



# Eldre og alkohol

## Gammel årgang, nye vaner

**ACTIS-NOTAT 1:2017**  
**OPPDATERT AUGUST 2018**

**actis**  
RUSFELTETS SAMARBEIDSGRAN

# Innhold

<b>Innledning</b>	3
<b>Kunnskap om eldre og alkohol</b>	4
Alkoholbruken blant eldre stiger	4
Økningen i forbruk størst hos kvinner	6
Flere har problemer med drikking	7
Risikofaktorer for alkoholproblemer	9
Hvorfor drikker godt voksne og eldre mer?	10
Hvordan påvirker alkohol helsen til godt voksne og eldre?	12
Skader for tredjepart og samfunn	12
Alkohol og psykisk helse	13
Ulykker og personskader	14
Legemidler og alkohol	14
Ingen forskjell i alkoholbruk	15
Hvordan oppdages alkoholproblemer hos eldre?	16
Fastlegen	16
Helse- og omsorgstjenesten i kommunen	16
Spesialisthelsetjenesten	17
Får eldre med rusproblemer den hjelpen de har krav på?	18
Hva motiverer helsepersonell til å snakke om alkohol?	18
<b>Erfaringer med Eldres alkoholproblemer</b>	19
Hvor mange ansatte møter eldre med problematisk alkoholkonsum?	20
Hvordan påvirker brukere med alkoholproblem arbeidet til ansatte?	21
Seks av ti har rutiner for varsling	21
Alkoholrelaterte ulykker og personskader	21
Samtalen om alkohol	22
Hvorfor droppes samtalen?	22
Hva inneholdt samtalen?	23
Hva er årsaken til brukers høye alkoholkonsum?	24
Behov for kompetanse	25
Tiltak for å forebygge	25
Viktige holdninger	26
<b>Actis mener: Eldres alkoholbruk er et folkehelseproblem</b>	28
Alkohol + legemidler = usant	28
Alkohol på dagorden	29
Våre anbefalinger	29
<b>Ressurser</b>	30
<b>Litteraturliste</b>	32

# Innledning

Eldre i Norge drikker mer i dag enn de gjorde noen tiår tilbake. Det er færre avholdne i denne aldersgruppen, og godt voksne og eldre drikker oftere alkohol sammenlignet med før. Både menn og kvinner doblet sitt alkoholinntak i fra 1995-97 til 2006-08, ifølge tall fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag.

Vi har for lite kunnskap om bruk av alkohol blant eldre, særlig om utviklingen siden 2008. Dette er viktig å få på plass. Andelen eldre i befolkningen vil øke i årene fremover, og en aldrende befolkning kan føre til at vi i fremtiden får flere eldre med alkoholproblemer.

De som har vært lenge i livet, fortjener å nyte dagene. Men økt alkoholbruk kan være med på å redusere nettopp den livskvaliteten de søker. Når alkoholbruken øker, får også flere problemer. Forskning på feltet viser at vi har fått flere eldre med problematisk alkoholbruk og at vi kan vente en videre økning i takt med at det blir flere eldre.

Eldre kropp er tåler alkohol dårligere, men dette er det få som vet. Det bidrar til sykdom og skader og økte helseutgifter. Man regner med at en dobling av alkoholforbruket hos eldre fører til en firedobling av skadeomfanget (Mobæk og Nesvåg 2015:85). Derfor er det viktig å forebygge.

Mange av de tingene vi forbinder med alderdom, som trøtthet, glemsomhet og dårlig balanse, forsterkes av alkoholbruk. Mange eldre har også et høyt medikamentforbruk. Hver femte 70-åring bruker mer enn ti reseptbelagte legemidler, og det er ingen

forskjell på medikamentbruk hos de med et høyt eller et problematisk alkoholbruk versus de med lavt forbruk.

Beroligende, angstdempende og sove-medisiner er mye brukte medikamenter blant eldre. Dette er medisiner som virker på hjernen. Den vanligste virkningen er at alkohol og medisiner forsterker hverandre slik at man blir mer sløv, mer trett, får dårligere konsentrasjon og hukommelse, og blir mer ustø til bens. I tillegg forsterker noen av de hyppigst brukte medisinene alkoholens rusvirkning og kan føre til avhengighet.

Det er for lite kunnskap om alkoholbruk blant eldre og konsekvensene det får. Leger spør ikke, og familier kvier seg for å ta det opp. Alkoholvaner er altfor sjeldent tema på sykehjemmet og i hjemmesykepleien. Det viser også undersøkelsen blant ansatte i eldreomsorgen, som blir presentert i denne rapporten.

Ved at vi ikke snakker om problemene, og for få har kunnskap om hvordan alkohol påvirker i alderdommen, risikerer vi at eldre ikke får den helsen og den helsehjelpen de kunne, og skulle, hatt.

Denne rapporten er Actis sitt bidrag til å sette temaet på dagsorden. Ikke for å ta fra eldre kos og hygge, men for å bidra til god helse og en trygg alderdom.

Oslo, august 2018

Actis - Rusfeltets samarbeidsorgan

# Kunnskap om eldre og alkohol

## Alkoholbruken blant eldre stiger

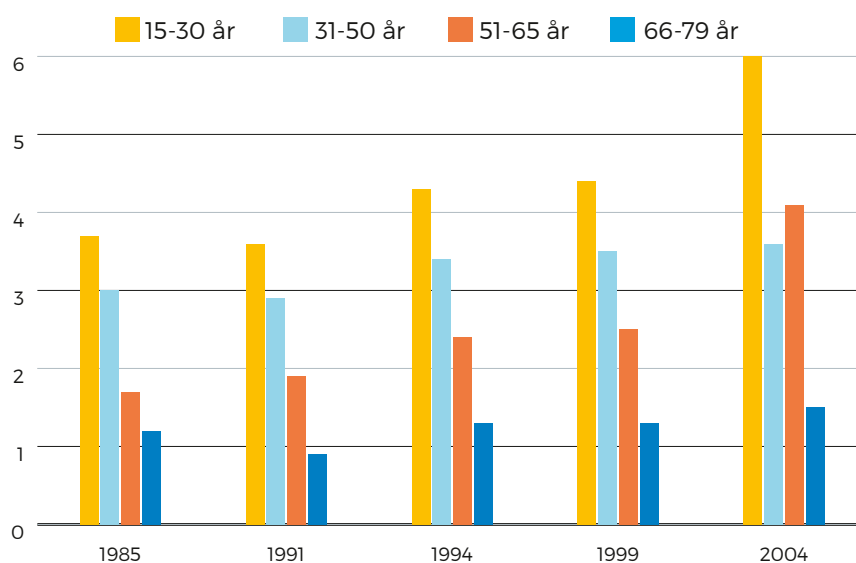
«Alkoholbruken har økt betydelig de siste 20 årene.»

En av hovedutfordringene vi står overfor i årene som kommer, er en økende eldre befolkning med omsorgsbehov. At årene som legges til livet er gode og funksjonsfriske år, er viktig for livskvaliteten for den enkelte. Men det er også viktig for samfunnet: At eldre har helse til å stå i jobb lenge og til å bo hjemme lenge, en viktig forutsetning for å forhindre vekst i kostnadene (Rattsø 2016).

Alkohol påvirker helsen. Alkohol- og rusbruk er rangert som den femte største årsaken til helsetapsjusterte leveår (DALY), kun overgått av usunt kosthold, høyt blodtrykk, røyking og fedme (Knudsen 2013). Befolkningen i Norge har lavt forbruk av alkohol sammenlignet med de fleste andre land i Europa (Skretting, Bye, Vedøy og Lund 2015). Likevel har alkoholbruken økt betydelig de siste 20 årene, fra rundt 5 liter ren alkohol, til litt under 7 liter ren alkohol per person over 15 år. Alkoholkonsumet toppet seg i 2008, og har deretter gått noe ned (Skretting, Bye, Vedøy og Lund 2017). Økningen var størst i aldersgruppen mellom 50 og 70 år, særlig blant høyt utdannede kvinner (Lunde 2017).

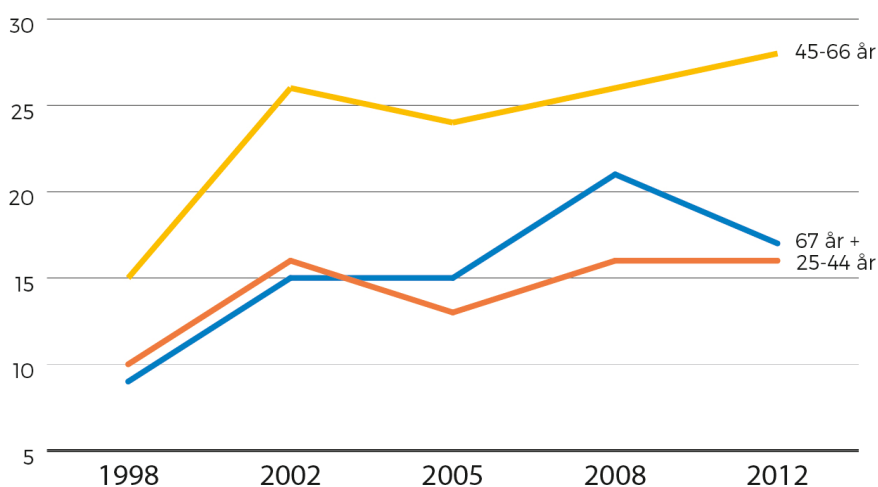
Man regner med at tall for selvrapportert bruk oftest ligger rundt 40 prosent under den registrerte omsetningen (Bye et. al 2006). I tillegg

FIGUR 1: Gjennomsnittlig årlig alkoholkonsum i ulike aldersgrupper (egenrapporterte i antall liter).



