «Jeg er i godt humør» og «Jeg ser med glede frem til hendelser og ting». Spørsmålene skåres fra 1 (totalt uenig) til 4 (helt enig). Både Cronbach's alpha og composite reliabilitet for depresjon var 0.70 i denne studien.

Intra-personlig self-transcendence (ST-2) ble målt ved Self-Transcendence Skala (STS). Skalaen måler i hvilken grad individer erfarer «sammenheng» til seg selv, andre mennesker, naturen og Gud/høyere vesen (54-56). STS inneholder 15

spørsmål målt på en Likert-skala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 4 (veldig mye); høyere skåre indikerer høyere self-transcendence. En to-faktormodell av self-transcendence bestående av en inter-personlig (ST-1) og en intra-personlig faktor (ST-2) ble nylig presentert (43). Intra-personlig self-transcendence inkluderer variabler som f.eks. «Jeg aksepterer meg selv alt etter som jeg blir eldre», «Jeg tilpasser meg godt til min nåværende situasjon» og «Jeg tilpasser meg godt til mine fysiske forutsetninger». Nyere forskning har vist at ST-2 er en særlig viktig ressurs for sykehjemspasienters livskvalitet (44, 46), derfor anvendes denne dimensjonen her. Skalaens indre konsistens har vært god med Cronbachs alfa mellom 0.76-0.86. I denne studien var a for ST-2=0.66, og composite reliabilitet var 0.7.

Mening ble målt ved PIL-testen (Purpose-in-Life) bestående av 20 spørsmål (Appendix 4) målt på en Likert-skala fra 1-7, hvor 1 utgjør det ene ytterpunktet og 7 det motsatte ytterpunkt, med 4 som en nøytral respons (57, 58). Eksempler på variabler er: «Når jeg tenker på mitt liv: Undrer jeg ofte på hvorfor jeg lever. Ser jeg alltid en mening med at jeg lever», «Hver dag

TRIVSEL: Når pasientene trives og finner mening i sin hverdag, vil det påvirke dem på en god måte. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



er: Alltid ny og spennende-Nøyaktig lik de andre», og «Vanligvis: Kjeder jeg meg til døde-Er jeg overveldende entusiastisk». Pil-testen er tidligere anvendt blant eldre (59, 60) og ble nylig validert blant klare langtidspasienter i sykehjem (61).

Statistisk analyse

Studien brukte deskriptiv statistikk og SPSS versjon 20 (IBM) samt SEM-analyse (Structural Equation Modelling=SEM) ved hjelp av LISREL 8.8 (62). I SEM-analyser estimeres også uforklart varians («error»), slik blir skalaenes psykometriske egenskaper mer nøyaktig testet (Brown, 2006). En høy faktorladning indikerer at indikatorvariabelen har mye til felles med faktoren (63). Faktorladninger under 0.32 betraktes som svært lave, ≥0.45 fair, ≥0.55 god, ≥0.63 meget god, mens høyere enn 0.71 er eksellent (ibid.).

Kjikkvadrat-testen (χ^2) angir overall tilpasning; et lavt χ^2 og en ikke-signifikant p-verdi korresponderer med god tilpasning mellom data og den teoretiske modellen (62). Denne studien evaluerer modellens tilpasning (fit) ved hjelp av χ^2 -statistikk og andre tilpasningsmål med cut-verdier (64) anvist som følger: RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) og SRMS (Standardisert Root Mean Square Residual) under 0.05 indikerer god tilpasning, mens verdier lavere enn 0.08 er akseptable (64, 65). CFI (Comparative Fit Index) og NNFI (Non-Normed Fit Index) ble anvendt med akseptabel tilpasning satt til 0.95, og god tilpasning til ≥0.97, samt NFI (Normed Fit Index) og GFI (Goodness-of-Fit Index) begge med akseptabel tilpasning=0.90, og god tilpasning ved ≥0.95. For AGFI (Adjusted GFI) var akseptabel tilpasning satt til 0.85 og god tilpasning til ≥0.90.

Dataene demonstrerte signifikant kurtose og skjevhet. Fordi normalitet er et premiss i SEM, ble RML (Robust Maximum Likelihood) samt Satorra-Bentler χ^2 (66) anvendt. Før SEM-modellen ble estimert, ble en målemodell for de latente variablene (NPIS, HADS-D, ST-2, PIL) testet, og antall indikatorvariabler redusert til 5 og 6; 3-5 indikatorer anses som nok (51, 52, 67).

