

# Livskvalitet blant eldre mennesker med epilepsi

*JØRGEN HALLVIK*

**NOTAT**  
NR 8/09

# Livskvalitet blant eldre mennesker med epilepsi

JØRGEN HALLVIK

Norsk institutt for forskning om  
oppvekst, velferd og aldring

NOVA Notat 8/2009

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) ble opprettet i 1996 og er et statlig forvaltningsorgan med særskilte fullmakter. Instituttet er administrativt underlagt Kunnskapsdepartementet (KD).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferdssamfunnets tiltak og tjenester.

Instituttet har et særlig ansvar for å

- utføre forskning om sosiale problemer, offentlige tjenester og overføringsordninger
- ivareta og videreutvikle forskning om familie, barn og unge og deres oppvekstvilkår
- ivareta og videreutvikle forskning, forsøks- og utviklingsarbeid med særlig vekt på utsatte grupper og barnevernets temaer, målgrupper og organisering
- ivareta og videreutvikle gerontologisk forskning og forsøksvirksomhet, herunder også gerontologien som tverrfaglig vitenskap

Instituttet skal sammenholde innsikt fra ulike fagområder for å belyse problemene i et helhetlig og tverrfaglig perspektiv.

© Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) 2009

ISBN 978-82-78-324-3  
ISSN 1890-6435

Desktop: Torhild Sager  
Trykk: Allkopi

**Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:**

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring  
Munthesgt. 29 · Postboks 3223 Elisenberg · 0208 Oslo

Telefon: 22 54 12 00  
Telefaks: 22 54 12 01  
Nettadresse: <http://www.nova.no>

# Forord

Dette notatet er skrevet på oppdrag av Norsk Epilepsiforbund. Prosjektets hensikt har vært å kartlegge livskvalitet blant eldre personer med epilepsi med data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1995–1997 (HUNT). I notatet presenteres resultater om hvordan eldre mennesker med epilepsi har svart på spørsmål om egen helse, psykisk helse og sosial støtte, samt om levekårsfaktorer som utdanning, yrkesaktivitet og sivilstatus.

Takk til Norsk Epilepsiforbund for å ha kommet med forslag og kommentarer til utkast av dette notatet. Ved NOVA takkes spesielt Siri Næss for gode innspill underveis. Janikke Solstad Vedeler skal også ha takk for å ha lest og kommet med gode kommentarer til dette notatet.

*Oslo, august 2009*

John Eriksen

*Prosjektleder*



# Innhold

Sammendrag .....	7
1 Innledning.....	9
Hva er epilepsi? .....	9
Hva menes med livskvalitet? .....	10
Alder og livskvalitet .....	10
Hva vet vi om livskvaliteten til eldre personer med epilepsi? .....	11
Forskning om livskvalitet og levekår blant personer med epilepsi .....	11
2 HUNT, Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag .....	13
«Har du noen langvarig sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv?» .....	14
Analysenes oppbygning.....	16
3 Beskrivende resultater .....	17
Utdanning og jobb .....	17
Utdanningsnivå .....	17
Yrkesaktivitet.....	18
Sivilstatus .....	19
Livskvaliteten til eldre personer med epilepsi .....	20
Subjektiv helse .....	20
Sykehusinnleggelse .....	21
Smerter .....	22
Nedfor/deprimert .....	23
Panikk .....	24
Beroligende midler .....	25
Nervøs .....	26
Venner .....	27
Sosial støtte.....	28
Ensomhet .....	29
Glad/nedstemt.....	30
Fornøyd med livet .....	32
Opplagt.....	33
Variasjoner mellom aldersgrupper .....	34
Oppsummering av beskrivende analysekapittel .....	35
Levekår – utdanning, arbeidstilknytning og sivilstand .....	36
Livskvalitet .....	37
Tilpasning og justering .....	38
4 Forklarende analyse .....	39
Kan bivirkninger knyttet til antiepileptika forklare noe av forskjellen? .....	41
Hva betyr graden av epilepsi og anfallshyppighet for livskvaliteten? .....	42
Oppsummering av den forklarende analysen .....	42
5 Oppsummering .....	44
Vedlegg 1 .....	47
Referanser .....	49



# Sammendrag

Dette notatet rapporterer funn om livskvalitet blant *eldre* mennesker med epilepsi. Resultatene som presenteres er basert på Helseundersøkelsen i Nord- Trøndelag 1995-1997 (HUNT2) og er gjennomført på oppdrag av Norsk Epilepsiforbund. Utvalget omfatter 302 mennesker over 55 år med epilepsi. Hovedmålet med studien er å gi et bilde av livskvaliteten til eldre mennesker med epilepsi. Notatet viser også resultater fra noen indikatorer som sier noe om *levetår*.

## *Levetår blant eldre mennesker med epilepsi*

Flere studier finner at personer med epilepsi har dårligere levetår enn andre grupper i befolkningen. Mennesker med epilepsi er sjeldnere gift, har lavere utdanningsnivå og yrkesaktivitet enn andre (Ianke og Eriksen 2006, Eriksen og Næss 1998, Jalava o.a. 1997, Næss et al. 2007). Ifølge HUNT-data gjelder også dette *eldre* mennesker med epilepsi. Sammenliknet med andre eldre uten kjente sykdommer eller nedsatt funksjon har eldre mennesker med epilepsi lavere utdanning, de er sjeldnere i jobb og er sjeldnere gift. Vi ser imidlertid at det er stor variasjon mellom mennesker med epilepsi. De som trolig er hardest rammet av epilepsi – nemlig de som opplever nedsatt funksjon i hverdagen – har dårligere levetår enn eldre med epilepsi uten nedsatt funksjon i hverdagen. Sistnevnte gruppe har omtrent like høy utdanning og er like ofte yrkesaktive som andre eldre uten epilepsi eller andre kjente sykdommer, men er noe sjeldnere gift.

## *Livskvalitet blant eldre mennesker med epilepsi*

Vi finner at det er forskjell i livskvalitet mellom eldre personer med epilepsi og andre eldre. Forskjellene knytter seg primært til de som har nedsatt funksjon i hverdagen. Mens de fleste eldre med epilepsi som ikke har nedsatt funksjon i hverdagen, rapporterer om «god helse», oppgir brorparten av de med nedsatt funksjon egen helse som «ikke helt god». Sistnevnte gruppe er oftere innlagt på sykehus, er oftere plaget med smerter og stivhet i ledd og



muskler, er oftere nedfor og deprimert, har et høyere forbruk av beroligende midler og er oftere «nervøse».

Nær en femtedel av de eldre med epilepsi som har nedsatt funksjon i hverdagen, oppgir at de ikke har nok venner. Samtidig svarer nær en tredjedel av de spurte i denne gruppa at det er «usikkert» om de kan få støtte av venner og familie ved et lengre tids sykeleie. Eldre med epilepsi som ikke har nedsatt funksjon i hverdagen, skiller seg ikke negativt fra andre eldre på spørsmål om de har nok venner og sosial støtte.

Mange eldre med epilepsi opplyser at de er fornøyde med livet sitt. Spesielt gjelder dette eldre med epilepsi som ikke har nedsatt funksjonsevne i hverdagen. Dette er en gruppe som i gjennomsnitt er like fornøyd med livet sitt som andre eldre som ikke har noen kjente sykdommer. Den gruppa som sannsynligvis omfatter de hardest epilepsi-rammede menneskene, er gjennomsnittelig *litt* mindre fornøyde med livet sitt enn andre eldre.

Eldre med epilepsi som har nedsatt funksjon i hverdagen, er i gjennomsnitt en god del mindre opplagt enn andre. Dette har nok sin forklaring i at dette er en gruppe som omfatter mennesker med vanskelig epilepsi. Tidligere forskning peker på at vanlige bivirkninger av antiepileptika er tretthet og slapphet. Ettervirkninger av epilepsianfall kan også gi redusert opplagthet. Eldre mennesker med epilepsi som er mildere rammet er i gjennomsnitt like opplagt som andre eldre.

### *Tilpasninger og justeringer*

Denne studien viser at eldre med epilepsi som har nedsatt funksjonsevne har lavere livskvalitet enn andre eldre. Eldre med epilepsi som ikke har nedsatt funksjonsevne har livskvalitet på nivå med andre eldre.

Psykiske mestringsstrategier og mentale justeringer knyttet til de begrensinger som epilepsien fordrer, kan nok forklare mye av hvorfor denne gruppa ikke rapporterer om spesielt lav livskvalitet. De eldre med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen, er trolig mer plaget av epilepsien. Dette kan bidra til at denne gruppa gjennomgående rapporterer om lavere livskvalitet.

# 1 Innledning

Dette notatet beskriver livskvalitet blant eldre mennesker med epilepsi. For å undersøke og svare på problemstillinger rundt dette temaet, benytter vi oss av data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 1995–1997). HUNT omfatter hele den voksne befolkningen i fylket, og gir opplysninger om personers selvrapporterte livskvalitet, sykdomsbilde, funksjonsevne og annen bakgrunnsinformasjon som alder, arbeidstilknytning og utdanningsnivå. Gjennom HUNT har vi et godt grunnlag for å si noe om livskvaliteten til eldre personer med epilepsi.

## Hva er epilepsi?

Epilepsi kan ha mange forskjellige ytringsformer og årsaker. Felles er tendensen til gjentatte anfall som er betinget av en episodisk opptredende dysfunksjon i hjernen.

Én beskrivelse av epilepsi går ut på at «det ikke er en sykdom, men symptom på forskjellige tilstander som har det til felles at de leder til en anfallsvis funksjonsforstyrrelse». I andre definisjoner på epilepsi inngår det en forståelse av at epilepsien må være tilbakevendende, det vil si at epilepsien er aktiv.

Santilli o.a. (1994) skriver at «Personer med epilepsi er i alt vesentlig lik andre mennesker i samfunnet, men med mulige funksjonelle begrensinger som for noen av dem vil innebære et handikapp». I tråd med dette finner tidligere forskning at de fleste personer med epilepsi vil være tilnærmet problemfrie. Andre vil imidlertid oppleve begrensinger av varierende grad (Eriksen og Næss 1998). Eksempelvis peker en del forskningslitteratur i retning av at personer med epilepsi kan oppleve begrensinger og problemer knyttet til utdanning, arbeidsliv, sosial isolasjon, angst og depresjon. Vi beskriver lenger ute i notatet hvordan vi håndterer variasjonen i livskvalitet blant personer med epilepsi.

## Hva menes med livskvalitet?

Begrepet livskvalitet kjenner vi både fra dagligtalen og fra vitenskapelige sammenhenger. Ordet tillegges forskjellige betydninger, og begrepet livskvalitet blir definert og målt på ulike måter. Vi har valgt å følge Mastekaasas o.a. (1988):

Med livskvalitet forstår vi enkeltindividers bevisst positive og negative, kognitive og affektive opplevelser.

Denne definisjonen knytter begrepet til individers kognitive og affektive opplevelser. De kognitive opplevelsene refererer til tanker og vurderinger en gjør omkring sitt liv, som for eksempel om en har det bra, er tilfreds med livet osv., mens affektive opplevelser refererer til følelsesmessige reaksjoner som om man er glad, trist, redd, osv. Med andre ord forstår vi livskvalitet som en subjektiv vurdering av egen psykisk velvære.

Det er viktig å skille begrepet livskvalitet fra begrepet *levetår*. Sistnevnte begrep bygger på betingelser som kan stå som forklaringer og årsak til en persons oppfattede livskvalitet (Eriksen og Næss 1998).inntekt, utdanning, arbeid og bolig er eksempler på betingelser som kan påvirke et individs livskvalitet. Etersom dette er faktorer som vil påvirke egen vurdering av livskvalitet, vil vi i dette notatet vise om og i hvilken grad eldre personer med epilepsi skiller seg fra andre eldre personer på disse levetårsvariablene. Dette er også naturlige forklaringsvariable som vi vil bruke i en regresjonsanalyse.

## Alder og livskvalitet

En vanlig folkelig antakelse er – også blant eldre selv – at livskvaliteten reduseres med høyere alder (Lacey et al. 2006). Med alderen vil helsen svekkes, man orker mindre, noen får dårligere råd og mange mister roller, venner eller partner (Hansen & Slagsvold 2009). Slik sett skulle en kanskje vente at mange eldre rapporterer om dårligere livskvalitet enn yngre.

Tidligere forskning som er gjort på livskvalitet blant eldre generelt, finner imidlertid at alder spiller mindre rolle for velvære enn folk flest tror. Poenget er at det kan være krevende å være både ung og gammel. I en undersøkelse finner Hansen og Slagsvold (2009) at om man ser bort fra de eldste (over 75 år), så oppgir eldre mennesker på mange områder å ha høyere

livskvalitet enn yngre. Studier av personer med nedsatt funksjonsevne viser imidlertid at eldre funksjonshemmede har lavere livskvalitet enn unge funksjonshemmede (Eriksen og Næss 1998).

## Hva vet vi om livskvaliteten til eldre personer med epilepsi?

Når det gjelder livskvaliteten til personer med epilepsi, fant Eriksen og Næss (1998) at eldre personer rapporterte om dårligere helse enn yngre med epilepsi. De følte seg svakere og mindre opplagte, de brukte mer antiepileptika, smertestillende og beroligende medisin, de sov dårligere på natten, de var mer nervøse, gav oftere mer negative svar på spørsmål om de var glad eller rolig og de var mindre fornøyde med tilværelsen sammenliknet med yngre personer med epilepsi. I undersøkelsen, som baserer seg på livskvalitetsdata fra HUNT 1984–86 og informasjon om epilepsi fra sykehusdata, er det kun på to variable hvor de yngre med epilepsi rapporterer om dårligere levekår/livskvalitet enn de eldre; yrkesaktivitet og ensomhet. På bakgrunn av Eriksen og Næss' studie kan det slik sett ventes at eldre personer med epilepsi har lavere livskvalitet enn yngre personer med epilepsi. I dette notatet er det ikke rom for detaljerte beskrivelser knyttet til alderseffekter og livskvalitet. Her sammenliknes livskvalitet blant eldre personer som har epilepsi og eldre personer som ikke har epilepsi.

## Forskning om livskvalitet og levekår blant personer med epilepsi

Det har blitt godt dokumentert at personer med epilepsi noe oftere møter flere begrensinger, påkjenninger og utfordringer i livet, enn personer som ikke har epilepsi (Ianke og Eriksen 2006, Eriksen og Næss 1998). Blant annet bidrar bivirkninger av medisin til en del av dette. Ianke og Eriksen (2006) fant i en norsk undersøkelse blant medlemmer av det Norske epilepsiforbund at nesten alle personene i utvalget brukte medisiner for å kontrollere sykdommen/tilstanden. En del av disse rapporterte om alvorlige bivirkninger av medisinene. Plager som tretthet, konsentrasjonsvansker og hukommelsesproblemer var de vanligste bivirkningene. I en annen analyse finner Næss et al. (2007) at medisinske bivirkninger står for en stor del av

forklaringen på at personer med epilepsi rapporterer lavere psykisk velvære og mer psykiske plager, som angst og depresjon, enn personer uten helseplager. Hovedkonklusjonen fra norske undersøkelser er imidlertid at de fleste personer med epilepsi ikke avviker mye fra gjennomsnittet mht. livskvalitet.