KILDE: BYE OG ØSTHUS 2012

FIGUR 2: Andelen som drikker alkohol to eller flere ganger i uken etter alder og år (prosent). Hele landet. 1998 -2012, begge kjønn.



KILDE: SSB, LEVEKÅRSUNDERSØKELSEN OM HELSE, LEVEKÅR OG SOSIAL KONTAKT

er fordelingen av alkoholforbruket svært skjev. Om lag 10 prosent av befolkningen drikker halvparten av alkoholen som selges (Bye 2011). Økningen i forbruk vil dermed gi flere stordrikkere.

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) viser at både kvinner og menn i gruppen over 60 år har har doblet sitt alkoholinntak, frai perioden 1995-97 til 2006-08. De over 60 år utgjør aldersgruppene med den største relative økningen (Støver, et. al 2012:12). Til tross for at eldre drikker mer enn før, drikker de likevel som gruppe mindre enn yngre. Den eldre delen av befolkningen oppgir også å drikke oftere enn for et par tiår siden. Data fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at særlig mennesker i alderen 44 – 66 år har økt sin drikkefrekvens (Støver, et. al 2012:12).

Hvert år etter 2012 har det vært foretatt målinger på gjennomsnittlig drikkefrekvens i ulike aldersgrupper. Det er de eldste aldersgruppene som oppgir å ha drukket flest ganger, og de drikker oftere enn de yngre. Men mengden som drikkes er ulik. Det selvrapporterte alkoholforbruket er størst i aldersgruppen 16-24.

«Eldre kropp  
tåler alkohol  
dårligere, men  
dette er det få  
som vet.»

### Hvem er «eldre»?

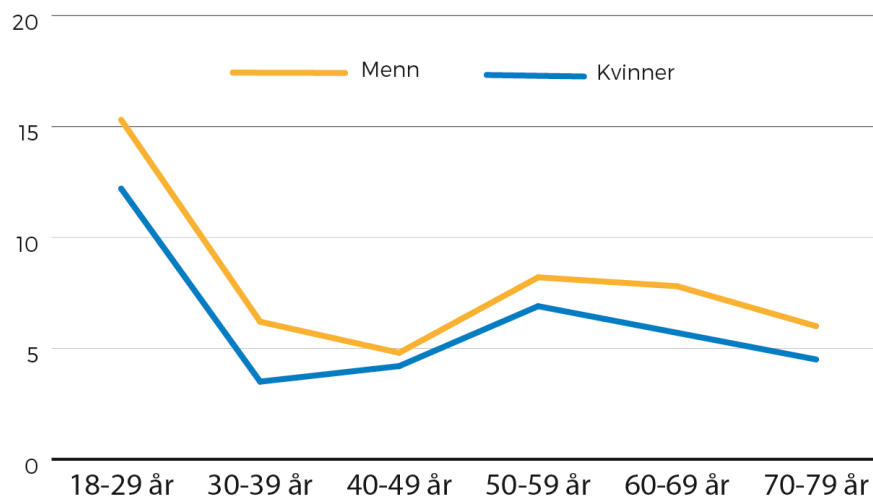
«Godt voksne» er i denne rapporten definert som mennesker fra rundt 50-65 år. «Eldre» er definert fra 65 år og oppover.

Den enkeltes funksjonelle alder og underliggende kroppslige kapasitet, sykdom, funksjonsnedsettelse og medisinbruk vil være med å avgjøre hva man tåler av alkohol. Også psykisk og sosial styrke og sårbarhet vil endres med alderen.

Fra rundt 70-årsalderen begynner folk generelt å drikke mindre enn tidligere i livet. Men reduksjonen ser ut til å være mindre nå enn tidligere. Vi ser også at blant grupper som drikker mye, forblir forbruket høyt. På den positive siden ser vi at det er få eldre som drikker store mengder alkohol på én gang. Syke eldre reduserer oftest sitt forbruk.

«Vel 30 prosent av menn og i underkant av 30 prosent kvinner drikker alkohol to-tre ganger i uken eller oftere.»

FIGUR 3: Prosentandelen menn og kvinner (inndelt i tiårs aldersgrupper) som ukentlig drikker risikofylt.



KILDE: SLAGSVOLD OG LØSETH, 2014

Gjennomsnittlig antall ganger eldre har drukket alkohol pr. år har variert i perioden 2012-2016. Snittet er på 55 ganger for godt voksne (55-64 år) og 57 ganger for eldre (65-79 år). Det er imidlertid ikke et entydig mønster om drikkefrekvensen har økt eller sunket i denne perioden (Skretting, Vedøy, Lund og Bye 2017).

## Økningen i forbruk størst hos kvinner

Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) har fulgt 3500 personer på 2000-tallet. Den viser at vel 30 prosent av menn og i underkant av 30 prosent kvinner drikker alkohol to-tre ganger i uken eller oftere. Studien viser at alkoholkonsumet som godt voksne er høyest mellom 50 og 70 års alder. Det er i denne alderen av godt voksne og eldre man finner flest med et bekymringsfullt høyt alkoholforbruk.

### Hvilke typer risikodrikkere finnes?

Ofta refereres det til «early onset drinkers», «late onset drinkers» og «binge drinkers», som ulike typer skadelige drikkemønstre for eldre (Lunde 2015: 20). «Early onset drinkers» er gruppen som debuterer med skadelige alkoholemønstre tidlig. Denne gruppen har dårlig prognose og mange blir ikke særlig gamle. Dette er oftere menn.

«Late onset drinkers» debuterer sent (er over 50 år) når de starter sitt risiko-/skadelige bruk av alkohol. Disse har god prognose. Drikkingen starter ofte med en forbigående dramatisk livshendelse. Dette er flest kvinner.

En tredje kategori er periodevis risiko-/skadelig bruk av alkohol er oftest menn. Disse er særlig eksponert for skader og ulykker.

### Når har man et risikabelt alkoholkonsum?

Basert på epidemiologiske studier er det nokså stor internasjonal enighet om at risikofylt alkoholkonsum er bruk over visse nivåer (ofte ni enheter for kvinner og 14 for menn per uke, eller fire til fem enheter per drikkesituasjon). En enhet regnes da som 12,8 g ren alkohol (Gilje Lid 2016). Risikofylt alkoholkonsum øker sjansen for skadelig bruk, et mønster som gir fysisk eller psykisk helseskade.

Kompetansesenteret for rus (Korus Sør) anslår at eldre ikke bør drikke mer enn fem til syv enheter i uken. Enkelte dager bør være helt «hvite». Tre enheter per dag ansees som overforbruk, og det poengteres at kvinner tåler mindre alkohol enn menn (Knutheim og Rham 2016).

I Norge er drikker 6-7 prosent av kvinnene og 7-8 prosent av mennene i aldersgruppen 50-70 år mer enn henholdsvis ni og 13 alkoholenheter per uke (Slagsvold og Løseth, 2014).

I NorLAG-studien finner man at det også drikkes relativt store mengder. 12 prosent av kvinnene i aldersgruppen 50- 59 år drikker en halv flaske vin eller tilsvarende minst to-tre ganger i uken. Det er fire ganger så mange som blant 30-39-årige kvinner (ibid). Data fra NorLag har fulgt de samme personene over en femårsperiode. Undersøkelsen viser at alkoholkonsumet øker for alle i aldersgruppen over 40 år og er høyest når man nærmer seg 70 år. Etter dette faller konsumet (se figur 3).

Det er fremdeles slik at menn drikker oftere, de drikker mer og er oftere beruset sammenlignet med kvinner (Skretting et. al 2015). Likevel gir norske kvinners økende alkoholkonsum særlig grunn til bekymring. Kvinner har fysisk sett lavere toleranse for alkohol enn menn og utsetter seg for flere skader ved alkoholbruk. I forhold til menn har kvinner økt risiko for skrumplever. Ved drikking i store mengder øker risiko for hukommelsestap og skade på hjertemuskelen. Kvinner er også utsatt for flere kreftformer (CDC 2016). Siden kvinner tåler mindre, er det like mange kvinner som menn som har et risikofylt høyt alkoholforbruk (Slagsvold og Løseth, 2014).

Eldre drikker mer vin enn yngre grupper (Skretting et. al 2015:40), og forbruket av vin har økt, særlig blant kvinner (Støver et. al 2012).

Andelen som oppgir å ha drukket mer enn seks alkoholenheter ved samme anledning faller med økende alder. Mens 29 prosent i aldersgruppen 16-24 år sa de drakk mer enn seks enheter månedlig eller oftere i løpet av 2016, var det 14 prosent som sa det samme i aldersgruppen mellom 55-64 år og 7 prosent i aldersgruppen 65-79 år (FHI 2016).

## Flere har problemer med drikking

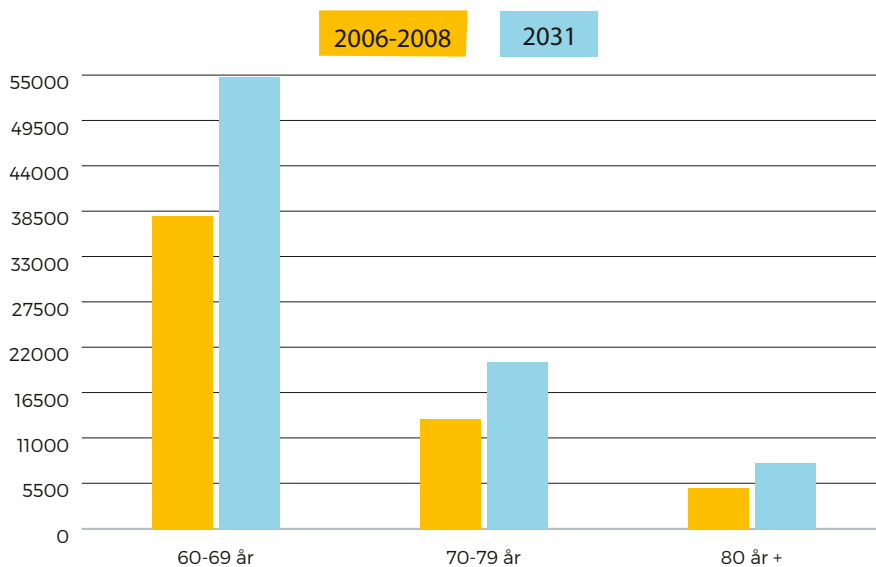
I løpet av perioden 1997-2008 økte andelen eldre over 70 år med problematisk alkoholforbruk fra under 0,5 prosent til 4,5 prosent (Støver et. al 2012).

