



ELDRE, ALKOHOL OG LEGEMIDDELBRUK

En kunnskapsoppsummering

Runa Frydenlund

UTGIVER: **Kompetansesenter rus - Oslo, Rusmiddelstaten, Oslo kommune**

Rapporten er utgitt med støtte fra **Helsedirektoratet**

E-POSTADRESSE: postmottak@rme.oslo.kommune.no

NETTADRESSE: www.rme.oslo.kommune.no

© **Kompetansesenter rus - Oslo, Oslo kommune**, november 2011

DESIGN: **Tank Design AS**

ISBN: **978-82-92717-11-0**

Innhold

	FORORD	4
1	INNLEDNING	7
	1.1 Problematiseringer	8
2	METODE	10
3	HVEM ER MORGENDAGENS ELDTRE? HVA VET VI OM DERES ALKOHOL- OG LEGEMIDDELBRUK?	13
	3.1 Faktaperspektivet	13
	3.2 Kombinasjon av legemidler og alkohol hos eldre	19
	3.3 Helseperspektivet	22
	3.4 Kultur og kjønnspektivet	27
	3.5 Hverdagsperspektivet	31
4	HVOR GODT RUSTET ER FAGFELTET?	36
	4.1 Holdninger hos de ansatte	36
	4.2 Kartleggingsverktøy og intervensjoner	42
	4.3 Guidelines - anbefalte grenseverdier	47
5	ERFARING FRA PRAKSISFELTET. ULIKE NORDISKE PROSJEKTER	49
	5.1 Prosjekter	49
	5.2 Kompetansehevingsprogram	55
	5.3 Masteroppgaver	56
	5.4 Håndbøker	59
6	HVA FORESLÅR FORSKNINGEN?	61
7	ER GAMLE VANER VONDE Å VENDE? EN OPPSUMMERING	65
8	SAMMENDRAG	69

Forord

Denne kunnskapsoppsummeringen er laget på oppdrag fra Helsedirektoratet. Eldre mennesker, definert som de over 65 år, er en av målgruppene i satsingen på tidlig intervensjon. I forbindelse med dette så man at det manglet kunnskap om eldre menneskers bruk av rusmidler og spesielt deres bruk av alkohol og legemidler. Kunnskapsoppsummeringen gir en oversikt over hva vi så langt har funnet av kompetanse på området.

Hvorfor er eldre en målgruppe for tidlig intervensjon? Det er ikke slik at eldre mennesker bruker mer alkohol og legemidler enn resten av befolkningen. De fleste bruker mindre alkohol ved økende alder. Dagens eldre er vokst opp i et samfunn med andre drikkemønstre enn de foregående generasjoner. Generelt sett har alkoholkonsumet blant de eldste økt, og mange trekker med seg tidligere etablerte alkoholvaner inn i siste del av livet. Samtidig er eldre mer sårbare for påvirkningene av alkohol. Dette skyldes fysiologiske faktorer i selve aldringsprosessen. For enkelte kan det også forklares med bruk av legemidler koblet med alkoholbruk. Eldre som gruppe bruker mer legemidler enn resten av befolkningen.

“ Hvorfor er eldre en målgruppe for tidlig intervensjon?

Det å bli eldre kan også bety endringer i livssituasjon. Noen eksempler på dette er overgangen til pensjonisttilværelsen, tap av livsledsager, endringer i sosialt nettverk og endret fysisk og psykisk helsetilstand. Opplevelse av tap og mangel på mening med livet kan medføre økt risiko for et forhøyet alkoholbruk.

Runa Frydenlund, spesialkonsulent ved KoRus - Oslo, har lagt ned stort arbeid med å innhente kunnskap og føre denne rapporten i pennen. Lena Müller, tidlig intervensjonskoordinator ved KoRus - Oslo, har bistått med faglige innspill og gode råd i prosessen.

Vi ønsker å rette en stor takk til Marte Ødegaard ved Helsedirektoratet og Linda C. Solheim ved Statens senter for rusmiddelforskning (SIRUS) for glimrende hjelp til litteratursøk. En stor takk til Einar Grøndalen og Marcus Nøstdahl fra Bydel St.Hanshaugen, for stor interesse og faglige innspill til tematikken. Vi ønsker videre å takke Liv Flesland og Anne Kristine Kalvatsvik for tilgang til deres masteroppgaver.

Christine Kudsk Nilsen fra Silkeborg har gitt oss mange nyttige tall fra Danmark, i tillegg til en informativ og hjertelig mottakelse av oss på studietur.

Ragnhild Audestad
Avdelingsdirektør

INNLEDNING

1 Innledning

Framtidas eldrebølge har de siste par årene blitt møtt med økt interesse blant Europas politikere og fagfolk. Ifølge FNs befolkningsprognose for 2050 vil antall eldre personer både i europeisk og nordisk sammenheng øke dramatisk. Den europeiske befolkningen på 65+ vil i de neste tjue årene stige fra 87 til 123 millioner, og mennesker på 80+ fra 23 til 36 millioner. Innen 2028 vil mer enn en firedel av Europas befolkning være 65 år eller eldre.

I Norden vil cirka 30 % av befolkningen bestå av personer på 65+, mens cirka 10 % vil være over 80+. I Norge vil hver 5. nordmann om et par tiår være 65+, dette antallet ventes å stige til om lag hver 4. nordmann i 2050.¹

Økningen skyldes forlenget levealder og lavere fødselstall. I tillegg har mennesker født under den såkalte «babyboomen» fra 1945 og på 50-tallet blitt voksne, og de er i ferd med å pensjonere seg.

Forandringen skyldes ikke bare den kvantitative økningen, årskullet fra «babyboomen» representerer også et annet levestil, en annen livsstil og andre drikkevaner enn ved tidligere årskull. Finsk alkoholforskning kaller denne populasjonen for den «våte generasjonen», mens generasjonen før kalles den «tørre».² Dette er dagens 65 åringer, de konsumerer totalt mer alkohol og har et annerledes drikkemønster enn generasjonene før dem. Er det en kohorteffekt bak denne økningen av alkoholbruk? Ahlström et. al foretok en kohortsammenlikning blant den finske befolkning fra 1930-37, 1939-45 og 1946-53. De fant at den yngre kohort drakk betydelig mer alkohol enn den foregående kohort da den var i samme alder. Dette viser at eldre finner drikker oftere alkohol enn tidligere generasjoner, og de konsumerer mer hver gang de drikker.³

1.1 Problematiseringer

Hvordan kommer denne befolkningen til å bo og leve? Hvilke utfordringer vil denne konsumendringen bringe med seg for pleie- og omsorgssektoren og det øvrige fagfelt som tilbyr tjenester for eldre? Hvem er disse eldre? Hva slags levesett, livsstil og konsumeringsvaner har denne befolkningsgruppen? Hvilken innvirkning vil denne økningen ha på samfunnet? Er det riktig at de eldres alkoholvaner er i ferd med å endres? I så fall, hvordan er de eldres drikkemønster, og hvem er i risikogruppen blant de eldre?

Hvordan oppstår de eldres drikkemønster? Endres det etter endt yrkeskarriere eller tar pensjonistene med seg sine drikkevaner videre i livet? Endres det i sammenheng med aldringsprosessen eller er drikkemønsteret en videreføring av de eldres levesett og vaner fra yngre dager? Hvordan påvirker alkoholbruken de eldres helse? Er de sårbare?

Furulund omtaler begrepet «sårbare eldre» i Medisinalmeldingen 2010. Han definerer sårbarhet som *et geriatrisk syndrom bestående av en rekke symptomer som følger aldringsprosessen, og som favner bredere enn begrepet «pleie-trengende eldre»*. Sårbarheten hos eldre kjennetegnes ved vekttap, svakhet, tretthet, treghet og redusert fysisk aktivitet. Han hevder at ifølge studier ser det ut til at 10–25 % av alle over 65+ vil være sårbare, mens andelen sårbare vil stige til 20–45 % av de som er 85+. Det mest tenkelige vil være at det er de eldste eldre, med dårlig økonomi, lav utdanning og som lever i ensomhet som er særlig utsatt for sårbarhet.⁴



Er det riktig at de eldres alkoholvaner er i ferd med å endres?

METODE

2 Metode

Kunnskapsoppsummeringen bygger på litteratursøk fra bibliotekene ved SIRUS og Helsedirektoratet. Antall søk fra SIRUS var 198 titler. Kjerne-
emnene var eldre og alkohol, artikler fra nordiske land begrenset til
alder 65+ og tidsperiode år 2000 til 2011 i treffene. Avgrensning i språk
har vært engelsk, dansk, norsk og svensk.

Antall søk fra Helsedirektoratet viste 1353 referanser, disse
inneholdt mange referanser som ikke omfattet eldre og rus.
Flere av referansene omhandlet yngre mennesker fordi aged
også brukes om yngre og eldre.

Følgende databaser har vært benyttet: Medline, Embase,
PsycInfo, Cochrane library, SveMed+, Cinahl, Norart og Bibsys.

Denne rapporten er en kunnskapsoppsummering av ak-
tuell nordisk forskning, faglitteratur og praksis om tematikken
eldre, alkohol og legemiddelbruk. Hvilke framtidige utfordrin-
ger ser forskningen, og hvilke kompetansebehov utpeker
seg i praksisfeltet? Rapporten har i hovedsak begrenset seg
til nordisk faglitteratur for perioden år 2000 og fram til de
siste utgivelser i 2011. Det vil i noen tilfeller refereres til annen
europeisk forskning da tematikken eldre, alkohol og legemid-
delbruk så langt har fått lite oppmerksomhet fra forskere.
Rapporten er avgrenset til å omfatte de eldres alkohol- og
legemiddelbruk og hva forskningen så langt vet om omfang
og skadevirkninger av dette. Hvordan opplever praksisfeltet
denne problematikken, og hvordan er de forberedt til å møte
den? Rapporten vil derfor ikke omhandle dagens rusmiddel-
brukere og de utfordringer deres problematikk sett i lys av
aldringsprosessen, vil bety for helse- og behandlingsapparatet.

Første del av rapporten vil belyse faktakunnskap. Hva vet
vi om alkohol og legemiddelbruk blant eldre? Finnes det et
drikkemønster, og hva sier forskningen om samtidig bruk av

alkohol og legemidler? Hvilke konsekvenser vil denne bruken ha for de eldres helse? Hva betyr alkohol i de eldres hverdag og kultur?

Rapportens siste del vil fokusere på praksisfeltet. Hva er viktig for å kunne ruste opp helse- og omsorgspersonell til å møte den nye eldrebølgen? Hva sier funn fra nordiske prosjekter og fra europeiske fagfolk om veien videre?



Denne rapporten er en kunnskapsoppsummering av aktuell nordisk forskning, faglitteratur og praksis om tematikken eldre, alkohol og legemiddelbruk.

**HVEM ER
MORGENDAGENS
ELDRE? HVA VET
VI OM DERES
ALKOHOL- OG
LEGEMIDDEL-
BRUK?**

3 Hvem er morgendagens eldre? Hva vet vi om deres alkohol- og legemiddelbruk?

3.1 Faktaperspektivet

ALKOHOL OG DRIKKEMØNSTER

Hva vet vi egentlig om de eldres drikkemønster og bruk av legemidler i Norden? Og hvordan samsvarer de nordiske funn med situasjonen i Norge?

For enklest mulig å belyse faktakunnskapen på en realistisk måte er det viktig å definere begrep som benyttes videre i rapporten. I forskning omtales alkoholkonsum enten som «alkoholenhet», «standard drikk» eller «ren alkohol målt i gram».

I denne rapporten har vi valgt å følge Helsedirektoratets definisjon:

1 standard alkoholenhet = AE =

15 ml og tilsvarer 12, 8 gram ren alkohol.

1 AE tilsvarer alkoholemengden i ½ flaske pils (35cl),

1 glass bordvin (12cl) eller en drink brennevin (4cl).⁵

Alkoholinnholdet i en standard drink kan variere fra land til land. For eksempel inneholder en standard alkoholenhet i Storbritannia 8 gram ren alkohol, i USA 14 gram og i Japan 20 gram. Det betyr i praksis at 5 alkoholenheter i Storbritannia inneholder færre gram ren alkohol enn i Norge, noe som kan virke forvirrende når det refereres til hva ulike land anbefaler som «fornuftig» grenseverdiinntak.

Litteratursøk viser også at det opereres med ulike grenseverdier og anbefalinger for ukentlig eller daglig alkoholforbruk. Ifølge Frøyland (ibid) definerer WHO risikofyllt drikking

til en grenseverdi på 14 AE pr. uke for kvinner og 21 AE pr. uke for menn. Større inntak enn dette anses å gi høy risiko for helseskader som blant annet organskader. Anbefalt mengde anslås å være under 9 AE for kvinner pr. uke og under 13 AE for menn pr. uke. Et bekymringsfullt høyt alkoholforbruk vil da være et forbruk på mellom 9 og 14 AE for kvinner pr. uke og mellom 13 og 21 AE for menn pr. uke.

Overstadig drikking: Mer enn 14 AE pr. uke for kvinner og mer enn 21 AE pr. uke for menn

Risikofylt drikking: 14 AE pr. uke for kvinner og 21 AE pr. uke for menn

Bekymringsfylt drikking: 9-14 AE pr. uke for kvinner og 13-21 AE pr. uke for menn

Anbefalt grenseverdi: Under 9 AE pr. uke for kvinner og under 13 AE pr. uke for menn

Det er viktig å nevne at anbefalt grenseverdi ikke tar hensyn til verken alder, helsemessig tilstand eller legemiddelbruk.

I Norge anbefaler myndighetene et grenseverdinntak på:

- 9 AE pr. uke for kvinner og ikke mer enn 4 AE i løpet av ett drikketilfelle
- 14 AE pr. uke for menn og ikke mer enn 5 AE i løpet av ett drikketilfelle

Sammenliknet med kunnskapen som foreligger om yngre mennesker og alkoholbruk, finnes det i dag lite data som beskriver alkoholbruk, alkoholrelaterte skader og hvilke effektive forebyggende tilnærminger som virker best for eldre mennesker over 65 år. Vi vet derfor lite om helsemessige, sosiale og økonomiske påvirkninger av alkoholbruk hos eldre. De fleste nordiske undersøkelsene er fra Sverige og Finland, noe denne rapporten vil bære preg av.

I 2009 ble det arrangert en europeisk ekspertkonferanse i Stockholm som omhandlet alkoholkonsum blant eldre i EU

regionen; *Expert Conference on Alcohol and Health*. I denne forbindelse ble det i forkant utarbeidet en fagrappport av Mats Hallgren og flere nordisk forskere som skulle brukes til diskusjon under konferansen. Rapporten sammenfatter forskning og fakta fra ti EU-medlemsland vedrørende eldres helse og alkoholbruk, og nevner flere grunner til økt bekymring om de eldres drikkevaner i EU:⁶

- Det er mangel på kunnskap og informasjon om hvilke helsemessige, sosiale og økonomiske effekter alkohol har på de eldre (65+) i forhold til hos den yngre befolkningen.
- Det skjer mange biologiske forandringer i aldringsprosessen.
- Det er mange demografiske forandringer i Europa. Den eldre generasjonen vokser, «babyboom»- generasjonen har et stort alkoholforbruk, og vil bringe med seg et kulturelt skifte som favoriserer alkohol- og rusmiddelbruk på en annen måte enn tidligere generasjoner.

“ Forskningen viser at de eldre som drakk alkohol i sin ungdom fortsetter å drikke også når de blir eldre.

Hoverak og Bye⁷ har sett på det norske drikkemønsteret fra 1974 til 2004. De fant at det norske alkoholkonsumet nesten er doblet etter 1960-tallet. Det betyr at nordmenn drikker oftere og/eller mer pr. gang enn tidligere. Færre i aldersgruppen 60+ er avholdende, dette tallet har sunket siden 1980. Totalt har omsetningen av ren alkohol i Norge økt med over 50 % fra 4 liter i 1976 til 6,7 liter pr. innbygger i 2008.⁸ Tall fra Statistisk sentralbyrås helse og levekårsundersøkelse fra 2008 viser at 18 % av eldre på 67+ drikker alkohol to eller flere ganger pr. uke, og dette er en dobling av tilsvarende tall fra 1998.⁹ Denne økningen sees også i flere av de andre nordiske landene. Forskningen viser at de eldre som drakk alkohol i sin ungdom

fortsetter å drikke også når de blir eldre. Dette kan indikere at de eldres konsum vil øke i framtida, samtidig som man ser at antall avholdende med årene blir mindre også blant de eldre.