Resultat

Deskriptiv statistikk

Utvalget besto av 146 kvinner (72,3%) og 56 menn (27,7%); gjennomsnittsalder var henholdsvis 87.3 og 82 år, (totalt gjennomsnitt=86 år, SD=7,65), range=65-104 år. Totalt var 38 (19%) gift/samboer, 135 (67%) enke/enkemann, 11 (5.5%) skilt og 18 (19%) var enslig. Gjennomsnittlig botid i sykehjemmet var 2.6 år for begge kjønn (range 0.5-13 år); 117 levde i landkommuner mens 85 bodde i bykommuner. Totalt hadde 30 % mild til moderat depresjon, kun en informants skåre indikerte sterk depresjon, mens 12 % rapporterte angst. Tabell 1 viser gjennomsnitt (M), standardavvik (SD), Cronbach's alfa (α) og Pearson's korrelasjonskoeffisient for variablene inkludert i studien. Alfa-nivået for de ulike variablene var godt. Imidlertid demonstrerer flere studier at Cronbach's alfa er en noe upålitelig test for indre konsistens (68). Derfor ble reliabilitet også estimert ved reliabilitetskoeffisienten ρ (composite reliability) (51) (Tabell 2). Signifikante, men moderate korrelasjonskoeffisienter i forventet retning mellom studievariablene gav støtte til begrepsvaliditet (Tabell 1). Missing var 5 % for depresjon og mening, og 4 % for pleier-pasient-interaksjonen samt self-transcendence og ble håndtert ved prosedyren for «Listwise deletion».

TABELL 1:

Gjennomsnitt (M), standardavvik (SD), Cronbach's alfa, og Pearsons korrelasjonskoeffisient for de involverte variablene i studien.

Construct	M	SD	Items	Cronbach's Alfa	HADS-D	ST-2	PIL	NPIS
HADS-D	2.32	0.40	5	0.70	1			
ST-2	3.07	1.09	5	0.66	-.183**	1		
PIL	3.97	1.09	5	0.63	-.150*	.31**	1	
NPIS	7.96	1.92	6	0.89	-.084	.23**	.27**	1

Note: Listwise N=190. HADS-D= Depresjon. ST-2=Intra-personlig self-transcendence. PIL=Mening (Purpose-In-life). NPIS=Pleier-pasient-interaksjon (Nurse-Patient-Interaction Scale)

TABELL 2:

Indikatorvariabler	Parameter	Lisrel Estimate	t-verdi	R ²
NPIS (pleier-pasient-interaksjonen)				
NPIS2	λx1,1	0.70	7.77*	0.48
NPIS3	λx2,1	0.74	9.62*	0.54
NPIS4	λx3,1	0.80	12.00*	0.65
NPIS9	λx4,1	0.77	13.48*	0.60
NPIS11	λx5,1	0.78	11.12*	0.60
NPIS13	λx6,1	0.78	8.91*	0.61
ST-2 (intrapersonlig self-transcendence)				
ST2	λy1,1	0.52	-	0.18
ST4	λy2,1	0.78	3.64*	0.61
ST5	λy3,1	0.64	3.76*	0.42
ST7	λy4,1	0.33	2.53*	0.11
ST13	λy5,1	0.28	2.52*	0.08
HADS-D (depresjon)				
HADS2	λy6,2	0.72	-	0.52
HADS4	λy7,2	0.63	7.43*	0.39
HADS6	λy8,2	0.62	5.86*	0.38
HADS10	λy9,2	0.39	2.33*	0.15
HADS12	λy10,2	0.52	4.94*	0.27
PIL (mening i livet)				
PIL2	λy11,3	0.41	-	0.17
PIL5	λy12,3	0.51	4.42*	0.26
PIL10	λy13,3	0.57	4.34*	0.33
PIL17	λy14,3	0.65	4.79*	0.42
PIL18	λy15,3	0.43	3.69*	0.19
Composite reliabilitet ρ _c NPIS			0.89	--
Composite reliabilitet ρ _c ST-2			0.63	--
Composite reliabilitet ρ _c HADS-D			0.72	--
Composite reliabilitet ρ _c PIL			0.65	--

Note. *p < 0.05. Composite Reliabilitet ρ_c =
$$\frac{(\sum \lambda)^2}{[(\sum \lambda)^2 + \sum (\theta)]}$$
 Hair et al (2010)

NPIS=pleier-pasient-interaksjonen, ST-2=intra-personlig self-transcendence, HADS=depresjon, PIL=mening-i-livet. R² =forklaringsgrad (squared multiple correlations)

Målemodeller inkludert i SEM-modellen testet.