En annen undersøkelse (Halskjelsvik og Storvoll 2015 ) viser at 3,4 prosent av personer 61 år og over hadde et risikofylt alkoholbruk (mer enn åtte i score på screeningverktøyet Audit, en kartleggingsmetode for å avdekke alkoholproblemer).

«Menn drikker oftere, de drikker mer og er oftere beruset sammenlignet med kvinner.»

«Totalt, i alle aldersgrupper over 60 år, var ca. 56.000 eldre med problematisk drikkeatferd i 2006-2008.»

FIGUR 4: Antall med problematisk drikkeatferd 2006-2008 og forventet antall i 2031.



KILDE: STØVER ET AL 2012

I Norge utgjør dette omlag 38.000 personer i aldersgruppen 60 år og over. Disse kan sies å være i faresonen når det gjelder å påføre seg ulike alkoholrelaterte sykdommer og skader (Halskjelsvik og Storvoll 2015).

Trolig er risikofylt og skadelig alkoholbruk blant eldre er underreportert. Eldres alkoholrelaterte problemer kan være vanskelig å fange opp. Helsepersonell mistenker i mindre grad rusproblemer hos eldre sammenlignet med hos yngre. Fysisk og psykisk sykdom kan også bidra til å skjule symptomer på problematisk alkoholkonsum (Lunde 2017).

Beregninger fra SSB viser at den demografiske utviklingen gjør at antallet eldre vil stige med ca. 50 prosent (Støver et. al 2012:26). På bakgrunn av dette kan man beregne økning i antall problemdrikkere delt inn i ulike aldersgrupper (figur 4). Den blå søylen viser framskrivninger til 2031, basert på SSBs tall (Støver et. al 2012).

Figur 4 viser at det totalt, i alle aldersgrupper over 60 år, var ca. 56.000 eldre med problematisk drikkeatferd i 2006-2008 (basert på HUNT3-tall). Hvis andelen med problematisk drikkeatferd holder seg stabil, vil antallet øke til om lag 83.000 i 2031 (Støver et. al 2012:27). Tabellen viser at mange eldre i 60-årene er forventet å få et problematisk alkoholkonsum.

Alkoholens skadelige effekt på kroppen, beruselsens uheldige følger og avhengighetens sosiale side vil variere mye blant godt voksne og eldre.

I siste halvdel av livet kan man oppleve å miste sin livspartner ved skilsmisse eller død. Alkohol kan bli en trøst ved slike eller andre livskriser. Mange eldre bor alene, og slik vil det også bli i årene fremover (Kvinge, Nørve, Holm 2013). Det kan øke risiko for misbruk og gjøre det gjøre det vanskeligere å oppdage (Frydenlund 2011).

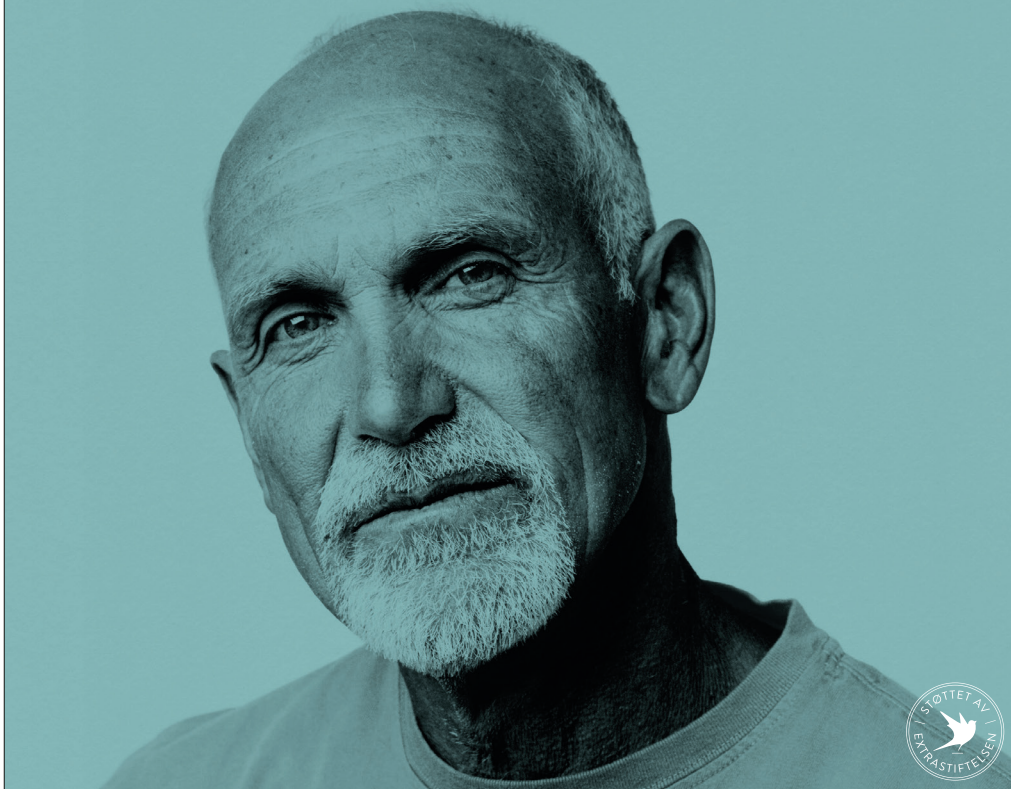


# Det er menneskelig å ha det vanskelig

Det er lett å utvikle en dårlig drikkevane når du er sårbar. Som når du ikke vet hva du skal fylle fritiden med. Når søvnen uteblir.

Når huset er stille, *for* stille. Når du endelig er fri til å gjøre det du vil, men kroppen ikke alltid henger med. Når du drikker, ikke bare for å kose deg, men for å slippe fri fra dårlige følelser og tanker.

Alkoveitt er å ikke fylle på med mer når det er litt for mye.



UTLØSENDE FAKTOR: Mange eldre opplever tap og sorg, som kan være utløsende for problematisk alkoholkonsum. Her et bilde fra alkoveittorganisasjonen AV-OG-TIL sin kampanje om å forebygge alkohol i livskriser. Faksimile: AV-OG-TIL

## Risikofaktorer for alkoholproblemer

Noen studier viser at personer med god helsetilstand har større risiko for å utvikle alkoholproblemer, mens andre studier kommer til motsatt resultat (Arndt og Schultz 2015). Resultater fra NorLAG-studien viser at høyt utdannede med god helse drikker mest, men at denne gruppen reduserer alkoholinntaket dersom helsen skranter (Løset & Slagsvold i Daatland og Slagsvold 2013). I Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) ser vi at problematisk drikking har økt i alle utdanningsgrupper, men mest blant folk med høyere utdanning (Støver et. al 2012). Men både måten man bruker alkohol (mer «binge»-drikking), og ulik sårbarhet for konsekvenser, kan gjøre at gruppen med lav sosioøkonomisk status er mer utsatt for skader fra alkohol (Helsedirektoratet 2016).

«Eldre, ensomme menn med et lite sosialt nettverk kan ha en større risiko for å utvikle et alkoholproblem enn eldre kvinner.»

### Eldre tåler alkohol dårligere enn yngre

- Med alderen endres kroppens evne til å absorbere, fordele og bryte ned alkohol og legemidler. Redusert kroppsvæske og muskelmasse, samt redusert lever- og nyrefunksjon betyr i sum at selv små mengder alkohol kan føre til forgiftning og organskade.
- Aldersrelaterte endringer i hjernen påvirker signalstoffene, og gjør eldre mer sårbare for alkohol og legemiddelpåvirkning. Endringene i muskelmasse og hjernen som følger av aldring, begynner allerede i 40-50 års alder (Petersen 2013).
- Toleranseutviklingen stopper opp med alderen. Redusert toleranse øker koordinasjonsproblemer ved lavere alkoholinntak enn tidligere, med påfølgende fall og ulykker som mulige negative konsekvenser.
- Økt forbruk av legemidler gir uheldige/uforutsigbare interaksjonseffekter og øker risiko for helseskader.

Kilde: Næss 2016

Eldre kvinner med moderat alkoholbruk reduserer sitt forbruk med alderen, mens antall kvinner med et stort alkoholforbruk er stabilt (Frydenlund 2012).

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. Kroniske smerter, søvnproblemer og tapsopplevelser øker også risiko (Frydenlund 2011). Eldre, ensomme kvinner har høyere risiko for å utvikle problemer relatert til misbruk av legemidler (Frydenlund 2012). Mange eldre har omsorgsansvar for syk partner eller annet familiemedlem. Slike omsorgsoppgaver kan være en risikofaktor for problematisk alkoholbruk (Rospenda, Minich, Milner og Richman 2010). Kvinner er yngre når de inngår ekteskap og lever lenger, og vil derfor ha større sjanse for å påta seg slike omsorgsoppgaver (Kristiansen 2010).

Menn drikker jevnlig og moderat, men antall stordrikkere avtar med alderen. Eldre, ensomme menn med et lite sosialt nettverk kan ha en større risiko for å utvikle et alkoholproblem enn eldre kvinner (Frydenlund 2011).