Det vi vet er at de eldre drikker mer, men hvor mye er mer?

SVENSK UNDERSØKELSE

En undersøkelse viser også at risikofylt alkoholbruk blant eldre øker i Sverige. I 2008 ble det gjennomført en Liv og helseundersøkelse¹⁰ for å kartlegge risikofylt alkoholkonsum blant eldre på 65+ for å relatere dette til livsvilkår, levesett, sosial støtte og helse. Risikofylt alkoholkonsum ble målt etter scoring i AUDIT*. Hovedfunn fra undersøkelsen viser at risikofylt alkoholforbruk forekommer med en frekvens på 1,9 % hos kvinner og 2,7 % hos menn i alderen 65-74 år. Mens tallene synker i aldersgruppen 75-84 år. Undersøkelsen viser også at eldre drikker jevnlig, men de drikker mindre mengder enn yngre personer. Andelen som drikker alkohol minst to ganger i uka øker t.o.m. 64 års alderen for begge kjønn, for deretter å reduseres noe. 8 % av kvinner og 18 % av menn i aldersgruppen 80-84 år har et alkoholforbruk. Flere kvinner slutter å drikke enn menn, særlig etter 80 år er majoriteten av kvinner avholdende. Undersøkelsen fant at de som har et risikofylt alkoholkonsum er yngre pensjonister (65-74) med høyere utdanning og god økonomi og som røyker, bruker snus, er fysisk inaktive, er psykisk ustabile og benytter søvnpreparater eller beroligende medikamenter. Hvordan blir deres forbruk i eldre alder? Kan dette funnet tolkes slik at et økt antall eldre med et risikofylt alkoholforbruk i større grad vil ha behov for helsevesenet de neste årene? Hva vil i så fall tjenesteapparatet trenge av ressursøkning for å dekke dette behovet?

ERFARINGER FRA DANMARK

Danmark har også gjennomført en omfattende undersøkelse for å kartlegge eldres alkoholvaner og endring i deres drikkemønster.² Bjørk et. al viser at gjennomsnittlig alkoholkonsum blant eldre steg med nesten dobbelt så mye både hos menn

*AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test. Ti spørsmål for å identifisere risikofylt eller skadelig alkoholkonsum.

og kvinner i perioden 1987–2003 (fra 1,5 AE til 2,2 AE daglig hos menn, og fra 0,5 til 1 AE hos kvinner). I tillegg fant man at antall storkonsumenter, (dvs. mer enn 3 AE daglig for menn og 2 AE daglig for kvinner) ble nesten doblet hos menn og omtrent tredoblet hos kvinner. Alkoholforbruket økte hos begge kjønn, og antall storkonsumerende kvinner økte betraktelig i denne perioden. Undersøkelsen viste at størst økning av antall storkonsumenter fant sted i de svakeste sosialøkonomiske gruppene med lavere utdanning og økonomi, mens man fant flest antall storkonsumenter i de sterkeste sosioøkonomiske gruppene med høy inntekt og utdanning. Undersøkelsen fant altså at i løpet av de siste 15 årene fra 1987 hadde drikkemønsteret blant de eldre med lavere inntekt og utdanning økt betraktelig, men det var fremdeles de med høyest inntekt som hadde flest antall storkonsumenter. Andel risikokonsumenter økte blant kvinner i parforhold og blant skilte menn. Det konkluderes med at undersøkelsen viser noen utviklingstrekk i drikkemønsteret blant eldre mennesker - men selv om økningen kan skyldes endringer i den sosiale og kulturelle utviklingen de siste 30 årene, kan man ikke på grunnlag av undersøkelsen trekke noen konklusjoner om kausale sammenhenger mellom sosiale faktorer og utvikling av storkonsumet.

HELSEUNDERSØKELSEN I NORD TRØNDERLAG

HUNT 3¹¹ viser liknende funn fra Norge. Færre personer oppgir at de drikker lite alkohol eller er avholdende i HUNT 3 enn i den tidligere HUNT 2 undersøkelsen, og kvinner og menns drikkemønster har blitt noe likere. Vinforbruket øker sterkt blant kvinner. Størst økning i forbruk sees blant middelaldrende kvinner og menn på 50+ som nesten har fordoblet sitt alkoholforbruk i en tiårsperiode fra 95/97 til 06/08. Undersøkelsen viser at kvinner mellom 50 og 70 år drikker mer enn kvinner mellom 30 og 40 år. Denne tendensen ser man også blant menn over 50 år. 11 % av menn på 60+ og 6 % av menn på 70+ antas å ha et problematisk drikkemønster målt ut fra screeningsverktøyet CAGE^{**}. I henhold til HUNT 3 kan økningen i forbruk blant eldre forklares ut fra endringer i inntekt og

^{**}CAGE: Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener. Enkel test på 4 spørsmål for å kartlegge alkoholbruk

utdanning. HUNTs funn stemmer overens med Folkehelse-rapporten fra 2010 som blant annet sier at alkoholkonsum og hyppighet av alkoholinntak øker med høyere utdanning og inntekt, men på tross av dette er det færre med denne bakgrunnen som utvikler alkoholavhengighet enn i gruppen med lavere utdanning og inntekt.¹²

ULIKE DRIKKEMØNSTRE BLANT ELDTRE

Hvordan ser de eldres drikkemønstre ut?

Ifølge Institute of Alcohol Studies (IAS)¹³ kan drikkemønsteret inndeles i tre typer:

- *De som debuterer tidlig* (Early Onset drinkers or «Survivors»): Eldre mennesker som trekker med seg et alkoholproblem fra yngre dager over i alderdommen. Man antar at cirka to tredeler av eldre med et problemfylt alkoholbruk inngår i denne kategorien. Tatt i betraktning alle skader ved et så stort alkoholbruk vil mest sannsynlig mange med dette drikkemønsteret dø i yngre alder.
- *De som debuterer sent* (Late Onset drinkers or «Reactors»): Personer som begynner å drikke senere i livet, gjerne på grunn av traumatiske opplevelser som blant annet tap av kjære, skilsmisse, pensjonering, dødsfall blant venner, ensomhet og søvnløshet. Alkohol benyttes som lindring av emosjonell og/eller fysisk smerte.
- *Periodedrikkere eller de som drikker mye* (Intermittent or Binge drinkers): Personer som drikker periodevis, eller i så store mengder at det forårsaker problemer.

IAS konkluderer med at eldre i de to siste kategoriene har stor sjanse for å mestre sitt alkoholforbruk dersom de får riktig behandling og støtte. Ifølge Dar viser engelske undersøkelser at eldre mennesker er den minst opplyste gruppen når det gjelder kunnskap om alkohol.¹⁴



Eldre nordmenn i alderen 65-74 år drikker mer enn tidligere generasjoner, men forbruket reduseres etter 80-årsalderen.

RISIKOBRUK OG HØY ALDER

Kan man utvikle et risikofyllt alkoholbruk i høy alder? Amerikanske langtidstudier foretatt av Brennan, Schutte og Moos studerte hvorvidt eldre debuterer med risikofyllt alkoholforbruk i høyere alder. De som utviklet et alkoholproblem hadde venner med en positiv holdning til alkoholbruk og de vanket i et alkoholpositivt miljø. Studiene fant at noen eldre drakk alkohol for å redusere spenninger og som smertelindring. Reduksjon av alkoholforbruket skyldtes lavere inntekt, dårlig helse og aktuelle alkoholproblemer. I løpet av studiets 20 års oppfølging fant man at alkoholforbruket sank, mens helseproblemene økte. Problemet med helse, depresjon, legemiddelbruk og ulike sykdomstilfeller hadde sammenheng med mindre alkoholbruk. Undersøkelsen fant at eldre med høy sosial aktivitet i et alkoholpositivt miljø, med en god relasjon til sin partner og god økonomi hadde økt risiko for å utvikle et høyt alkoholforbruk.¹⁵

Oppsummert viser forskningen at de eldres alkoholforbruk øker og at noen eldre befinner seg i risikosonen når det gjelder alkoholkonsum. Eldre nordmenn i alderen 65-74 år drikker mer enn tidligere generasjoner, men forbruket reduseres etter 80-årsalderen. Vi vet foreløpig lite om helsemessige, sosiale og økonomiske påvirkninger av alkoholbruk hos eldre.

3.2 Kombinasjon av legemidler og alkohol hos eldre

Eldres bruk av legemidler øker med alderen, men hvilken innvirkning har samtidig bruk av alkohol og legemidler på de eldres somatiske og kognitive helse?

Mange eldre på 70+ benytter flere legemidler samtidig.

Folkehelseinstituttet hevder at denne aldersgruppen har flest legemiddelbrukere; 9 av 10 personer fikk i 2008 utlevert medisin på resept. Hver 6. person benyttet fem eller flere ulike legemidler, og hver 5. person i denne aldersgruppen benyttet 10 eller flere ulike reseptbelagte legemidler. De legemidler som benyttes hyppigst i denne aldersgruppen er først og fremst legemidler for forebygging og behandling av hjerte- og kar sykdommer, i tillegg til smertestillende og kolesterolsenkende midler, antibiotika og midler mot psykiske lidelser, spesielt sovemedisin. ¹Tall fra Reseptregisteret viser at 18 % av kvinner over 70 år i 2009 fikk skrevet ut beroligende eller angstdempende legemidler. I tillegg fikk 28 % av kvinner over 70 år og 17 % av menn i samme aldersgruppe skrevet ut sove- medisin som Imovane og Zopiklon. ⁷⁺⁸

Dette viser at eldre over 70+ benytter mange ulike typer legemidler, og at spesielt eldre kvinner på 70+ benytter psykoaktive midler som i stor grad påvirker helsen ved samtidig bruk av alkohol. Personer over 70+ står for 35 % av antall definerte døgndoser utlevert på resept. ¹²

Det er også påvist legemiddelbruk blant eldre i trafikken. TEST - for trafikkisikkerhet og helse, analyserte cirka 11.000 spyttprøver av bilførere. Det ble i undersøkelsen påvist alkohol, legemiddel med ruspotensial eller illegale rusmiddel i spyttprøver fra 5,7 % av bilførerne. 4,5 % var positive på legemiddel (merket med rød varseltrekant). Testene viste at bruken av legemidler økte med alderen og var høyest blant kvinner. Eldre kvinner i alderen 64+ brukte flest legemidler med ruspotensial i tillegg til vanlige legemidler. 14,6 % av kvinner i denne aldersgruppen kjørte i trafikken med legemidler med ruspotensial. Undersøkelsen viste det samme forbruk hos menn i alderen 64+, men med noe lavere prosentandel (9,3 %). Også her ble sovemiddelet Zoplikon hyppigst påvist hos eldre førere. Dette viser at hver 7. kvinne over 64 år kjører bil etter å ha inntatt ett eller flere legemidler merket med varseltrekant. ¹⁶

Personer på 65+ står for det største forbruket av legemidler, både reseptfrie og reseptpliktige. Vi ser også at eldre kvinner

har størst forbruk av psykoaktive midler, et problem som i dag vies lite oppmerksomhet. Slike funn fant også Flesland i en intervjuundersøkelse av ansatte i pleie- og omsorgstjenesten i tre storkommuner i Norge. Flere av informantene kjente til at deres brukere hadde spist vanedannende legemidler i mange år, og at noen samlet opp reservelagre hjemme. Ifølge informantene oppsøkte pasientene flere leger, byttet legemidler seg i mellom eller solgte dem videre. De nevnte at dette var en utfordrende gruppe pasienter for de ansatte, og at legemiddelbruken var høyest blant kvinner.

«Vi har jo hatt gamle damer som har lagret godt opp med Sobril og den type tabletter hjemme. Det er ikke den vanlige formen for rusmisbruk. De har gått til flere leger og hatt sitt eget lager og tatt etter eget forgodtbefinnende. Så kommer de inn til oss, og får en tablett om morgenen og en om kvelden, og så blir de urolige når de ikke får like ofte som det de har vært vant med å ta hjemme».¹⁹

Hvilken innvirkning har de eldres alkoholbruk på samtidig bruk av legemidler?

Kombinasjonen av legemidler og alkohol øker risikoen for sosiale og helsemessige problemer. Tilsynelatende uskyldige ikke-reseptbelagte medikamenter kan i sammenheng med alkohol få en sterkere sedativ effekt og øke risikoen for ulykker og skader. Dette kan også skje ved samtidig bruk av psykoaktive legemidler og alkohol. De eldres bruk av beroligende midler kan påvirke sentralnervesystemet og kan derfor være en stor fare i trafikken.¹⁷ Risikoen for at eldre bilførere blir involvert i en trafikkulykke er tre ganger høyere hvis de har drukket små mengder alkohol sammenliknet med de som er totalavholdende.¹⁸

En finsk undersøkelse studerte eldres alkoholbruk i sammenheng med medisinerer. Undersøkelsen ønsket blant annet å beskrive alkoholbruket til hjemmeboende personer over 75 år og vurdere hvorvidt deres alkoholbruk representerte en risikofaktor på grunn av kronisk sykdom eller medisinerer. Gjennomsnittsalderen hos de som deltok

i undersøkelsen var 81 år, av disse svarte 44 % at de drakk alkohol det siste året. Flertallet (87 %) av disse hadde også brukt legemidler, enten regelmessig eller ved behov i forbindelse med sykdommer som høyt blodtrykk, diabetes eller depresjon. Undersøkelsen fant at eldre gjennom sin alkoholbruk kan utsette seg for risiko ved samtidig bruk av legemidler. De skadelige effektene som eldre opplever av alkohol handler i størst grad om virkningen mellom alkohol og medisiner, og ikke om et stort alkoholforbruk. Undersøkelsen konkluderer blant annet med at samtidig bruk av alkohol og legemidler kan føre til mange ulike skader hos eldre, og at det bør forskes mer på dette.²

Vi ser at eldre over 65 år bruker flere ulike legemidler samtidig som de drikker alkohol. Dette fører til mange ulike skader, og legemiddelforbruket øker med alderen. Det samtidige forbruket øker risikoen for sosiale og helsemessige problemer.



Det samtidige forbruket øker risikoen for sosiale og helsemessige problemer.

3.3 Helseperspektivet

Som vi har sett, viser forskningen at de eldres alkohol- og legemiddelbruk har økt betraktelig de siste årene. Hvilke konsekvenser får dette for eldres helse tatt i betraktning de biologiske endringene i aldringsprosessen?