En lang rekke undersøkelser finner at epilepsi har konsekvenser i forhold til både sosiale relasjoner og arbeid. Fra internasjonale studier vet vi at personer med epilepsi til sammenlikning med personer uten epilepsi kan ha færre personlige venner, mindre kontakt med venner og arbeidskolleger (Thomson og Oxley 1988, Hills og Baker 1992). Videre vet vi at personer med epilepsi sjeldnere er gift enn personer uten epilepsi (Thomson og Oxley 1988, Collings 1990b, Gudmundsson 1966, Jacoby 1992, Halasz 1995, Jalava o.a 1997). Flere studier finner også at personer med epilepsi har lavere utdanningsnivå, yrkesaktivitet og lavere inntekt enn andre deler av befolkningen (Ianke og Eriksen 2006, Eriksen og Næss 1998, Næss et al. 2007). En gjennomgang av studier med fokus på livskvalitet blant personer med epilepsi, gir et generelt inntrykk av at personer med epilepsi gjennomsnittelig har litt lavere livskvalitet enn gjennomsnittsbefolkningen, men høyere enn personer med kroniske sykdommer, som f.eks. hjerte-/karsykdommer. Det er imidlertid stor variasjon innad i epilepsigruppa. Mens noen påvirkes lite av epilepsi, kan andre ha mange plager og være lite fornøyde med livet. Eriksen og Næss (1998) drøfter i en rapport dette temaet grundigere. For eksempel finner de at mens mange personer med epilepsi rapporterer at de er ensomme, er det en stor andel som sier at de ikke er ensomme. Dette betyr at nok også her kan vi vente stor individuell variasjon i hvordan de eldre med epilepsi har svart. Her er formålet imidlertid ikke å beskrive enkeltpersoners livskvalitet, men å gi et generelt bilde av livskvaliteten til eldre personer med epilepsi.

## 2 HUNT, Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag

Som det er blitt nevnt innledningsvis, stammer dette notatets informasjonsgrunnlag fra Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag. Disse undersøkelsene er fremskaffet gjennom to befolkningsundersøkelser, HUNT1 (1984–86) og HUNT2 (1995–97). I den første helseundersøkelsen, HUNT1, ble det ikke spurt om epilepsi. I HUNT2 ble følgende spørsmål stilt: «Har du eller har du hatt epilepsi?». I utvalget som omfatter 61 695 personer, har 928 personer svart at de har epilepsi.

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag er basert på selvrapporterte opplysninger. Dette betyr at de som er med i undersøkelsen selv rapporterer om hvilke sykdommer de har og hvordan de opplever livet sitt. Innenfor forskning om livskvalitet pågår det en diskusjon om påliteligheten av undersøkelser som baseres på selvrapporter. Eriksen, Næss og Thorsen (1989) diskuterer disse problemene i en tidligere publikasjon. Problemer knyttet til idealisering, ja-siing og liknede fenomener kan ventes i noen grad å påvirke de kommende analyseresultatene, da man har funnet at ja-siing er sterkere hos gamle enn hos unge (Moum 1988, 1992).

Det er skrevet en rekke internasjonale artikler som tar for seg problemer i forbindelse med epilepsi. Felles for disse er at det blant annet konkluderes med en overhyppighet av psykiske plager hos mennesker med epilepsi. Eriksen og Næss (1998) skriver at mye av denne forskningen har blitt kritisert fordi det ofte er selekterte grupper som inngår i undersøkelsene. De som er med i undersøkelsene er ofte pasienter ved behandlingsklinikker. Disse problemene unngår vi her, ettersom undersøkelsen som dette notatet bygger på tar for seg hele befolkningen i Nord-Trøndelag. I praksis betyr dette at nesten alle som har epilepsi inngår i undersøkelsen. Men et visst frafall må vi regne med, særlig blant de sykeste gamle.

«Har du noen langvarig sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv?»

Som vi tidligere har vært inne på vet vi at personer med epilepsi ikke utgjør noen spesielt homogen gruppe; snarere tvert i mot. Både Ianke og Eriksen (2006) og Eriksen og Næss (1998) finner i to forskjellige undersøkelser at graden av problemer og utfordringer personer med epilepsi står ovenfor, er sterkt varierende. I dette notatet har vi ikke noen direkte form for informasjon som sier noe om hvor hardt rammet av epilepsi den enkelte respondent er. Men på bakgrunn av spørsmålet «*Har du noen langvarig sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv?*» er det likevel mulig å foreta en inndeling som mest sannsynlig vil skille de svakeste fra de minst plagede.

De epilepsirammede som har svart «ja» på dette spørsmålet, sier altså at de opplever nedsatt funksjon i sitt daglige liv, grunnet «*sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art*». Mange av disse vil være hardt rammet av epilepsi. En del vil imidlertid også være rammet av andre sykdommer/tilstander i tillegg til epilepsi. Om det er epilepsien eller annen sykdom som bidrar til den nedsatte funksjonen i dagliglivet har vi ikke informasjon om. Eriksen og Ianke (2006) finner imidlertid at de som har andre sykdommer/funksjonshemninger i tillegg til epilepsi, oftere oppgir epilepsien sin som vanskeligere enn de som kun har epilepsi. De finner videre at de som har andre sykdommer/funksjonshemninger i tillegg til epilepsi, også har hyppigere anfall enn de som kun har epilepsi. Det er altså gode grunner for å tro at de som har svart «ja» på nevnte spørsmål er hardere rammet av epilepsi enn de som har svar «nei». Hvor hardt rammet en er av epilepsi, har mest sannsynlig betydning for livskvaliteten.

I analysene skilles det derfor mellom to epilepsigrupper; «de som har epilepsi og som sier at de har en sykdom, tilstand, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter ens funksjoner i det daglige liv» og personer med epilepsi som svarte at de ikke var funksjonshemmet. Førstnevnte gruppe vil beskrives som epilepsigruppe 1, mens sistnevnte gruppe vil betegnes som epilepsigruppe 2.

For å sammenlikne resultatene viser vi resultatene fra en gruppe eldre personer som ikke har epilepsi eller kjente sykdommer/funksjonshemninger som nedsetter funksjoner i det daglige liv. Denne gruppa betegnes som «andre personer» eller «andre eldre personer uten nedsatt funksjon». Når vi senere i notatet referer til denne gruppa som «andre eldre» mener vi altså ikke andre eldre generelt, men eldre som sier at de ikke har noen kjente sykdommer/funksjonshemninger.

### *Antall*

Totalt er det 302 personer over 55 år med epilepsi i datasettet. Som nevnt har vi valgt å skille mellom to epilepsigrupper. Av de 302 personene med epilepsi er det 140 som rapporterer om nedsatt funksjon i hverdagen, mens 162 ikke opplever nedsatt funksjon i hverdagen. Gruppa over 55 år uten kjente sykdommer eller nedsatt funksjon omfatter 8749 personer.

### *Alder*

I undersøkelsen er det 928 personer over 19 år som har rapportert at de har eller har hatt epilepsi, mens det er 61695 personer over 19 år som ikke har epilepsi. I dette notatet rettes som nevnt fokus mot *eldre* personer med epilepsi. Det finnes ingen offisiell definisjon for når man faller inn under gruppen «eldre». Vi vet imidlertid at risikoen for å få epilepsi øker med alderen (Leppik 2007). På «Nettmøte om eldre og epilepsi»<sup>1</sup> svarer doktor Erik Sætre at risikoen for å få epilepsi øker etter fylte 55 år. I dette notatet har vi gjort en aldersgruppering hvor det skilles mellom yngre (19–39 år), middelaldrende (40–54 år) og personer over 55 år med epilepsi. Det er altså kategorien over 55 år vi referer til som «eldre» i dette notatet. Kun unntaksvis, dvs. hvor resultatene fortjener en ekstra kommentar, vil vi rapportere om resultater knyttet til de yngre og middelaldrende.

### *Kjønn*

Blant de over 55 år er det flere kvinner enn menn som har deltatt i undersøkelsen. Dette gjelder imidlertid ikke for personer med epilepsi, hvor det er en svak overvekt av menn. Med mindre forskjellene ikke vurderes som

---

<sup>1</sup> 25/4.2007. <http://www.epilepsi.no/-----/?/////54>



nevneverdig store, vil vi ikke rapportere om kjønnsforskjeller. I enkelte sammenhenger er det «kontrollert» for kjønn i analysene.

### *Mål på livskvalitet og levekår i HUNT*

HUNT-data gir informasjon som på forskjellige måter kan måle ulike aspekt ved det vi ovenfor har definert som livskvalitet. Det er stilt spørsmål om trivsel, humør, helse og fornøydhet. Vi vil også presentere data om utdanningsnivå, sivilstand og yrkestilknytning til eldre personer med epilepsi.

### **Analysenes oppbygning**

I første omgang viser vi resultatene fra krysstabellanalyser, en form for såkalt beskrivende analyser. Med mindre annet ikke angis, er resultatene som nedenfor presenteres signifikante<sup>2</sup>. Formålet er her å vise hvordan personer med epilepsi og andre skiller seg fra hverandre i prosent/andeler, når det kommer til faktorer som kan si noe om levekår og livskvalitet. For at resultatene skal være enklest mulig å forstå vises resultatene i stolpediagram, noe som gjør det enkelt å sammenlikne resultatene mellom gruppene. I noen tilfeller hvor det er statistisk forsvarlig<sup>3</sup>, gjengis resultatene fra gjennomsnittsanalyser. I disse kan vi se om og i hvilken grad eldre personer med epilepsi gjennomsnittelig skiller seg fra andre eldre personer når vi ser på faktorer som måler levekår og livskvalitet. Det gjøres også en mer komplisert analyse, hvor vi ikke bare ønsker å beskrive de observerte forskjellene, men også forklare de.

---

<sup>2</sup> Statistisk signifikans kan beskrives som et mål på hvor holdbart det observerte resultatet er. I dette notatet rapporteres kun resultater som er signifikant innenfor 5%-nivået.

<sup>3</sup> Med dette menes en rekke statistiske forutsetninger som må oppfylles. Se Ringdal (2007).

## 3 Beskrivende resultater

Før vi går i gang med å presentere resultatene av en rekke analyser gjort på livskvalitet, vil vi i dette kapitlet først ta for oss resultatene knyttet til *levestandardfaktorene* utdanning, yrkesaktivitet og sivilstatus.

### Utdanning og jobb

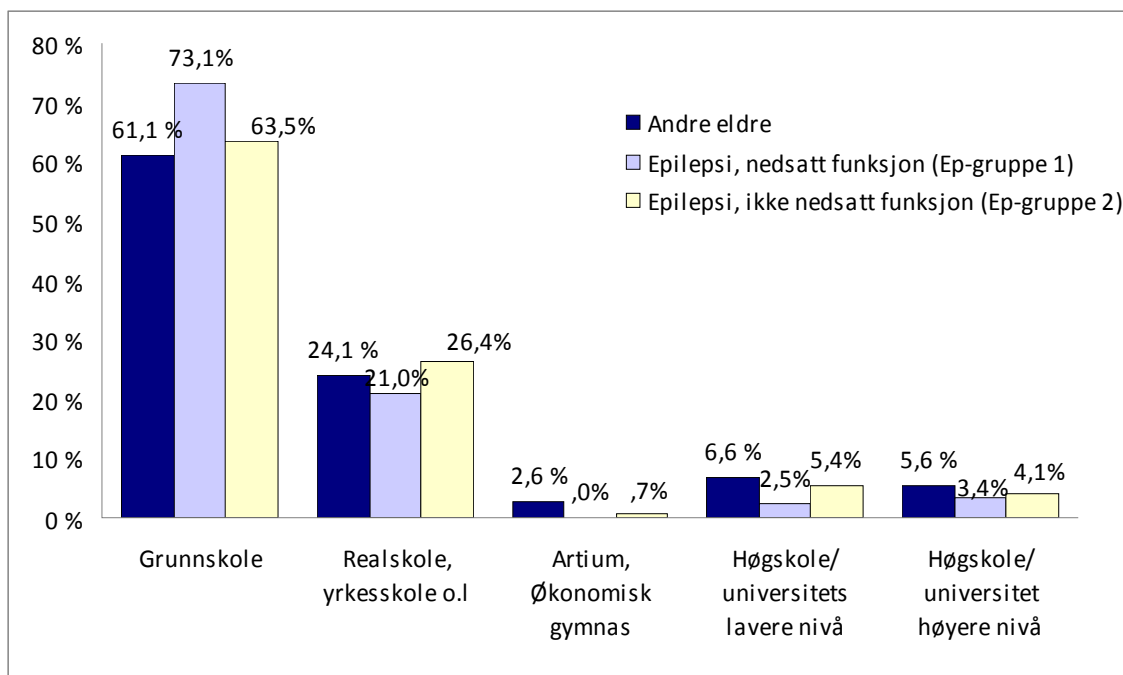
Eriksen og Næss (1998) finner gjennom kvalitative intervjuer at utdanning og jobb er områder som i høy grad påvirker livskvaliteten til mange personer med epilepsi. Eksempelvis kan det by på store og langsiktige problemer om en utvikler epilepsi i ung alder. Eriksen og Næss beskriver hvordan anti-epileptika gjorde at flere av de intervjuede under ungdomstiden slet med konsentrasjonsvansker og trøtthet. For noen medførte dette lite lekselesing, dårlige karakterer og en omjustering i utdanningsplaner.

Før å beskrive utdanningsnivået til eldre personer med epilepsi og andre personer har vi tatt utgangspunkt i spørsmålet «hvilken utdanning har du fullført?». I alt er det fem svaralternativer, som går fra «grunnskole» til «høyskole/universitetsutdannelse, 4 år eller mer».