## Hvorfor drikker godt voksne og eldre mer?

Forskerne i NorLag fant at det ikke var en sammenheng mellom drikking og pensjonering, eller at barn flytter hjemmefra (Slagsvold og Løseth 2014). Høyt alkoholforbruk er knyttet til flere faktorer som preger det moderne livet. Befolkningen har høyere utdanning, bedre økonomi, flere bor alene og flere bor i byer og tettsteder, i tillegg er kvinner og menn mer likestilt.

Når eldre blir spurt om sin drikking (NorLAG) begrunner de det med at:

- Det er sosialt å drikke alkohol.
- Alkohol gir nytelse.
- Ved å drikke om kvelden sover en bedre og en bruker mindre sovemedisin.

- Ved å drikke alkohol roer en nervene, blir mindre stresset og behovet for beroligende midler blir mindre.
- Det er godt for helsen å drikke et glass vin eller to om dagen.

I NorLag-studien finner man tendensen at for dem over 60 år er høyt konsum av alkohol assosiert med mer urolig søvn og mer bruk av sove-medisiner og andre beroligende midler (Slagsvold og Løseth 2014).

Her følger en gjennomgang av disse punktene:

### **Mer sosialt?**

En rekke studier antyder at sammenlignet med avhold og et høyt forbruk av alkohol er et lett eller moderat forbruk av alkohol (ca. en halvliter øl per dag) positivt for sosial inkludering og livskvalitet blant eldre (Frydenlund 2011). Det understrekes at man ikke på bakgrunn av undersøkelsen kan konkludere med at måteholdent alkoholinntak hadde en gunstigere innvirkning enn de som levde i totalavhold. Dette er fordi man ikke kan slutte fra at disse to (alkohol og livskvalitet) opptrer samtidig, til at alkohol er forklaringen på den økte livskvaliteten (ibid).

### **Bedre søvn?**

Alkohol virker forstyrrende på søvnen for friske mennesker, men i små doser kan alkohol virke søvndyssende for mennesker som sliter med søvn-vansker/-mangel. Imidlertid er det fare for avhengighet (Roehrs og Roth, udatert). Det kan dermed ikke konkluderes at alkohol hjelper mot dårlig søvn generelt eller for Eldres søvn spesielt. Oppsummeringen av forskning finner at søvnen kan være dypere til å begynne med, men blir deretter avbrutt og urolig (Ebrahim, Shapiro, Williams og Fenwick 2013).

### **Smertedempende?**

Å dempe smerter kan være en motivasjon for eldre til å drikke. Selv om alkohol har vist seg å ha en smertedempende effekt for en del, anbefales det ikke som middel mot dette blant annet fordi eldre ofte vil bruke smertestillende som ikke bør brukes sammen med alkohol. Hvis bivirkningen av alkohol skal virke smertedempende, må man drikke store mengder, noe som i neste omgang gir økt risiko for andre helseproblemer. Kronisk bruk av alkohol kan dessuten gjøre smerten verre på sikt (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 2013).

### **Beroligende?**

Alkohol blir også ofte brukt for å håndtere ubehageligheter eller dempe lettere psykiske plager. Det kan være lett å gripe til for å takle hverdagen, koble av eller glemme problemene sine. Forskning på om alkohol kan virke beroligende på angst og uro er kompleks og det er vanskelig å trekke klare slutninger (Book og Randall 2002).

### **Godt for helsen?**

Tidligere epidemiologiske studier (studier av befolkningsgrupper) har antydnet at moderat alkoholkonsum kan gi en redusert risiko for dødelighet og sykkelighet sammenliknet med avholdenhet (en J-formet risikokurve, eller en U-formet kurve). Dette antyder at de som har et lite eller meget moderat alkoholkonsum har en noe lavere risiko enn dem som ikke drikker

«Kronisk bruk av alkohol kan dessuten gjøre smerten verre på sikt.»

«Flere forskergrupper har trukket påstanden om at det alt i alt er sunt å drikke litt, i sterk tvil.»

alkohol, mens risikoen så igjen stiger med økende alkoholkonsum. En del sykdomsforhold (for eksempel kreft og epilepsi) er slik at jo mer man drikker, jo større risiko er det for sykdom.

Det er problematisk å skille gruppene som drikker fra gruppene som ikke drikker, fordi nullkonsumgruppen vil inneholde en større eller mindre andel tidligere stordrikkere eller folk med sykdom. Det er også slik at et moderat alkoholkonsum knyttes sammen med livsstilsforhold som i seg selv er helsefremmende, men det kan verken bekreftes eller avkreftes at alkoholen bidrar til en gunstig virkning for noen tilstander. Ytterligere usikkerhet foreligger fordi slike undersøkelser er basert på selvrapportert konsum.

Flere forskergrupper har trukket påstanden om at det alt i alt er sunt å drikke litt, i sterk tvil (Stockwell, Zhao, Panwar, Roemer, Naimi, Chikritzhs 2016). Når man justerte for at gruppen som regnet som «avholdende» personer i mange tilfeller var mennesker som på grunn av helse eller avhengighet hadde sluttet eller redusert drikkingen, fant man at de som drakk litt, ikke hadde lavere dødelighet enn de avholdende. En studie fra 2016 fant at tvillinger som drakk moderat ikke hadde lavere sykefravær enn sitt tvillingsøsken. Studien sår ytterligere tvil om påstanden om at det er sunt å drikke litt (Amundsen Østby et. al, 2016).

Slik Fekjær (2013) påpeker, er evidensen for de skadelige effektene utvilsomt sterkere enn for positive effekter.

## Hvordan påvirker alkohol helsen til godt voksne og eldre?

For de som har drukket mye hele livet kan bildet være forskjellig fra de som starter et usunt drikkemønster sent. For førstnevnte gruppe kan de alkoholrelaterte sykdommene være av større betydning.

I boken *Aldring og rusmidler* (Knutheim og Rahm, 2016) trekkes det frem at:

- Alkohol virker på hjernen og gir for eksempel dårligere hukommelse og oppmerksomhet. Symptomer på den vanligste formen for demens, Alzheimers sykdom, forsterkes ved bruk av rusmidler.
- Alkohol kan også skape demens som et resultat av alkoholens direkte virkninger (alkoholisk demens). Hvis man slutter å drikke, kan slik demens reduseres betraktelig.
- Alkohol har en rekke konsekvenser for helse og funksjon i alderdommen, blant annet for høyt blodtrykk, leversvikt, brystkreft, fall, skader og mentale problemer.
- Risikofylt alkoholbruk kan forsterke eksisterende psykiske lidelser som angst og depresjon hos eldre.
- Det er høyere risiko for akutte rusvirkninger. Disse forsterkes ved samvirke med legemidler.

## Skader for tredjepart og samfunn

Alkoholbruk hos godt voksne og eldre gir risiko for skader og samfunnskostnader, for eksempel dårligere kjøreferdigheter og nedsatt arbeids- evne og økning i sykefravær og -nærvær (være på jobb til tross for nedsatt

**For brystkreft hos kvinner øker den relative risikoen for sykdom og død fra sykdom:**

- Med 16 prosent hvis man drikker mer enn 16 gram\* alkohol per dag.
- Med 40 prosent hvis man drikker mer enn 40 gram\* alkohol per dag.

**For skrumplever for menn øker relativ risiko for død fra sykdom:**

- Med 57 prosent hvis man på jevnlig basis drikker 16 gram per dag.
- Med 207 prosent hvis man drikker 40 gram per dag.

**For hjerneslag for menn endres relativ risiko for død fra sykdom:**

- Nedgang med 11 prosent hvis man drikker 16 gram per dag.
- Økning med 3 prosent hvis man drikker 40 gram per dag.

**For hjerteflimmer for menn øker relativ risiko for sykdom og død fra sykdom:**

- Med 13 prosent hvis man drikker 16 gram per dag.
- Med 34 prosent hvis man drikker 40 gram per dag.

KILDE: DEPARTMENT OF HEALTH, UK, 2016:23.  
OVERSATT AV ACTIS

\* Hvor mye er 16 g og 40 g alkohol?

16 gram alkohol tilsvarer 1,25 norske enheter alkohol, det vil si ca. en halv liter øl eller et stort glass vin. 40 gram alkohol tilsvarer 3,13 norske alkoholenheter, det vil si litt over tre små flaskepils, eller litt over tre moderate glass vin hver dag.

arbeidsevne som følge av alkoholinntak dagen før) (Lunde, 2015).

Mange pårørende plages med nedstemthet, utmattelse, søvnproblemer og angst, muskel- og skjelettplager, hodepine og mageproblemer. Kvinnelige pårørende har oftere symptomer enn menn (Kristiansen og Myhra, 2012).

Økt risikobruk av alkohol i den eldre generasjonen kan gi voksne barn og også barnebarn utfordringer. Meningsmålingsbyrået Ipsos-MMI utførte en undersøkelse for AV-OG-TIL i 2014. 10 prosent av de spurte sier at de har opplevd alkoholbruken til sine barns besteforeldre som problematisk. 14 prosent svarer at de har opplevd at besteforeldre har drukket seg beruset med barnebarna til stede (Bromark 2014).

## Alkohol og psykisk helse

Mennesker med problematisk drikkeatferd scorer høyere på både angst og depresjon, og har lavere selvpoplevd helse (Støver et. al 2012). Lunde (2015) viser til hvordan risikofylt alkoholbruk kan forsterke eksisterende psykiske lidelser som angst og depresjon. Alkohol kan også være en faktor for selvmord hos eldre. Undersøkelser viser at omlag 20 prosent av personer 65 år og over med depresjonsdiagnose samtidig har alkoholproblemer. Mennesker med alkoholproblemer vil også oftere ha depressive plager. Det er blitt anslått at 50 prosent av eldre pasienter innlagt ved psykiatriske sykehus har risikofylt og problematisk bruk av alkohol (ibid:18).