TABELL 3:

Konstrukt	Parameter	Lisrel Estimat	t-verdi
NPIS→PIL	γ 1,1	0.36	3.19*
NPIS →ST-2	γ 1,2	0.35	2.90*
NPIS →HADS-D	γ 1,3	-0.05	-0.46
ST-2 →HADS-D	β 1,2	-0.23	-2.34*
PIL →HADS-D	β 3,2	-0.72	-4.10*
Totale effekter av pleier-pasient-interaksjonen			
NPIS →ST-2	0.35		2.90*
NPIS →PIL	0.36		3.19*
NPIS→ HADS-D	-0.39		-4.33*
Indirekte effekt av pleier-pasient-interaksjonen			
NPIS→ST-2	-		
NPIS→PIL	-		
NPIS→DEPRESJON	-0.34		-3.43*

Note. *Signifikant på 5 % nivå. Totale effekter: den totale innflytelsen fra den uavhengige til den avhengige variabelen i SEM-modellen. Indirekte effekter: representerer innflytelse fra NPIS på depresjon mediert via PIL og ST-2. Gamma (γ); standardisert regresjons-koeffisient for direkte innflytelser fra NPIS til ST-2, HADS-D og PIL. Beta (β): standardisert regresjonskoeffisient for relasjoner mellom de avhengige variablene

SEM-analyse. Direkte, totale og indirekte effekter. Standardized Gamma og Beta. Totale og indirekte effekter av pleier-pasient-interaksjonen (NPIS) på intrapersonlig self-transcendence (ST-2), depresjon (HADS-D) og mening (PIL).

Testing av SEM-modell

En SEM-modell bestående av 21 variabler og 4 faktorer (NPIS, HADS-D, ST-2, PIL) ble testet. Alle faktorladninger var signifikante og varierte mellom 0.80-0.33, bortsett fra variabel ST-13 ($\lambda=0.28$). Forklaringsgradene (R^2) varierte tilsvarende fra 0.60 til 0.10. Tabell 2 viser målemodellene for NPIS, PIL, ST-2 og HADS-D med faktorladninger, t-verdier, R^2 og composite reliabilitet.

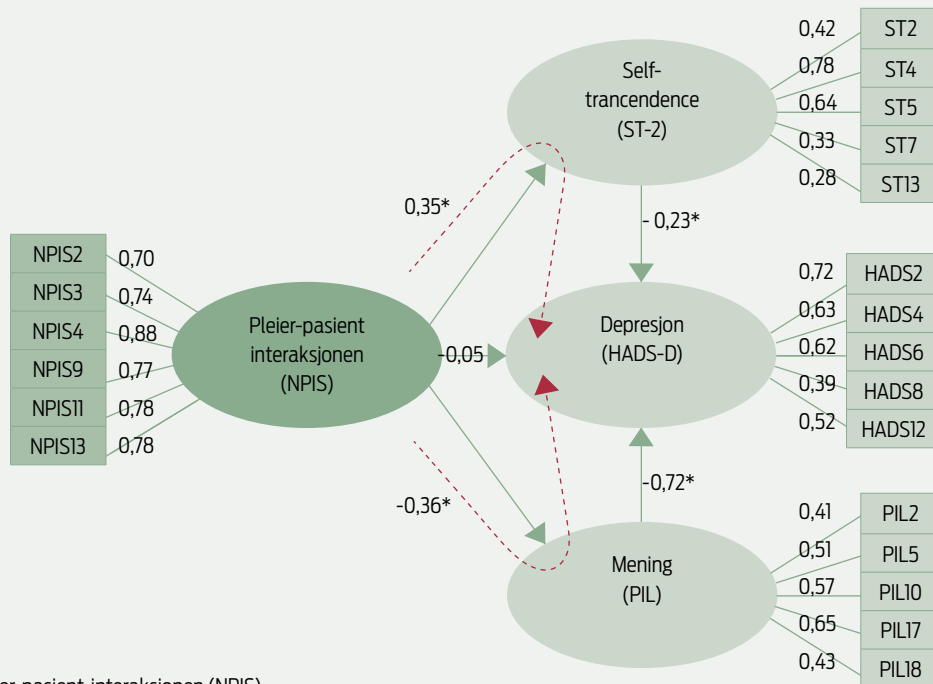
SEM-modellen demonstrerte god tilpasning til de observerte data: $\chi^2=193.93$, $p=0.29$, $df=184$, $RMSEA=0.017$, p -verdi for «close fit»=1.00, $SRMR=0.064$, $NFI=0.92$, $NFFI=0.99$, $CFI=1.00$, $GFI=0.90$, $AGFI=0.87$. Tabell 3 viser gamma (γ) og beta (β) samt direkte og indirekte effekter. Som forventet og formulert i hypotesene, viste modellen signifikante stier fra NPIS til PIL ($H2: \gamma=0.36^*$) og til ST-2 ($H3: \gamma=0.35^*$). Signifikante relasjoner mel-

lom de avhengige variablene ble også demonstrert: fra ST-2 til depresjon ($H4: \beta=-0.23^*$) og fra mening til depresjon ($H5: \beta=-0.72^*$). Modellen tilkjennega også signifikante totale og indirekte effekter fra NPIS på depresjon ($H1$) mediert via ST-2 og mening. (Figur 1.)