### Utdanningsnivå

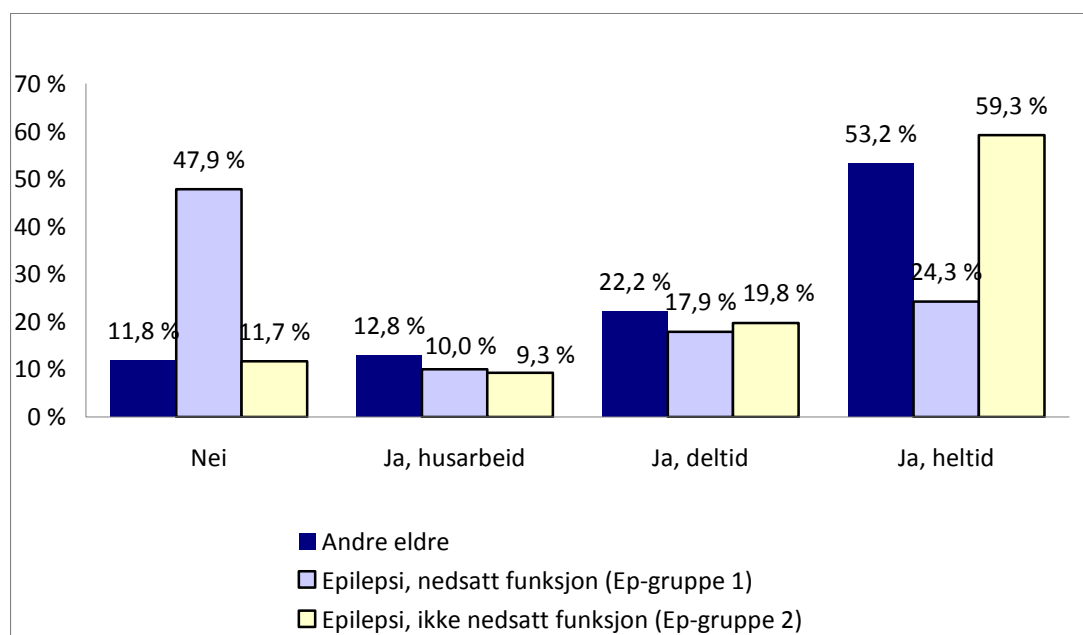
Resultatene fra en krysstabellanalyse som gjengis i figur 1 ( neste side), tyder på at eldre personer med epilepsi litt sjeldnere enn andre tar høyere utdanning, samtidig som eldre personer med epilepsi også er noe overrepresentert blant andelen lavt utdannede. Vi ser imidlertid at det er klare forskjeller i utdanningsnivået blant de to forskjellige epilepsigruppene. Gruppen som har epilepsi og som opplever nedsatt funksjon i hverdagen, stikker seg ut som den gruppa med høyest andel lavt utdannede, og lavest andel høyt utdannede. Den andre epilepsigruppa som ikke opplever nedsatt funksjon i hverdagen, har også en noe lavere andel høyt utdannede og en noe høyere andel lavt utdannede sammenliknet med andre eldre personer. Forskjellen mellom disse gruppene, epilepsigruppe 2 og andre personer uten kjente sykdommer/funksjonshemninger, er imidlertid så små at vi ikke kan se vekk fra at de kun er et resultat av tilfeldigheter.

Figur 1. Utdanningsnivå for eldre personer med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen, personer med epilepsi som ikke opplever nedsatt funksjon i hverdagen og for «andre eldre» (eldre uten epilepsi eller uten andre nedsatte funksjoner).



## Yrkesaktivitet

Figur 2. Yrkesaktivitet for eldre personer med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen, personer med epilepsi som ikke opplever nedsatt funksjon i hverdagen og for «andre eldre» (eldre uten epilepsi eller uten andre nedsatte funksjoner).

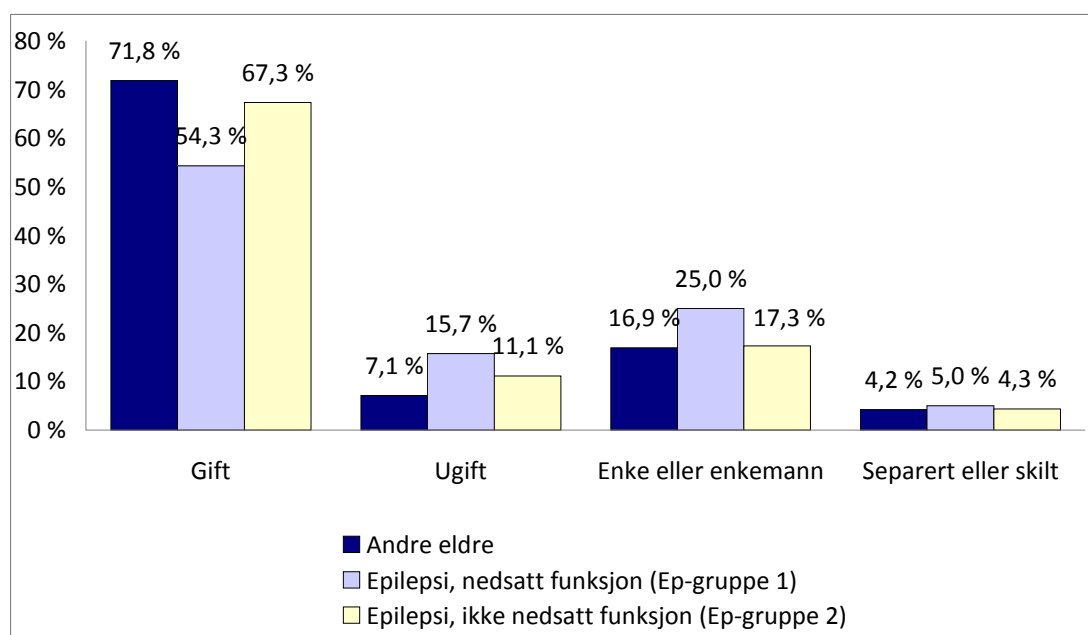


Eriksen og Næss (1998) finner at personer med epilepsi noe sjeldnere er yrkesaktive enn personer som ikke har noen diagnose. Akkurat det finner også vi når vi ser på fordelingen knyttet til yrkesaktivitet blant *eldre* mennesker med epilepsi som sier de har nedsatt funksjonsevne. Nesten halvparten av personene i denne gruppa har svart «nei» på spørsmålet «Er du i jobb?». Det samme mønsteret finner vi ikke blant epilepsigruppe 2. Denne gruppa er svært yrkesaktiv og minst like yrkesaktiv som andre eldre personer uten nedsatt funksjon.

På spørsmålet «Hvordan trives du med arbeidet ditt?» er det små forskjeller å snakke om. Sett bort fra at det er en litt større andel personer med epilepsi som rapporterer at de trives «veldig godt», mistrives personer med epilepsi verken mer eller mindre i jobben sammenliknet med andre.

## Sivilstatus

Figur 3. Sivilstatus for eldre personer med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen, personer med epilepsi som ikke opplever nedsatt funksjon i hverdagen og for «andre eldre».



Blant personer med epilepsi over 55 år, ser vi at er det en lavere andel som er gift, sammenliknet med andre personer over 55 år. Videre er det en litt større andel eldre personer med epilepsi som er ugifte, sammenliknet med personer som ikke har epilepsi. Mønsteret er gjeldene for begge epilepsigruppene, men

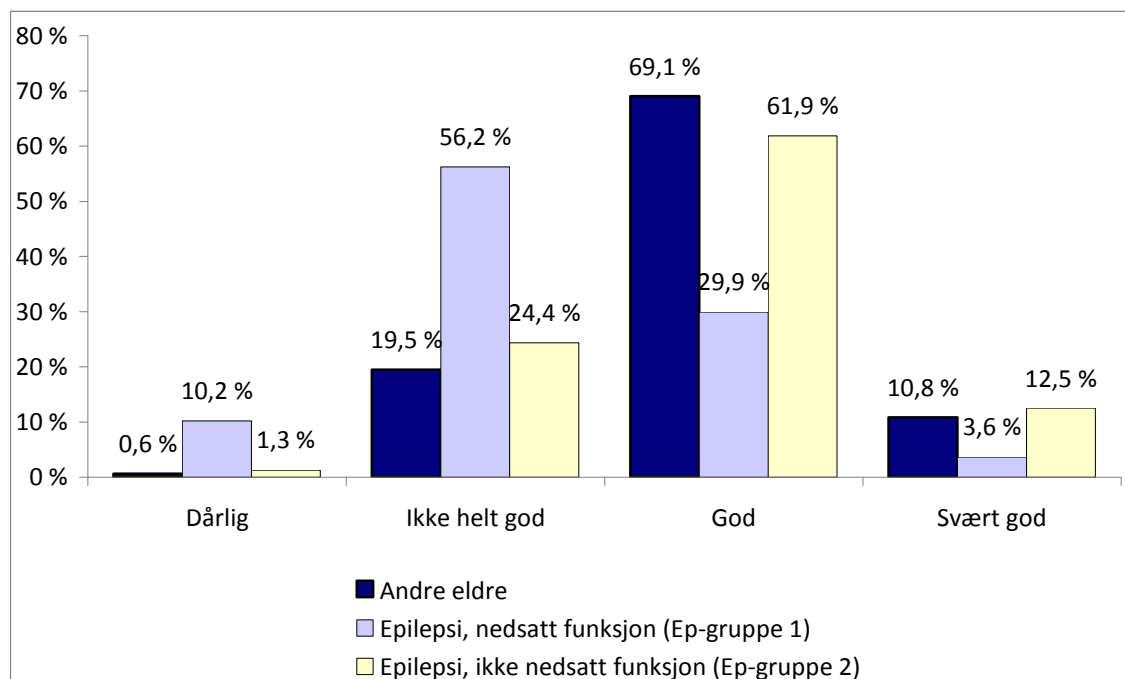
andelen ugifte er størst blant de i epilepsigruppa som opplever nedsatt funksjon i hverdagen. Resultatene vi ser er i tråd med tidligere forskning, hvor det er blitt funnet at personer med epilepsi sjeldnere er gift sammenliknet med andre deler av befolkningen.

## Livskvaliteten til eldre personer med epilepsi

I det kommende vil vi presentere resultater som faller inn under vår definisjon og forståelse av begrepet livskvalitet. For å rekapitulere, forstås her livskvalitet som subjektive vurderinger av egen livssituasjon. Nedenfor beskriver vi resultatene som er knyttet til spørsmål og temaer som subjektiv helse, humør, ensomhet, trivsel, nervøsitet, fornøydhet med livet og opplagthet.

## Subjektiv helse

Figur 4. Subjektiv helse for eldre personer med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen, personer med epilepsi som ikke opplever nedsatt funksjon i hverdagen og for «andre eldre».



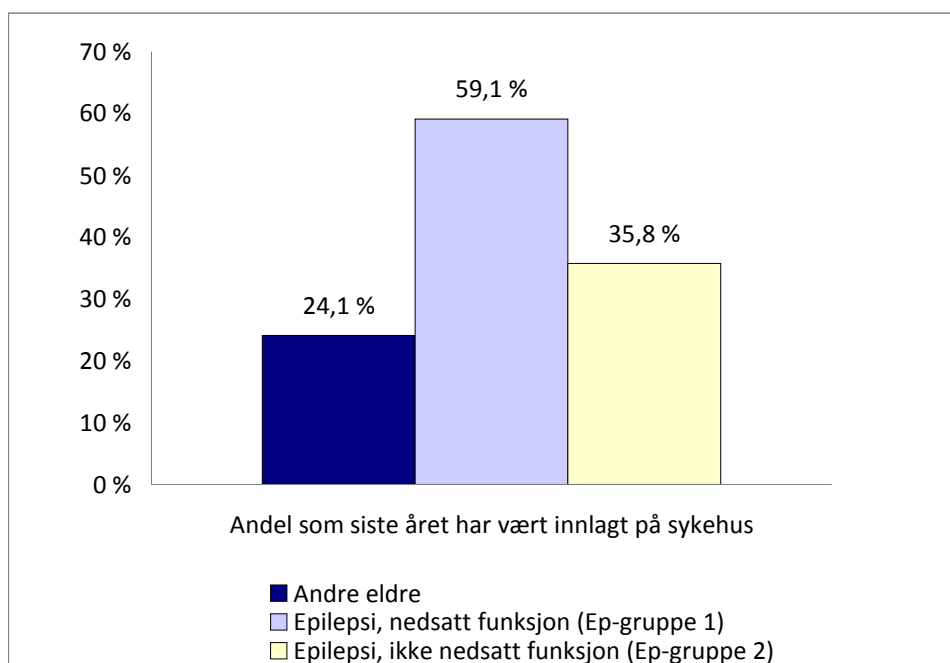
I helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag ble det spurt om «Hvordan er helsa di for tida?». Det var fire svaralternativer: dårlig, ikke helt god, god og svært god. Blant epilepsigruppe 1, de med nedsatt funksjon, er det en større andel som rapporterer om klart dårligere helse, enn andre personer og personer

med epilepsi uten nedsatt funksjon. Epilepsigruppe 2 vurderer også egen helse som litt dårligere enn gruppa «andre eldre», men her er forskjellene langt mindre.

Årsaken til forskjellen i egen helsevurdering mellom epilepsigruppe 1 og epilepsigruppe 2, kan mest sannsynlig tilbakeskrives til at epilepsigruppe 2 omfatter mennesker som ikke er like plaget av epilepsien som de i epilepsigruppe 1.

## Sykehusinnleggelse

Figur 5. Innlagt på sykehus siste tolv måneder for eldre personer med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen, personer med epilepsi som ikke opplever nedsatt funksjon i hverdagen og for «andre eldre».



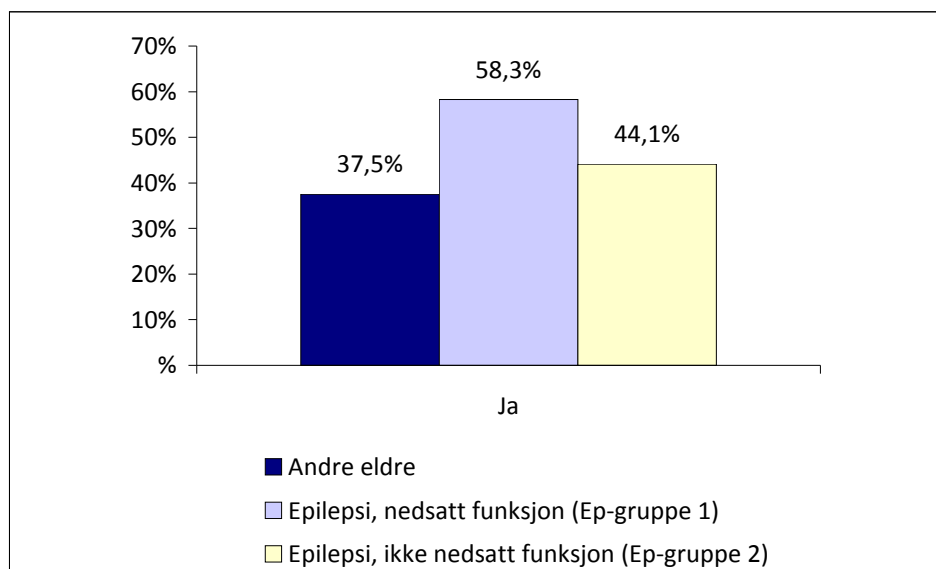
Et kanskje mer objektivt mål på egen helse, er spørsmålet om en har vært innlagt på sykehus det siste året.

Blant både eldre med epilepsi som ikke har nedsatt funksjon og andre eldre personer, har størsteparten svart avkreftende på dette spørsmålet. Fra figuren ser vi at det er en litt større andel blant epilepsigruppe 2 (som ikke opplever nedsatt funksjon i hverdagen) som det siste året har vært innlagt sammenliknet med andre eldre. Mens forskjellen mellom disse to gruppene er ganske liten, viser figuren at andelen knyttet til epilepsigruppe 1 som har

vært innlagt er langt større. Faktisk ser vi fra figuren at blant denne gruppa har majoriteten vært innlagt.