Vi vet ut fra forskning at eldre er mindre tolerante for alkohol enn yngre mennesker.²⁰ De er mer sensitive for alkohol fordi den biologiske aldringsprosessen fører til mer fett i kroppen og mindre kroppsvæske. Derfor er det mindre vann i kroppen for opptak av alkoholen. Redusert aktivitet i leveren fører til større alkoholtilførsel i blodet. Nedsatt leverfunksjon

fører til en saktere nedbrytning av alkoholen, og promillen blir høyere i kroppen hos eldre enn hos yngre mennesker. I tillegg fører aldriingsprosessen til endret reaksjonsevne i hjernen, noe som medfører at hjernen hos eldre påvirkes lettere av alkoholen og raskere vil sløves. Dette betyr at samme mengde alkohol produserer en høyere blodkonsentrasjon hos eldre enn hos yngre.⁹

I følge Vintage rapporten påvirker alkohol over 60 ulike helsemessige tilstander. Hos eldre mennesker dreier dette seg blant annet om hjerte- og karsykdommer, økt risiko for kreft blant annet i spiserør og bryst, leverskader, større risiko for blødninger, nevropsykiatriske tilstander, bukspyttkjertelbetennelse og smittsomme sykdommer. I tillegg bidrar alkohol til skader fra fall og andre ulykker som kan skyldes dårlig balanse.²⁰

DØDELIGHETEN BLANT ELDTRE SOM DRIKKER ALKOHOL

I Europa har alkoholrelaterte dødsfall blant eldre mennesker økt de siste 10 årene i minst 7 av 10 EU-land. Det kan blant annet nevnes en 100 % økning i Storbritannia. Europa ligger på toppen av verdensstatistikken med cirka 6 % av alkoholrelaterte dødsfall.⁶

I Norge skyldtes 238 dødsfall i 2008 alkohol, og er ca. fire ganger så utbredt blant menn som hos kvinner. Flest menn i aldersgruppen 60-74 år (45 % og 23 %) dør av alkohol. Blant kvinner var antall alkoholrelaterte dødsfall høyest i alderen 55-64 år (23 % og 22 %). De fleste dødsfall skyldes alkoholavhengighet og alkoholinduserte leverskader.⁷

Antall alkoholrelaterte dødsfall øker også i Norden. Sulander viser at forholdet mellom alkoholforbruk og dødelighet kan ses ut fra en J eller U kurve. For avholdsmennesker er dødeligheten enten lavere eller like høy som hos storkonsumentene. Dødeligheten var lavest blant de som drakk måteholdent (dvs. 1-2 AE daglig). Undersøkelsen konkluderer med at stordrikkere og avholdsfolk har en signifikant høyere dødelighetsrisiko enn personer som jevnlig drikker med måtehold.²¹

Strandberg gjennomførte en 29 års oppfølging av menn født i perioden 1919-1934 med god økonomi og høy utdanning. Bakgrunn for undersøkelsen var gjentatte påstander om at moderat inntak av vin kan være forebyggende for hjerte- og karsykdommer. Undersøkelsen fant at fra denne kohort med høy sosial status, var vin assosiert med lavere dødelighet og bedre livskvalitet i den eldre kohort. Dødeligheten ved hjerte- og karsykdommer var høyest blant menn som drakk sprit, og lavest blant menn som drakk vin. Sammenliknet man dødeligheten blant de som var avholdende fra vin med de som drakk måteholdent vin og de som hadde et storkonsum av vin, fant man en U-formet kurve som viste at de med måteholdent vinforbruk på 4-7 AE ukentlig hadde lavest dødelighet. De med moderat vinforbruk var også mer fysisk aktive og viste seg å ha en bedre livskvalitet enn de som drakk øl eller sprit. Strandberg understreker at undersøkelsen ikke kan konkludere med at måteholdent alkoholinntak hadde en gunstigere innvirkning på denne gruppens helse og livskvalitet sammenliknet med de som levde i totalavhold.²²

Flere undersøkelser viser sammenheng mellom måtelig alkoholbruk og en lavere dødelighet blant middelaldrende. I tillegg til at alkoholforbruket avtar med alderen, har flere forskere funnet at funksjonsevnen var bedre og de kroniske sykdommene sjeldnere blant de som drakk alkohol enn de som var totalavholdende. Kan dette tyde på at eldre med et moderat alkoholforbruk, da helst vin, lever lengre med en bedre livskvalitet?

SKADER - OG ULYKKESTILFELLER

I tillegg til økning i alkoholrelaterte dødsfall, har alkohol stor innvirkning på skade- og ulykkesstatistikken. For 2009 var totalt antall alkoholrelaterte innleggelser i norske somatiske sykehus på 3586. Statistikken viser nesten dobbelt så mange innleggelser for menn som for kvinner. De fleste innleggelser skyldes akutt forgiftning for begge kjønn. Andre sentrale diagnoser var psykisk lidelse, og atferdsforstyrrelse på grunn av alkohol og alkoholinduserte leverskader.⁸

Som nevnt i avsnittet om legemiddelbruk, inntar mange eldre flere medisiner i tillegg til å drikke alkohol. Det finnes lite forskning og kunnskap om skadetilfeller hos eldre forårsaket av alkohol og legemiddelmisbruk og dette er et område som det bør fokuseres mer på i framtida.

I Sverige er personer på 65+ overrepresentert i ulykkes- og skadestatistikken. Antall tilfeller med fallulykker, brann, drukning og forgiftninger har økt blant de eldre. Fallulykker er et stort helseproblem, da det ofte medfører nedsatt fysisk førlighet og større avhengighet av hjelpere og andre. Om lag 70 % av skadene i aldersgruppen 65-70 år og 90 % blant de på 80+ skyldes fallulykker.²³

Bogstrand et.al²⁴ fant at en høy prosentandel av eldre pasienter som var innlagt på akuttmottak i Oslo med ulykkeskader var påvirket av enten alkohol eller psykoaktive substanser. Undersøkelsen avdekket blant annet at en stor del av eldre kvinner som skades i hjemmeulykker har brukt sove eller beroligende midler. Av undersøkte kvinner over 65 år hadde en tredjedel brukt beroligende midler eller sovemidler. I hvilken grad vil de Eldres alkohol- og legemiddelbruk påvirke skade- og ulykkesstatistikken i framtida? Hva vet vi om omfang, og hvordan kan dette eventuelt forebygges?



I hvilken grad vil de Eldres alkohol- og legemiddelbruk påvirke skade- og ulykkesstatistikken i framtida?

The Vintage Project Report refererer til ulike funn i forbindelse med sammenhengen mellom alkohol, legemiddelbruk og lav beintetthet. Noen undersøkelser peker i retning av at alkoholbruk øker risikoen for lav beintetthet, fall og beinbrudd hos eldre mennesker, mens andre undersøkelser ikke viser noen slike funn. En undersøkelse fant imidlertid at ulykker har en signifikant økning hos eldre mennesker når deres alkoholbruk kombineres med bruk av benzodiazepiner eller andre sedativer.²⁰

Jo større alkoholkonsum, jo mer øker risikoen for fall og andre ulykker. Omtrent 30 % av eldre hjemmeboende faller minst en gang årlig. Nedsatt bevegelighet og dårligere syn, ulike kroniske lidelser og bruk av flere legemidler samtidig er viktige risikofaktorer for eldre over 80 i tillegg til eventuelt alkoholbruk.¹²

I Finland har man notert en U-formet kurve i sammenheng med alkoholbruk hos eldre og selvrappporterende funksjonsnedsettelse. Sulander fant at funksjonsevnen hos de eldre svekkes når alkoholforbruket øker, mens de som oppga at de hadde et måteholdent alkoholforbruk (1-7 AE eller 8-14 AE ukentlig) rapporterte færre funksjonsnedsettelse enn både de som ikke drakk eller de som drakk mer enn 14 AE i uka.²¹

Informantene i undersøkelsen til Flesland¹⁹ nevner at mange eldre kommer for sent inn i hjelpeapparatet, og at problemene ofte blir avdekket når de blir innlagt på sykehus i forbindelse med f. eks. fallulykker. «[...] For ofte er det det at de har et stort alkoholproblem, og det går som det går i lang tid, og så veldig ofte så faller de og kommer inn på sykehus først, så kommer de hjem, og så får vi beskjed om at her må dere inn (hjemmetjenesten, red.). Og så ja, så ser vi at da er det egentlig alkoholproblemet som er ganske stort».

De fleste ulykker som fører til dødsfall er fallulykker hos eldre over 75+. Økt alkoholforbruk påvirker skadestatistikken, spesielt med henblikk på fallelisoder, dette peker i retning av at tidlig intervensjon er viktig for å redusere skadetilfellene.

DEMENS

Kan alkohol påvirke utviklingen av demens?

Forskning viser at måteholden alkoholbruk i noen tilfeller kan redusere risikoen for å utvikle demens og Alzheimers sykdom, men ikke vaskulær demens (multi-infarkt demens) eller kognitiv svikt. I Sverige fant en studie utført av Huange et.al. at måteholden alkoholbruk hos eldre mennesker i betydelig grad reduserer risikoen for Alzheimers sykdom og demens.²

En finsk undersøkelse foretatt av Anttila i 2004 (ibid) fant at sannsynligheten for kognitive skader var dobbelt så stor

både for de som i middelaldrende år var avholdende og for de som hadde hatt et stort forbruk av alkohol, enn for de som hadde hatt et måteholdent alkoholforbruk.

The Vintage Project konkluderer med at man på nåværende tidspunkt ikke kan se noen indikasjon på at et moderat alkoholforbruk kan være skadelig for kognitiv funksjon eller demens, men man kan heller ikke påvise hvilket alkoholforbruk i antall AE som vil være gunstige for å forebygge dette. The Vintage Project fant også at ulike studier hevder å kunne se at moderat alkoholforbruk (1-3 AE daglig) kan ha en beskyttende effekt mot demens og Alzheimers sykdom, men at det ikke er noe bevis for at alkohol har en beskyttende effekt mot kognitiv svikt og vaskulær demens.²⁰

KAN ALKOHOL HA EN POSITIV EFFEKT PÅ DE ELDRES HELSE?

Flere funn fra forskning viser at de med et måteholdent alkoholforbruk på 1-2 AE daglig har en noe lavere dødelighet enn de som ikke drikker alkohol eller de med et risikoforbruk. Skepsis mot disse funn er basert på at de som ikke drikker alkohol i undersøkelsene kan være folk med et tidligere høyt alkoholforbruk som har sluttet å drikke for eksempel på grunn av dårlig helse. Men flere undersøkelser hvor denne målgruppen utelates, viser fremdels noen positive effekter ved måteholdent alkoholforbruk. Uansett finnes det alltid en risiko for å utvikle alkoholavhengighet om alkoholforbruket økes.

3.4 Kultur og kjønnsperspektivet

Hvilken innvirkning har alkoholbruket på de eldres sosiale kontekst? Finnes det forskjell i drikkemønsteret blant eldre kvinner og menn, og i så fall hva er denne ulikheten?

Salme Ahlstrøm har foretatt en kunnskapsoppsummering om alkoholforbruk og -problem blant eldre kvinner og menn. Funn viser at kvinners alkoholforbruk er høyest i alderen 40-49 år og synker med alderen i flere av de nordiske land. Befolkningens alkoholforbruk påvirkes av nasjonens alkoholpolitikk; en liberal



Befolkningens alkoholforbruk påvirkes av nasjonens alkoholpolitikk; en liberal alkoholpolitikk øker befolkningens forbruk.

alkoholpolitikk øker befolkningens forbruk. Men de som har vokst opp i land med streng alkoholpolitikk, for eksempel de som ble født i Norden i etterkrigsårene, ser ikke ut til å øke drikkemønsteret når de blir eldre, på tross av en mer liberal alkoholpolitikk. Dette viser at historiske faktorer kan ha en viktig innvirkning på drikkemønsteret.²⁵

Kvinner i dag drikker mer enn sine kvinnelige forgjengere. I USA har man blant annet funnet at eldre kvinner med moderat alkoholinntak reduserer sitt alkoholforbruk med alderen, mens antall kvinner med et stort alkoholforbruk er stabilt. Dette mønsteret ser ut til å være motsatt hos menn. De drikker jevnlig moderat, mens antall stordrikkere avtar med alderen. I Nordisk sammenheng har man også sett en sterk økning i inntak av antall alkoholenheter blant finske kvinner i 65-74 års alderen fra midten av 1980-tallet.

Lindén-Boström et al.¹⁰ har sett på risikofyllt alkoholkonsum blant eldre ut fra en svensk befolkningsundersøkelse. De fant flest totalavholdende personer blant kvinner, og denne gruppen stiger med alderen, men andelen ikke-drikkere er betraktelig høyere (20 %) blant kvinner i alderen 80+ enn blant menn. Kan denne kjønnsforskjellen være en gjenspeiling av alkoholvanene fra en annen generasjon og tidsepoke? En tid da kvinnene hadde et lavt alkoholforbruk hele livet, og at denne gruppen nå har nådd pensjonsalderen? Videre fant undersøkelsen at de kvinnelige risikokonsumentene, uavhengig av aldersgruppe, røykte eller snuste daglig, benyttet sove- eller beroligende midler og var fysisk inaktive. Denne form for livsstil fant man ikke blant menn. 18 % av kvinnene over 75+ med et risikofyllt alkoholkonsum hadde vært involvert i ulykker. Kvinnene rapporterte også et økonomisk problem i større

omfang enn mennene. Derimot viste det seg at menn med risikofylt alkoholkonsum bodde alene, var ensomme, fysisk inaktive og savnet personlig støtte til sine personlige problemer. De oppgav også å ha dårlig helse.

Lav psykisk selvfølelse og anvendelse av beroligende midler og/eller sovemedisin var de helsefaktorer som hadde sterkeste sammenheng med risikokonsum. Man fant også at de yngre pensjonistene i alderen 55-64 år hadde en høyere andel risikokonsumenter. Hva vil dette forbruket medføre av utfordringer for pleie og omsorgstjenesten i framtida?¹⁰⁺¹⁵

Ved høy alder slutter mange å drikke alkohol, spesielt kvinner. Kan dette skyldes sykdom som gjør personen sensitiv for alkoholens effekter eller kan det skyldes den sensitiviteten aldringsprosessen bringer med seg?

Kunnskapsopsummeringen *Åldrande och alkohol, nordisk forskning och diskussion* nevner blant annet at enker drikker alkohol for å dempe sorgen etter tap av ektemenn, og at det finnes en klar risiko for økt bruk av legemidler og alkoholbruk blant enker. Grimby og Johansson fant at hver 3. enke i deres undersøkelse drakk alkohol for å dempe sorgen. Negativt syn på framtida var også en risikofaktor for økt forbruk av alkohol og legemidler.²

Kalvatvik fant liknende funn i sin studie av ansatte i kommunal hjemmetjeneste. Kalvatvik intervjuet flere informanter om deres erfaringer og praksis overfor eldre brukere som misbruker rusmidler, i hovedsak var dette alkohol og legemidler. En informant beskrev eldre, hjemmeboende, kvinnelige brukere i alderen 80 år og deres legemiddelbruk på denne måten:

*«Det er mykje damer, veldig mange damer, mange fleire damer enn menn faktisk. Det er enker stort sett ja, så det kjem fram veldig mykje der då, veldig mykje alkohol i lag med tablettar».*²⁶

Hansson fant at menn med et risikofylt alkoholbruk var sammenliknet med øvrige menn, ofte ensomme uten partner. De hadde et svakere sosialt nettverk, liten kontakt med venner og familie, og de deltok sjelden i sosiale aktiviteter.²

I England ser man at polyfarmasiavhengighet eller avhengighet av blandingsmisbruk er fire ganger høyere blant eldre kvinner enn eldre menn. Risikoen for avhengighet øker dersom kvinnene er enker, har lavere utdanning, lavere inntekt, har dårlig helse og lite eller manglende sosialt nettverk.²⁷

Oppsummert kan det se ut til at eldre, ensomme menn med lite sosialt nettverk har en større risiko for å utvikle alkoholproblem enn eldre kvinner. Eldre, ensomme kvinner har en høyere risiko for å utvikle problem relatert til misbruk av legemidler, både reseptbelagte og reseptfrie.

Flesland beskriver liknende funn i sin masteroppgave hvor informantene forteller at kvinner i større grad enn menn bruker ulike legemidler og får problemer på en annen måte.

*«Kvinner har kanskje mer pillemisbruk. De bruker mer beroligende og sovemedisiner og smertestillende tabletter. Så baller det på seg og så tar de litt ekstra og så kommer de liksom ikke ut av det. Og så øker angsten og uroen pga bivirkninger, og så øker forbruket. Jeg synes ofte det er mer det de bruker, men og alkohol».*¹⁹

I tillegg har kvinner ofte en tendens til å føle mer skam, og til å skjule sin problematikk og avhengighet enn menn. Denne skam- og skyldfølelsen påvirker både de pårørende og kvinnenens kontakt med hjelpeapparatet. Dette finner vi også eksempler på i Fleslands undersøkelse hvor en av informantene sier at

«Det er lettere for pårørende å ta kontakt når for eksempel demens er i utvikling fordi en har fått et symptom som en kan plassere behovet for hjelp på. Rusen er tabu og holdes skjult.» (ibid)

Flesland erfarte gjennom de ansatte at kvinner i større grad enn menn prøver å skjule rusproblemene sine, og at de føler seg skamfulle over sitt alkoholforbruk.

3.5 Hverdagsperspektivet

Hvilke nye livssituasjoner møter man som gammel? Hvilken rolle spiller alkoholen i de eldres liv? Hvordan inngår alkoholbruket i de eldres hverdag?

HVORDAN BEDØMMER OG MOTIVERER DE ELDRE SITT EGET OG ANDRES ALKOHOLBRUK, OG HVILKEN BETYDNING HAR ALKOHOLBRUKET FOR DEM?

En finsk undersøkelse studerte alkoholens betydning i den sosiale konteksten i aldringsprosessen. Undersøkelsen tok utgangspunkt i at både aldrende og alkoholforbruket påvirkes av historiske, sosiale og kulturelle faktorer. Tolvanen² oppdaget at de eldre beskriver alkoholbruket som en vanlig del av hverdagen og de kulturelle rammene, og ikke ut fra det å bli gammel. Intervjuobjektene snakker om sitt eget daglige måteholdne alkoholforbruk som de forbinder med sosiale aktiviteter, og som de skiller fra «de andres» overstadige drikking ute i samfunnet. Kulturelle konvensjoner, skikker og normer virker inn på alkoholbruket. Analysen av de eldres oppfatning av alkohol viser at alkoholbruken er et kulturelt og sosialt fenomen.