Diskusjon

Ved å studere sammenhengene mellom sykehjems pasienters opplevelse av pleier-pasient-interaksjonen, depresjon, mening og intra-personlig self-transcendence var studiens hensikt å bidra til kunnskap om hva som kan være mulige effektive intervensjoner relatert til sykehjems pasienters depresjon. Fem hypoteser ble testet og fant støtte i data. Hypotesene H2-H5 fikk støtte ved direkte signifikante sammenhenger, mens H1 ble bekrefte ved signifikante totale og indirekte effekter av

FIGUR 1:



Pleier-pasient-interaksjonen (NPIS) viser signifikant total og indirekte effekt på depresjon (HADS-D), mediert via mening (PIL) og intra-personlig self-transcendence (ST-2).

Note: Listwise N=190. SEM-modellens goodness-of-fit-mål: $\chi^2=193.93$, $p=0.29$, $df=184$, $RMSEA=0.017$, p -value for close fit =1.00, $SRMR=0.064$, $NFI=0.92$, $NFFI=0.99$, $CFI=1.00$, $GFI=0.90$, $AGFI=0.87$. \longrightarrow direkte innflytelse \dashrightarrow indirekte innflytelse

pleier-pasient-interaksjonen på depresjon, mediert via mening og intra-personlig self-transcendence.

Denne studiens resultater kan indikere at pleier-pasient-interaksjonen er en vesentlig ressurs for å forebygge og lindre sykehjemspasienters depresjon og derved styrke deres psykiske helse. Ved hjelp av spesielle kvaliteter i relasjonen mellom pleier og pasient som å bli lyttet til, anerkjent, respektert og bekreftet som den personen en er, bli tatt på alvor og bli forstått, kan helsearbeideren bidra til å styrke pasientens intrapersonlige self-transcendence og mening, som begge viste signifikant betydning for depresjon i SEM-modellen. Dette kan motivere pleiere i sykehjem i innsatsen for pasienters livskvalitet; ved bevisst søke å skape bestemte kvaliteter i interaksjonen med sine pasienter kan de øve positiv innflytelse på pasientens

psykiske helse og livskvalitet. Mening indikerte den sterkeste direkte sammenhengen med depresjon i denne studien, mens en tidligere studie av disse variablenes relasjon til livskvalitet viste at intra-personlig self-transcendence (ST-2) hadde størst betydning (44). Dette er interessant; det kan se ut til at selvaksept og god tilpasning til funksjonstap og livssituasjonen som sådan (ST-2) er svært vesentlig for livskvalitet, mens å finne mening i sin hverdag i sterkere grad er relatert til depresjon i denne populasjonen. Samtidig vet vi at depresjon har stor negativ effekt på menneskers livskvalitet.

Gjennomsnittsalder var 86 år, dette indikerer at sykehjemspasientens framtid er relativt kort. Gjennomsnittlig levetid i norske sykehjem er to til tre år og årlig mortalitet er 35 % (2). Sykdom, plager og symptomer er uunngåelig i denne livssituasjonen.



«Pleiere kan bety mye for disse menneskenes psykiske helse»



BEDRE PLEIE: God samhandling med pasientene vil trolig føre til mindre inadekvat pleie og omsorg, slik at kvaliteten på omsorgen blir bedre. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Døden kommer, relativt snart, og symptombyrden er stor (17). På tross av begrensningene, ved elementære kvaliteter i pleier-pasient-interaksjonen kan pleiere bety mye fra eller til for disse menneskenes psykiske helse og livskvalitet. Ved å vektlegge en helsefremmende pleier-pasient-interaksjon, vil sykehjemspasienten lettere kunne finne mening, glede og trivsel, og oppleve tillit og tilknytning til personalet som de omgås hver dag og kjenner seg avhengige av. Når pasienten trives og finner mening sin hverdag vil dette også influere positivt på pårørende.

Å tilrettelegge for god pleier-pasient-interaksjon er viktig. Pleiere trenger kunnskap, støtte og empowerment i arbeidet (69). Ved at betydningen av pleieres innsats, relasjon og interaksjon med den enkelte pasient i sykehjem anerkjennes, kan trolig den enkelte pleier oppleve sterkere selvverdi og mening i arbeidet. I tillegg viser forskning at pasienter i sykehjem utsettes for inadekvat sykepleie; Malmedal og kollegaer (70) fant at 91 % av de pleieansatte i 16 forskjellige sykehjem (N=616) hadde observert i det minste ett tilfelle av inadekvat pleie, og 87 % rapporterte at de selv hadde utsatt pasienter for inadekvat omsorg/pleie minst en gang. Å ta pleier-pasient-interaksjonen på alvor og hjelpe personalet til å bli gode i samhandlingen med pasientene vil trolig føre til mindre inadekvat pleie og omsorg. Følgelig vil kvaliteten på sykehjemsomsorgen bli bedre.