## Smerter

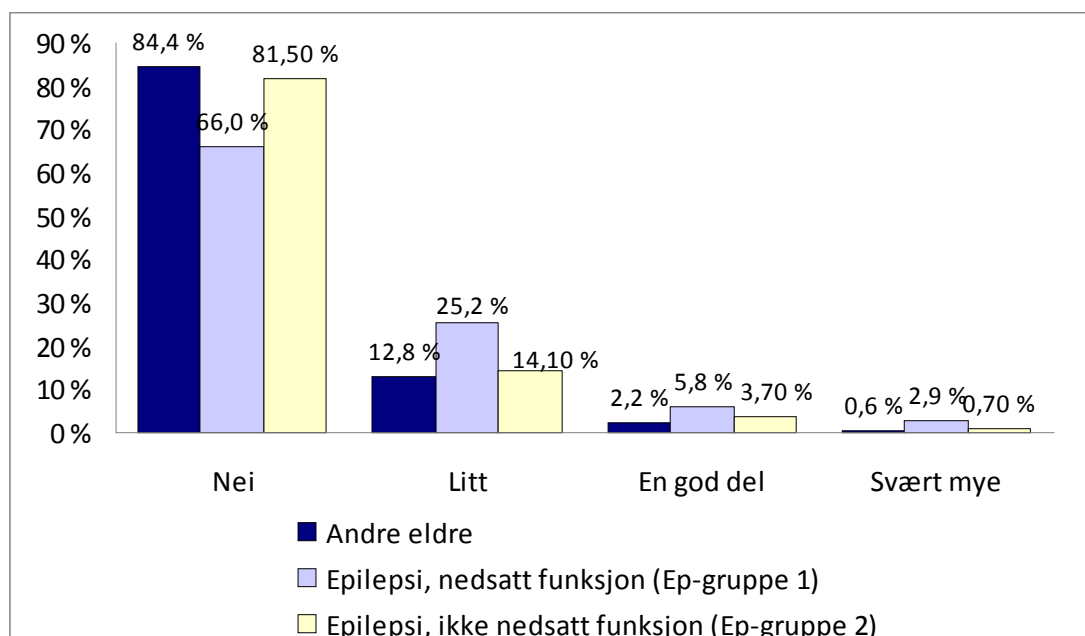
Figur 6. Andel som er plaget av smerter og stivhet i muskler og ledd, for eldre personer med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen, personer med epilepsi som ikke opplever nedsatt funksjon i hverdagen og for «andre eldre».



Figur 6 viser resultatene fra de som har svart ja på spørsmålet « Har du i løpet av det siste året vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd som har vart i minst 3 måneder sammenhengende?». Figuren viser at stivhet og smerter er forholdsvis vanlig blant eldre mennesker. Dette gjelder både personer med og uten epilepsi, men epilepsigruppe 1 stikker seg ut ved at andelen som plages av smerter og stivhet er størst for denne gruppa. Epileptiske anfall kan ofte etterfølges av smerter og stivhet i ledd og muskler. Epilepsigruppe 1 omfatter sannsynligvis de som er hyppigst utsatt for anfall. Kanskje kan dette, det at epilepsigruppe 1 trolig omfatter de som er mest plaget av epilepsianfall, stå som en forklaring på hvorfor over halvparten av denne gruppa oppgir at de har smerter og stivhet i muskler og ledd.

## Nedfor/deprimert

Figur 7. Fordeling av svarene på spørsmålet «Har du de siste to ukene følt deg nedfor/deprimert», blant eldre personer med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen, personer med epilepsi som ikke opplever nedsatt funksjon i hverdagen og for «andre eldre».



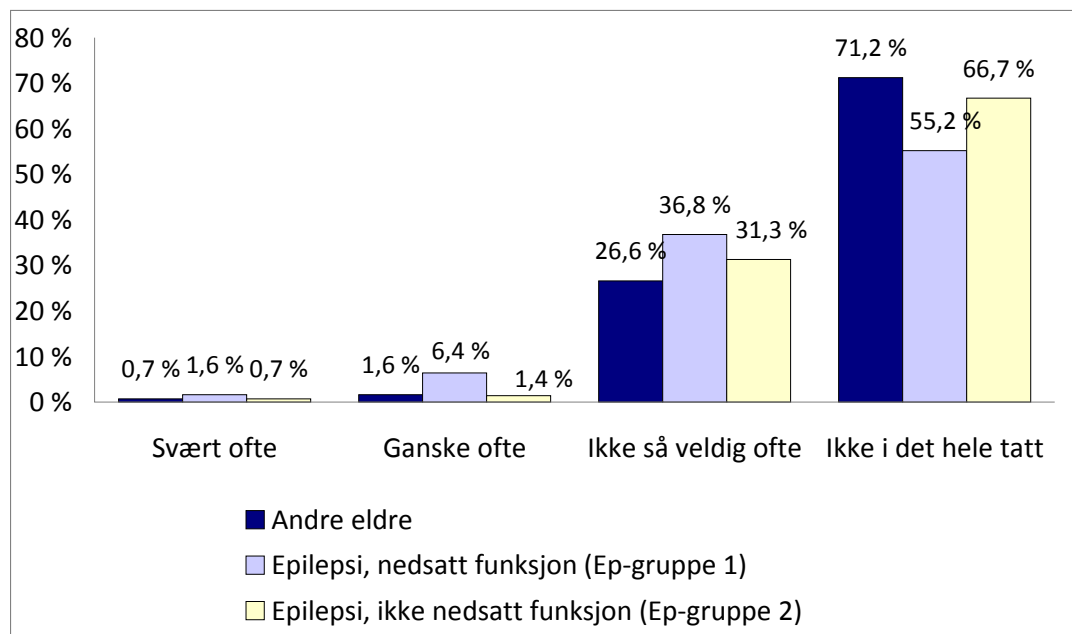
Som tidligere nevnt er det godt dokumentert at det er en overhyppighet av psykiske plager hos mennesker med epilepsi. Fra ovenstående figur fremkommer det at størsteparten av de spurte opplyser at de ikke har følt seg nedfor eller deprimert de siste to ukene. Vi ser likevel av figuren at det er en større andel eldre mennesker med epilepsi som av varierende grad har svart at de har følt seg nedfor eller deprimert sammenliknet med andre eldre uten kjente sykdommer/funksjonshemninger.

Blant epilepsigruppene er det epilepsigruppe 1 som skiller seg mest negativt ut, da andelen som de siste to ukene har følt seg nedfor eller deprimert er størst for denne gruppa. Eksempelvis ser vi at en fjerdedel av de eldre med epilepsi som har nedsatt funksjon i hverdagen opplyser at de har vært *litt* deprimert/nedfor de siste to ukene. Sammenliknet med andre eldre uten andre kjente sykdommer/funksjonshemninger er det også en litt større andel av epilepsigruppe 2 som har opplyst at de har følt seg deprimert eller nedfor. Her er imidlertid forskjellene langt mindre.



## Panikk

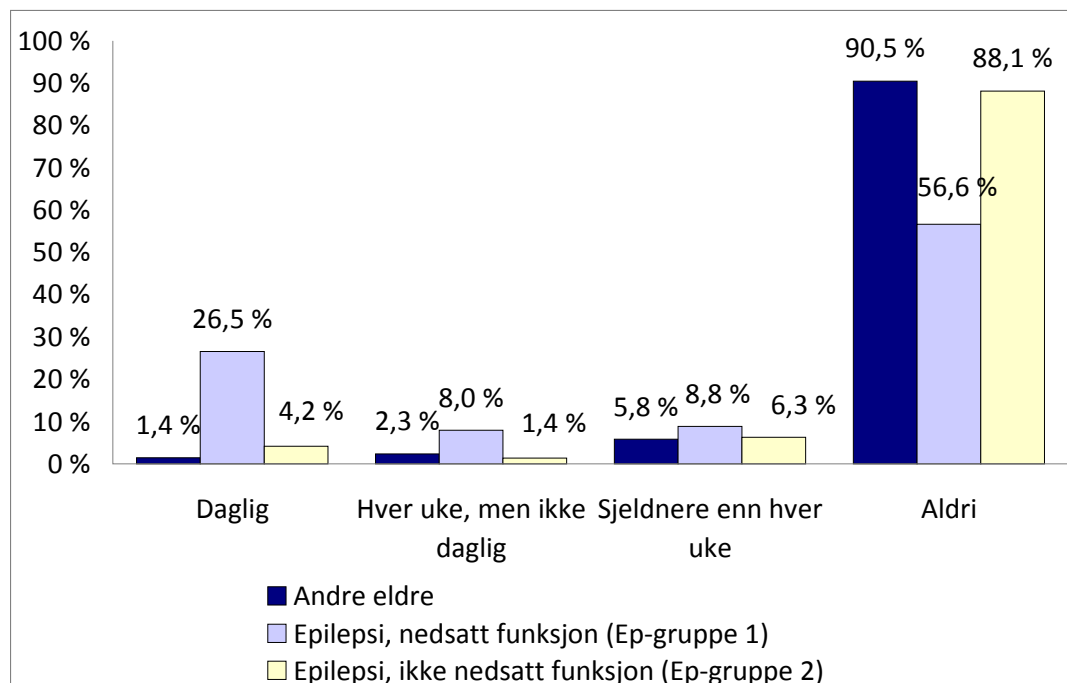
Figur 8. Fordeling for svarene på påstanden «Jeg kan plutselig få en følelse av panikk», blant eldre personer med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen, personer med epilepsi som ikke opplever nedsatt funksjon i hverdagen og for «andre eldre».



Ovenfor har vi sett at en del eldre med epilepsi føler seg nedfor/deprimert. Fra ovenstående figur ser vi fordelingen til svarene for påstanden «Jeg kan plutselig få en følelse av panikk». Mens brorparten av de spurte svarer at de «ikke i det hele tatt» har opplevd en plutselig følelse av panikk, ser vi at andelen som i varierende grad har opplevd følelse av panikk er noe større blant de med epilepsi enn hva tilfellet er med andre eldre personer. Dette gjelder spesielt for epilepsigruppe 1. HUNT-data forteller ikke hva som utløser panikkfølelsen, men fra forskningslitteraturen vet vi at mange mennesker med epilepsi ofte engster seg for å få anfall. En mulig tolkning på resultatet vi ser i figur 8 kan derfor være at epilepsigruppe 1 trolig omfatter en del mennesker med mindre kontroll på sin epilepsi enn hva tilfellet er med epilepsigruppe 2. Kanskje bidrar dette til at andelen som engster seg for anfall er større i denne gruppa. Dette kan forklare hvorfor andelen som kan få en plutselig følelse av panikk er høyere for eldre mennesker med epilepsi enn hva den er for andre eldre.

## Beroligende midler

Figur 9. Fordeling for bruk av beroligende midler, blant eldre personer med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen, personer med epilepsi som ikke opplever nedsatt funksjon i hverdagen og for «andre eldre».



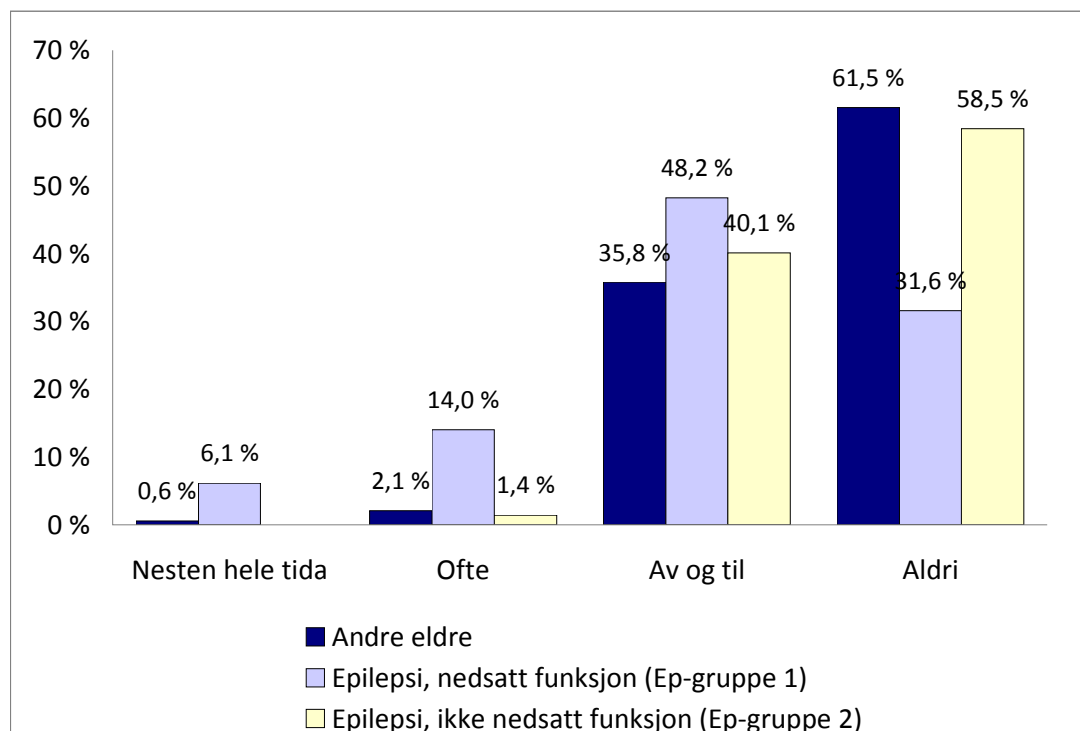
Fra ovenstående figur ser vi at de fleste eldre med epilepsi aldri har brukt beroligende midler. En forholdsvis høy andel eldre personer med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen skiller seg imidlertid ut ved at de daglig tar beroligende midler. Våre data sier ikke noe om hvorfor de tar beroligende midler. Trolig er det sammensatte forklaringer til knyttet til dette<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> På den ene siden kan resultatet indikere at flere i epilepsigruppe 1 har psykiske plager, og bruker beroligende midler av den grunn. Tidligere forskning på epilepsi innbyr til en annen fortolkning. Eriksen og Næss (1998) peker på at beroligende midler har blitt brukt som antiepileptika. Vi har imidlertid ikke grunnlag for å si om dette gjelder de som deltok i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag mellom 1995-1997.

## Nervøs

Figur 10. Fordeling av svarene på spørsmålet «Hvor ofte har du den siste tiden følt deg nervøs?», blant eldre personer med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen, personer med epilepsi som ikke opplever nedsatt funksjon i hverdagen og for «andre eldre».