Tolvanen et. al. undersøkte videre hvordan eldre finner omtaler sitt eget alkoholbruk, hvordan de karakteriserer seg selv og sitt forhold til alkohol. Undersøkelsen viste at informantenes karakteristikk kunne deles inn i fire repertoarer i henhold til hvordan de eldre omtalte alkohol: Et moralistisk, et preget av skjebne og trusler, et sosialt deltakende og et helseperpetoar. Også i denne undersøkelsen kunne man oppleve et skille ved hvordan de eldre omtalte seg selv og sin alkoholbruk i en virkelighetsverden løsrevet fra «de andre» i samfunnet som de oppfattet at drakk på en problemfylt måte. Tolvanen så også ulike kjønnsesifikke funn; eldre menn omtalte sin drikking på et mer generelt plan, mens kvinnene derimot snakket mye om spesifikke personers drikkevaner. I følge kvinnene var også alkohol noe som tilhørte den mannsdominerte verden, ingen «anstendige» kvinner drakk alkohol. (ibid)

ELDRES ALKOHOLBRUK, ET SKJULT FENOMEN?

Problematisk alkoholbruk blant eldre omtales ofte som et skjult eller et ikke-eksisterende problem. Det kan være mange ulike grunner til dette. Dar¹⁴ nevner at mange eldre unngår å snakke om sitt alkoholproblem på grunn av skammen og skyldfølelsen ved å drikke alkohol. En annen grunn kan være isolasjon eller ensomhet uten et sosialt nettverk hvor den Eldres forbruk synliggjøres, eller at eldre underrapporterer sitt alkoholproblem. Dar nevner også at alkoholbruk hos eldre ofte skjules av symptomer på annen sykdom, slik at problemet kan være vanskelig for hjelpeapparatet å identifisere. Eksempler på dette kan være fallulykker, søvnløshet, kognitiv svikt, forvirring eller neglekt. Hjelpeapparatet er unnvikende med å spørre de eldre om deres drikkevaner, og det benyttes få kartleggingsverktøy. De ansatte kan sitte med en formening om at alkoholmisbruk ikke er et problem blant eldre mennesker fordi de tror at de ikke drikker.

“

Dar nevner også at alkoholbruk hos eldre ofte skjules av symptomer på annen sykdom, slik at problemet kan være vanskelig for hjelpeapparatet å identifisere.

Dar påpeker endringsfaser i livet som kan forårsake alkoholproblemer hos eldre mennesker. Dette er sosiale og emosjonelle faktorer som sorg, tap av ektefelle, venner eller sosial status, arbeidsledighet, familiekonflikter og redusert selvskikkerhet. I tillegg nevnes medisinske problemer som fysisk funksjonshemming, kronisk smerte, søvnløshet, redusert førlighet, kognitiv svikt og uførhet. Listen innebærer også praktiske problemer som svekket egenomsorg, redusert mestringsferdighet og endret økonomisk situasjon.

Finner over 80 år som drakk alkohol beskrev sine alkohol-

vaner som en del av sin nåværende livssituasjon, helse og livsstil, og at endringer i drikkevanene ble påvirket av deres livssituasjon. Letholas² undersøkelse viste at de eldre har et måteholdent alkoholbruk som ikke synes å være problematisk. Alkoholbruken er en del av både sosiale og hverdagslige situasjoner, og inngår som en del av de eldre livsstil. Undersøkelsen påpeker viktigheten av å kunne ta opp alkoholspørsmål med de eldre i en naturlig sammenheng om helse og levevaner/levesett. Et aktivt og sosialt liv med stabile vaner og en god helse var fellesnevneren for alle deltakerne i studien. En åpen og saklig holdning fra helsepersonalet hvor de eldre ikke behøver å være redde eller føle seg truet er viktig.

HVA MENER EKSPERTENE?

Hallgren og Högberg²⁸ konkluderer med at det er viktig å se på hvilken rolle alkoholen får i de eldre liv i framtidens Europa. Alkohol er i dag mer tilgjengelig, og de eldre har bedre økonomi. Den eldre befolkningen lever og arbeider lengre. Dette er faktorer som vil påvirke deres drikkemønster. Pensjonisttilværelsen vil for mange være en overgang til mer frihet, fritid og rekreasjon med muligheter for reiser og tid med familie og venner. For andre vil overgangen til pensjonisttilværelsen føre til isolasjon, ensomhet, tap av kjære og ektefeller, samt depresjon. Alt i alt viktige faktorer som kan bidra til å forverre de eldre helse.

*«Det er mye ensomme folk som gjerne ikke har så stort kontaktnett eller har mistet kontaktnettet sitt. Og så har de ikke så veldig mye igjen, og mange av de er egentlige ganske før til å komme seg ut, men de går inn i en aldersdepresjon veldig ofte. Og så kan de starte derfra - både med alkohol og piller.» « Et eldre menneske kan faktisk begynne å bruke rusmidler veldig, veldig seint i livet. Etter at de gjerne er blitt alene.... Det har ikke vært et tema verken i arbeidslivet eller noe. Men når de blir eldre, så går de til legen, og så får de den ene tablett og så får de den andre tablett, og så er det jo veldig mange som står på tablett år etter år etter år. Ble operert i 2004 og så står de på de samme tablettene fortsatt i 2009».*¹⁹

Har alkohol en gunstig innvirkning på Eldres helse og trivsel? Som noen forskere hevder, kan et moderat forbruk av alkohol blant eldre ha en gunstig innvirkning og forebyggende effekt spesielt i forhold til hjerte- og karsykdommer, og i tillegg kan det ha en forebyggende effekt for demens og utvikling av Alzheimers sykdom. Enkelte forskere har også funnet at et moderat alkoholforbruk fører til lengre levetid, og at forbruket har en gunstig innvirkning på de Eldres funksjonsnivå. Både de med stort alkoholforbruk og de som er totalavholdende har en signifikant høyere risiko for å dø enn de som jevnlig drikker måteholdent.^{2,6,15}

Det er ingen tvil om at kronisk og periodevis storkonsum av alkohol («binge»-drikking) fører til alvorlige skader både hos yngre og eldre. Alkohol har en plass i hverdagen hos mange eldre, både som sorgdempende middel eller som en del av det sosiale livet, fritiden eller felles hygge med venner.



Både de med stort alkoholforbruk og de som er totalavholdende har en signifikant høyere risiko for å dø enn de som jevnlig drikker måteholdent.

**HVOR GODT
RUSTET ER
FAGFELTET?**

4 Hvor godt rustet er fagfeltet?

4.1 Holdninger hos de ansatte

Ser vi et problem i de eldres alkohol- og legemiddelbruk, eller er det et problem vi er i ferd med å konstruere? Hva er i så fall problematisk alkoholbruk blant eldre: hvem definerer at det er problematisk, og for hvem? Er dette et helsespørsmål, et moralsk eller politisk spørsmål? Kan det være noe som strider mot våre tradisjonelle oppfatninger om eldre og aldrende? Hvor godt er ansatte i dagens tjenesteapparat rustet til å ta imot den nye eldregruppen?

Flere europeiske og nordiske undersøkelser om eldres alkohol- og legemiddelbruk påpeker kunnskapshull blant ansatte i pleie- og omsorgsfeltet. Det er blant annet kunnskapshull i helsetjenesten når det gjelder de eldres sensitivitet for virkningene av alkohol og vanedannende legemidler. De ansatte uttrykker også behov for mer kunnskap om metoder og kartleggingsverktøy i arbeidet med sine brukere.



De ansatte uttrykker også behov for mer kunnskap om metoder og kartleggingsverktøy i arbeidet med sine brukere.

«Vi får klara oss själva» er en undersøkelse foretatt av Evy Gunnarsson i Sverige. Studien viser at hjemmetjenesten må ta ansvar for personer med alkoholproblemer, men de får ingen utdanning og økt kunnskap til å kunne mestre denne oppgaven. Gunnarsson påpeker at det er hjemmetjenesten som er

eksperter på omsorg, og det er derfor viktig at de tilegner seg kompetanse til å kunne avdekke og behandle alkoholproblemer blant de eldre. De skjulte alkoholproblemene er den største utfordringen, særlig blant eldre enker som har begynt å drikke for å skjule sorgen. I tillegg finnes det mange tabu blant de ansatte når det gjelder eldre kvinners alkoholbruk. Gunnarsson konkluderer med at økt kunnskap om alkoholens konsekvenser er viktig for at hjemmetjenesten kan forbedre sin omsorg.²⁹

HVA BLIR UTFORDRINGENE FOR FAGFELTET?

Suhonen² gjennomførte en undersøkelse i Finland som skulle identifisere eldre personers avhengighetsproblemer og den behandling og hjelp de fikk for denne avhengigheten. Det er, som vi tidligere har påpekt i avsnittet om kjønnsperspektivet, særskilte aspekter som understreker at eldre klienter bør vurderes som en spesialgruppe innen rusbehandling:

- Denne gruppen eldre mennesker med avhengighetsproblem vokser, spesielt blant kvinner.
- Eldre kvinners skam og skyldfølelse påvirker kontakten de har med hjelpeapparatet og behandlingens innhold.
- Det er vanlig at problemene hemmeligholdes.
- Det er vanskelig å nå eldre kvinnelige misbrukere og å få dem til å søke behandling. Derfor er det også viktig å opprette flere oppsøkende tjenester for eldre.

Suhonen konkluderer med at man er i ferd med å innse at temaet vil bli en utfordring i helse- og omsorgsapparatet de neste årene. Det er derfor viktig å integrere en gerontologisk kunnskap i ulike, relevante utdanninger. De ansatte i pleie- og omsorgstjenestene forholder seg ikke til de eldre ut fra en gerontologisk^{***} synsvinkel. Aldersdimensjonen kommer først fram når man snakker med de ansatte om medisinerer. Fokus på aldringsprosessen blir borte. Pleie- og omsorgsapparatet mangler fokus og metoder for å møte de eldre. Suhonen hevder at samarbeid og ansvarsfordeling mellom

^{***}Gerontologi: vitenskap om hvordan og hvorfor individer aldres

alle velferdstjenester for eldre befinner seg i startgropa. Her må samarbeidet forbedres slik at alle parter kan bidra til at de eldre misbrukerne kan oppleve at de har kontroll over livet sitt og mestrer sin hverdag.

Dar¹⁴ viser til undersøkelser fra USA og Australia om barrierer hos helsepersonell som bare påviste alkoholbruk hos en tredjedel av eldre pasienter på sykehus. Dar nevner at disse barrierene kan skyldes:

- Sosiale myter: eldre drikker ikke ...
- Likheter mellom alkoholsymptomer og andre lidelser.
- Upålitelige selvrappoteringer: de eldre minimaliserer/underdriver.
- Kartleggingsverktøy som benyttes er ikke tilpasset eldre mennesker.
- De ansattes holdninger og mangel på bevissthet om Eldres alkoholbruk.

HVILKEN KOMPETANSE HAR DE ANSATTE NÅR DET GJELDER ELDRES RUSMIDDELBRUK?

Erfaringer fra Norge:

Flesland undersøkte erfaringer og læringsmuligheter blant ansatte i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene som mottar eldre mennesker, og fant liknende funn om barrierer hos de ansatte. Hvilken kompetanse hadde de ansatte om Eldres rusmiddelbruk? Studien viser at ansatte i pleie- og omsorgstjenesten hadde lite formell kunnskap om alkohol- og legemiddelbruk hos eldre, men at man finner erfaringsbasert kunnskap om eldre hos sykepleiere. Informantene i undersøkelsen hadde mye erfaring med eldre og rusmiddelbruk, men det var i liten grad tilrettelagt for praksisfellesskap der de kunne dele denne kunnskapen. De hevder at arbeidet med eldre rusmiddelbrukende pasienter gir dem en del utfordringer, og at det blant deres kolleger finnes negative holdninger til denne pasientgruppen. Informantene mener noe av dette kan skyldes for dårlig kunnskap blant de ansatte, som igjen fører til negative holdninger og usikkerhet. Flesland refererer

til Arne Klyve som hevder at «kunnskapsgrunnlaget må bygge på fagkunnskap, brukerkunnskap, evidens, intuisjon og praktisk klokskap». Han mener at refleksjon og erfaringsutveksling er viktig for å kunne videreføre rusfeltets kunnskap. Flesland hevder at det også må etableres arenaer for kunnskapsutvikling i pleie- og omsorgssektoren. For å øke kunnskapen om eldre og alkoholbruk er det nødvendig at tjeneste-stedene tilrettelegger for kompetanseutvikling.¹⁹

“

Kunnskapsgrunnlaget må bygge på fagkunnskap, brukerkunnskap, evidens, intuisjon og praktisk klokskap.

Arne Klyve

Liknende funn fant Grøndalen i Prosjekt eldre og rusbruk i Bydel St. Hanshaugen i Oslo. Målgruppen for prosjektet var mottakere av hjemmetjenester over 67 år som hadde, eller sto i fare for å utvikle nedsatt allmenntilstand eller funksjonsevne som følge av overforbruk av alkohol eller legemidler.

Prosjektet fant at 15,5 % av hjemmetjenestens mottakere over 67 år tilhørte målgruppen, og at oppmerksomheten mot, og kunnskapen om denne gruppen var lav. Det fantes få egnede tilbud til målgruppen, og praktiske og psykologiske barrierer knyttet til arbeidsfeltet eldre og rus var synlig. Prosjektet opplevde at de ansatte fortalte om kunnskapsmangler som gjør det vanskelig å avdekke helseskader ved overforbruk av alkohol og legemidler. De ansatte formidlet liten tro på at intervensjon og rehabilitering ville ha positiv effekt på denne målgruppen. Skepsis, tidspress og frykt for å få nye tidsbelastende rutiner som for eksempel kartleggingsverktøy inn i arbeidshverdagen, var noen av deres bekymringer.

Prosjektet fant etiske barrierer hos de ansatte. Det ble sjeldent snakket om alkohol eller legemidler med brukerne av hjemmetjenesten. Å ta opp alkohol som tema på hjemme-

besøk kunne føles som krenking av de eldre. Noen ansatte uttrykte usikkerhet om hvorvidt de som kommunal tjeneste skulle involvere seg i de Eldres alkohol- og legemiddelforbruk, da dette forbruket etter deres syn er et privat anliggende. Andre barrierer blant de ansatte skyldtes opplevelsen av at temaet er tabubelagt og at de videre antok at brukeren ville reagere negativt på en eventuell påpekning av forbruket deres og ta det som kritikk av valg av levestett.³⁰

Erfaringer fra Danmark:

I Silkeborg kommune i Danmark gjennomføres prosjektet «Alkoholfokus i Ældreindsatsen».³¹ Hensikten med prosjektet er blant annet å tilby hjemmetjenestens ansatte kompetansehevende tiltak slik at de får økte ferdigheter i å snakke med sine brukere om deres forbruk av alkohol og medisiner, og om hvilken innvirkning dette forbruket kan ha på de Eldres helse.

En undersøkelse av kommunens eldre befolkning viser at cirka 10 % av de eldre har et problematisk alkoholforbruk. 90 % av de ansatte har eller har hatt kontakt med en av disse personene, hvorav 13 % daglig kommer i kontakt med denne målgruppen. Undersøkelsen avdekker et stort kompetanseutviklingsbehov blant de ansatte. 11 % av de som arbeidet i kommunens hjemmetjeneste opplevde i startfasen av prosjektet at de hadde for dårlig kompetanse til å håndtere de Eldres alkoholsituasjon, og hele 13 % mente at de slett ikke var i stand til å håndtere dette. Halvparten mente de derimot var i noen grad i stand til å mestre situasjonen. Den store utfordringen for de ansatte var å snakke med de eldre om deres alkohol- og legemiddelbruk hjemme i brukernes egen private sfære. Spillereglene er til en viss grad annerledes når man møter brukeren i deres hjem enn hos for eksempel fastlegen. Prosjektets erfaring ser at det å skape en holdningsendring i hjemmepleien er viktig, slik at eldre og alkoholbruk ikke blir et spørsmål om skyld og skam, men får en helsemessig tilnærming.