Studiens styrke og begrensninger

Denne studien tester sammenhenger som ikke tidligere er blitt undersøkt i en populasjon av klare langtidspasienter i sykehjem. Ved hjelp av SEM-analyse utdyper studien tidligere forskning ved å studere sammenhengene mellom pleier-pasient-interaksjonen, depresjon, intra-personlig self-transcendence og mening. Studien bygger på anerkjent teori og nyere evidens, og de anvendte skalaene har vist gode psykometriske egenskaper.

Noen begrensninger må løftes frem. For det første, SEM-modellen inkluderer 21 variabler som indikerer ønsket utvalgsstørrelse på ≈ 210 ; utvalget i denne studien var 190. Et større utvalg ville gitt mer statistisk styrke og dermed enda sterkere pålitelighet. Likevel, hver variabel er målt med 5-6 indikatorvariabler som styrker validitet og reliabilitet (71), samt at hver målemodell hver for seg gir gode goodness-of-fit mål. Dette utvalget består av flere kvinner enn menn, og reflekterer slik kjønns-sammensetningen i dagens sykehjem.

Et tverrsnitts-design gir ikke mulighet for å trekke slutninger angående kausalitet. Et longitudinelt design ville styrket studien ved sammenlikning av skårer over tid. At forsker besøkte den enkelte informant for å hjelpe og fylle ut spørreskjemaet kan ha påvirket informantenes svar. Spørreskjemaet hadde 130 spørsmål. Dette kan ha ført til at informantene ble slitne underveis, som igjen kan påvirke hvordan de svarer. For å unngå slik påvirkning av data, ble de tre forskerne plukket ut og på forhånd trent til å gjennomføre intervjuene så likt som mulig. Å intervju langtidssykehjemspasienter i alderen 65-104 år kan være utfordrende, ikke minst med tanke på den gamles helse og krefter. En kan spørre seg om det er etisk forsvarlig å benytte pasientens energi til å besvare en spørreundersøkelse. I denne

studien så en ingen klare etiske betenkeligheter relatert til intervjusituasjonen. Intervjuer tok pauser på faste steder underveis i intervjuet. De fleste pasientene ønsket ikke pause, og gav uttrykk for at det gjorde godt å få tenke gjennom og besvare spørsmålene. Tre informanter ble slitne og ønsket å fullføre intervjuet dagen etter.

Konklusjon

Pleier-pasient-interaksjonen er av vesentlig betydning for klare langtidssykehjemspasienters psykiske helse. Ved spesielle kvaliteter i interaksjonen kan pleiere understøtte pasientens intrapersonlige self-transcendence og bidra til opplevelse av mening, som begge har vesentlig innflytelse på sykehjemspasienters depresjon. ■

Referanser:

- Baltes PB, Smith J. New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to dilemmas of the Fourth Age. *Gerontology*. 2003;49(2):123-35.
- Høie J. Sykehjemmenes oppgaver og legens rolle («The NHs responsibilities and the doctor's role»). *Tidsskr Nor Lægeforen (Norwegian Journal of Medicine)*. 2005;125(8):1009-10.
- Nygaard HA. Nursing home as a medical institution - a fata morgana? *Tidsskrift Nor Lægeforen [Norwegian Journal of Medicine]*. 2002;122:823-5.
- COM. Green Paper, 484, Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union Brussels: European Communities, 2005.
- WHO. World Health Report 2001. 2001.
- Phillips LJ, Rantz M, Petroski GF. Indicators of a new depression diagnosis in nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing*. 2011;37(1):42-52.
- Lattanzio F, Di Bari M, Sgadari A, Baccini M, Ercolani S, Rengo F, et al. Improving the diagnostic accuracy of depression in older persons: the Depression in the Aged Female National Evaluation cluster randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009;57(4):588-93.
- Drageset J, Eide G, Ranhoff A. Depression is associated with poor functioning in activities of daily living among nursing home residents without cognitive impairment. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(21-22):3111-8.
- Jongenelis K, Pot A, Eisses A, Beekman A, Kluiters H, Van Tilburg W, et al. Depression among older nursing home patients: a review. *Tijdschrift Gerontol Geriatr*. 2003;34:52-9.
- Ron P. Depression, hopelessness, and suicidal ideation among the elderly: a comparison between men and women living in nursing homes and in the community. *Journal of Gerontological Social Work*. 2004;43(2/3):97-116.
- Jongenelis K, Pot AM, Eisses AMH, Beekman ATF, Kluiters H, Ribbe MW. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders*. 2004;83(2-3):135-42.
- Stordal E, Mykletun A, Dahl AA. The association between age and depression in the general population: a multivariate examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;107(2):132-41.
- Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations

- of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006;113(5):372-87.
- Barca ML, Selbæk G, Laks J, Engedal K. Factors associated with depression in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009;24(4):417-25.
- Kohen D. Elderly women and late life depression. *Geriatric Medicine*. 2006;36(3):39.
- Grav S, Hellzén O, Romild U, Stordal E. Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(1/2):111-20.
- Haugan G. Meaning-in-life in nursing-home patients: a correlate to physical and emotional symptoms. *Journal of Clinical Nursing*. 2013; in press doi: 10.1111/jocn.12282.
- Byrne G, Pachana N. Anxiety and depression in the elderly: Do we know any more? *Curr Opin Psychiatry*. 2010;Nov; 23(6):504-9.
- Van der Wee G, Gussekloo J, De Waal MWM, De Craen AJM, Van der Mast RC. Co-occurrence of depression and anxiety in elderly subjects aged 90 years and its relationship with functional status, quality of life and mortality. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009;24(6):595-601.
- Smalbrugge M, Jongenelis L, Pot AM, Beekman ATF, Eefsting JA. Comorbidity of depression and anxiety in nursing home patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2005;20(3):218-26.
- Guzzetta CE. Holistic Nursing Research. In: Dossey BM, Keegan L, Guzzetta CE, editors. *Holistic Nursing A Handbook for Practice*. 4th Edition ed. Boston - Toronto - London - Singapore: Jones and Bartlett Publisher; 2005. p. 211-28.
- Quinn J. Transpersonal Human Caring and Healing. In: Dossey B, Keegan L, Guzzetta C, editors. *Holistic Nursing A Handbook for Practice*. Fourth Edition. Boston-Toronto-London-Singapore: Jones and Bartlett Publishers; 2005. p. 41-53.
- Slettebø Å, Kirkevold M, Andersen B, Pedersen R, Halvorsen K, Nordhaug M, et al. Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes - a qualitative study. *Scand Journal of Caring Science*. 2010;24:533-40.
- Vaarama M, Tiit E-M, editors. *Quality of life of older homecare clients* New York: Springer; 2007.
- Hodges PJ. The essence of life purpose. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2009;32(2):163-70.
- Hodge DR, Horvath VE, Larkin H, Curl AL. *Older Adults' Spiritual Needs*