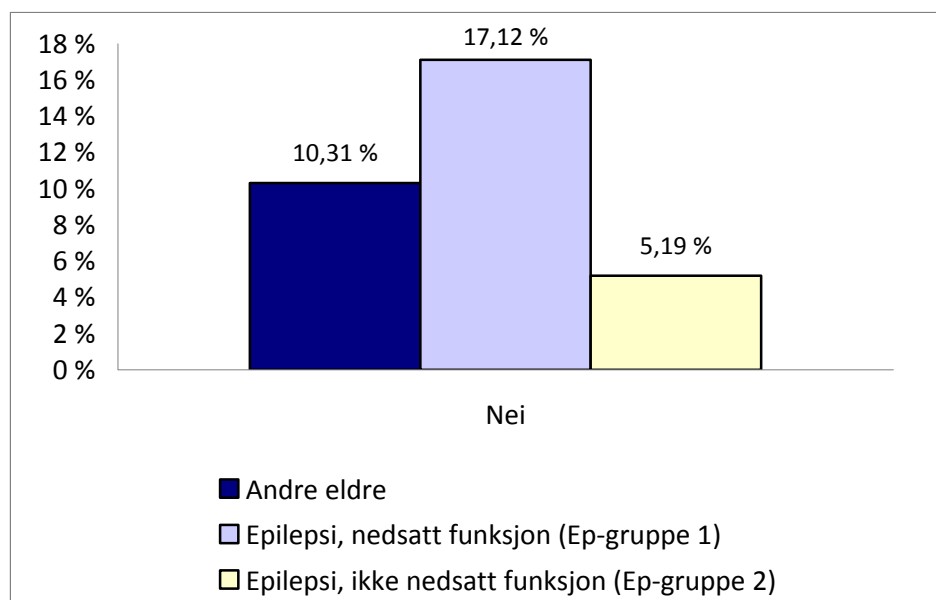


Det er få av de eldre med epilepsi som er *nervøse hele tiden*, men resultatene som vises i ovenstående figur indikerer at personer med epilepsi oftere er nervøs enn andre personer. Dette gjelder spesielt eldre med epilepsi som har nedsatt funksjon. Brorparten av denne gruppa har den siste tida av varierende grad vært nervøs. HUNT-data forteller ikke hva som har frembrakt «nervøsiteten». Fra tidligere forskning vet vi at mennesker med epilepsi kan bekymre seg for ting som ligger utenfor deres kontroll. Eriksen og Næss (1998) skriver blant annet at mennesker med epilepsi kan være «(...) usikre på om de har vært tilstrekkelig påpasselige, kan ha dårlig samvittighet fordi de ikke har vært det, eller tenker på om skader likevel oppstår som følge av forhold som de ikke har kontroll over» (Eriksen og Næss 1998:57).

Nervøsitet og engstelse for nye anfall kan nok være en mulig årsak til hvorfor andelen som av ulik grad er nervøse er så høy for epilepsigruppe 1.

## Venner

Figur 11. Fordeling av svarene på spørsmålet «Har du nok venner?», blant eldre personer med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen, personer med epilepsi som ikke opplever nedsatt funksjon i hverdagen og for «andre eldre».



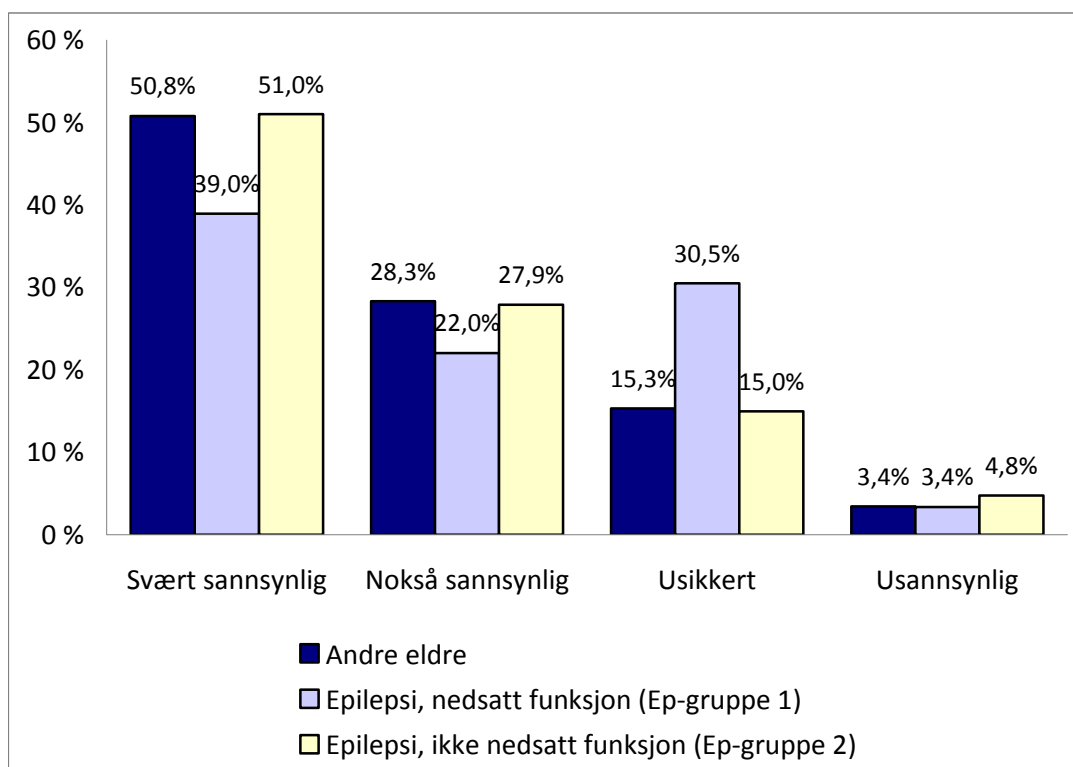
Som tidligere nevnt, peker internasjonale studier på at en del mennesker med epilepsi er mer utsatt for sosial isolasjon enn andre deler av befolkningen. I Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag har respondentene svart på spørsmålet «Har du nok venner?». Svarene kan gi en pekepinn på hvorvidt sosial isolasjon er vanlig blant eldre personer med epilepsi i Norge.

Analysen viser at majoriteten av de spurte sier de har «nok» venner. Fra figur 11 ser vi imidlertid at personer med epilepsi som har nedsatt funksjon i dagliglivet skiller seg litt ut ved at de er den gruppa med høyest andel som har svart «nei» på spørsmålet om de har nok venner. Personer med epilepsi uten nedsatt funksjon i hverdagen skiller seg ikke negativt fra andre eldre personer uten kjente sykdommer/funksjonshemming<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Eriksen og Næss (1998) finner at yngre personer med epilepsi oftere føler seg mer ensomme og har for få venner, sammenliknet med eldre personer med epilepsi. Fra analyser som vi her ikke viser resultatet fra, fremkommer det at alder kan bety en del for oppfattelsen av om en har nok venner eller ikke. Også vi finner at yngre personer med epilepsi oftere svarer at de har for få venner, sammenliknet med eldre personer med epilepsi. Dette gjelder begge epilepsigruppene vi her ser på.

## Sosial støtte

Figur 12. Fordeling av svarene på spørsmålet «Dersom du ble syk og måtte holde senga i lengre tid, hvor sannsynlig tror du det er at du kunne få hjelp og støtte av familie, venner eller naboer?», blant eldre personer med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen, personer med epilepsi som ikke opplever nedsatt funksjon i hverdagen og for «andre eldre».



Vi har sett at de fleste eldre med epilepsi synes at de har nok venner. Vi så imidlertid at en del i epilepsigruppe 1 synes at de har «for få venner». Svarfordelingen på spørsmålet «Dersom du ble syk og måtte holde senga i lengre tid, hvor sannsynlig tror du det er at du kunne få hjelp og støtte av familie, venner eller naboer?» kan si noe om den sosiale støtten<sup>6</sup> eldre mennesker med epilepsi kan få av sine venner og omgangskrets.

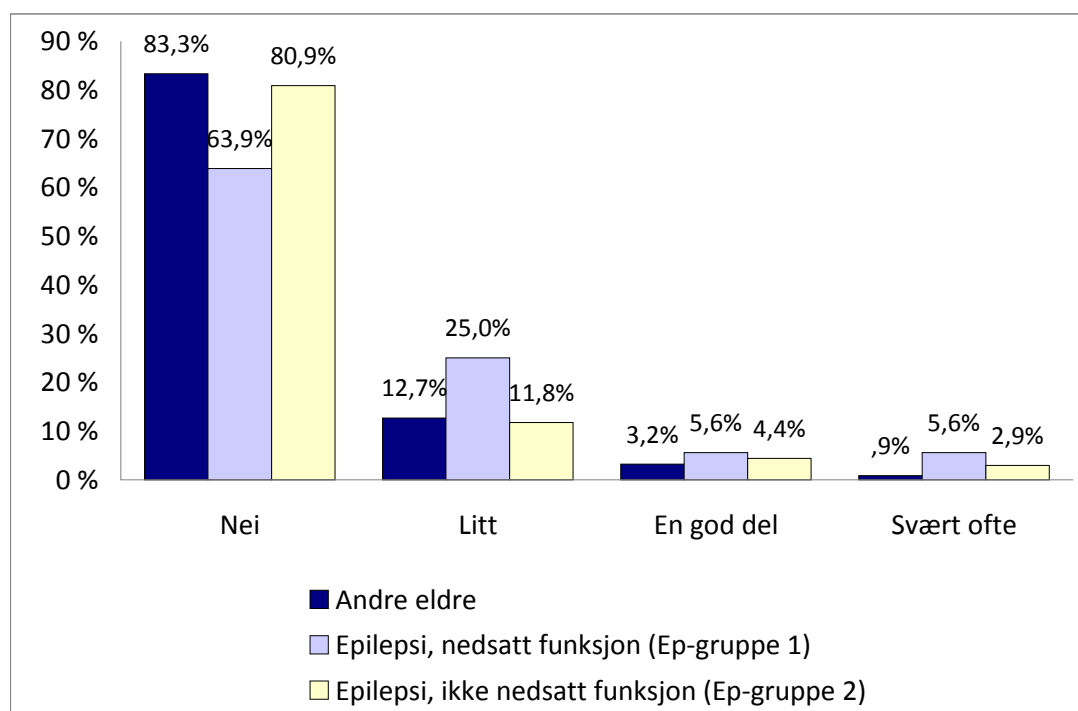
På nevnte spørsmål hadde respondentene fire svaralternativer som gikk fra «Svært sannsynlig» til «usannsynlig». Fra figur 12 ser vi at brorparten av

<sup>6</sup> En ofte brukt definisjon på sosial støtte er «individets opplevelse av å bli omfattet med kjærlighet og omsorg, å bli aktet og verdsatt, og tilhøre et sosialt nettverk med gjensidige forpliktelser» (Cobb, 1976). På bakgrunn av Eriksen og Næss (1998) forstår vi her sosial støtte som den støtten en kan få fra et sosialt nettverk som en er en del av, for eksempel familie, venner og naboer.

de spurte sier at de kan regne med å få støtte og hjelp fra venner og familie om en skulle bli så redusert at en over lengre tid måtte holde senga. For alle gruppene er andelen som har svart «usannsynlig» svært lav. Dette betyr at de fleste eldre med epilepsi har noen som kan gi hjelp og støtte om en skulle bli sengeliggende. Epilepsigruppe 1 skiller seg imidlertid ut ved at det er en høy andel som sier det er «usikkert» om de kan regne med å få støtte og hjelp fra venner. Dette kan indikere at en del eldre mennesker med epilepsi som har nedsatt funksjon i hverdagen, opplever litt lavere sosial støtte sammenliknet med andre eldre.

## Ensomhet

Figur 13: Fordeling av svarene på spørsmålet « Hender det ofte at du føler deg ensom?», blant eldre personer med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen, personer med epilepsi som ikke opplever nedsatt funksjon i hverdagen og for «andre eldre».

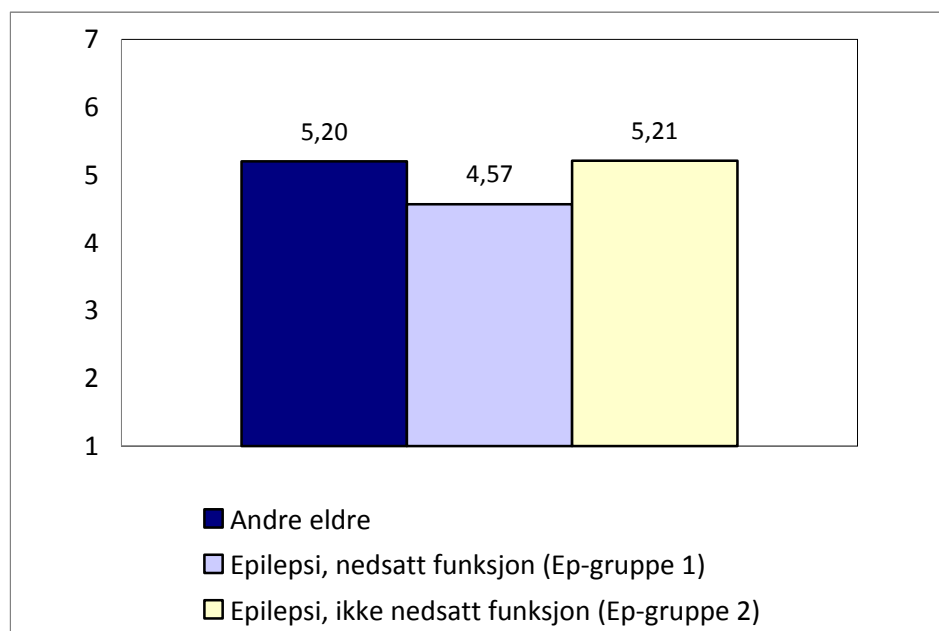


Majoriteten av de spurte har svart avkrefteende på spørsmålet «Hender det ofte at du føler deg ensom?». De fleste, uavhengig av om en har epilepsi eller ikke føler seg ikke ensom. Fra figuren ser vi likevel at det er noen forskjeller mellom gruppene. Mens forskjellene er minimale mellom gruppa som omfatter andre eldre personer og epilepsigruppe 2, stikker epilepsigruppe 1

seg klart ut ved en høyere andel som har svart at de av varierende grad føler seg ensom. Resultatet er ikke overraskende. Ovenfor har sett at denne gruppa sjeldnere er gift. Dette betyr at mange av menneskene i denne gruppa bor alene. Samtidig har vi sett at det andelsmessig er flere som har svart negativt på spørsmål om en har nok venner og sosial støtte, sammenliknet med gruppene andre eldre og epilepsigruppe 2 er høyere.

## Glad/nedstemt

Figur 14: Gjennomsnittlig vurdering på om en vanligvis er glad eller nedstemt?, blant eldre personer med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen, personer med epilepsi som ikke opplever nedsatt funksjon i hverdagen og for «andre eldre».



Kommentar til figur 14. **Glad eller nedstemt.** Justert for kjønn. Standardavvik, «Andre eldre uten nedsatt funksjon»= 0,913. «Epilepsigruppe 1»= 1,206. «Epilepsigruppe 2»=0,879.

På spørsmålet «Er du vanligvis glad eller nedstemt?» ble deltakerne bedt om å gradere/ beskrive sitt humør gjennom syv svaralternativer, fra «Svært nedstemt» (verdi 1) til «Svært glad» (verdi 7). Figur 14 viser den gjennomsnittlige graderingen av gruppenes svar. I dette tilfelle har vi «justert for» kjønn, siden det er en overvekt av kvinner blant personer med epilepsi og siden fordelingen på svarene er kjønnsavhengige.