Prosjektleder Kudsk Nielsen sier i en artikkel at *i snittfladen mellom de Eldres egne beskrivelser av deres alkoholvaner og medarbeidernes beskrivelser av problematisk alkoholforbruk forventer vi, at*

der befinner sig en gråzone af ældre borgere. En gråzone som består af en gruppe ældre, der har et relativt lille alkoholforbrug, som hverken af medarbejderne eller den ældre selv opfattes som problematisk (i forhold til gjenstandsgrænserne), men kombineret med en svækket sundhedstilstand og et forbrug af sovemedicin samt anden medicin betyder det, at denne gruppe borgere kan betegnes som værende i en risikogruppe.³²

Prosjektet ser at en utfordring for tjenesteapparatet i framtida vil være å kunne kartlegge de eldre som befinner seg i denne gråsonen, og forebygge potensielle skader ved alkohol- og legemiddelbruk.

HVORDAN ØKE KOMPETANSEN I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN?

Hvordan kan pleie- og omsorgstjenestene bli bedre til å finne personene i gråsonen? Hva skal til for at de ansatte bryter barrierene og mestrer den gode samtalen med de eldre? Økt kompetanse hos de ansatte, og bedre utviklet kartleggingsverktøy i arbeidet med eldre og deres alkohol og legemiddelbruk er viktig. I tillegg bør ansatte få mulighet til å reflektere over egne holdninger, fordommer og endringsmotstand i arbeidet med eldre mennesker.

Sykehusene spiller også en viktig rolle overfor eldre. Verdens Helseorganisasjon (WHO), etablerte i 1993 nettverket Health Promoting Hospitals, som i den senere tid er utvidet til å omfatte annen helsetjeneste og endret navn til Health Promoting Hospitals and Health Services, (HPH). Medlemmene i nettverket søker å innarbeide en helsefremmende kultur i sin organisasjon. Nettverket består i dag av 32 nasjonale og regionale nettverk spredt over 30 land.³³

Sekretariatet for Norsk nettverk for helsefremmende arbeid er lokalisert på Senter for helsefremmende arbeid ved Akershus universitetssykehus. Strategiplanen for 2009–2012 har en visjon om bedret folkehelse gjennom forebyggende og helsefremmende aktiviteter. Hensikten er at medlemmene skal innarbeide verdier, strategier og standarder for forebyggende og helsefremmende arbeid på alle nivåer i helsetjenesten.³⁴ Medlemssykehusene arbeider for å fremme forebygging på

alle livsstilsområder, deriblant alkoholforbruk. Forebyggende og helsefremmende arbeid skal nåes ved kunnskapsspreading, bevisstgjøring av ledere, forskningsbasert intervensjon og igangsetting av samhandlingstiltak med fokus på tidlig intervensjon og forebygging.

Helse Stavanger ved Regionalt Kompetansesenter for Rusmiddelforskning i Helse Vest, KORFOR, har fått i oppdrag å påta seg oppgaven Task Force, en styrket innsats innen temaet alkohol og alkoholintervensjon i sykehus. Formålet er å utvikle to internasjonale databaser for temaet: en *erfaringsdatabase* med gode kliniske praksiseksemplere og en *kunnskapsdatabase* med litteratur og forskning på alkoholintervensjon i sykehus.³⁵

Nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS) i Sverige har temagrupper om alkoholforebyggende arbeid. Hensikten med gruppene er å gi de ansatte ved medlemssykehusene mer kunnskap om alkohol og dens fysiske og psykiske effekter på mennesker. I tillegg skal de ansatte få økte ferdigheter i ulike metoder og tilgjengelig verktøy for å identifisere og redusere risikofylt alkoholforbruk. På denne måten søker organisasjonen å oppmuntre de ansatte til å høyne aktivitetsnivået innenfor alkohol og helseforebyggende arbeid.³⁶

Ulike studier og erfaringer fra praksisfeltet tilsier at det finnes mangel på kunnskap, fordommer og kanskje moralsk basert motstand hos ansatte i fagfeltet når det gjelder å avdekke eldres bruk av alkohol og legemidler.

4.2 Kartleggingsverktøy og intervensjoner

For å kunne møte framtidens eldre på en god og faglig ansvarlig måte er det viktig med økt kunnskap om alkohol- og legemiddelbruk. De ansatte i helse- og omsorgstjenestene bør få økt kunnskap om hvordan substansene påvirker hverandre ved samtidig bruk, og hvilken innvirkning dette har på aldringsprosessen. Det er også viktig med kunnskap om hva aldringsprosessen innebærer både fysisk og psykisk. Tidlig identifikasjon av bekymringsfull alkohol- og legemiddelbruk

er avhengig av egnede kartleggingsmetoder og gode intervensjonsmetoder for eldre mennesker og en fokusert oppmerksomhet fra helsepersonell.

Det finnes mange ulike kartleggingsverktøy. Litteraturen som danner grunnlag for denne rapporten nevner kartleggingsverktøyene:

- **AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test.** Ti spørsmål for å identifisere risikofyllt eller skadelig alkoholkonsum. Antall poeng personen oppnår på spørsmålene beskriver hvorvidt personens alkoholbruk er i faresonen:
 - *8-15 poeng:* Gi enkel informasjon om reduksjon av alkoholforbruket slik at det ikke utvikler seg til hasardiøs drikking.
 - *16-19 poeng:* Gi en kort veiledning og fortsett oppfølging av personen.
 - *20 eller mer:* Viser tydelig alkoholavhengighet.

Denne inndelingen benyttes ofte av forskere når de diagnostiserer personens alkoholforbruk.³⁷

- **CAGE:**
 - **Cut-down:** Har du noen gang tenkt at du burde drikke mindre?
 - **Annoyed:** Har du noen gang ergret deg over at andre kritiserer alkoholbruken din?
 - **Guilty:** Har du noen gang hatt skyldfølelse over at andre kritiserer alkoholbruken din?
 - **Eye-opener:** Drikker du av og til neste morgen etter å ha drukket alkohol om kvelden?

Enkel test på 4 spørsmål for å kartlegge alkoholbruk. Et positivt svar viser at personen er i risikogruppe for misbruk. To positive svar viser høy sannsynlighet for at personen er misbruker.³⁸

- **MAST-G: Michigan Alcoholism Screening Test**; der **G-geriatric**, indikerer at det er for eldre mennesker. Testen inneholder 24 spørsmål om alkoholens effekt på personen, drikkevolum og -frekvens og hvilke situasjoner det drikkes i. Dersom personen svarer «ja» på 5 eller flere spørsmål indikerer det et alkoholproblem.³⁹
- **SMAST-G: The Short Michigan Alcoholism Screening Test**, kortversjon av MAST-G med 10 spørsmål.
- **ARPS: Alcohol-Related Problems Survey**. Testen består av fire seksjoner om helseproblem, legemiddelbruk, alkoholforbruk og generelle spørsmål. Alkoholforbruket inndels i overstadig/skadelig forbruk, risikoforbruk og ikke risikofyllt forbruk.⁴⁰
- **Sh ARPS**: kortversjon av ARPS

I følge litteraturen eksisterer det ulik oppfatning av hvilke verktøy som passer best i bruk for eldre mennesker. Hallgren et.al anbefaler kartleggingsverktøyet ARPS og kortversjonen Sh ARPS. Engelske fagfolk har sammenliknet MAST-G, AUDIT, ARPS og ShARPS og funnet at ARPS har noen fordeler i forhold til MAST-G for eldre brukere i omsorgsinstitusjoner. De hevder også at CAGE i første rekke benyttes til å avdekke alkoholavhengighet og at verktøyet er lite sensitivt for å avdekke skadelig drikking.²⁸ ARPS er kartleggingsverktøy som er designet for å kunne identifisere risikofaktoren ved alkoholbruk - spesielt i kombinasjon med legemidler - og i hvilken grad de kan utsette seg selv for, eller forårsake skade.⁶ En studie sammenliknet resultater av nevnte kartleggingsverktøy og fant at majoriteten av de personer som i følge ARPS hadde et risikofyllt eller skadelig alkoholforbruk ikke ble scoret positivt i CAGE, SMAST eller AUDIT. Dette skyldes at ARPS også avdekket brukernes legemiddelbruk, noe som plasserte alkoholbruken deres under risikofyllt eller skadelig forbruk.⁴⁰

Engelske eksperter hevder at kartlegging bør være bruker-

vennlig og ta hensyn til sensitive, kognitive og miljømessige faktorer som blant annet brukerens kulturelle og etniske bakgrunn. De foreslår at alle pasienter over 65 år bør, som en del av en rutinemessig helsesjekk, kartlegges av sin fastlege for rus- og alkoholmisbruk, inklusive kognitiv testing.²⁷

ERFARINGER I BRUK AV KARTLEGGINGSVERKTØY

Hvilken erfaring har praksisfeltet med bruk av kartleggingsverktøy? I hvilken grad benyttes det kartlegging i det hele tatt?

Det danske prosjektet i Silkeborg kommune anvender kartleggingsverktøyet MAST-G i sitt arbeid, da dette kartleggingsverktøyet etter deres erfaring tar spesielt hensyn til eldre menneskers livssituasjon ved blant annet å inkludere spørsmål om tap av kjære og om ensomhet.³² Prosjektet erfarer at dette verktøyet både kan kartlegge omfanget av de eldres alkoholbruk, og danne et utgangspunkt for refleksjon hos den eldre bruker. Denne refleksjonen kan være utgangspunktet for en god dialog mellom den ansatte og brukeren. Prosjektet vurderer MAST-G som mer egnet enn CAGE, da sistnevnte er utviklet for å kartlegge problematisk alkoholbruk hos sosialt utsatte, og at man pga. dette i andre danske undersøkelser har funnet uoverensstemmelser mellom brukerens og den ansattes opplevelse av situasjonen.

Uansett hvilke kartleggingsverktøy som benyttes, nevner flere undersøkelser at de eldre ofte ikke identifiserer seg med de spørsmål og svaralternativer kartleggingen inneholder fordi de ikke reflekterer deres egen oppfattelse av problematikken.

En norsk undersøkelse fant at svært få allmennleger benyttet kartleggingsverktøy for å avdekke pasienters alkoholbruk, mens intervensjon ble mer brukt. Studiet konkluderte med at norske allmennleger ikke nødvendigvis ser en sammenheng mellom å kartlegge potensielle alkoholproblemer og å foreta intervensjoner. Det er viktig å øke kompetansen hos allmennleger, men det vil ikke nødvendigvis føre til at de kartlegger oftere.⁴¹

Tidlig intervensjon er en nasjonal satsning innen rusfeltet i Norge. Helsedirektoratets veileder i tidlig intervensjon sier

at tidlig identifisering avhenger av at personer og fagpersoner som er i kontakt med noen som er i ferd med å utvikle et rusrelatert problem har kunnskap om risikofaktorer og symptomer. Like viktig er det at de har mot til å handle på grunn av bekymring, at de vet hva de skal gjøre og hvem de skal henvende seg til, og at den riktige instansen følger opp den enkelte og eventuelt pårørende som har problemet. Alle som erfarer rusproblemer eller er bekymret for skjevutvikling og/eller begynnende rusrelaterte problemer hos andre, har et ansvar for å gjøre noe med bekymring.⁴²

Helsedirektoratet sier at for å få til tidlig intervensjon, er det viktig for blant annet ansatte i pleie- og omsorgstjenestene å ha tilstrekkelig kunnskap om avdekking, kartlegging og oppfølging av sine brukere.

SAMTALEINTERVENSJON

Den gode samtale er viktig å få til, men ifølge Fleslands informanter er det sjelden tid til en god samtale.¹⁹ Gode relasjoner mellom hjelper, bruker og deres pårørende bidrar til å avdekke problemer, og for å få til den gode samtalen er det viktig med kunnskap om samtaleverktøy. I prosjekt Eldre og Rus ved Bydel St. Hanshaugen ble samtalen gjort til et hovedelement. Prosjektet gjennomførte cirka 80 samtaleintervensjoner, alle av ulik karakter med hensyn til helsetilstand, refleksjonsvilje og -evne hos brukeren. Prosjektets målsetning var at brukeren skulle motta informasjon relatert til helse, ikke rus, og at dette ble formidlet på en respektfull måte.³⁰

Erfaringer fra ulike land tilsier at bruk av Motiverende samtale er godt egnet som korttids-intervensjon blant eldre. Motiverende samtale (Motivational Interview) er en målrettet, klientsentrert samtalemetode utviklet av Miller og Rollnick for å motivere brukeren til atferdsendring, og til å bistå brukeren i endringsprosesser og til å utforske og løse ambivalens.^{6,31}

Blant annet er det i Sverige opprettet et opplæringsprogram rettet mot hjemmetjenesten som tar for seg motiverende samtale og kartlegging av alkoholproblemer blant eldre. Mer om dette i kapittel 4 om Riskbruk av alkohol i STAD.

4.3 Guidelines - anbefalte grenseverdier

Enkelte europeiske land benytter guidelines med anbefalte grenseverdier i antall alkoholenheter for «fornuftig» drikking som antas å være mindre helsefarlig. Hvilken effekt har slike retningslinjer, da det er svært individuelt hvordan alkoholen påvirker den enkelte person? I tillegg responderer eldre helt annerledes på alkohol enn de yngre. Forskere uttrykker skepsis og spør om en grenseverdi også kan ha den negative effekten at personen «drikker opp» til den anbefalte verdien?

Hallgren et. al setter spørsmålstegn ved hvorvidt anbefalte grenseverdier for drikking (guidelines) i tilstrekkelig grad har tatt hensyn til alle ulike faktorer som fører til alkoholrelaterte skader og dødsfall? ⁶ Offentlige retningslinjer med grenseverdier sier ingenting om hvilken effekt alkoholen har på individet. Det som kan være risikofyllt bruk for en person kan være lavrisiko for en annen. Eldre er også mer sensitive for alkohol, og bør ikke ha de samme anbefalte grenseverdier som den yngre del av befolkningen. Hallgren konkluderer med at det på nåværende tidspunkt finnes lite forskning som sier noe om hvilken effekt grenseverdier har hatt på brukers alkoholkonsum og alkoholrelaterte skader. Enkelte land, deriblant Italia, har satt en egen grenseverdi for eldre personer på minimum 1 AE pr. dag for de over 65+.



**ERFARING FRA
PRAKSISFELTET.
ULIKE NORDISKE
PROSJEKTER.**

5 Erfaring fra praksisfeltet. Ulike nordiske prosjekter.

Det finnes noen få intervensjoner rettet mot eldre, alkohol og legemiddelbruk både i Norge og i Norden. Her følger en oversikt og en kort beskrivelse av noen utvalgte prosjekter, masteroppgaver og kompetansehevingsprogrammer.

5.1 Prosjekter

OSLO

Prosjekt Eldre og rusbruk ble gjennomført i Bydel St.Hanshaugen i Oslo i 2009–2010. Målgruppen for prosjektet var mottakere av hjemmetjenester over 67 år som hadde, eller sto i fare for, å utvikle nedsatt allmenntilstand eller funksjonsevne som følge av overforbruk av alkohol eller legemidler. Prosjektet hadde som hensikt å oppnå bedre helse og livskvalitet for målgruppen slik at man på sikt kunne redusere deres behov for ressurskrevende tiltak. En kartlegging av hjemmetjenestens brukere viste at 15,5 % av hjemmetjenestens mottakere over 67 år tilhørte prosjektets målgruppe. Prosjektet erfarte at lite oppmerksomhet var rettet mot denne målgruppen, og at det fantes få egnede tilbud til dem. I tillegg avdekket prosjektet praktiske og psykologiske barrierer i fagfeltet som arbeidet med eldre og rus. Fem personer i målgruppen hadde rene legemiddelrelaterte problemer, 40 personer rene alkoholrelaterte problemer mens fire hadde et blandingsmisbruk. Målgruppen besto av 35 kvinner og 23 menn, og man fant størst alkoholforbruk blant menn og størst problematikk knyttet til legemiddelbruk blant kvinner. 19 personer (32,8 %) hadde betydelige helseskader som følge av alkohol- eller legemiddelmisbruk, hvorav flertallet var menn. Prosjektet interвенerte med skadereduksjon som målsetning for denne gruppen, og med tidlig intervensjon for de resterende 39 personene i målgruppa.

Tap av livsledsager, familie, nettverk og helse var fellestrekk for deltakerne i prosjektet. Kognitive utfordringer som problemer med gjennomføring av daglige gjøremål eller å kunne orientere seg var fellestrekk i målgruppen. Prosjektet fikk inntrykk av at målgruppen hadde et høyt alkoholforbruk som av ulike grunner har økt i takt med alderdommen. De hadde gode erfaringer med samtaleintervensjon med målgruppa, og vektla kompetanseutvikling av hjemmetjenestens ansatte i konsekvenser av alkohol- og legemiddelbruk i eldre alder, tegn og symptomer og rusmisbruk i et helseperspektiv. Det ble også gitt opplæring i Motiverende samtale til samtlige ansatte i hjemmetjenesten.