- in Health Care Settings: A Qualitative Meta-Synthesis. *Research on Aging*. 2012;34(2):131-55.
27. Reed PG. Theory of Self-Transcendence. In: Smith MJ, Liehr PR, editors. *Middle Range Theory for Nursing*. Second Edition. New York: Springer Publishing Company, LLC; 2008. p. 105-29.
 28. Buck HG. Spirituality: concept analysis and model development. *Holist Nurs Pract*. 2006;20(6):288-92.
 29. Danhauer S, Carlson C, Andrykowski M. Positive psychosocial functioning in later life: Use of meaning-based coping strategies by nursing home residents. *Journal of Applied Gerontology*. 2005;24(4):299-318.
 30. Hsu Y. A cultural psychosocial model for depression in elder care institutions: the roles of Socially Supportive Activity and self-transcendence: University of Arizona; 2009.
 31. Haugan G. Meaning-in-life in nursing-home patients: a valuable approach for enhancing psychological and physical well-being? *Journal of Clinical Nursing*. 2013;doi:10.1111/jocn.12402, in press.
 32. Haugan G, Rannestad T, Hammervold R, Garåsen H, Espnes GA. Self-transcendence in nursing home patients - a resource for well-being. *Journal of Advanced Nursing*. 2013;69(5):1147-60.
 33. Haugan G, Rannestad T, Hammervold R, Garåsen H, Espenes G. The relationships between self-transcendence and spiritual well-being in cognitively intact nursing home patients. *International Journal of Older People Nursing*. 2013;doi:10.1111/opn.12018, in press.
 34. Kleftharas G, Psarra E. Meaning in Life, Psychological Well-Being and Depressive Symptomatology: A Comparative Study. *Psychology*. 2012;3(4):337-45.
 35. Chan DW. Orientations to happiness and subjective well-being among Chinese prospective and in-service teachers in Hong kong. *Educational Psychology*. 2009;29:139-51.
 36. Halama P, Dedova M. Meaning in life and hope as predictors of positive mental health: Do they explain residual variance not predicted by personality traits? *Studia Psychologica*. 2007;49:191-200.
 37. Ho MY, Cheung FM, Cheung SF. The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*. 2010;48:658-63.
 38. Holahan CK, Holahan CJ, Suzuki R. Purposiveness, physical activity, and perceived health in cardiac patients. *Disability and Rehabilitation*. 2008;30:1772-8.
 39. Low G. Quality of life among older adults: a proposed conceptual model: University of Victoria (Canada); 2006.
 40. Low G, Molzahn AE. Predictors of quality of life in old age: A cross-validation study. *Research in Nursing & Health*. 2007;30(2):141-50.
 41. Canada AL, Murphy PE, Fitchett G, Peterman AH, Schover LR. A 3-factor model for the FACIT-Sp. *Psycho-Oncology*. 2008;17(9):908-16.
 42. Wright MA, Wren AA, Somers TJ, Goetz MC, Fris AM, Huh BK, et al. Pain acceptance, hope, and optimism: relationships to pain and adjustment in patients with chronic musculoskeletal pain. *Journal of Pain*. 2011;12(1):155-62.
 43. Haugan G, Rannestad T, Garåsen H, Hammervold R, Espnes G. The Self-Transcendence Scale - An Investigation of the Factor Structure Among Nursing Home Patients. *Journal of Holistic Nursing*. 2012;30(3):147-59.
 44. Haugan G, Moksnes UK, Løhre A. Intra-personal self-transcendence, meaning-in-life and nurse-patient interaction: powerful assets for quality of life in cognitively intact nursing home patients. Social indicators research 2014; under review.
 45. Haugan G. Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning-in-life, and self-transcendence in cognitively intact nursing-home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2014. 2014(28): p. 74-8.
 46. Haugan G, Innstrand S. The Effect of Self-Transcendence on Depression in Cognitively Intact Nursing Home Patients. *ISRN Psychiatry*. 2012; (Article ID 301325, in press):10.
 47. Haugan, G., U. Moksnes, and G. Espnes. Nurse-patient-interaction: a resource for hope among cognitively intact nursing home patients. *Journal of Holistic Nursing*. 2013. 31(3): p. 152-163.
 48. Haugan, G. The relationship between nurse-patient-interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing-home patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2014. 79 (1): p. 107-120.
 49. Haugan G, Hanssen B, Rannestad T, Espnes G. Self-transcendence and nurse-patient interaction in cognitively intact nursing-home patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21:3429-41.
 50. Haugan G, Innstrand S, Moksnes U. The Effect of Nurse-Patient-Interaction on Anxiety and Depression in Cognitively Intact Nursing Home Patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22(15-16):2192-205.
 51. Hair Jj, Black W, Babin B, Anderson R. *Multivariate data analysis: Upper Saddle River: Prentice Hall*; 2010.
 52. Kline R. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. third ed. Little TD, editor. New York London: The Guildford Press; 2011.
 53. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression scale - a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosom Research*. 1997;42:17-41.
 54. Reed PG. Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. *Adv Nurs Sci*. 1991;13(4):64-77.
 55. Reed PG. Self-transcendence and mental health in oldest-old adults. *Nursing Research*. 1991;40:5-11.
 56. Reed PG. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing and Health*. 1992;15(5):349-57.
 57. Crumbaugh J. Cross-validation of Purpose-in Life Test based on Frankl's concepts. *Journal of Individual Psychology*. 1968;24:74-81.
 58. Crumbaugh J, Maholick L. *Manual of Instructions for The Purpose-in-life test*. Psychometric Affiliates. Viktor Frankl Institute of Logotherapy P.O.Box 2852, Saratoga, CA 95070) Murfreesboro, TN: Psychometric Affiliates: I.Crumbaugh, J.C., Maholick, L.T. (1969) Manual of Instructions for the Purpose-in-Life Test. Illinois: Psychometric Affiliates; 1969, 1981.
 59. Bondevik M. The Life of the Oldest Old. Studies concerning loneliness, social contacts, activities of daily living, purpose in life and religiousness. Bergen: University of Bergen, 1997; 1997.
 60. Bondevik M, Skogstad A. Loneliness, Religiousness, and Purpose in Life in the Oldest Old. *Journal of Religious Gerontology*. 2000;11(1):5-21.
 61. Haugan G, Moksnes U. Meaning-in-life in nursing-home patients: A validation study of the Purpose-in-Life test. *Journal of Nursing Measurement*. 2013;21(2):296-319.
 62. Jöreskog K, Sörbom D. LISREL 8: Structural Equation Modeling with the SIMPLIS Command Language. Chicago: Scientific Software International; 1995.
 63. Sharma S. *Applied Multivariate Techniques*. New York: Wiley; 1996.
 64. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. *Methods of Psychological Research*. 2003;8(2):23-74.
 65. Hu L, Bentler P. Fit Indices in Covariance Structure Modeling: Sensitivity to Underparametrized Model Misspecification. *Psychological Methods*. 1998;3(4):424-53.
 66. Satorra A, Bentler P. Corrections to Test Statistics and Standard Errors in Covariance Structure Analysis. In: Von Eye A, Clogg C, editors. *Latent variables analysis: Applications for developmental research*. Thousand Oaks: CA:Sage; 1994. p. 399-419.
 67. Brown T. *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: The Guilford Press; 2006.
 68. Nunally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill; 1994.
 69. André B, Sjøvold E, Rannestad T, Ringdal GI. The impact of work culture on quality of care in nursing homes -- a review study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2013;n/a-n/a.
 70. Malmedal W, Ingebrigtsen O, Saveman B. Inadequate care in Norwegian nursing homes -- as reported by nursing staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009;23(2):231-42.
 71. Westland JC. Lower bounds on sample size in structural equation modeling. *Electronic Commerce Research and Applications*. 2010;9(6):476-