Det er omtrent ikke noen forskjell mellom epilepsigruppe 2 og gruppa som omfatter andre eldre personer uten nedsatt funksjon eller andre kjente

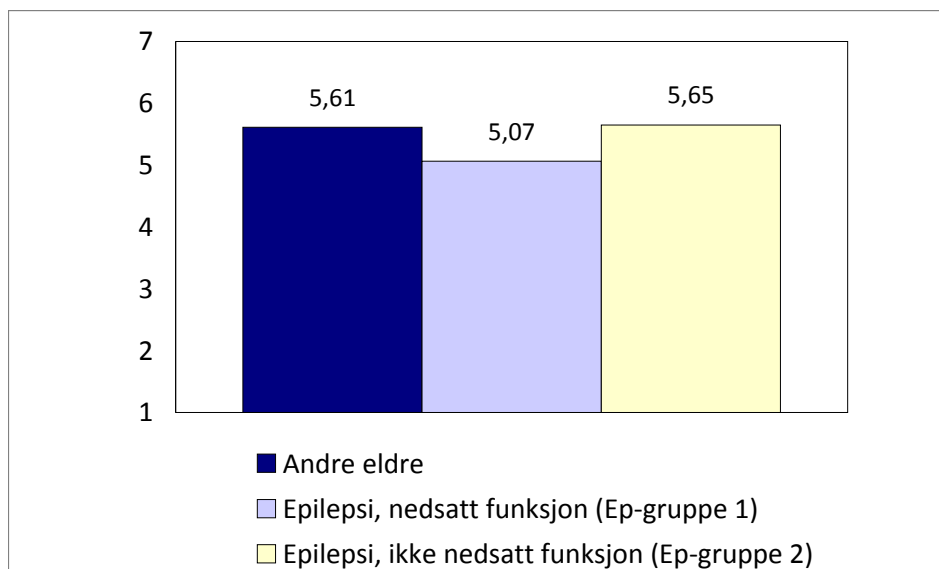
sykdommer. Epilepsigruppe 1 har imidlertid gjennomsnittelig svært mer negativt enn andre eldre personer. Her er det verdt å merke seg at statistikkprogrammet rapporterer om et forholdsvis høyt standardavvik. Dette betyr at variasjonen i svarene som er gitt av epilepsigruppe 1, varierer mer enn hva tilfellet er med de to andre gruppene. Dette funnet gjenspeiler en tematikk som Eriksen og Næss (1998) drøfter. Blant en rekke diagnosekategorier finner de at personer med epilepsi ofte stikker seg ut, ved at «personer med epilepsi (...) er både høy- og lavskårere». Med dette menes at personer med epilepsi ofte befinner seg i begge ender av skalaen; en andel rapporterer om lav livskvalitet, mens en annen rapporterer om høy livskvalitet.

Våre resultater indikerer altså at også dette gjelder eldre mennesker med epilepsi, men variasjonene er størst innad i epilepsigruppe 1 (eldre med epilepsi som har nedsatt funksjon i dagliglivet). Det at standardavviket er litt høyere for denne gruppa enn hva tilfellet er med de andre gruppene, kan trolig tilskrives at gruppa er mer sammensatt i forhold til sykdomsbilde. Mens epilepsigruppe 2 primært omfatter folk som har epilepsi som ikke medfører nedsatt funksjon i hverdagen, er epilepsigruppe 1 mer kompleks, da den i høyere grad vil bestå av folk med andre sykdommer i tillegg til epilepsi. At det er stor variasjon knyttet til denne gruppas vurdering av glad/nedstemthet, er slik sett ikke overraskende.



## Fornøyd med livet

Figur 15. Gjennomsnittlig vurdering på om en er fornøyd med livet, blant eldre personer med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen, personer med epilepsi som ikke opplever nedsatt funksjon i hverdagen og for «andre eldre».



Kommentar til figur 15. **Fornøyd med livet.** Justert for kjønn. Standardavvik, «Andre eldre uten nedsatt funksjon» = 0,973 «Epilepsigruppe 1» = 1,197. «Epilepsigruppe 2» = 0,940.

På spørsmålet «Er du fornøyd med livet?» (på en skala fra svært glad = 7 til svært nedstemt = 1), er eldre personer med epilepsi i epilepsigruppe 2 gjennomsnittlig like fornøyd med livet sitt som andre personer i samme aldersgruppe<sup>7</sup>. Også i dette tilfelle er det «justert for kjønn». Eriksen og Næss (1998) finner i en undersøkelse, hvor det er korrigeret for eventuelle alders-effekter, at personer med epilepsi generelt er like fornøyd med livet sitt som andre. Gjennom våre data kan vi imidlertid ikke konkludere med at dette gjelder eldre personer med epilepsi med nedsatt funksjonsevne i hverdagen. Denne gruppa er gjennomsnittlig litt mindre fornøyd med livet enn gruppa andre eldre mennesker.

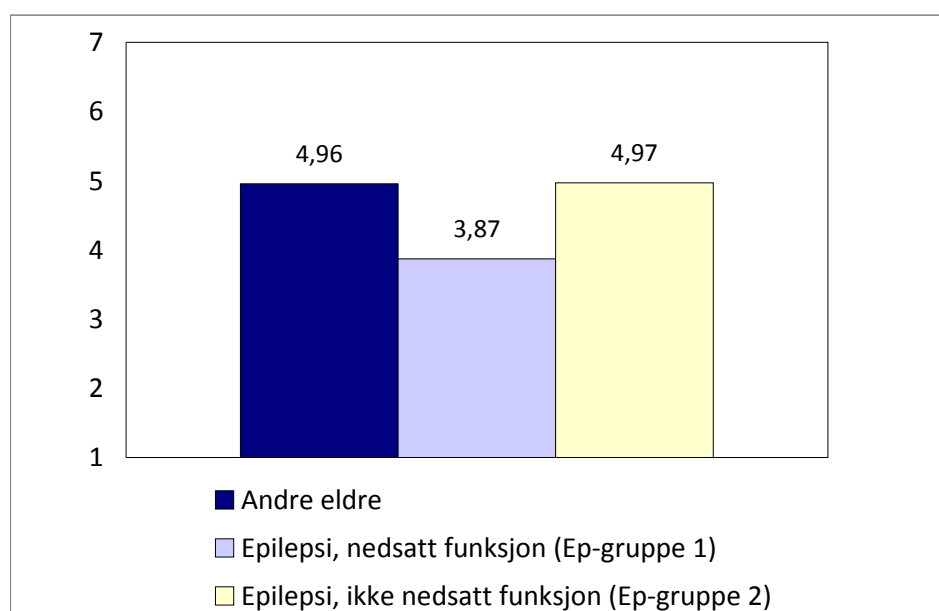
Som vi ser fra figuren er de gjennomsnittlige forskjellene mellom gruppene svært små. På en skala fra 1 til 7 er det omtrent 0,5 poeng som skiller epilepsigruppe 1 og gruppa med andre eldre. Ianke og Eriksen (2006)

<sup>7</sup> Fra figuren ser vi at epilepsigruppe 2 gjennomsnittlig har gitt litt mer positive svar enn andre eldre uten nedsatt funksjon. Forskjellene er imidlertid ikke signifikante. Vi kan med andre ord ikke se vekk fra at resultatene er et resultat av tilfeldigheter.

diskuterer i en studie hvordan personer med alvorlig sykdomsbilde ofte svarer mindre negativt på spørsmål om livskvalitet enn sykdomsbildet skulle tilsi. Ianke og Eriksen skriver at en årsak til dette, er at mennesket – tilnærmet som en forsvarsmekanisme – vil justere forventningene til livet etter hvilke begrensinger sykdommen fører med seg. Kanskje er dette en forklaring på hvorfor forskjellene mellom gruppene er så små når vi ser på spørsmålet «Er du fornøyd med livet?».

## Opplagt

Figur 16. Gjennomsnittlig vurdering på om en føler seg opplagt, blant eldre personer med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen, personer med epilepsi som ikke opplever nedsatt funksjon i hverdagen og for «andre eldre».



Kommentarer til figur 16. **Opplagt.** Justert for kjønn. Standardavvik, «Andre eldre uten nedsatt funksjon» = 0,902 «Epilepsigruppe 1» = 1,117. «Epilepsigruppe 2» = 0,913

Det siste spørsmålet vi i den beskrivende analysedelen skal omtale, er svarene som er gitt på spørsmålet «Føler du deg opplagt?». Også her hadde respondentene syv svaralternativer, og alternativene gikk fra «Svært trett og sliten» (verdi 1) til «Meget sterk og opplagt» (verdi 7). Også her er det justert for kjønn.

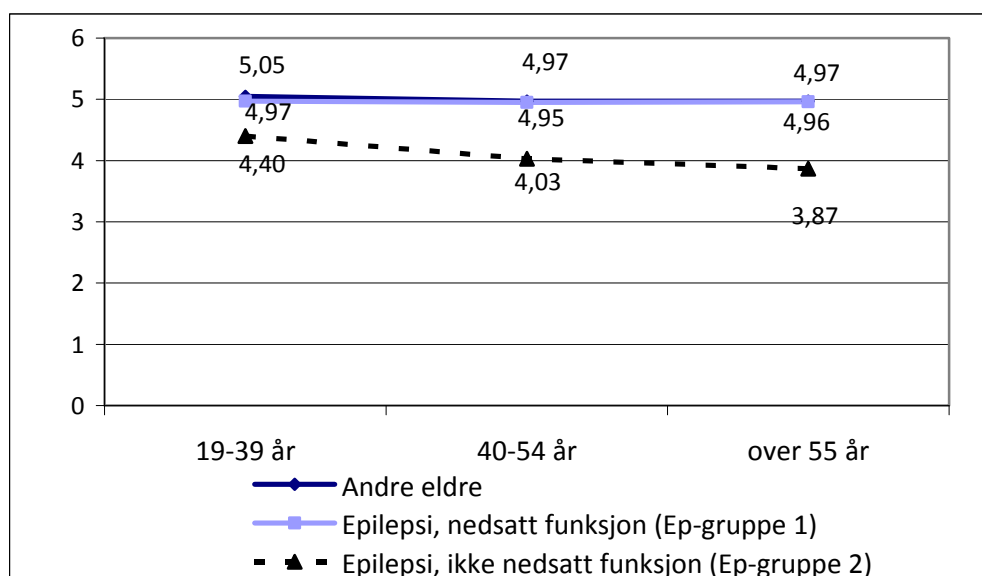
Resultatene fra vår analyse viser at gruppa med personer som har epilepsi og som ikke opplever nedsatt funksjon i hverdagen, gjennomsnittlig er like opplagt som andre personer. Dette gjelder ikke for epilepsigruppe 1, som gjennomsnittlig er mindre opplagt enn andre personer.

Vi har vi ikke informasjon om medisinske bivirkninger, men tidligere forskning beskriver blant annet tretthet og slapphet som en av de vanligste rapporterte medisinske bivirkningene blant personer som bruker anti-epileptika (Eriksen og Næss 1998, Nakken m.fl. 2000, Ianke og Eriksen 2006). Kanskje er det noe av dette vi her ser resultatet av, nemlig at trøtthet som en bivirkning av antiepileptika bidrar til at epilepsigruppe 1 gjennomsnittelig er mindre opplagte enn andre personer. Vi kan heller ikke se vekk fra at redusert opplagthet i epilepsigruppe 1 kan tilbakeskrives til at denne gruppa kan være hyppigere utsatt for epileptiske anfall. Eriksen og Næss (1998) beskriver at reaksjoner etter epilepsianfall ofte gir seg til utslag som trøtthet. For eksempel sier en av deres informanter at hun etter et anfall føler seg «...veldig trett og sliten, vondt i hodet».

## Variasjoner mellom aldersgrupper

I figur 17 viser vi et eksempel på hvordan en indikator på livskvalitet – her målt som gjennomsnittlig opplagthet – varierer med alder – for gruppene 19–39 år, 40–54 år og de over 55 år. Vi drøftet alder og livskvalitet innledningsvis og viste til forskning som dokumenterer at livskvaliteten generelt ikke synker med alder, men at den gjør det for personer med nedsatt funksjonsevne.

Figur 17. Gjennomsnittlig vurdering av om en føler seg opplagt, blant eldre personer med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen, personer med epilepsi som ikke opplever nedsatt funksjon i hverdagen og for «andre eldre».



Våre data om epilepsi bekrefter dette bildet. Figur 17 viser liten variasjon med alder for epilepsigruppe 2 (ikke nedsatte funksjoner) og for ikke-funksjonshemmede. For epilepsigruppe 1 (med nedsatte funksjoner) synker imidlertid livskvaliteten (målt som opplagthet) med økende alder. Livskvaliteten er også lavere for epilepsigruppe 1 enn for de to andre gruppene for alle tre alderstrinn.

## Oppsummering av beskrivende analysekapittel

Før vi går i gang med oppsummeringen av resultatene fra det beskrivende analysekapittelet, er det viktig å peke på at brorparten av de eldre personene med epilepsi gjennomgående har svart positivt på spørsmålene vi ovenfor har tatt for oss. Dette gjelder for begge epilepsigruppene vi har sett på. Det er imidlertid ikke alle som har det bra. Dette er et velkjent mønster i forskning omkring epilepsi; mens majoriteten av personer med epilepsi greier å leve med sykdommen uten de helt store problemene, er det også mange som møter en rekke problemer og utfordringer som kan svekke livskvaliteten.

For å kunne skille ut de som er hardest rammet, har vi tatt utgangspunkt i spørsmålet «Har du noen langvarig sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv?». Vi har sett at de med epilepsi som har svart «Ja» på dette spørsmålet, epilepsigruppe 1, gjennomgående oppgir å ha dårligere levekår og lavere livskvalitet enn personer med epilepsi som har svart «nei». Det er lite som tyder på at sistnevnte gruppe, epilepsigruppe 2 – de med epilepsi og som ikke har noen sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dagliglivets funksjoner – har systematisk dårligere livskvaliteten enn gruppa vi har benevnt som «andre eldre». I motsetning til epilepsigruppe 1 synes ikke epilepsien til de i epilepsigruppe 2 å redusere livskvaliteten nevneverdig. Trolig er dette en gruppe som har god kontroll og mindre vanskelig epilepsi enn hva tilfellet er med epilepsigruppe 1.

Kort oppsummert kan vi si at det er forskjell i livskvalitet mellom eldre personer med epilepsi og andre personer i samme aldersgruppe. Forskjellene knytter seg imidlertid til én gruppe personer med epilepsi; de som sier de har nedsatt funksjon i hverdagen. Selv om majoriteten også av denne gruppa svarer positivt på spørsmål som måler livskvalitet, er det likevel en høyere

andel som har gitt mer negative svar sammenliknet med de to andre gruppene. Personer med epilepsi som ikke har nedsatt funksjon, ser ut til å fungere godt og er lite hemmet av tilstanden. Disse rapporterer ikke om noe dårligere livskvalitet enn andre eldre personer uten nedsatt funksjon eller andre kjente sykdommer.

## Levekår – utdanning, arbeidstilknytning og sivilstand

Ovenfor har vi belyst fordelingen knyttet til en rekke spørsmål som sier noe om levekår og livskvalitet. Alt i alt har vi gjennomgått 16 spørsmål. Først viste vi forskjeller knyttet til utdanning, arbeidstilknytning og sivilstatus.