Bydelen har videreført satsningen på eldre med alkohol og legemiddelrelaterte problemer til et nettverk for eldre og rus i Oslo bestående av bydelene Sagene, Grünerløkka og Gamle Oslo i samarbeid med deres felles sektorsykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus.³⁰

Prosjekt Eldre og rus ble opprettet i 2010 i Bydel Bjerke og er antatt å vare ut 2013. Målsetting for prosjektet er å kartlegge omfanget av hjemmeboende eldre i bydelen over 60 år som har eller står i fare for å utvikle nedsatt allmenntilstand eller funksjonssvikt som følge av rusbruk, og å utvikle samarbeid om de aktuelle brukerne med interne og eksterne instanser. Videre er en av prosjektets målsetninger å bidra til kompetanseheving av sentrale nøkkelpersoner blant ansatte i hjemmebaserte tjenester, samt å utvikle og foreslå alternative arbeidsmetoder og/eller arenaer for brukergruppen. Prosjektet har hittil gjennomført 5 kursdager for ansatte primært i hjemmetjenesten i Bydel Bjerke. Tilbudet har også inkludert andre hjemmetjenester i Oslo. Prosjektleder har veiledet ansatte i å samtale om rus med brukerne og fokusere på rus i deres oppsøkende arbeid.

Prosjektet samarbeider med Inkognitoklinikken og Kompetansesenter rus - Oslo og bygger på erfaringer fra tilsvarende prosjekt i Bydel St.Hanshaugen.

Prosjektet erfarte i sin oppstart blant annet holdninger

som: «*Er dette noe vi skal bry brukerne våre med, skal de ikke få ha noen gleder i livet*». Prosjektets erfaringer så langt er inntrykk av at kursdagene har gitt de ansatte i hjemmetjenesten større innsikt i tematikken og at holdninger som dette endres som følge av mer kunnskap.

MIDT-NORGE

Eldre og skadelige rusmiddelvaner - utfordringer og etiske dilemmaer er et samarbeidsprosjekt mellom Kompetansesenter rus - Midt-Norge og kommunene Fræna, Ålesund, Haram og Herøy. Prosjektperioden strekker seg fra 2010-2012 og er en del av DUGNAD: tverrfaglig samarbeid på rusområdet i kommunene. Målsetningen for prosjektet er at de deltakende kommunene setter temaet eldre og rus på dagsorden, i tillegg til at aktuelle kommunale medarbeidere skal få økt kompetanse om eldre og rus gjennom undervisning og refleksjon over egen praksis. Medarbeiderne skal få trening i å snakke med de involverte parter om tematikken ved hjelp av samtaleverktøy. Det skal også rettes oppmerksomhet mot pårørendes behov.

Innhold i prosjektet er nettverkssamlinger og arbeidsseminarer. Seminarene blir holdt i den enkelte kommune for å ta vare på tverrfagligheten, tilrettelegge for at flere kan delta, og at det skal bli mest mulig praksisnært.⁴³

STAVANGER

Rusreformen har ført til etablering av nye tiltak ved flere norske sykehus. Blant annet har reformen ved Stavanger Universitetssjukehus, SUS, ført til økte forskningsmidler til rus, opplæring av personalgrupper i å oppdage og tilnærme seg rusproblematikken og etablering av rus, psykiatri og somatikk-team (RPS-team).

Prosjekt «Rus & Somatikk» ble av SUS opprettet i 2005 for å øke ansattes kunnskap og engasjement angående identifisering og intervensjon i forhold til pasienter med rusrelaterte problem.

Her er noen sitater som gjenspeiler personalets holdning til pasientgruppen før prosjektstart:

«Det er lite vi kan gjøre for å hjelpe, det nytter ikke, vi har altfor liten tid, har ikke nok kunnskap, det er ikke noe apparat i 1.linjen som kan ta imot dem etter utskriving, rusomsorgen får ta seg av dem, vi har ingen erfaring i å snakke om rus, rusvaner er en privatsak, vi er ofte redd dem, vi kan gi dem god omsorg, et varmt bad og god mat, men utover det har vi ingenting å tilby...»

Strategi for rus og somatikk startet som et prosjekt, men inngår nå som en del av driften. Strategien vil etter hvert bli en del av sykehusets livsstil/helsestrategi som også vil inkludere helserisikofaktorene røyking, overvekt, fysisk inaktivitet og underernæring. Fra oppstart våren 2008, ble først og fremst pasienter med klare rusdiagnoser - alkoholintox, truende delir og alkoholabstinens - henvist til rusvurdering. Etter hvert er det blitt like vanlig at pasienter som har blitt innlagt gjentatte ganger med andre diagnoser som gastrointestinal blødning, kollaps, hodeskader, leverskader, fall, ulykker, angst/depresjon, redusert allmenntilstand, hypertensjon, hjerte/karlidelse, også blir henvist. Personalet på avdelingen har fokus på rus, og samtaler med pasientene om risiko forbundet med bruk av rusmidler før de eventuelt henviser pasienten til vurdering hos ruskonsulent.

Målet med rus og somatikkstrategien er å bedre behandlingskvaliteten i forhold til den lidelse eller skade pasienten er innlagt for, ved å intervensere overfor pasienter ved identifisering av skadelig rusmiddelmissbruk. Ruskonsulentene tilbyr 1-3 samtaler med pasient og eventuelle pårørende. Det vanlige er å ha 1-2 samtaler under innleggelsen og eventuelt tilby én oppfølgingsamtale etter utskriving. I tillegg til økt antall samtaler med ungdom og deres pårørende, har antall personer over 60 år som er henvist til ruskonsulent økt fra 13% - 19% siden oppstart våren 2008. Det er primært uheldig bruk av alkohol som er årsak til sykehusinnleggelse.

Sykehuset er en unik arena for å nå pasienter som man ellers ikke kommer i kontakt med. Oppsummering av data fra rus og somatikkstrategien viser at til tross for omfattende rusrelaterte lidelser og skader hos noen av pasientene som har gjennomført samtale med ruskonsulent, har over halv-

parten av disse ikke vært i kontakt med helsevesenet tidligere vedrørende sine alkoholvaner.

Intervensjon på sykehus er lett tilgjengelig og tidsbesparende. Pasienten får råd om oppfølgende tiltak i hjemkommunen og eventuell henvisning til behandling. Sykehuset kan samarbeide med aktuelle instanser. Tverrfaglig spesialisert behandling, TSB, gjør det nå mulig å få en akutt vurderingsamtale på rusinstitusjon i løpet av noen timer og i enkelte tilfeller kan pasienten overføres direkte fra sykehusavdeling til avrusing.

Tidlig identifisering bidrar til å stanse utvikling av rusproblemer. Hvis man skal lykkes med rusintervensjon i sykehus, ligger styrken i en engasjert personalgruppe som har fokus på rusvaner som medvirkende årsak til pasientens helsetilstand. Pasienter innlagt på sykehus kan være motiverte til å endre sine levevaner fordi deres sykdomshistorie, behandling og prognose kan påvirkes av endring. Dette bør utnyttes systematisk og bli en integrert del av behandling og rehabilitering.

Verdien av de tiltakene som gis i spesialisthelsetjenesten er avhengig av at kommunen følger opp med tjenester og tilpassede tilbud. De kommunale tilbudene er mange, varierte og gode. Ansatte i spesialisthelsetjenesten er ikke alltid kjent med bredden av tilbud i kommunene og benytter derfor i for liten grad muligheten til å henvise pasienter til oppfølgende tiltak i hjemkommunen. I overføring av pasienter mellom 1. og 2. linjetjenesten er pasientens fastlege en viktig samarbeidspartner. Helsepersonell må se seg selv som en del av en behandlingkjede hvor alle aktører er avhengige av å samarbeide.⁴⁴

DANMARK

Alkoholfokus i Ældreindsatsen er et fireårig prosjekt i Silkeborg kommune med prosjektperiode 2009-2013. Hensikten med prosjektet er å kartlegge omfanget av problematisk alkoholforbruk blant eldre tilknyttet hjemmetjenesten og å etablere brukerrettet rådgivning og behandling i samarbeid med kommunenes hjemmetjeneste. I tillegg kartlegges kompetanseutviklingsbehov for hjemmetjenesten i relasjon til økt kunnskap

om alkohol for å kunne i verksette kompetanseutviklende tiltak. Det er opprettet veiledningstilbud for de ansatte. Prosjektet vil også ta høyde for en opplæring av 50 nøkkelpersoner i hjemmetjenesten med undervisning om alkohol, motiverende samtale, hvordan samtale om skadereduksjon og handlingsmuligheter. Prosjektets første fase fant i 2010 at 10 % av hjemmetjenestens brukere over 65 år har alkoholproblemer og at om lag 70 % av hjemmetjenestens ansatte har kontakt med en eller flere brukere med et problematisk alkoholforbruk.^{31,32} Funn fra prosjektet er nærmere omtalt i kapittel 4.

FINLAND

För mycket är alltid för mycket er et avsluttet prosjekt som ble gjennomført i 2005–2008 i regi av Finska Blåbandsförbundet. Målsetningen med prosjektet var å gjøre samfunnet oppmerksom på at eldre mennesker også har et alkoholproblem, og på denne måten starte en folkehelsediskusjon om eldre menneskers misbruksproblem. Ved å alminneliggjøre denne problematikken håpet prosjektet å nå de eldre med et skjult problem slik at de turte å søke hjelp. Hensikten med prosjektet var å forebygge alkoholrelaterte skader hos eldre. Informasjon om skadevirkninger ved alkohol og legemiddelbruk samt kartlegging av omfang var en del av prosjektets målsetninger.

Noen av prosjektets sentrale oppgaver var:

- Opplæring av fagfeltets ansatte i helse- og omsorgstjenesten.
- Informasjonskampanjer og diskusjonsgrupper om forebyggende tiltak.
- Faktainformasjon til fagfeltet om risikofyllt alkoholbruk og skadevirkninger av de eldres helse.
- Produsere relevant forskningskunnskap.
- Få i gang økt samfunnsengasjement og diskusjon om temaet.
- Utvikling av nye behandlings- og rehabiliteringstiltak spesielt for eldre misbrukere.⁴⁵

Prosjektet har bestått av tre delprosjekter som blant annet har kartlagt de erfaringer ansatte i hjemmetjenesten har med eldres problemfylte alkoholbruk. En annen viktig del av prosjektet har vært å utvikle en modell for forebyggende arbeid blant de eldre. Hensikten med denne modellen er å høyne de eldres bevissthet vedrørende skadevirkninger av alkohol- og legemiddelbruk. I tillegg til informasjonsmateriell har prosjektet produsert en video om tematikken for bruk i fagfeltet.

5.2 Kompetansehevingsprogram

SVERIGE

Riskbruk av alkohol er et kostnadsfritt kurstilbud i regi av STAD (STockholm förebygger Alkohol och Droproblem) rettet mot primærhelsetjenestens ansatte. Hensikten med utdanningen er å øke de ansattes kunnskap slik at de på en mer aktiv måte kan avdekke og forebygge risikofylt alkoholbruk. Deltakerne får den grunnleggende kunnskapen og de verktøy som er nødvendig for å kunne stille spørsmål og på en enkelt måte formidle kunnskapen til brukerne. Utdanningen tilbys på tjenestestedene. Svensk forskning viser til at korte samtaler kombinert med kartlegging av alkoholvaner gir svært gode endringsresultater.

Kurset inneholder blant annet følgende:

- Alkoholfakta og epidemiologi
- Alkoholens betydning i vår kultur. Hvorfor drikker vi alkohol og hvorfor kan det være så vanskelig å takke nei?
- Risikobruk - hva innebærer begrepet? Kan man drikke på en sunn måte?
- Kartlegging - hvilke instrumenter er validerende og hvordan kan vi bruke dem?
- Labbprøver - hva sier de og hvordan bruker vi dem i samtalen?
- Narkotika - hva finnes og hvordan virker det?

- Eldre og alkohol - hvordan påvirker alkohol den aldrende kroppen; interaksjon legemiddel og alkohol. Hva er et risikofylt konsum når man blir eldre?
- Ungdom og alkohol - kan man snakke om alkohol med ungdom og hva er hensikten med det?
- Introduksjon til motiverende samtale. Hva er «MI-ånden»? Og hvordan bruker vi den i samtalen? ⁴⁶

5.3 Masteroppgaver

Rusmiddelbruk blant eldre som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester. Om erfaringer og læringsmuligheter blant ansatte i tjenestene, ble skrevet i 2010 av Liv Flesland ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Målet med studien var å kartlegge kompetansebehov relatert til rusmiddelmisbruk hos de ansatte i pleie- og omsorgstjenesten. Informantene hadde mest erfaring med alkohol og medikamentavhengighet blant sine brukere, og lite erfaring med bruk av illegale rusmidler. Flesland formulerte følgende spørsmål for å få svar på dette:

- Hvilken kunnskap har ansatte i pleie- og omsorgstjenestene om rusmiddelspørsmål?
- Hvilke erfaringer har ansatte på sykehjem og i hjemmesykepleien med rusmiddelbrukende tjenestemottakere?
- Hvilke læringsmuligheter har ansatte i pleie- og omsorgstjenestene?

Studien fant blant annet at ansatte innen pleie- og omsorgstjenestene har store utfordringer i arbeidet med eldre pasienter som bruker rusmidler eller som har rusrelaterte skader. Flesland erfarte at de ansattes «tause kunnskap» i liten grad ble formidlet til fellesskapet på arbeidsplassen. Det var liten dynamikk i læringsprosessen og lite rom for tverrfaglig samarbeid med andre aktuelle rustjenester. Informantene uttrykker behov for mer kunnskap om rus og større mulighet til erfaringsutveksling med andre.

Flesland oppsummerer blant annet at viktige fokusområder for videre forskning er en evaluering av ulike nordiske opplæringstiltak for hjemmetjenesten, hvordan disse har fungert og om de er overførbare til Norge. I tillegg nevner hun at forskningen framover bør fokusere mer på omfang og rusmiddelvaner blant eldre på samme måte som det i dag gjøres når det gjelder yngre mennesker.¹⁹ Studien er nærmere omtalt i flere kapitler tidligere i rapporten.

Rusen - eit tilleggsproblem? Ei undersøking om tilsette i kommunal heimeteneste sine erfaringar og praksis ovanfor eldre brukarar som misbrukar rusmiddel ble skrevet av Anne Kristine Kalvatvik ved Høgskulen i Volda i desember 2010 og er en masteroppgave i helse- og sosialfag - meistring og myndiggjering. Kalvatvik så at eldre og rus var et ikke-tema, og ville fokusere på årsaken til dette. Formålet med studien var å beskrive hvilken erfaring og praksis de ansatte i den kommunale hjemmetjenesten hadde omkring dette temaet med eldre brukere på 65+ som misbruker rusmidler. Hva slags kunnskapsgrunnlag har de ansatte for å møte denne brukergruppen, og hvordan forstår og intervensjoner de ansatte i forhold til disse brukerne, er et av spørsmålene som blir stilt i studien.

Studiet fant, i likhet med Fleslands studie, at de ansatte følte seg utrygge og usikre i arbeidet med rusa brukere. De opplevde denne gruppen eldre som en ressurskrevende gruppe. Mangel på tid, retningslinjer, dårlig kunnskap og lite samarbeid preget hverdagen til de ansatte. Tidspress og nye oppgaver på toppen av andre gjøremål bidro til at det var liten tid til overs for faglig arbeid med denne brukergruppen. Organisatorisk var det mangel på retningslinjer om hvem som hadde ansvar for hva med henblikk på brukernes problem. Kunnskapsmangel gjorde at de ansatte følte at de forsømt brukerne og mye av arbeidet de utførte var erfaringsbasert. Informantene hevdet at lang erfaring kompenserte for faglig og teoretisk kunnskap. Rusproblematikken opplevdes av mange ansatte som et tilleggsproblem de egentlig ikke følte ansvar for.

Kalvatsvik fant liten intervensjon i forhold til de eldres rusmisbruk, og det var som oftest rettet mot helsemessige sider ved misbruket. De ansatte følte de utførte «brannslukningsarbeid»:

«En kan ikke snu opp ned på livet til en åttiåring, brukeren må få gleden av å drikke sine siste leveår, ikke sende de på avrusning eller behandling.»