«Økt risikobruk av alkohol i den eldre generasjonen kan gi voksne barn og også barnebarn utfordringer.»

«Risikofylt alkoholbruk kan forsterke eksisterende psykiske lidelser som angst og depresjon.»

## Ulykker og personskader

Om man sammenligner de som scorer høyt på problematisk drikkeatferd med de som ikke gjør det, rapporterer de med problematisk drikkeatferd i større grad om balanseproblemer og fall (Støver et. al 2012).

Bruk og misbruk av alkohol i kombinasjon med medisiner er en avgjørende faktor for ulykker i hjemmet for eldre. Alkohol i kombinasjon med dårlig syn, flere kroniske lidelser og bruk av flere legemidler er viktige risikofaktorer for fall, spesielt for eldre over 80 år (Helsedirektoratet 2013).

Norske undersøkelser viser en høy forekomst av alkohol og andre psykoaktive substanser hos eldre pasienter som er innlagt på sykehus med akutte skader (Bakke, Bogstrand, Normann, Ekeberg og Bachs, 2016). Jo eldre pasienten var, jo mindre grad av beruselse hadde medført skade (Bakke et. al, 2016).

31 prosent av kvinner over 65 år innlagt ved akuttmottaket på Ullevål sykehus rapporteres å ha brukt beroligende legemidler og sovemidler (Bogstrand et. al, 2011).

## Legemidler og alkohol

Det årlige forbruket av reseptbelagte legemidler blant mennesker over 70 år viser at ca. 90 prosent av dem får utlevert legemidler. Om lag 60 prosent får utlevert mer enn fem ulike, og ca. 20 prosent får utlevert mer enn ti ulike legemidler (Rønning et. al 2012). Medisiner mot angst, smerter og søvnproblemer er blant de vanligste medisinene som brukes av eldre (Lunde 2017).

Kvinner bruker mer medikamenter for å sove og angstdempende medisiner, såkalte benzodiazepiner, for eksempel Valium og Sobril. HUNT-data viser at for de over 17.000 deltagerne over 60 år, var 13 prosent av mennene og 27,5 av kvinnene kroniske brukere av slike medisiner (Støver et. al 2012). De eldste aldersgruppene har betydelig mer bruk enn de yngste i aldersgruppen (36 mot 15 prosent).

Blanding av alkohol og legemidler, for eksempel alkohol og benzodiazepiner eller opioider, kan bidra til både å forsterke effekten av alkohol og også til å fremkalle avhengighet. Alkohol kan også svekke effekten av andre legemidler (Mørland, 2002). Når legemidler kombineres med alkohol, øker risikoen for helseskader (Hallgren et. al 2009). Interaksjoner mellom ulike legemidler og alkohol kan hos eldre gi økt risiko, som for eksempel fall og skader, høyt blodtrykk, leversykdommer og blødninger i mage-tarmsystemet (Hallgren et. al 2009).

En analyse av HUNT3-tallene som ble publisert i 2017, har sett på legemiddelbruk hos eldre som oppga å være regelmessige brukere av alkohol. Dette ble kombinert med reseptregisteret. Blant de som oppga å drikke fire ganger i uka eller oftere, hadde 10 prosent hatt uttak av minst en resept på benzodiazepiner (beroligende legemidler), 20 prosent på z-hypnotika (sovemedisiner) og 11 prosent på opioider (vanedannende smertestillende) (Tevik et. al 2017).

Vi har begrenset kunnskap om hvor stor andel eldre i Norge som kombinerer legemidler og alkohol (Lunde 2017). Hos eldre er imidlertid blodkonsentrasjonen av stoffene høyere i lengre tid enn hos yngre, fordi kroppens evne til å bryte ned legemidler svekkes med alderen. Mange av de beroligende legemidlene har i tillegg lang halveringstid. For eksempel

øker halveringstiden for det beroligende legemiddelet Diazepam fra 20-50 timer hos unge voksne til inntil 110 timer hos eldre (Legemiddelhåndboken 2015).

## Ingen forskjell i alkoholbruk

HUNT-studien viser at kroniske benzodiazepin-brukere har så og si like høyt alkoholforbruk som de som ikke bruker medisinen (25,6 prosent mot 26,4 prosent) (Støver et. al 2012:29). Gir fastlegen nok anvisninger om alkoholbruk ved forskrivning av medisiner? Hører eldre på legens råd? I så fall ville det trolig vært en forskjell i alkoholbruk mellom gruppene som har ingen bruk av legemiddelet og de med kronisk bruk.

I en norsk kvalitativ studie (Johannessen, Helvik, Engedal og Sørli 2015) fortalte eldre om egne erfaringer med sambruk av alkohol og legemidler. De anså ikke dette som et problem. Man anså sambruken som noe eldre gjør, og følte ikke selv ansvar for problemet. Sambruken var fastlegens ansvar. De eldre opplevde å være dårlig informert om farene ved samtidig bruk av legemidler og alkohol. Redsel, ensomhet og det ikke å være informert forklarte misbruket.

Eldre kvinner som har et risikofylt alkoholkonsum, har også en tendens til risikofylte levevaner som daglig røyking eller snusing, inntak av sove- eller beroligende midler og fysisk inaktivitet (Frydenlund 2011).

En finsk studie av eldre, alkohol og medikamenter, viser at selv det man kan anse som «normalt» alkoholkonsum er problematisk når det kombineres med en del medikamenter. Gjennomsnittsalderen blant deltakerne i studien var 81 år. 44 prosent svarte at de drakk alkohol det siste året. Flertallet (87 prosent) av disse hadde også brukt legemidler (Aira, 2005).

Av gruppen som er kronisk brukere av benzodiazepiner i Norge (HUNT-studien) er det 26 prosent som har et høyt alkoholkonsum og 7 prosent har et problematisk drikkemønster. Totalt har altså én av tre som bruker disse medisinene et drikkemønster som kan medføre skader (Støver et. al 2012).

### **Omfanget av alkohol- og medisinbruk**

Et enkelt regnestykke kan illustrere utbredelsen av sambruk mellom medikamenter og alkohol: I 200 000 personer i Norge er over 60 år, og 20 prosent av disse er kroniske brukere av benzodiazepiner. Fra HUNT-tall anslås det at 33 prosent av disse enten har høyt forbruk av alkohol eller er problemdrikkere. Rundt regnet er det da 80.000 som er kroniske brukere av denne medisinen og har et høyt alkoholforbruk (6,6 prosent av befolkningen over 60 år).

I dette regnestykket er bare de kroniske brukerne av benzodiazepiner, ikke periodebrukerne, regnet med. Andre medisintyper som ikke bør brukes samtidig med alkohol, er heller ikke del av regnestykket.

«De eldre opplevde å være dårlig informert om farene ved samtidig bruk av legemidler og alkohol.»

# Hvordan oppdages alkoholproblemer hos eldre?

Alkohol er relativt sjelden del av dialogen i helse- og omsorgstjenesten. I en undersøkelse utført av Sintef finner man at 18 prosent av ansatte på sykehjem og 30 prosent i hjemmesykepleien har alkohol som del av tema i oppfølgingen og dialogen med pasienter. For akuttavdelingen er tallet omkring 35 prosent (Melby og Mandal, 2015:32).

«Alkohol er for sjelden tema i samtaler med fastlegene.»

## Fastlegen

Alkohol er for sjelden tema i samtaler med fastlegene (Gilje Lid, 2016). Barrierer for at fastlegen skal snakke om alkohol med sine pasienter er både at alkoholbruk er normalt og problembruk er skambelagt. Å ha nok tid er også en barriere (Gilje Lid et. al 2014).

I rapporten Eldres rusmiddelbruk (Mobæk og Nesvåg 2015) diskuteres metoder i helse- og omsorgstjenesten for å fange opp eldre som sliter med alkohol. Det vises til forskning som viser gode resultater for screening av eldre (det vil si å gå gjennom hvor mye man drikker og konsekvenser det får). Men det vises svake resultater for «brief interventions» (det vil si en kort prat om alkohol). Det konkluderes med at man trenger å utvikle gode metoder som gjør fagfolk i stand til å kunne identifisere og gi god hjelp og endringsstøtte til eldre som sliter med alkohol.

«Pragmatisk case-finding og intervensjon» pekes på som et alternativ, som en metode som kan fange opp problematisk alkoholbruk (ibid). Det betyr at man ikke kartlegger alle pasienter, men at legen er særlig oppmerksom på tilstander som kan være alkoholrelatert i møte med pasienten, og at man tar opp temaet i forbindelse med rutinemessige samtaler, som helsesjekk, fornyelse av førerkort, innkomstsamtale og lignende.

## Helse- og omsorgstjenesten i kommunen

Grøndalen (2011) har i Prosjekt eldre og rusbruk i Bydel St. Hanshaugen i Oslo undersøkt arbeidet med mottakere av hjemmetjenester over 67 år med overforbruk av alkohol eller legemidler.

Han finner flere barrierer for at hjemmehjelpen skal ta opp temaet alkohol: Mangel på kompetanse, redsel for å krenke og gripe inn i privatlivet, og at det vil få uheldige følger for relasjonen.

Oppmerksomheten og kunnskapen overfor brukere som slet med alkohol var lav. Det var få tilbud til slike brukere og kunnskapsmangler som gjorde det vanskelig å avdekke helseskader ved overforbruk av alkohol og legemidler. Andre stikkord var liten tro på at intervensjon og rehabilitering, skopsis, tidspress og frykt for å få nye tidsbelastende rutiner (Grøndalen 2011).



I Nettverk eldre og rusbruk i Oslo var det kun en av 80 spurte av hjemmeboende eldre som var avvisende til russamtale. Eldre forholder seg positivt til direkte spørsmål om alkoholbruk og opplever dem som en meningsfull del av helseomsorgen.