I internasjonal forskningslitteratur finner man resultater som klart går i retning av at personer med epilepsi tar lavere utdanning og sjeldnere er i jobb enn personer uten epilepsidiagnose (Britten o.a 1986, Thomson og Oxley 1986, Schneider og Conrad 1983, Dell 1986). Også vi finner at en litt større andel av de eldre personene med epilepsi står utenfor arbeidslivet og at en større andel har lave utdanning enn andre personer. Det er imidlertid viktig å skille mellom de to epilepsigruppene. Personer med epilepsi som rapporterer om *nedsatt funksjonsevne i hverdagen*, har noe lavere utdanning og er mye sjeldnere i fast jobb sammenliknet med de to andre gruppene. I våre analyser har vi sett at eldre personer med epilepsi som *ikke rapporterer om nedsatt funksjonsevne i hverdagen* er like ofte i jobb og skiller seg heller ikke nevneverdig fra gjennomsnittsbefolkningen når det kommer til utdanningsnivå. I en litteraturoversikt om internasjonale studier gjort på epilepsi peker Eriksen og Næss (1998) på en rekke studier som finner at personer med epilepsi sjeldnere er gift enn andre. Ovenfor har vi vist at dette også gjelder for eldre personer med epilepsi i Norge. Dette gjelder for begge epilepsigruppene, men andelen ikke-gifte er størst blant epilepsigruppe 1, altså de som opplever nedsatt funksjon i hverdagen.

Kort oppsummert viser fordelingen knyttet til de tre levekårsfaktorene vi her har valgt å se nærmere på, at personer med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen gjennomgående sjeldnere er gift, har lavere utdanning og oftere står utenfor arbeidslivet, sammenliknet med andre. Personer med epilepsi som *ikke opplever nedsatt funksjon i hverdagen* skiller seg minimalt fra andre personer når det gjelder utdanning og å være i arbeid.

Det er imidlertid en litt større andel som ikke er gift i denne gruppen sammenliknet med andre eldre personer uten nedsatt funksjon.

## Livskvalitet

Ovenfor har vi presentert svarene på en rekke spørsmål som sier noe om livskvaliteten til personer med epilepsi (over 55 år) som opplever nedsatt funksjonsevne i hverdagen, personer med epilepsi som ikke opplever nedsatt funksjonsevne i hverdagen og andre eldre personer (uten nedsatt funksjon). Spørsmålene som vi har valgt tar for seg respondentenes vurderinger knyttet til forskjellige mål på livskvalitet som subjektiv helse, smerter, bruk av beroligende midler, nervøsitet, venner, sosial støtte, ensomhet, humør og fornøydhet med livet.

Oppsummert kan vi si at mange eldre personer med epilepsi gir mer negative svar på disse spørsmålene enn personer uten epilepsi, her kalt «andre eldre». På bakgrunn av de forholdsvis enkle analysene, er det vanskelig å si noe sikkert om hvor store forskjellene er. På de fleste spørsmålene er det imidlertid tydelig at epilepsigruppe 1 gjennomgående har svart betydelig mer negativt enn andre eldre uten kjente sykdommer/funksjonshemninger.

Vi har imidlertid sett at det er langt fra alle personer med epilepsi som rapporterer om lav livskvalitet. De som har svart at de *ikke* opplever nedsatt funksjon i hverdagen, skiller seg lite fra personer som verken har epilepsi, andre sykdommer, funksjonshemninger eller opplever nedsatt funksjon i hverdagen.

Sammenliknet med gruppa «andre eldre», har vi altså sett at en klart større andel personer av epilepsigruppe 1 gir negative svar knyttet til spørsmål om livskvalitet. Vi har også sett at denne gruppa synes at de har for få venner og sier at det er mer usikkert om de kan vente støtte og hjelp fra familie og venner om de skulle bli sengeliggende over lengre tid, sammenliknet med de to andre gruppene. Vi har videre sett de oftere enn andre eldre føler seg ensomme.

Alt i alt ser vi at epilepsien for mange av de eldre – de med nedsatte funksjoner – har en negativ innvirkning på det psykiske velværet. Også tidligere forskning finner at mennesker med epilepsi gjennomsnittlig har litt

dårligere psykisk velvære enn andre (Eriksen og Næss 1998, Ianke og Eriksen 2006, Stavem o.a 2000b).

## Tilpasning og justering

Det å ha epilepsi vil for svært mange innebære begrensinger, tiltak og tilpasninger i aktivitet. Eriksen og Næss (1998:107) skriver at mange mennesker med epilepsi har «(...) *valgt bort visse yrker, (...) fått sin jobb tilpasset, avstår fra (eller tilpasser) fritidsaktiviteter ("Går ikke birkebeineren"), (...) klatrer ikke på tak og unngår lange bilturer*». Som vi ovenfor har sett flere eksempler på, trenger ikke dette nødvendigvis å bety at livskvaliteten reduseres. For mange er disse justeringene og tilpasningene blitt en naturlig del av livet. Samtidig har tilpasningene en funksjon, i form av at de gir kontroll over sykdommen. De er med andre ord rasjonelt forankret. Dette kan bidra til at en ikke oppfatter justeringene og tilpasningene som hinder til å leve et fullverdig liv (Eriksen og Næss 1998).

Psykiske mestringsstrategier og mentale justeringer knyttet til de begrensinger som epilepsien fordrer, kan nok forklare mye av hvorfor mange mennesker med epilepsi ikke rapporterer om spesielt lav livskvalitet. Vi har imidlertid sett at epilepsigruppe 1 – de som sier at de opplever nedsatt funksjon i hverdagen – oftere enn andre gir negative svar på spørsmål om livskvalitet. For mange kan epilepsien være så vanskelig at den som en konstant stressfaktor i hverdagen, har negativ innvikning på livskvaliteten. Dette er nok tilfelle for en del menneskene i epilepsigruppe 1.

Oppsummert kan vi si at har våre funn om livskvaliteten til eldre personer med epilepsi har to sider. Den ene gruppa, som mest trolig har en mild form for epilepsi, skiller seg ikke fra andre eldre personer når det gjelder svarene på spørsmål som måler livskvalitet. Dette er ikke tilfelle for den andre gruppa personer som har epilepsi og som har nedsatt funksjon i hverdagen. Denne gruppa, epilepsigruppe 1, svarer gjennomgående mer negativt på spørsmål om livskvalitet, sammenliknet med personer uten epilepsi i samme aldersgruppe.

## 4 Forklarende analyse

I det følgende vil vi forsøke å gi noen forklaringer knyttet til hvorfor epilepsigruppe 1, eldre personer som opplever nedsatt funksjon i hverdagen, gjennomgående har rapportert om lavere livskvalitet enn andre eldre personer og epilepsigruppe 2, personer med epilepsi uten nedsatt funksjons- evne. I det beskrivende analysekapittelet fant vi at epilepsigruppe 1 gjennom- snittlig er sjeldnere glade enn andre personer. I dette kapittelet vil vi prøve å finne svar på hvorfor denne gruppa har lavere livskvalitet, i betydningen av at de «er sjeldnere glade».

På spørsmålet «Er du vanligvis glad eller nedstemt?» hadde responden- tene syv svaralternativer, fra «Svært nedstemt» (= 1) til «Svært glad» = 7). Som vi tidligere har vist<sup>8</sup> og som vi ser av figur 18, søyle 1 (neste side), har epilepsigruppe 1 (personer med epilepsi og nedsatte funksjoner i dagliglivet) gjennomsnittlig gitt mer negative svar på dette spørsmålet, sammenliknet med epilepsigruppe 2 og andre personer. Som vi ser, gir epilepsigruppe 2 svar på samme nivå som andre eldre personer (uten kjente sykdommer/funksjons- hemninger). Disse har en gjennomsnittlig skår på 5,2. Epilepsigruppe 1 er med en skåre på 4,57 noe mer nedstemte enn de andre gruppene.

Vi skal forsøke å forklare disse forskjellene ved en regresjonsanalyse<sup>9</sup>, hvor vi justerer for en rekke faktorer vi tror kan forklare resultatet om at epilepsi- gruppe 1 er sjeldnere glad enn de andre gruppene. Resultatene fra denne ana- lysen presenteres i figur 18. I søyle 1 har vi justert for eventuelle kjønns- forskjeller, i søyle 2 har vi også justert for levekår, i søyle 3 har vi justert for både kjønn, levekår og en rekke andre variable, nemlig selvrapportert helse, psykiske plager, beroligende midler og sosial støtte. Til sist i søyle 4 har vi justert for alle disse variablene og dessuten for selvrapportert opplaghet.

Figur 18, søyle 2, viser at forskjeller i utdanningsnivå, yrkesaktivitet og sivilstatus sier *litt* om hvorfor epilepsigruppe 1 i gjennomsnitt er mer

---

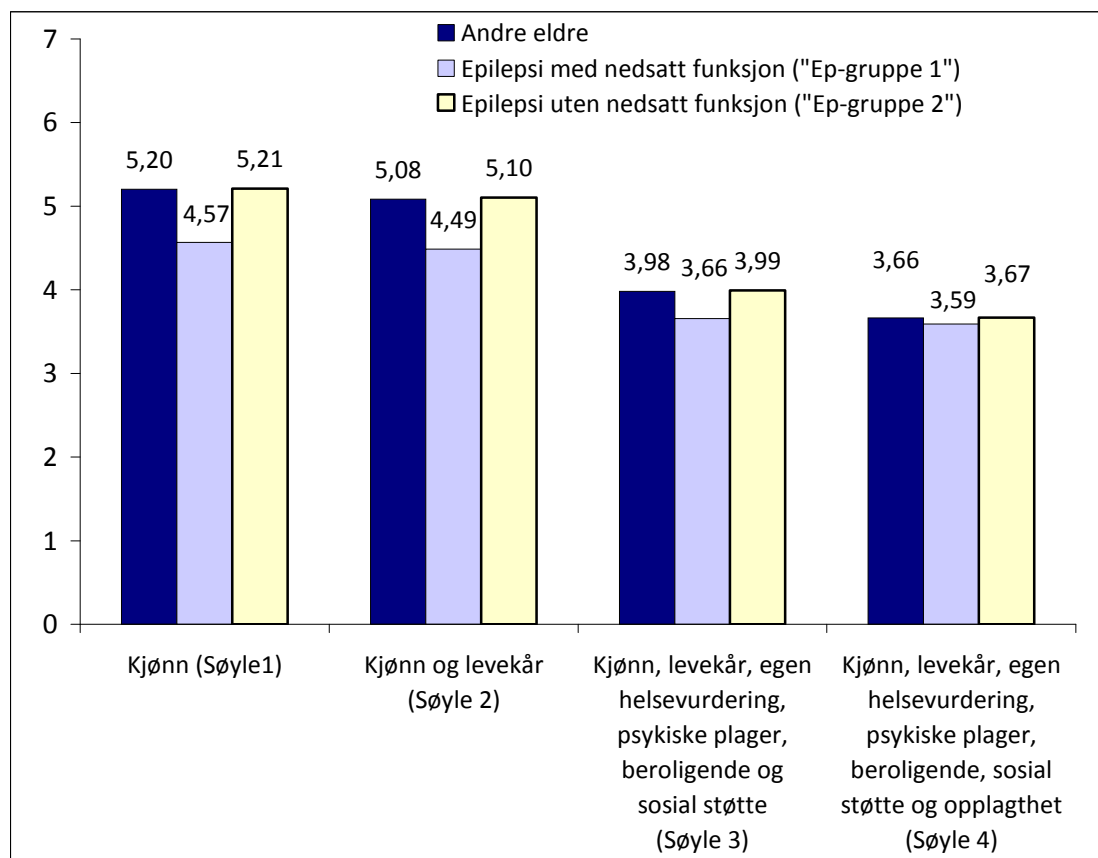
<sup>8</sup> Se side 23, figur 14.

<sup>9</sup> Vedlegg 1



nedstemt enn andre personer. Vi har tidligere beskrevet dette som levekår, altså faktorer som tenkes å påvirke livskvaliteten. For eksempel har Elstad (1998) funnet en klar sammenheng mellom utdanning og livskvalitet for funksjonshemmede. Han fant at funksjonshemmede med høy utdanning hadde klart bedre livskvalitet enn de med lav utdanning, også når grad av funksjonshemning ble holdt likt. Også vår analyse viser at høyere utdanning betyr noe høyere livskvalitet. Fra regresjonsanalysen fremkommer det videre at personer som er gift og er i fulltidsarbeid oftere er glade enn personer som ikke er gift og ikke er i arbeid. Som vi tidligere har vist i dette notatet, har epilepsigruppe 1 noe lavere utdanning, de er sjeldnere i jobb og en større andel er ugift, sammenliknet med andre eldre mennesker uten kjente sykdommer/funksjonshemning (og epilepsigruppe 2). Av figur 18, søyle 2, ser vi at dette sier *litt* om hvorfor epilepsigruppe 1 gjennomsnittelig har lavere livskvalitet enn andre eldre og epilepsigruppe 2.

Figur 18. Gjennomsnittlig vurdering av selvrapportert gladhet/nedstemthet, blant eldre personer med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen, personer med epilepsi som ikke opplever nedsatt funksjon i hverdagen og for «andre eldre».



Som vi ovenfor har sett, rapporterer epilepsigruppe 1 at de oftere har eller har hatt dårligere helse, hyppigere bruk av beroligende midler og får mindre støtte og hjelp fra familie og venner, sammenliknet med andre personer og epilepsigruppe 2. Ved å ta høyde for dette, ser vi av figur 18 (søyle 3) at forskjellen i gladhet/nedstemthet mellom epilepsigruppe 1, epilepsigruppe 2 andre eldre personer, reduseres en god del. Summen av alt dette sier en del av hvorfor eldre personer med epilepsi som har nedsatt funksjon i hverdagen, gjennomsnittlig er mer nedstemt enn andre. Ikke hele forskjellen kan forklares gjennom at vi justerer for disse variablene. Det betyr at det også er andre forhold enn de vi har justert for, som bidrar til de observerte forskjellene i livskvalitet.

### **Kan bivirkninger knyttet til antiepileptika forklare noe av forskjellen?**

Vi har ikke informasjon om bruk av antiepileptika og eventuelle bivirkninger av dem. På grunnlag av resultater fra tidligere forskning er det imidlertid gode grunner til å tro at bivirkninger av antiepileptika kan redusere livskvaliteten til personer som har epilepsi og som bruker medisin for å kontrollere epilepsien. Ianke og Eriksen (2006) fant i en undersøkelse som omfatter medlemmer i det norske epilepsiforbund, at mange av de spurte opplevde negative reaksjoner på epilepsimedikamenter. Antall og graden av bivirkninger varierte, men over halvparten av de spurte rapporterte om bivirkninger som tretthet, konsentrasjonsvansker og/eller hukommelsesproblemer. Det var også store andeler som rapporterte om humørsvingninger, depresjon og psykiske plager. Noen opplyste at de opplevde bivirkningene som mer alvorlig enn selve epilepsien. Det er ikke vanskelig å tenke seg at disse faktorene kan ha en innvirkning på livskvalitet, her målt som nedstemthet. Vi kan derfor ikke se bort fra at bivirkninger knyttet til bruk av antiepileptika også kan være en forklaring på at eldre personer med epilepsi som har nedsatt funksjonsevne i hverdagen, gjennomsnittlig er mer nedstemt enn andre eldre personer som verken har epilepsi eller nedsatt funksjon i hverdagen.