Kalvatsvik konkluderer med at det finnes mye omsorg og lang erfaring blant de ansatte i de kommunale hjemmetjenestene. Tidspress, lite kunnskap om rus og utfordrende brukergrupper bidrar til en utrygg og usikker arbeidshverdag, på tross av at de ansatte føler at de utfører de oppdrag de skal og mestrer utfordringene de møter. Det var gjort lite i forhold til å behandle brukernes rusmisbruk, intervensjonen handlet først og fremst om helsemessige sider ved misbruket. Studiet fikk bekreftet at en del brukere av begge kjønn har tatt med seg sitt eksisterende misbruk inn i alderdommen, mens andre har etablert et misbruk sent i livet. Hjemmetjenestens utfordring blir å forstå og intervensjon, på tross av manglende kunnskap, denne målgruppen og problemomfanget den representerer.

Kalvatsvik oppsummerer med at kompetanseheving, økt fokus på tverrfaglig samarbeid og en holdningsendring hos ansatte i hjemmetjenesten er viktige fokusområder for fremtida. I tillegg mener hun at forskningen bør se mer på konstruktive samarbeidsmetoder i eldreomsorgen, og hvordan kulturelle og sosiale forhold påvirker eldres forbruk av rusmidler.²⁶

5.4 Håndbøker

Our invisible Addicts, First Report of the Older Person's Substance Misuse er en rapport fra Royal College of Psychiatrists i England. Rapporten kan benyttes som en håndbok og inneholder kunnskapsoppsummering, fakta om risikofaktorer, effekter og komplikasjoner ved rusbruk, anbefalinger og kasuseksempler for tjenesteapparatets arbeid med eldre personers misbruksproblematikk. Rapporten inneholder også informasjon om kartleggings- og utredningsverktøy og behandlingsmetoder. Blant annet påpeker rapporten at faglige metoder som kartlegging, utredning av motivasjon til å endre misbruksatferd - i tillegg til å benytte korte intervensjonsmetoder og sosial intervensjon for å forebygge tilbakefall - bør være grunnleggende kunnskap blant helse- og sosialarbeidere.²⁷

“

Kalvatsvik oppsummerer med at kompetanseheving, økt fokus på tverrfaglig samarbeid og en holdningsendring hos ansatte i hjemmetjenesten er viktige fokusområder for framtida.

HVA FORESLÅR FORSKNINGEN?

6 Hva foreslår forskningen?

«Eg synest det var så vanskeleg at eg såg at han var så knytt til, altså han kunne ligge i fosterstilling og holde på ei flaske sprit å vere uttissa og utspydde, og så klart det gjer noko med deg. Og du ser at, tenk at det skal ha sann makt over eit menneske, og tenk at du vert så avhengig av det då, og så det å vite, ja kva gjer du no? Skal han ligge sann, kven skal eg ta kontakt med, kva skal skje? Dette går ikkje lenger, det å begynne å setje i sving, det også, det krevje litt å begynne å organisere om igjen. Og kanskje dette var på ei helgevakt eller seinvakt. Og så har du kanskje ikkje lyst på å ringe til ungene, til pårørande, for dei er no trøtte og slitne av å ha det slik rundt seg, dei har ikkje meir å gi... Så det synest eg, det var slike situasjonar eg grudde meg til» (sitat fra en hjemmesykepleier).²⁶

Hvilken rolle spiller alkoholen i de eldres liv i framtida? Hva vil dette bety for pleie- og omsorgstjenestene, spesialisthelsetjenesten, frivillige tjenester og andre aktører som er i kontakt med eldre mennesker?

Oppsummert ser vi at alkohol er mer tilgjengelig og billigere i dag i hele Europa. Den eldre befolkningen lever lenger, arbeider lengre og har bedre økonomi og inntekt. Å bli gammel kan virke ulikt på mennesker. Noen ser på alderdommen som en tid som byr på stor frihet med nye muligheter og opplevelser som kan nytes med venner og familie. Andre opplever aldringsprosessen som en fase i livet med mange utfordringer som ensomhet etter tap av ektefelle og venner. Det sosiale nettverk reduseres, og depresjoner kan påvirke helsen. Mange eldre utvikler sent i livet hasardiøse drikkevaner som er utløst av endringer i helse og sosial status. Derfor er det viktig å utdanne helsepersonell med tilstrekkelig kunnskap, slik at de er i stand til å kunne identifisere risikofylt alkohol- og legemiddelbruk hos eldre og på denne måten kunne forebygge problemene.

Rapporten fra The Expert Conference i Stockholm⁶ inkluderer blant annet med at EU må forbedre sitt data og rapporteringssystem for å kunne fokusere mer på sammenhengen

mellom trender i alkoholforbruk og alkoholrelaterte skader blant eldre. Eldre menn drikker mye mer alkohol enn kvinner og på en slik måte at det skader både dem selv og omgivelsene. Denne gruppen eldre er overrepresentert i statistikken over alkoholrelaterte sykehusinnleggelses og dødsfall. Men kvinner drikker også mer alkohol enn sine mødres generasjon.

Alkoholrelaterte sykehusinnleggelses har økt blant kvinner de siste årene, særlig i aldersgruppen 60-70 år. Vil dette være en utvikling i Europa de neste årene?

Tidlig identifikasjon og korte intervensjonsprogrammer hos frontpersonell er viktige metoder i arbeidet med eldre som hyppig har kontakt med helse- og omsorgsfeltet. Kunnskapshullene hos helsepersonell må kartlegges og nye opplæringstiltak må utvikles, slik at ansatte i eldeomsorgen tidlig kan identifisere og veilede eldre som viser tegn på problemfylt alkoholbruk.

Sammenhengen mellom alkoholbruk, fallulykker og skader bør utredes.⁶

The Vintage Project konkluderer med at økte priser på alkohol vil ha preventiv virkning på alkoholforbruk blant eldre. Økte priser vil også kunne føre til redusert alkoholavhengighet, alkoholrelaterte dødsfall og forekomst av skrumplever. Prosjektet konkluderer med at man vet for lite om helsemessige, sosiale og økonomiske konsekvenser ved Eldres alkoholforbruk og at det derfor er viktig at dette temaet settes på den europeiske dagsorden framover.²⁰

De hevder at det er mangel på studier av hvilke pedagogiske tilnærminger som vil virke best på eldre mennesker. Selv om advarselmerking har liten effekt, kan det bidra til en generell bevisstgjøring blant folk om at alkohol er en farlig vare. Opplysningskampanjer og intervensjon på arbeidsplassen har liten reduserende effekt på alkoholrelatert skade, men prosjektet foreslår at slike kampanjer bør inngå som informasjon til personer i overgangen til pensjonisttilværelsen. Videre konkluderer The Vintage Project med at sammenliknet med yngre aldersgrupper er det mangel på data som beskriver

alkoholbruk, alkoholrelaterte skader og forebyggende metoder for den eldre aldersgruppen. Den eldre befolkningen må inkluderes i den aktuelle alkoholpolitikken, som bør omfatte tilbud om tidlig intervensjon og behandling av skadelig alkoholbruk rettet mot eldre. For å kunne forebygge framtidens økende alkoholrelaterte problemer blant eldre mennesker er det viktig å rette det politiske fokus på nåværende middelaldrende. Dette vil kunne føre til endring i drikkemønster og reduksjon av alkoholrelaterte sykehusinnleggelses- og -dødsfall, samt forebygge alkoholrelaterte kreftformer. (ibid)



Den eldre befolkningen må inkluderes i den aktuelle alkoholpolitikken.

Kunnskapsoppsummeringen fra Nordiskt center för alcohol och drogforskning konkluderer med at mange undersøkelser viser ulike funn fordi det til nå har vært lite interesse for temaet eldre, alkohol og legemiddelbruk. Det er et problem at forskningen hittil har vist et diffust bilde som gjør det vanskelig å bedømme de Eldres alkoholbruk, da dette har vært et moralsk ladet fenomen og har kommet i skyggen i alkoholforskningen. Utredningen viser at de nordiske landene har behov for mer informasjon om alkoholkonsumets utvikling og endringene i samfunnets aldersstrukturer. De nevner sentrale aspekter som den økende andelen eldre i befolkningen, endringene i aldersfasene, det pågående generasjonsskiftet, kulturelle forandringer og fremfor alt eldrepolitikkens policy og dens følger for den eldre befolkningens liv og hverdag.²

Ahlström påpeker i sin kunnskapsoppsummering at det i framtida bør ses nærmere på Eldres bruk av rus- og legemidler. Vi trenger å vite hvorvidt og på hvilken måte eldre tilpasser sin alkoholbruk til sin helsestatus. Han spør: Hvorfor er ikke likheten mellom stressfaktorer og alkoholbruk lik hos menn og kvinner? Og hva er de best egnede metoder i korttidsintervenering når det gjelder eldre og alkohol?²⁵

**ER GAMLE
VANER VONDE
Å VENDE? EN
OPPSUMMERING**

7 Er gamle vaner vonde å vende? En oppsummering

Eldre lever lengre og rapporterer bedre helse og funksjon enn tidligere generasjoner. De med høyere utdanning lever lengst. De eldre har et annet drikkemønster enn generasjonene før dem. Deres alkoholforbruk er et underrapportert og lite utforsket tema både innenfor EU og Norden. Det har skjedd en økning i Eldres alkoholbruk de siste årene, og færre er totalavholdende. Men det er ingenting som tyder på at denne befolkningsgruppen vil ha en markant økning i sin alkoholbruk, og de skiller seg heller ikke ut fra den øvrige befolkningen vedrørende storkonsum.² Men vi ser at alkoholrelaterte dødsfall blant eldre stiger. Og at aldersrelaterte fysiske, psykiske og sosiale endringer øker de Eldres sårbarhet for de negative virkningene av alkohol.

Overgangen til pensjonisttilværelsen betyr at daglige rammer og rutiner fra arbeidslivet forsvinner. Denne omstillingen kan for noen by på store utfordringer. Disse rammene kan ha hatt en beskyttende effekt for personer som tidligere har hatt et problemfylt alkoholforbruk. Kan den nye tilværelsen føre til tilbakefall for denne gruppen eldre?

Forskning viser at eldre med et nettverk av alkoholpositive venner, med høyere utdanning, god økonomi og som bruker alkohol for å slappe av, har en større risiko for å utvikle et alkoholproblem.

Det er flere storforbrukere av alkohol blant menn enn ved tidligere kohort. Kvinner øker sin alkoholbruk i eldre alder, særlig vinforbruk.

Å drikke alkohol vil for mange gamle, som for yngre mennesker, forbindes med positive hendelser og avslapning. Eldre drikker like hyppig som yngre mennesker, men vi ser at mengden alkohol avtar med stigende alder.

Forskning viser at det finnes mange eldre med et risikofyllt alkoholforbruk. Med tanke på at de som snart går over i pensjonisttilværelsen har et høyere alkoholforbruk enn dagens pensjonister, er det grunn til å tro at antall risikokonsumenter vil øke i framtida. Mange av disse vil ta med seg sine drikkevaner og sin livsstil inn i pensjonisttilværelsen. En mulig konsekvens av dette vil være en økt andel risikokonsumenter og flere alkoholrelaterte skader. Dette vil igjen medføre nye utfordringer for pleie- og omsorgstjenestene.



Erfaring fra forskning og praksis viser også at korte intervensjoner og samtaleteknikk som for eksempel motiverende samtale, er nyttige verktøy i arbeidet med eldre mennesker.

Kunnskapshull, tidspress, negative holdninger og fordommer mot eldre er også en utfordring i pleie- og omsorgstjenestene. Det er derfor viktig med økt bevissthet blant fagpersonell om hvilken innvirkning alkohol- og legemiddelbruk har på hverandre. Tidlig intervensjon, gode kartleggingskunnskaper og økt gerontologisk forståelse er også sentralt. Et økt antall eldre med alkoholproblemer vil bety en økt utfordring for hjemmesykepleien, hjemmetjenestene og de andre som yter tjenester til eldre mennesker. De kan møte problemer som tidligere var skjult.

Erfaring fra forskning og praksis viser også at korte intervensjoner og samtaleteknikk som for eksempel motiverende samtale, er nyttige verktøy i arbeidet med eldre mennesker. Økt kunnskap om dette er viktig for fagfeltet.

Enkel og brukervennlig informasjon som for eksempel brosjyremateriell bør utvikles til den eldre befolkningen. Temahefter og håndbøker kan bidra til kunnskapsheving på praksisfeltet.

Som Kudsk Nielsen nevnte fra Silkeborg kommune finnes det en gråsoner der ute av eldre mennesker med et lite alkoholforbruk. Men ingen, verken de ansatte i hjemmetjenesten eller den eldre selv, anser dette alkoholforbruket som problematisk. Denne personen spiser mest sannsynlig flere legemidler i tillegg til å nyte alkohol. Hva dette samtidige forbruket innebærer av risiko for de Eldres helse er en tematikk som tjenesteapparatet og fagfeltet bør kjenne bedre til i framtida, og det bør utvikles en strategi for hvordan de skal møte dette. Det er personene i gråsonen vi må være i stand til å oppdage, intervensjon og rette den framtidige innsats mot.

Det er ingen ting foreløpig som skulle tilsi at de Eldres alkoholbruk vil ha en markant og risikofylt økning i framtida, men flere eldre enn tidligere vil nyte alkohol som en del av hverdagen i pensjonisttilværelsen. De vil i tillegg ha et forbruk av legemidler. Erfaringer fra praksisfeltet har vist oss at kanskje alkoholbruket blant eldre er et noe moralsk ladet fenomen.

SAMMENDRAG

8 SAMMENDRAG

Eldrebefolkningen øker. I Norge vil hver 5. nordmann om et par tiår være over 65 år, og antallet ventes å stige til hver 4. nordmann i 2050. Økningen skyldes forlenget levealder og lavere fødselstall. Barna født rett etter 2. verdenskrig benevnes som født under en «babyboom», og er nå blitt pensjonister.

De har et annet levesett enn tidligere generasjoner, og har et mer alkoholpositivt syn enn for eksempel sine foreldre. Det er grunn til å tro at antall risikokonsumenter vil øke blant den eldre befolkningen i framtida.

Sammenliknet med yngre mennesker er det mangel på data som beskriver Eldres alkoholbruk, alkoholrelaterte skader og hvilke effektive forebyggende tiltak som best egner seg for eldre mennesker over 65 år.

Alkohol er i dag mer tilgjengelig enn tidligere. De eldre har bedre økonomi, arbeider og lever lenger enn for noen tiår tilbake. Pensjonisttilværelsen vil for mange være en overgang til mer frihet, fritid og rekreasjon med muligheter for reiser og tid med venner og familie. Den vil også for mange bety et tap av rutiner i hverdagen, sosial isolasjon og ensomhet.

Det norske drikkekonsumet er etter 1969 nesten doblet. I dag er færre eldre avholdende enn på 80-tallet, mens flere eldre over 65 år oftere drikker ukentlig enn på slutten av 90-tallet. Forbruket reduseres med alderen, men det drikkes også alkohol blant de eldste i alderen 80–84 år. Flere kvinner slutter å drikke enn menn, særlig etter fylte 80 år.

Norske undersøkelser viser størst økning i forbruk blant middelaldrende kvinner og menn over 50 år, som nesten har doblet sin alkoholbruk de siste tiårene. Kvinner i alderen 50–70 år drikker mer enn kvinner i 30–40 års alderen, og vinforbruket øker. 6 % av menn over 70 år antas å ha et problematisk alkoholbruk. Alkoholkonsum og hyppighet av alkoholinntak øker med

høyere utdanning og inntekt, men likevel er det de med lavere utdanning og inntekt som oftest utvikler alkoholavhengighet.

Personer over 65 år står for det høyeste forbruket av både reseptfrie og reseptpliktige legemidler. Eldre over 70 år bruker mange ulike typer legemidler. Spesielt benytter mange kvinner psykoaktive midler som i stor grad påvirker helsen ved samtidig bruk av alkohol.

Tilsynelatende uskyldige ikke-reseptbelagte medikamenter kan i sammenheng med alkohol få en sterkere sedativ effekt, og øke risikoen for ulykker og skader både i hjemmet og i trafikken.

Alkohol påvirker over 60 ulike helsemessige tilstander, og bidrar i tillegg til skader, fall og andre ulykker forårsaket av blant annet dårlig balanse. Antall alkoholrelaterte dødsfall i Norge var i 2008 fire ganger høyere hos menn enn kvinner og dødsfallene var høyest utbredt hos menn i alderen 60-74 år, og hos kvinner i alderen 55-64 år.