I en kvalitativ undersøkelse fra den finske hjemmetjenesten kartlegges hvordan brukeres alkoholkonsum påvirker deres daglige arbeid (Koivula, Tigerstedt, Vilkkko, Kuussaari 2016). De ansatte forteller om ekstraarbeid, mangel på kvalifikasjoner og samarbeidsutfordringer med den øvrige tjenesten. Dette økte arbeidsbyrden deres, og var en utfordring for deres daglige arbeid og tjenestene.

### **Nettverk Eldre og rusbruk i Oslo (Nero)**

I Nettverket som enkelte bydeler i Oslo er med i, har man hatt særskilt oppmerksomhet på alkohol. I tillegg til elementer fra Motiverende samtale (MI) har man utviklet en tilnærming de kaller Helseknaggen.

Heller enn å fokusere på misbruk eller rusmiddel, snakker man om helseforhold og funksjon som er viktig for den eldre å ivareta. Pasientgruppen som ble kartlagt og fikk rådgivning, hadde gode erfaringer.

## Spesialisthelsetjenesten

Heller ikke når man ankommer sykehus stilles det spørsmål om alkohol. I en studie fra Sørlandet sykehus ble det anslått at 10 prosent av de innlagte hadde et risikofylt alkoholkonsum. Kun 10 prosent av dem som hadde risikofylt alkoholbruk, oppga at de hadde blitt anbefalt å kutte ned på drikking eller slutte fullstendig (Verderhus, Rysstad, Gallefoss, Kristiansen 2015).

Når man unngår å drikke før en operasjon, er det større sjanse for at kroppen responderer riktig på operasjonen, rehabiliteringen skjer fortere og man unngår postoperative komplikasjoner (Tønnesen, Nielsen, Lauritzen, Møller AM 2009).

I oppdragsdokumentet til Regionale Helseforetak i 2014 er et mål at det skal etableres systemer ved somatiske avdelinger for å fange opp pasienter med underliggende rusproblemer. Særlig i Stavanger har de arbeidet med en ruskonsulentordning (Helse Stavanger 2015).

Et annet eksempel på initiativ til å få helsepersonell til å snakke mer om alkohol er hentet fra Bærum kommune. Her er det satt i verk tiltak for å øke oppmerksomheten om alkohol i spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Blant annet er dette gjennom at fastlegene oppfordres til å spørre om alkohol på linje med tobakk og at man tar opp alkoholvaner ved innkomstsamtale på sykehus. Kommunen har også utviklet en informasjonsbrosjyre til pasienter og informasjonsmateriell til helsepersonell, samt nye felles retningslinjer i en E-håndbok. Bærum legger også opp til økt samarbeid mellom ulike deler av rusomsorgen og ulike deler av kommunehelsetjenesten. I tillegg anbefales pasienter som skal gjennomgå en planlagt operasjon avhold de siste fire ukene før operasjonen.

«Heller ikke når man ankommer sykehus stilles det spørsmål om alkohol.»

«Kommunene har få tilbud til eldre som sliter med rus.»

## Får eldre med rusproblemer den hjelpen de har krav på?

Mye forskning viser at eldre med rusproblemer ikke fanges opp, og at de ikke får behandlingen de har krav på (Lunde, 2015). Holdningene til ansatte og manglende sensitivitet for alder i dagens kartleggingsverktøy, er medvirkende årsaker.

Norsk forskning viser at eldre som sliter med alkohol i mindre grad henvises til psykologtjenester enn yngre (Waksvik, 2016). Deres sorg eller ensomhet anses som en naturlig del av det å bli gammel. Voksne over 50 år henvises langt sjeldnere til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Ose og Pettersen, 2012). Kvinner henvises i mindre grad enn menn. I en kartlegging der 44 prosent av landets kommuner deltok, kom det frem at kommunene har få tilbud til eldre som sliter med rus (Dyrstad og Ose, 2015).

Karim Dar (2006 referert i Frydenlund 2011) har sett på om alkoholbruk blant eldre er et skjult fenomen. Skam, skyld og tabu, mangel på folk som bekymrer seg, lite sosialt nettverk og mangel på kunnskap om risiko ved samtidig bruk av alkohol og legemidler er noen av årsakene til at temaet ikke kommer opp. Alkoholbruken kan også skjule andre sykdommer og funksjonsnedsettelse som følger av alder. Også helsepersonell opplever alkohol som tabu (Grøndalen, 2011).

## Hva motiverer helsepersonell til å snakke om alkohol?

Norske allmennpraktikere tar i liten grad i bruk metoder som kartlegging og tidlig intervensjon i møte med eldre. En studie viser at det i første rekke var legenes kjennskap til kartleggingsinstrument som avgjorde om legene brukte dette eller ikke, mens økonomiske insentiv (bedre refusjonsordninger) syntes å være av mindre betydning. Andre prosjekt tyder på at mangel på økonomiske insentiv nettopp kan være en grunn (Rossow, Pape og Baklien 2010).

En annen undersøkelse blant norske allmennleger viste at tre av fire ikke brukte noe kartleggingsinstrument for å avdekke mulig risikofylt konsum blant pasientene. Kompetanse og mestringsforventninger var viktig for om

### **Økte henvisninger av eldre med rusproblemer til sykehus**

Ved Sykehuset i Stavanger er det ansatt en ruskonsulent.

Ruskonsulenten har gjort at flere med rusrelatert helseskade fanges opp, uten at det foreligger en rusdiagnose ved innleggelse. Antall henvisninger for mennesker over 50 år har økt. Screening benyttes ikke, men henvisning skjer etter en klinisk vurdering. Flere sykehus i landet planlegger nå prosjekter etter modell av blant annet ruskonsulentordningen ved Stavanger Universitetssykehus.

Kilde: Helse Stavanger (2015)

legene tok verktøyet i bruk, i tillegg til personlige, sosiale og strukturelle faktorer (Nygaard, Paschall, Aasland, & Lund, 2010).

Gilje Lid (2016) understreker at legesentre med felles strategi for læring og kvalitetssikring er godt egnet for å utvikle bedre kunnskap.

Når man går ut av formelt tilskrevne roller oppstår det mer kontakt. Det handler om å snakke, være tilstede, bygge opp tillit. Også «vennlig-sinnet pågåenhet» kan være nødvendig når man skal ta tak i rusproblemer (Skatvedt, 2009).

Ved at ansatte kjenner personen godt, kan man bruke sin personlighet bevisst og målrettet for å oppnå ønsket endring hos den andre. Dette står ikke i motsetning til å bevare egen profesjonalitet (Frydenlund, 2016).

Avhengig av hvem man snakker med, kan målet for samtalen være ulikt. For en tung misbruker kan det først og fremst handle om å bevisstgjøre tankemønsteret og følelsene som ligger bak alkoholbruken, ikke å stoppe drikkingen. For de med et «normalisert» høyt forbruk, kan bevisstgjøring om helseeffekter være nok til å igangsette endring.

# Erfaringer med eldres alkoholproblemer

Helsepersonell står i en særstilling til å oppdage problematisk alkoholbruk tidlig og hjelpe brukere og pasienter til å bryte ut av onde sirkler.

Brukere med alkoholproblemer kan også by på særlige utfordringer for helse- og omsorgstjenestene, og det er viktig å kartlegge ressurser og problemer med tanke på forbedringsarbeid.

Actis har i samarbeid med Skadeforebyggende forum, en paraply-organisasjon for ulykkesforebygging, foretatt en erfaringsundersøkelse blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten om deres møter med brukere. I hovedsak er respondentene ansatt i hjemmetjenesten eller på kommunal institusjon for eldre.

Undersøkelsen ble distribuert på nett blant annet via kontakter i Fagforbundet og Skadeforebyggende forum, sommer og høst 2016. Det er totalt 854 som har svart på undersøkelsen. Vi har spurt om arbeidsbelastning fra brukere som sliter med alkohol, rutiner for å rapportere om rusproblemer, barrierer og innhold i eventuelle samtaler om alkohol med brukere. Vi har også spurt om alkoholbruk i kombinasjon med medikamenter er økende, og om de ansattes holdninger til økt tilgjengelighet av alkohol på sykehjem.

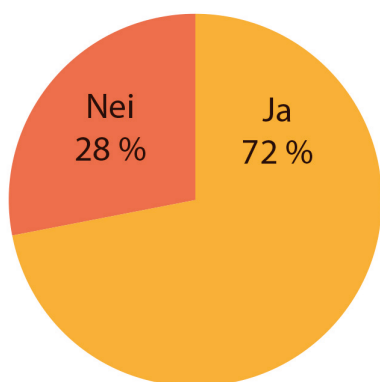
92 prosent av respondentene var kvinner. De største yrkesgruppene var helsefagarbeider (N=237), hjemmesykepleier (N=151) og sykepleier (N=123). Øvrige deltagere var et bredt utvalg ansatte. 60 prosent jobbet i hjemmetjenesten (N=345), 18 prosent på institusjon for eldre i kommunen (N=103) og resterende var spredt blant annet på rehabilitering, ergoterapi og andre

«Helsepersonell  
står i særstilling  
til å oppdage  
problematisk  
alkoholbruk.»

tjenester. Det var stort sett jevn spredning fra fylkene om mellom by og land, men få fra Oslo (N=27). 75 prosent av de som svarte var fra en by/sted med mindre enn 50 000 innbyggere. Gjennomsnittlig hadde de fleste jobbet på arbeidsplassen mellom seks og ti og elleve til 15 år, median var mellom seks og ti år. Antall svar på hvert individuelle spørsmål kan variere noe.

## Hvor mange ansatte møter eldre med problematisk alkoholkonsum?

FIGUR 5: Andel ansatte som har erfart brukere med et problematisk drikkemønster.