Dette er NSF's politikk

Norsk Sykepleierforbund har valgt ut fire områder som det bør satses ekstra på innen fagfeltet psykisk helse og rus.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) står for en moderne og framtidrettet helsetjeneste i Norge. For å arbeide systematisk og politisk har NSF utviklet sju politiske plattformer. De omhandler folkehelse, innovasjon og tjenesteutvikling, kompetanse, forskning, ledelse, e-helse og psykisk helse og rus.

NSF vil med de politiske plattformene løfte frem og gi retning for sykepleiernes innsats i Norge. Plattformene skal bidra til forståelse og engasjement hos tillitsvalgte, medlemmer, fagfolk, politikere og helsebyråkrater.

Satsingsområder

Plattform psykisk helse og rus har følgende fire satsingsområder: Anerkjennelse og utvikling av sykepleiekunnskap

■ Last ned fra nett

Dokumentet Politisk plattform for psykisk helse og rus kan lastes ned som pdf på nsf.no.

innen psykisk helse og rus, tjenesteutvikling i kommunene, tidlig innsats for risikoutsatte grupper - forebyggende og helsefremmende tjenester og delaktighet, tvang og menneskerettigheter.

Det er sterk politisk oppmerksomhet mot den psykiske helse og rusbruken vår, og det er en tydelig målsetting om

«Det blir flere eldre med rusproblematikk.»

at mennesker skal bo i eget hjem, med trygge og nære helsetjenester. Samhandlingsreformen har gitt tydelige føringer for strukturell endringer.

- økt vekt på forebygging og tidlig intervensjon
- mer behandling og rehabilitering skal skje i kommunene
- økt involvering og medbestemmelse for pasienter og pårørende

Flere eldre

Vi blir eldre, vi blir flere og vi blir multikulturelle. I et folkehelseperspektiv blir vår psykiske helse og rusbruk vik-



VIKTIG DOKUMENT: I Politiske plattformen for psykisk helse og rus blir NSF's politikk innenfor fagfeltet formulert og presisert.

tig, generelt og overfor risikoutsatte grupper spesielt. Barn som opplever trøblete barndom, minoriteter med traumer i ryggsekken. Det blir stadig flere eldre med rusproblematikk og omfanget av depresjon og demens hos eldre er betydelig.

NSF skal være pådriver til styr-

king av lavterskeltilbud i kommunene innenfor psykisk helse for alle aldersgrupper. Større kunnskap danner grunnlag for nye innsikt og nye tiltak. Med flere eldre øker behovet for styrkede og tilgjengelige psykiske helsetjenester gjennom hele livsløpet. ■



Av Svein Roald Schømer-Olsen, spesialrådgiver Norsk Sykepleierforbund

Årets sykepleier

innen fagfeltet geriatri og demens

Send inn
forslag!

Prisen deles ut til ett enkelt medlem av faggruppen. Prisen er på kr. 5000,- og vil deles ut årlig dersom det foreligger verdige kandidater. Prisen skal fremme sykepleietjenesten i Florence Nightingales ånd tilpasset det moderne samfunnet.

Årets sykepleier jobber innen fagfeltet geriatri og demens og utøver sykepleierfaget på en måte som utpeker seg gjennom pasientrettet arbeid og/eller utvikling av sykepleiefaget på en slik måte at personen:

- fremmer god kvalitet i praksis
- stimulerer til et godt fag – og arbeidsmiljø for studenter og kollegaer
- synliggjør sykepleietjenesten innen geriatri og demens på en positiv måte

- er nytenkende for å heve kvaliteten
- er en sykepleier som er tydelig, modig og stolt

Informasjon om prisen:

- Kandidater kan foreslås av medlemmer i NSF
- Kandidaten må være medlem av NSF FGD
- Prisen publiseres på hjemmesiden til NSF og NSF FGD i tillegg til i Geriatrisk sykepleie

Forslagene sendes leder av NSF FGD innen søknadsfristens utløp **1. oktober hvert år**.

Vinneren annonseres med tekst og bilde på NSF FGDs årlige landskonferanse, på hjemmesiden til NSF FGD og i Geriatrisk sykepleie.



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 2014.

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