Norske undersøkelser viser en høy forekomst av alkohol og andre psykoaktive substanser hos eldre pasienter som er innlagt på sykehus med akutte skader. Omtrent hver 3. eldre hjemmeboende faller minst en gang årlig. Nedsatt bevegelighet, dårligere syn, flere kroniske lidelser og bruk av flere legemidler er viktige risikofaktorer spesielt for eldre over 80 år, i tillegg til eventuell alkoholbruk.

Eldre kvinner i dag drikker mer enn sine forgjengere. Kvinner med moderat alkoholforbruk reduserer bruken med alderen, mens antallet kvinner med et stort alkoholforbruk er stabilt.

Menn viser en motsatt tendens, de drikker jevnlig moderat, men antall stordrikkere avtar med alderen.

Svenske undersøkelser viser at antall totalavholdende stiger med alderen. Flest ikke-drikkere finnes blant eldre kvinner, mens det ser ut til at menn, spesielt over 80 år, drikker mer enn kvinner. Eldre kvinner som lever med et risikofyllt alkoholkonsum har også en tendens til risikofylte levevaner som daglig røyking eller snusing, inntak av sove- eller beroligende midler og fysisk inaktivitet. Flere eldre kvinner over 75 år er involvert i ulykker.

“ Alkoholbruk hos eldre skjules ofte av symptomer på annen sykdom, eller av skader og plager blant annet fra fallulykker, søvnløshet, kognitiv svikt etc.

Eldre, ensomme menn med et lite sosialt nettverk kan ha en større risiko for å utvikle et alkoholproblem enn eldre kvinner. Eldre, ensomme kvinner har høyere risiko for å utvikle problemer relatert til misbruk av legemidler. Engelske funn viser at risikoen for avhengighet hos kvinner øker blant enker, hos kvinner med lav utdanning, lav inntekt, dårlig helse og lite eller manglende sosialt nettverk.

Problematiske alkoholbruk blant eldre omtales ofte som et skjult eller ikke-eksisterende problem. Mange eldre unngår å snakke om sitt alkoholproblem på grunn av skam og skyldfølelse, eller på grunn av for liten kunnskap om hvilken risiko samtidig bruk av alkohol og legemidler kan medføre. Alkoholbruk hos eldre skjules ofte av symptomer på annen sykdom, eller av skader og plager blant annet fra fallulykker, søvnløshet, kognitiv svikt etc.

Erfaringer fra praksisfeltet viser at hjelpeapparatet kan være unnnvikende når det gjelder å spørre eldre om deres alkoholvaner og legemiddelbruk. Undersøkelser viser kunnskaps-hull og tabubelagte holdninger hos ansatte i pleie- og omsorgsfeltet angående de eldres sensitivitet for virkningen av alkohol og vanedannende legemidler. Lite formell kunnskap om alkohol og legemiddelbruk hos eldre gjør det vanskelig for tjenesteapparatet å avdekke helseskader ved overforbruk av alkohol og legemidler. Skepsis, tidspress og frykt for merarbeid i en stram arbeidsdag med mange rutiner er noe av de ansattes bekymringer i pleie- omsorgstjenestene.

Gode relasjoner, økt og mer bevisst bruk av kartleggingsverktøy og korte intervensjoner basert på Motiverende samtaleteknikk ser ut til å ha en egnet effekt i arbeidet med eldre i alle tjenestetilbud. Fastlegene bør bli mer aktive i bruken av kartlegging av sine eldre pasienter og kjenne til konsekvensene av samtidig bruk av alkohol og legemidler.

Europeiske eksperter hevder at det i framtida må satses mer på forskning som beskriver de eldres alkoholbruk, alkoholrelaterte skader, aldersstrukturelle endringer og hvilke forebyggende metoder som er egnet for å møte denne delen av befolkningen. De eldres alkoholbruk har vært et moralsk ladet fenomen som har kommet i skyggen av annen alkoholforskning. Vi trenger å vite mer om hvorvidt og på hvilken måte de eldre tilpasser sin alkoholbruk til sin helsestatus.

En sentral framtidig oppgave vil være å finne hvilke strategier fagfelt og tjenesteapparat bør benytte seg av for mest effektivt å kunne fange opp de hjemmeboende eldre som drikker alkohol og har et stort forbruk av legemidler. De eldres alkoholbruk må komme på den politiske agendaen, og de eldres helse må i framtida inkluderes i det nasjonale og kommunale planverket.

REFERANSER

¹ **Folkehelseinstituttet:** *Helsetilstanden i Norge: Eldre - andelen eldre over 65 år i befolkningen.* Elektronisk publisering 5.8.2011

Legemiddelbruk, elektronisk publisert 27.08.08, oppdatert 4.7.11

Eldres helse 65 år og oppover; elektronisk publisert, oppdatert 1.7.2011

² **Jyrkämä, Jyrki & Haapamäki, Laura:** *Åldrande och alkohol, nordisk forskning och diskussion,* NAD publikasjon 52, 2008, Nordiskt center för alcohol och drogforskning, Helsingfors, Finland NAD 52/: Willberg & Valtonen 2007, 42

³ **Ahlström, Salme & Mäkelä, Pia et al:** *Alkoholen och äldre i Finland,* NAT 5/09, 427-438, Nordisk alkohol och narkotikatidskrift Vol. 26. 2009-5

⁴ **Aubert, I et al:** *Medisinalmelding 2010,* Fylkesmannen Oslo og Akershus, Helse-avdelingen, Helsetilsynet i O&A s. 13

⁵ **Frøyland, Kjetil:** *Arbeidsliv og rus. Kunnskapsstatus anno 2005.* Arbeidsforsknings-instituttet AS; Oslo, april 2005

⁶ **Hallgren Mats, Högberg Pia, Andréasson Sven:** *Alcohol consumption among elderly European Union citizens. Health effects, consumption trends and related issues.* Expert Conference on Alcohol and Health, September 2009, Sweden

⁷ **Hoverak Øyvind, Bye, Elin K:** *Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973-2004.,* SIRUS rapport 2/2007, Oslo 2007

⁸ **Edland-Gryt, Marit et. al.:** *Rusmidler i Norge 2010,* statistikk, SIRUS s. 17-40, 76-77, 108-114

⁹ **Lunde, L-H:** *Skadelig bruk av rusmidler hos eldre - et ikke-tema i fagmiljøene?* Kronikk, Demens&Alderspsykiatri vol 14. nr. 3. 2010

¹⁰ **Lindèn-Boström & Persson, C. & Berglund, M.:** *Riskfylld alkoholkonsumtion bland äldre - Resultat från en svensk befolkningsundersökning*, NAT 5/09, 399-416, Nordisk alkohol och narkotikatidskrift Vol. 26. 2009-5

¹¹ **Krokstad, S; Knudtsen Skjei M.:** *Folkehelse i endring*. Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag, HUNT 1 (1984-86) HUNT 2 (1995-97) HUNT 3 (2006-08). HUNT forskningscenter, 2011

¹² **Grønholt, Else-Karin red:** *Folkehelse rapport 2010*. Helsetilstanden i Norge. Rapport 2010:2. Folkehelseinstituttet, Oslo

¹³ **IAS Fact Sheet:** *Alcohol & the elderly*; Institute of Alcohol Studies; UK, 2009;1-6

¹⁴ **Dar, Karim:** *Alcohol use disorders in elderly people: fact or fiction?* *Advances in Psychiatric Treatment* (2006), vol. 12, 173-181

¹⁵ **Berglund, Mats:** *Alkohol och äldre Underlagsrapport til Missbruksutredningen*. 2011

¹⁶ **Gjerde Hallvard et al:** *TEST - for trafikksikkerheit og helse. Bruk av rusmiddel og legemiddel med ruspotensiale blant førarar i normal trafikk*, 2008:3: 17-26

¹⁷ **EMCDDA:** *Stoffbruk blant eldre voksne; et oversett problem*. Fokus på narkotika, I utg. 2008

¹⁸ **Scafato, E:** *Vintage: Collection of good practice for prevention of alcohol-related harm in the elderly in the EU*. PP presentasjon, EU CNAPA, mini-seminar on alcohol and elderly, Luxemburg 2010

¹⁹ **Flesland, Liv:** *Rusmiddelbruk blant eldre som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester. Om erfaringer og læringsmuligheter blant ansatte i tjenestene*, Høgskulen i Sogn og Fjordane, september 2010

²⁰ **Anderson Peter & Scafato, Emanuele:** *Alcohol and older people: a public health perspective.* Vintage Project Report, Italy, Nov. 2010

²¹ **Sulander, Tommi:** *Allt fler äldre tackar ja till alkohol*, NAT 5/09, 417-426, Nordisk alkohol och narkotikatidskrift Vol. 26. 2009-5

²² **Strandberg, Timo et.al:** *Alcohol Beverage Preference, 29-Year Mortality, and Quality of Life in Men in Old Age*, The Journals of Gerontology, Feb 2007; 62A, ProQuest Medical Library

²³ **Olofsson, Elisabet & Johansson, Anna-Karin et.al.:** *Äldres hälsa.* Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010, Statens folkhälsoinstitut, Östersund 2011, Sverige

²⁴ **Bogstrand S.T. et.el.:** *Prevalence of alcohol and other substances of abuse among injured patients in a Norwegian emergency department.* *Drug and Alcohol Depend.* (2011), doi:10.1016/j.drug-alcdep.2011.01.007

²⁵ **Ahlström, Salme:** *Alcohol use and problems among older women and men: A review.* Nordic studies on alcohol and drugs vol. 25/2008-2. s. 154-161

²⁶ **Kalvatsvik, A.K:** *Rusen- eit tilleggsproblem? Ei undersøking om tilsette i kommunal heimeteneste sine erfaringar og praksis ovanfor eldre brukarar som misbrukar rusmiddel.* Masteroppgåve i helse- og sosialfag, meistring og myndiggjering. Høgskulen i Volda, desember 2010

²⁷ **Royal College of Psychiatrists:** *Our invisible addicts. First Report of the Older Person's Substance Misuse.* College Report CR 165, June 2011, London

²⁸ **Hallgren, Mats & Högberg, Pi:** *Alcohol consumption and harm among elderly Europeans: falling between the cracks.* European Journal of Public Health, Vol 20, No. 6, s. 616-618, 2010

- ²⁹ **Nordens Välfärdscenter:** *Fokus på äldre och alkohol.* Temahefte. Evy Gunnarsson: Hemtjänsten behöver stöd och kunskap; s. 46-47, Stockholm 2010
- ³⁰ **Grøndalen, Einar:** *Prosjekt eldre og rusbruk, 2009-2010,* prosjektrapport, Velferds- og helseavd. Bydel St. Hanshaugen, mars 2011, Oslo
- ³¹ **Kudsk Nielsen, Christina:** *Evaluering og status på projekt: «Ældrefokus i Ældreindsatsen»,* Rusmiddelcenter, Silkeborg, juli 2010, Danmark
- ³² **Kudsk Nielsen, Christina:** *Seniorer. Et forsøg på «fredelig» sameksistens mellom alderdom, alkohol og medicin.* Artikkel i Stof 14, 2009/2010, Danmark
- ³³ http://www.ahus.no/stream_file.asp?iEntityId=25329
- ³⁴ http://www.ahus.no/stream_file.asp?iEntityId=18822
- ³⁵ <http://www.helse-stavanger.no/omoss/avdelinger/regionalt-kompetansesenter-for-rusmiddelforskning/Sider/task-force.aspx?blankMaster=true>
- ³⁶ <http://www.natverket-hfs.se/>
- ³⁷ **Babor T et.al.:** *AUDIT. The alcohol Use Disorders Identification Test, Guidelines for Use in Primary Care.* Second Edition, World Health Organization, 2001
- ³⁸ www.helsebiblioteket.no
- ³⁹ www.alcoholrehab-program.com
- ⁴⁰ **Fink A. et. al:** *Comparing the alcohol-related problems survey (ARPS) to traditional alcohol screening measures in elderly outpatients.* Arch Gerontol Geriatr. 2002 Feb;34 (1):55-78

⁴¹ **Nygaard P. Lund, KE et.al:** *Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practitioners.* Alcohol & Alcoholism, Vol 45, No.2, pp 207-212, 2010. Advance Access Publication 25 January 2010

⁴² **Bäcklund Solvor, et.al:** *Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet.* 03/2010, s.9, Helsedirektoratet, Oslo

⁴³ <http://www.rus-midt.no/no/Om-oss/Avdelinger/Kompetansesenter-rus/>

⁴⁴ **Dette innlegget er skrevet av Åse Christiansen,** ruskonsulent og klinisk spesialist i psyk. sykepleie ved Stavanger Universitetssykehus

⁴⁵ www.tippavaara.info

⁴⁶ <http://www.stad.org/utbildningar/primarvard/>

TILLEGGSLITTERATUR

Abrahamson, Maria; *Äldres värderingar och ideal i skrivaruppropet «Alkoholen i mitt liv»*, NAT 5/09, 439-459, Nordisk alkohol och narkotikatidskrift Vol. 26, 2009-5

Amundsen, Ellen red.: *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang*. SIRUS-rapport 4/2010, Oslo

Anderson, Peter & Baumberg, Ben: *Alcohol in Europe, a public health perspective*. A report for the European Commission, Institute of Alcohol Studies, UK, June 2006

Anderson, Peter: *Older peopole and the health impact of alcohol*. Pp presentasjon. September 2010, Luxembourg

Du,Y.; Scheidt-Nave, C; Knopf H.: *Use of Psychotropic Drugs and Alcohol among Non-Institutionalised Elderly Adults in Germany* ; Pharmacopsychiarty 2008;41:242-251

Färggren, R. Therese & Wilson, Gary: *Healthy Ageing in Europe - lessons learnt and ways forward*, Statens Folkhälsoinstitut, Östersund 2009

Graven, Andrea R.: *Noen glass kan gi enda eldre årgang*. Forskning.no, 26. juli 2006

Grøndalen, Einar: *Eldre, alkohol og legemidler - erfaringer fra et prosjekt i Oslo*. Rusfag 1, 2011

Hallgren, Mats; Högberg, Pi; Andreasson, Sven; Nilsson-Kelly, Karin: *Alcohol consumption among elderly European Union citizens; recent trends in consumption and harm*. PP presentasjon, 2009

Helsedirektoratet:

Alkohol i kroppen, www.helsedirektoratet.no

Alkohol og legemidler, www.helsedirektoratet.no

Jenkins Rahrig, Kristi; Zucker, A. Robert; *The Prospective Relationship Between Binge Drinking and Physician Visits*

Among Older Adults, Journal of Aging and Health, 2010– 22

Kalavsky, E: *Moderate alcohol consumption may improve mental capacity in elderly*. Neuroendocrinology Letters, Volume 27, Suppl. 4, Bratislava, 2007

Knutheim, Terje: «Det går ikke an å lære gamle hunder å sitte?» – om alkoholbruk hos eldre. Rusfag 1, 2011

Lunde, Linn-Heidi; *Vil kartlegge eldre med dobbeltdiagnose*; artikkel www.dobbeltdiagnose.no, 2010

Mathews, Sarah & Oslin, David V.: *Alcohol Misuse Among the Elderly: An Opportunity for Prevention*, Am J Psychiatry 166:10, October 2009, s. 1093-1095

Ramstedt, Mats: *Alkoholkonsumtion och alkoholrelaterade problem bland äldre svenskar - hur ser det egentligen?* NAT 5/09, 385-397, Nordisk alkohol och narkotikatidskrift Vol. 26. 2009-5

Sælør Knut Tore; Biong, Stian: *Endringer i sykepleierens arbeid etter rusreformen*. Forskning nr. 2, 2011; 6: 170-176 doi: 104220/sykepleienf.2011.10103

Scafato, Emauele: *VINTAGE project: best practices for prevention of alcohol-related harm in the elderly in the EU. Alcohol expert meeting*, Pp presentasjon, 2009, Stockholm

Storvoll, Elisabet et.al.: *Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk*, SIRUS-rapport 3/2010

Szebehely, Marta (red): *Åldreomsorgsforskning i Norden. En kunnskapsöversikt*. TemaNord 2005:508, Nordiske ministerrådet, København 2005

Watts Malcolm: *Incidences of excess alcohol consumption in the older person*. *Nursing older people*; Jan 2007;18,12; ProQuest Medical Library pg. 27