Totalt hadde 72 prosent av de spurte erfaring med at brukere/pasienter drakk slik at det gikk ut over deres helse, funksjon eller relasjoner (siste år). I hjemmetjenesten meldte 84 prosent om dette, mens 36 prosent av de ansatte på institusjon hadde tilsvarende erfaring.

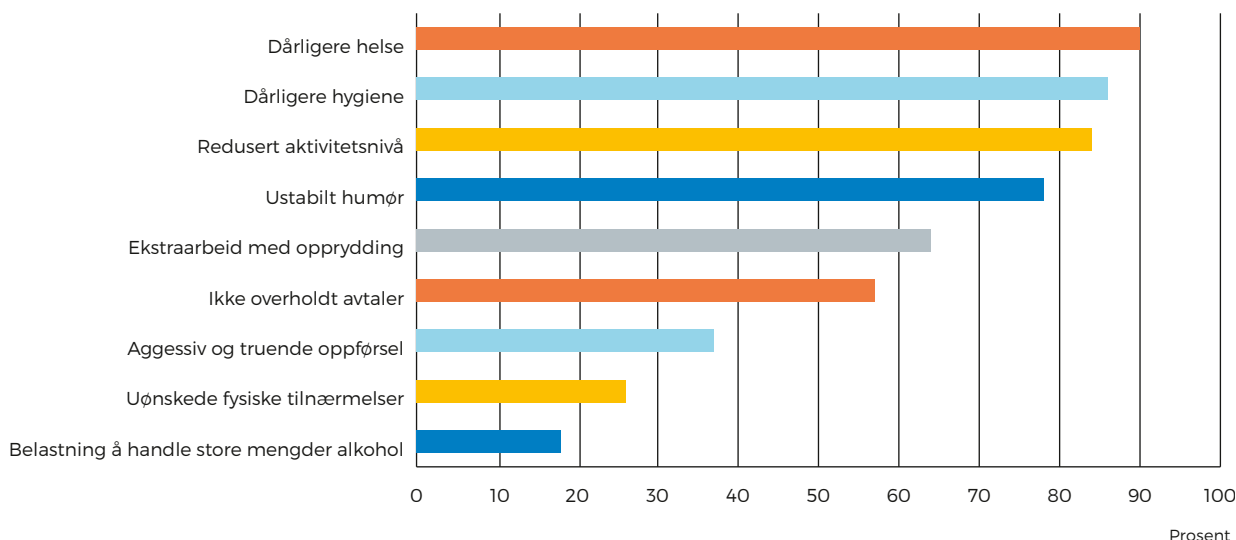
Byer med mer enn 50 000 innbyggere ligger høyest med at 93 prosent i hjemmetjenesten har opplevd dette, mens steder med mindre enn 5000 innbyggere har 75 prosent opplevd det samme.

Når man spurte om antallet brukere med slike problemer, var det i snitt 3,72 brukere med problem per spurte ansatte i hjemmetjenesten og 1,34 per ansatt i sykehjem. Da er de som svarte at de ikke hadde noen brukere med problem, med i beregningsgrunnlaget.

For å se på hvor utbredt problemene var, begrenset vi utvalget respondenter til dem som oppga å ha jevnlig og direkte kontakt med brukere (hjemmesykepleiere, sykepleiere og helsefagarbeidere). Basert på de ansattes anslag hadde 4,4 prosent av hjemmetjenestens brukere et rusproblem.

23 prosent av alle som svarte i undersøkelsen, sa at antall brukere med rusproblem hadde økt. 50 prosent sa det ikke hadde økt og 26 prosent visste ikke.

FIGUR 6 : Arbeidsforhold der alkohol er en faktor i møte med bruker – kjennetegn (prosent som oppgir gitte kjennetegn som «nokså ofte» og «svært ofte» fremtredende. Mulig å velge flere alternativer).



## Hvordan påvirker brukere med alkoholproblemer arbeidet til ansatte?

Der alkohol var en faktor i møte med pasienten, sa omkring 90 prosent at de svært ofte eller nokså ofte opplevde at bruker hadde redusert aktivitet samt dårlig hygiene og helse (figur 6). Åtte av ti sa at de opplevde ustabil humør. Seks av ti oppga at alkoholbruken ga dem ekstra arbeid med opprydning, og samme andel sa at bruker ikke overholdt avtaler. En av tre sa at de svært ofte eller nokså ofte opplevde aggressiv eller truende adferd. Andelen for uønskede fysiske tilnærmelser var én av fire.

## Seks av ti har rutiner for varsling

På institusjon for eldre er det 59 prosent av de ansatte som sier de har rutine for å rapportere bekymring om alkohol. I hjemmetjenesten sier 72 prosent det samme. Totalt for alle som svarte, er kun to av ti helt sikre på hvordan rutinen brukes.

Av alle som har hatt brukere med problematisk drikkemønstre er det 85 prosent som har meldt bekymring i hjemmetjenesten mot 67 prosent på sykehjem.

De det meldes fra til er kollega (67 prosent), ledelse (59 prosent), fastlege (44 prosent) eller pårørende (26 prosent). Det kommer også frem at det meldes fra til kompetanseenheter på rus og tverrfaglige team (rundt 15 prosent).

Kun 65 prosent sier at de vet at varslingen ble fulgt opp. Det var ingen forskjell mellom hvem man sa fra til og opplevelse av at meldingen ble fulgt opp. De som sa fra til kolleger, sa som oftest også fra til leder. I hjemmetjenesten meldes det oftere til fastlegen enn på institusjon.

## Alkoholrelaterte ulykker og personskader

Over halvparten av de spurte i kartleggingen (56 prosent) har opplevd ulykker med personskader som følge av alkohol. 63 prosent av de ansatte i hjemmetjenesten har opplevd dette og 34 prosent av de ansatte på institusjon.

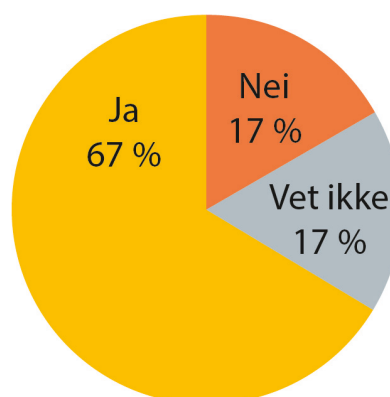
40 prosent av ansatte sa skaden ble fulgt opp med samtale om alkohol, mens 38 prosent ikke visste om skaden ble fulgt opp med en slik samtale. 22 prosent svarte at skaden ikke ble fulgt opp.

Ulykkene skjer oftest på badet, i stuen og på soverommet (hentet fra åpent tekstfelt i undersøkelsen):

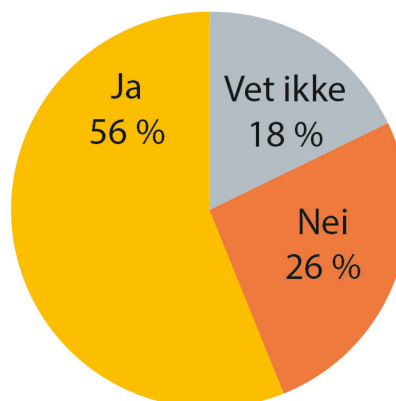
«Faller når de skal reise seg fra seng, stol, WC, når de skal fra stue til toalettet».

«I forbindelse med toalettbesøk. Dårlig fysisk funksjon, ukritisk til egen funksjon og utfører gjøremål på egen hånd».

FIGUR 7: Er det rutine for å si ifra om/rapportere bekymring rundt brukere med problematisk alkoholbruk på din arbeidsplass?

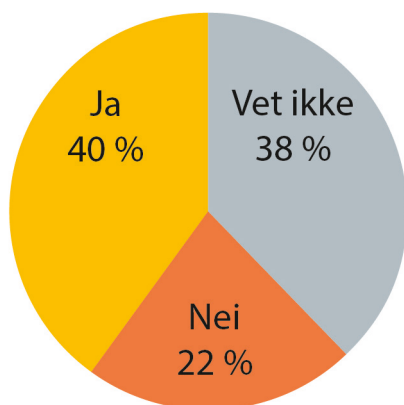


FIGUR 8: Andel ansatte som rapporterer om ulykker som antas å ha sammenheng med alkohol.



## Samtalen om alkohol

FIGUR 9: Andel som følger opp alkoholrelaterte skader med en samtale om alkoholbruk.



Seks av ti ansatte som har hatt brukere med alkoholproblem siste år, har hatt minst en samtale om temaet. De snakket oftest om uheldige virkninger av legemidler (72 prosent) og fare for ulykker (58 prosent) når de berørte alkohol som tema. Bare 22 prosent brakte opp årsaken til at brukeren drakk.

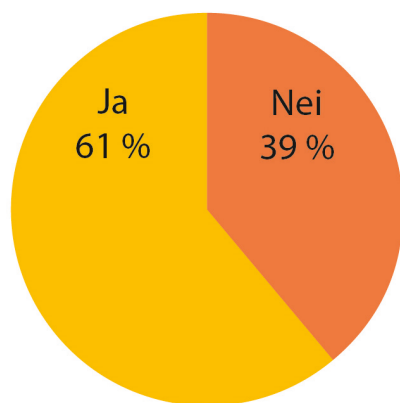
Ansatte i hjemmetjenesten som har brukere med alkoholproblemer har oftere slike samtaler enn ansatte på institusjon (64 mot 42 prosent).

På spørsmålet «Hvis du så og si alltid tar en samtale om alkohol der det er nødvendig, hva er årsaken til at du får det gjennomført?» var «tillit» et ord som gikk igjen. I det åpne tekstfeltet ble det også trukket fram at hensynet til pasientens beste (helse, funksjon og livskvalitet) var en viktig motivasjonsfaktor. Andre trakk fram at alvorlighetsgraden tilsa det, det hadde oppstått en direkte situasjon, fare for skade, fall etc., eller at den skadelige alkoholbruken påvirket egen jobb og sikkerhet.