En skal være forsiktig med tolkningen av resultatene i figur 18. Det er selvsagt en sammenheng mellom målene på livskvalitet, og vi ser av søyle 4 at forskjellene mellom gruppene i nedstemthet reduseres vesentlig når vi

kontrollerer for en annen livskvalitetsvariabel – opplagthet. Det gjelder særlig for epilepsigruppe 1 (med nedsatte funksjoner). Dette kan bety at mange av dem er mer nedstemte eller mindre glade fordi de er mindre opplagte enn andre. Spørsmålet er imidlertid hvorfor epilepsigruppe 1 er mindre opplagt enn andre. Vi har ovenfor nevnt at tretthet, slapphet, hukommelsesproblemer og konsentrasjonsvansker er vanlige bivirkninger av antiepileptika. Kanskje er redusert opplagthet et annet uttrykk for slike bivirkninger. Dette kan i så fall forklare at epilepsigruppe 1 er mer nedstemt enn andre. Gjennom HUNT har vi imidlertid ikke mulighet til å etterprøve antakelsen om at redusert opplagthet kan være en konsekvens av bivirkninger.

### **Hva betyr graden av epilepsi og anfallshyppighet for livskvaliteten?**

Ianke og Eriksen (2006) fant at de som har epilepsi i tillegg til andre sykdommer, ofte rapporterer om vanskeligere epilepsi og hyppigere anfall, sammenliknet med de som har epilepsi og ingen andre sykdommer. Videre finner de at vanskelighetsgraden av epilepsi og anfallshyppighet påvirker livskvaliteten til personer med epilepsi. I Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag ble det ikke spurt om anfallshyppighet eller om hvordan respondentene vurderte egen epilepsi. På bakgrunn av Ianke og Eriksens funn er det imidlertid gode grunner til å tro at epilepsigruppe 1 nettopp kan være en gruppe som består av personer med vanskelig epilepsi og hyppige anfall.

### **Oppsummering av den forklarende analysen**

Vi har i dette kapittelet sett at epilepsigruppe 1 har lavere livskvalitet enn andre eldre personer. Eldre personer med epilepsi som ikke har nedsatt funksjon i hverdagen (epilepsigruppe 2), har en livskvalitet som gjennomsnittlig ikke skiller seg fra andre eldre personer uten epilepsi eller andre kjente sykdommer/funksjonshemninger.

Ved å holde faktorer som sier noe om levekår likt, nærmere bestemt utdanningsnivå, yrkesaktivitet og sivilstatus, har vi sett en liten reduksjon i forskjellen mellom gruppenes livskvalitet. Vi har tidligere i dette notatet sett at epilepsigruppe 1, sammenliknet med de andre to gruppene, har lavere utdannelse, sjeldnere er i arbeid og oftere er ugift. Dette gir noe av for-

klaringen på at personer med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen, oppgir lavere livskvalitet. Det er imidlertid viktig å påpeke at disse levekårsfaktorene ikke er årsak til spesielt mye av forskjellen i livskvalitet.

Vi har sett at mange av de eldre personene med epilepsi som opplever nedsatt funksjonsevne i hverdagen oftere enn tar andre beroligende medisiner, de er oftere plaget av angst og de har mindre sosial støtte fra familie og venner sammenliknet med epilepsigruppe 2 og andre eldre. Dette er faktorer som bidrar til å forklare at epilepsigruppe 1 har lavere livskvalitet enn andre eldre personer som verken har epilepsi eller nedsatt funksjon i hverdagen. I HUNT-data har vi ikke opplysninger om grad av epilepsi (om den er vanskelig eller lett), anfallshyppighet eller bivirkninger knyttet til bruk av antiepileptika. Vi har pekt på tidligere forskningsresultater som finner at dette har betydning for livskvaliteten til personer med epilepsi. Dette er faktorer som kan bidra til å forklare at personer som har epilepsi og som opplever nedsatt funksjonsevne i hverdagen, er mer nedstemt enn andre.

## 5 Oppsummering

I dette notatet har vi undersøkt levekår og livskvaliteten til eldre personer med epilepsi. Vi har sett at eldre personer med epilepsi som har nedsatt funksjoner i hverdagen, har noe lavere utdanning, en høyere andel ugifte og det er en mindre andel som deltar i yrkeslivet, sammenliknet med eldre uten epilepsi eller andre kjente sykdommer/funksjonshemninger. Personer med epilepsi *uten* nedsatt funksjonsevne i hverdagen (epilepsigruppe 2), har like høy utdanning og er like ofte i jobb som gruppa andre eldre, men er litt ofte ugifte. Kort fortalt har vi sett at eldre med epilepsi har dårligere levekår enn andre personer. Dette gjelder ikke personer som ikke har nedsatte funksjoner. De har stort sett levekår på linje med andre eldre.

Vi har sett at eldre personer med epilepsi som har nedsatt funksjon i hverdagen, gjennomgående har svart mer negativt på spørsmål om livskvalitet, sammenliknet med andre personer uten epilepsi eller andre kjente sykdommer. For eksempel har vi sett at de gjennomsnittlig vurderer egen helse som dårligere, de er mer ensomme, har mindre tilgang på støtte og hjelp fra familie og venner, er mindre fornøyd med livet, er mindre opplagte og er gjennomsnittlig mer nedstemt enn andre eldre som verken har epilepsi eller nedsatt funksjon i hverdagen. Den andre epilepsigruppa som omfatter eldre personer med epilepsi *uten* nedsatt funksjon i det daglige liv, skiller seg ikke nevneverdig fra andre eldre uten, dvs. uten oppgitte sykdommer/funksjonshemninger.

Gjennom en regresjonsanalyse har vi forsøkt å gi forklaringer på at eldre med epilepsi og nedsatte funksjoner har lavere livskvalitet enn andre personer. Vi tok utgangspunkt i spørsmålet «Er du vanligvis glad eller nedstemt?». Våre resultater tyder på at lavere utdanningsnivå, ikke å være gift og oftere stå utenfor arbeidslivet, sier *litt* om hvorfor eldre med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen har lavere livskvalitet. Det at mange i gruppa oppgir at de plages av angst, har dårlig helse, ofte bruker beroligende midler og mangler tilgang på sosial støtte fra familie og venner, sier imidlertid langt mer om hvorfor de er mer nedstemt enn andre. HUNT-

data inneholder ikke opplysninger om grad av epilepsi, anfallshyppighet eller bivirkninger knyttet til bruk av antiepileptika. Fra tidligere forskning vet vi at dette er faktorer som har innvirkning på livskvaliteten til mennesker med epilepsi. Dette kan også stå som en forklaring på hvorfor eldre med epilepsi som opplever nedsatt funksjon i hverdagen gjennomgående oppgir lavere livskvalitet enn andre eldre.



# Vedlegg 1

	B	S.f	B	S.f	B	S.f	B	S.f	B	S.f	B	S.f	B	S.f		
Konstant	<b>5.201</b>	.013	<b>5.164</b>	.031	<b>5.083</b>	.049	<b>4.797</b>	.096	<b>4.428</b>	.149	<b>4.140</b>	.161	<b>3.983</b>	.163	<b>3.663</b>	.158
Epilepsi med nedsatt funksjon ("Ep-gruppe 1")	<b>-.632</b>	.114	<b>-.601</b>	.114	<b>-.595</b>	.114	<b>-.500</b>	.113	<b>-.444</b>	.112	<b>-.360</b>	.112	<b>-.325</b>	.111	-.072	.104
Epilepsi uten nedsatt funksjon ("Ep-gruppe 2")	.008	.096	.012	.096	.020	.096	-.023	.094	.029	.094	.012	.094	.011	.092	.007	.087
Kjønn (0=kvinne, 1=menn)	-.008	.019	<b>-.068</b>	.026	<b>-.072</b>	.026	<b>-.074</b>	.026	<b>-.099</b>	.026	<b>-.122</b>	.025	<b>-.142</b>	.025	<b>-.175</b>	.024
<b>Utdanning</b> 0=grunnskole																
Realskole, yrkesskole osv			.040	.023	.037	.023	.010	.023	.008	.023	.012	.023	-.003	.022	-.008	.021
artium, økonomisk gymnas			<b>.130</b>	.058	<b>.128</b>	.058	.099	.057	.097	.056	.100	.056	.071	.055	.061	.052
høgskole/universitet under fire år			<b>.116</b>	.038	<b>.111</b>	.038	.052	.038	.051	.038	.056	.037	.032	.037	.011	.035
høgskole/universitet over fire år			.078	.042	.074	.042	-.013	.042	-.017	.042	-.006	.041	-.033	.041	-.050	.038
<b>Yrkesaktivitet</b> 0= ikke i arbeid																
Ja, heltids HUSARBEID			-.013	.041	-.029	.042	-.047	.041	-.042	.041	-.046	.041	-.053	.040	-.026	.038
Ja, DELTID			.004	.036	-.009	.037	-.033	.037	-.030	.037	-.040	.036	-.067	.036	-.040	.034
Ja, FULLTID			<b>.074</b>	.034	<b>.070</b>	.034	.040	.034	.042	.034	.031	.033	-.018	.033	.026	.031
<b>Sivilstatus</b> 0= ugift																
Gift					<b>.105</b>	.042	<b>.104</b>	.041	<b>.113</b>	.040	<b>.116</b>	.040	.050	.040	.046	.037
Enke/enkemann					.086	.047	.079	.046	.087	.046	<b>.104</b>	.046	.067	.045	.062	.042
Separert/skilt					-.002	.061	-.007	.060	.014	.060	.028	.059	.008	.058	.045	.055
<b>Vurdering av egen helse,</b>																
0=dårlig																
Ikke helt god							.141	.086	.076	.085	.077	.085	.088	.084	.025	.079
God							<b>.358</b>	.085	<b>.240</b>	.085	<b>.231</b>	.084	<b>.220</b>	.083	.054	.078
Svært god							<b>.765</b>	.090	<b>.626</b>	.090	<b>.610</b>	.089	<b>.572</b>	.088	<b>.239</b>	.083
<b>Har du hatt psykiske plager?</b>																
0= Nei																
<b>Angst,</b> 0=Svært plaget																
ikke plaget av angst									.110	.122	.077	.121	.130	.120	.163	.113
litt plaget av angst									-.016	.134	-.048	.133	.000	.132	.024	.124
en god del plaget av angst									<b>.178</b>	.034	<b>.104</b>	.035	<b>.109</b>	.034	<b>.076</b>	.032
<b>Beroligende</b> 0=Daglig																
Hver uke, men ikke hver dag											.055	.090	.087	.089	.093	.083
Sjeldnere enn hver uke											<b>.207</b>	.080	<b>.244</b>	.078	<b>.215</b>	.074
Aldri											<b>.475</b>	.073	<b>.486</b>	.072	<b>.366</b>	.068
<b>Sosial støtte</b> 0=usannsynlig																
Svært sannsynlig													<b>.355</b>	.043	<b>.266</b>	.041
Nokså sannsynlig													<b>.109</b>	.044	.054	.042
Usikkert													-.012	.047	-.036	.044
<b>Opplagt</b> 0= Trett og sliten																
Både og															<b>.273</b>	.048
Sterk og opplagt															<b>.839</b>	.048
Meget sterk og opplagt															<b>1.482</b>	.067
Justert r <sup>2</sup> =		0,003		0,006		0,007		0,041		0,056		0,070		0,096		0,202

Konstant= Andre personer uten epilepsi eller andre kjente sykdommer med verdien 0 på and Resultater som er **uthevet** er signifikante innenfor 5% - nivået





# Referanser

Collings, J. A. (1990). Psychological well-being and epilepsy: An empirical study. *Epilepsia* 31: 418 – 426.

Eriksen, J., Næss, S. og Thorsen, V. (1989): «Jeg må jo egentlig være fornøyd». *Livskvalitet hos unge funksjonshemmede*. ISAF-rapport 1989:12, Institutt for Samfunnsforskning

Eriksen, J. and S. Næss (1998). *Epilepsi og diabetes : livskvalitet, stigmatisering og mestring*. NOVA-Rapport 16/98. Norsk institutt for forskning om oppvekst velferd og aldring.

Gudmundsson G. (1966). Epilepsy in Iceland. A clinical and epidemiological investigation. *Acta Neurol Scand.* 43 suppl 25:1–124.

Halasz, P. (1995). Engagement of epilepsy in Hungary. *Acta Neurol Scand* 162, Suppl 24–6.

Hansen, T. og Slagsvold, B. (2009). Alder og livskvalitet: Eldre er tilfreds med livet – eller er det bare noe de tror? *Samfunnsspeilet*, 2009(1):95–99

Hills, M.D & Baker P.G (1992). Relationships among epilepsy, social stigma, self esteem, and social support. *J Epilepsy* 5: 231 – 8.

Ianke, P. E. and J. Eriksen (2006). *Å leve med epilepsi*. NOVA-rapport ; 11/06 , Norsk institutt for forskning om oppvekst velferd og aldring.

Jacoby, A. (1992). Epilepsy and the quality of everyday life. Findings from a study with well-controlled epilepsy. *Soc sci med* 34: 657 – 66.

Javala M, Sillanpaa M, Camfield C (1997). Social adjustment and competence 35 years after onset of childhood epilepsy: A prospective controlled study. *Epilepsia* 38: 708–15.

Lacey, H.P., Smith, D.M., & Ubel, P.A. (2006). Hope I die before i get old: Mispredicting happiness across the adult lifespan. *Journal of happiness Studies*, 7, 167–182.

Leppik, I.E (2007). *Epilepsy, A Guide to Balancing Your Life*. American Academy of Neurology Press, Quality of Life Guide Series. Demos medical publishing.

Mastekaasa, A, Moum T, Næss S o.a (1988). *Livskvalitetsforskning*. Oslo , Institutt for samfunnsforskning.

Nakken, K.O, Johannesen, S.I. og Rytter, E (2000). Bivirkninger av nyere antiepileptika. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2000; 120:3163–5.

Næss, S., Eriksen, J. & Tambs, K. (2007) Psychological well-being of people with epilepsy in Norway. *Epilepsy & Behavior*, 11(3):310–315

Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen, Fagbokforl.

Santilli N, Kessler BL og Schmidt WT (1994). Quality of life in epilepsy: Perspectives of patients. I: Trimble MR og Dodson WE (Red.). *Epilepsy and Quality of Life*. New York: Raven Press.

### **Internettreferanser:**

Nettmøte om eldre og epilepsi; <http://www.epilepsi.no/-----/?/////54>. Lesedato 15/5 - 2009

Norsk Epilepsiforbund; <http://www.epilepsi.no/--/?/=2&//=16>. Lesedato 20/3-2009