Det å ha erfaring og tid til å planlegge en slik samtale var viktige forutsetninger for å gjennomføre samtalen om alkohol.

## Hvorfor droppes samtalen?

FIGUR 10: Ansatte med brukere med rusproblem, andel som har gjennomført minst en samtale siste år.



Halvparten (51 prosent) av de spurte hadde ved anledning utelatt å ha samtale i løpet av de siste 12 månedene. I snitt hadde man utelatt samtale med 3,7 brukere siste år. For hjemmetjenesten er talle fire brukere.

Det er mange ulike grunner til at ansatte dropper samtalen om alkohol: Brukers selvbestemmelse, følsomt tema, tidspunkt passer ikke og mangel på tid, videre at det ikke er del av stillingsinstruksen og man mangler kompetanse.

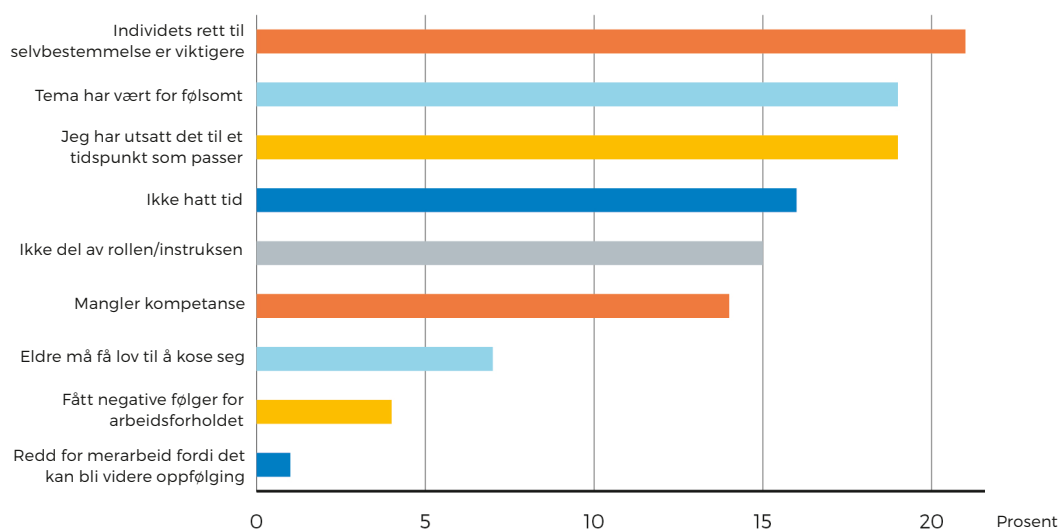
I undersøkelsen kom det frem at en del oppfatter at temaet alkoholbruk var for følsomt, at man kjenner brukeren for dårlig eller at brukeren selv ikke anså å ha et problem.

At samtaler om alkohol utsettes til et tidspunkt som passer, vitner om en travel hverdag for ansatte, men også at slike samtaler må innarbeides i en

rutine.

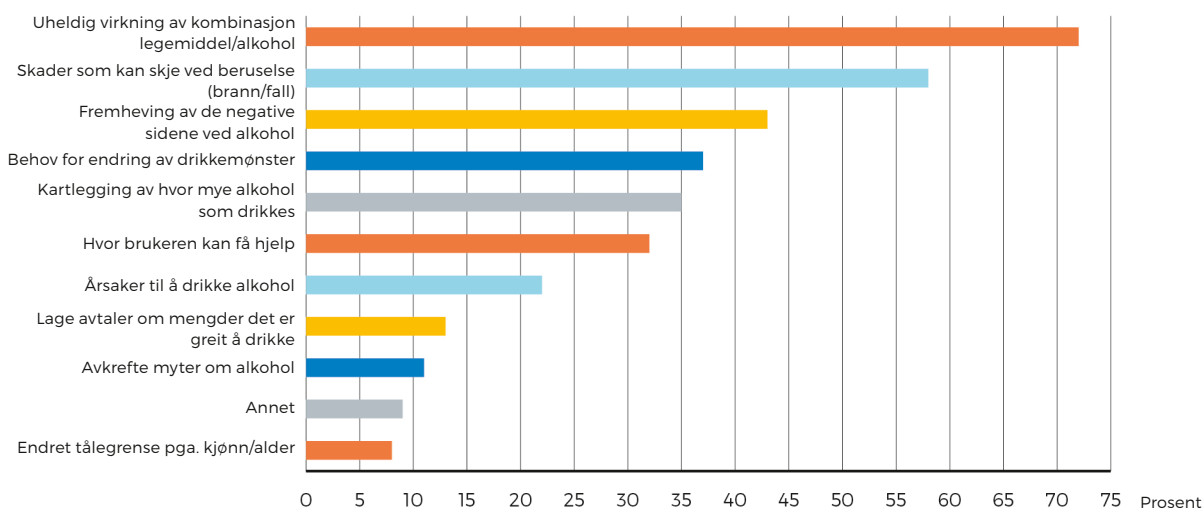
Andre årsaker som kommer frem i tekstfeltet er at man har gitt opp «siden vedkommende er alkoholiker», at man ikke har «påskudd for samtale», at man jobber natt og ikke kjenner brukeren godt nok. At bruker ikke ville ha hjelp oppgis også som årsak.

FIGUR 11: Barrierer for samtalen (mulig å velge flere alternativer).



## Hva inneholdt samtalen?

FIGUR 12: Innhold i samtaler om alkohol (mulig å velge flere alternativer).



«Pasientsikkerhet» i form av å vektlegge skader og virkning sammen med legemidler var en viktig inngangsport til å snakke om alkohol. Det vises her til at helsearbeidere oftest snakker om uheldige virkninger av legemidler (72 prosent), fare for ulykker (58 prosent). I åpent tekstfelt kommer andre tema i samtalen frem: blant annet matlyst/kosthold, vanskelige følelser og livshåndtering, at ektefelle lider, avrusning og bruk av Antabus (middel mot alkoholsug).

Omkring hver tredje ansatt har kartlagt hvor mye brukeren drikker, og omkring to av ti snakker om årsaken til at drikkemønster opprettholdes. Begge deler er ingredienser i henholdsvis screening og motiverende samtale, ofte brukte metoder for å arbeide med risiko skadelig bruk av alkohol. En av tre snakker om hvor bruker kan få hjelp.

Mange av de skriftlige svarene i åpent tekstfelt viser at det ikke bare er innholdet i samtalen som var viktig, men også relasjonen og holdningen til brukeren. De ansatte er opptatt av ikke å se ned på pasienten, oppnå tillit og stemmebruk og valg av tidspunkt som passet.

En skriver:

*«Still deg undrende til forbruket, ikke dømmende. Da er sjansen for og nå frem med ditt budskap mye større!»*

## Hva er årsaken til brukers høye alkoholkonsum?

Som figur 14 viser, peker de ansatte i hovedsak på psykiske faktorer som årsak til at eldre drikker som de gjør. Tre av fire oppgir ensomhet som grunn. Fire av ti oppgir sorg.

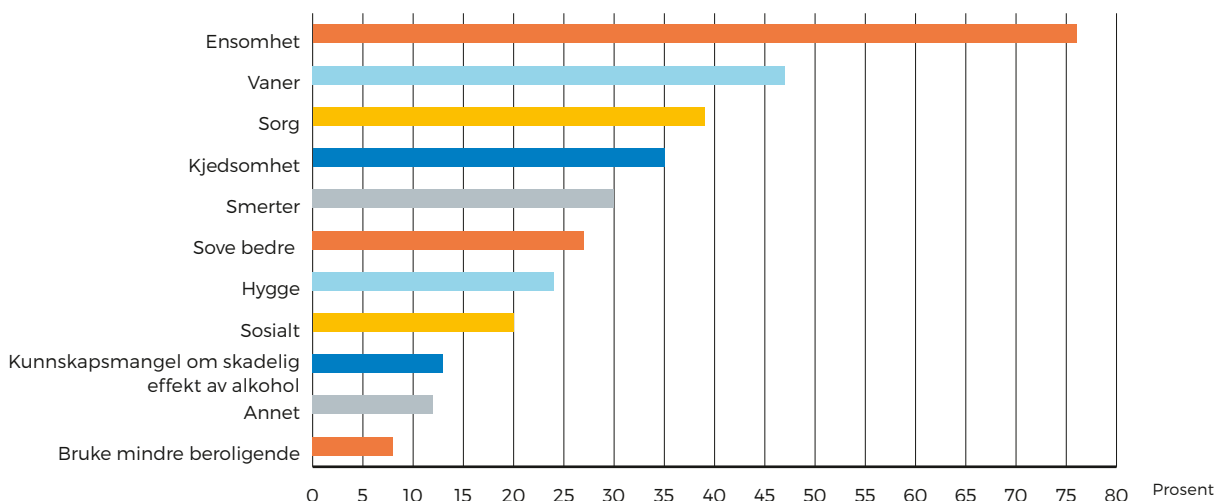
Rundt regnet én av tre oppgir også ønske om å oppnå antatte fysiske gevinster fra alkohol (i form av bedre søvn og mindre smerte). Risikofyllt alkoholkonsum kan også ha en positiv motivasjon som hygge og sosialt liv, og om lag to av ti ansatte oppgir dette som grunn.

Årsaken til alkoholforbruk oppfattes som sammensatt:

*«..for å gjøre noe med det (problemdrikking) er brukerens fortid, barndom og ikke minst familien og pårørende viktige elementer for å bli alkoholfri.»*

Endel ansatte oppgir også at årsaken er at brukeren er avhengig/ alkoholiker (åpent tekstfelt). «Vane, de har "alltid vært alkoholiker"» er et av flere lignende svar.

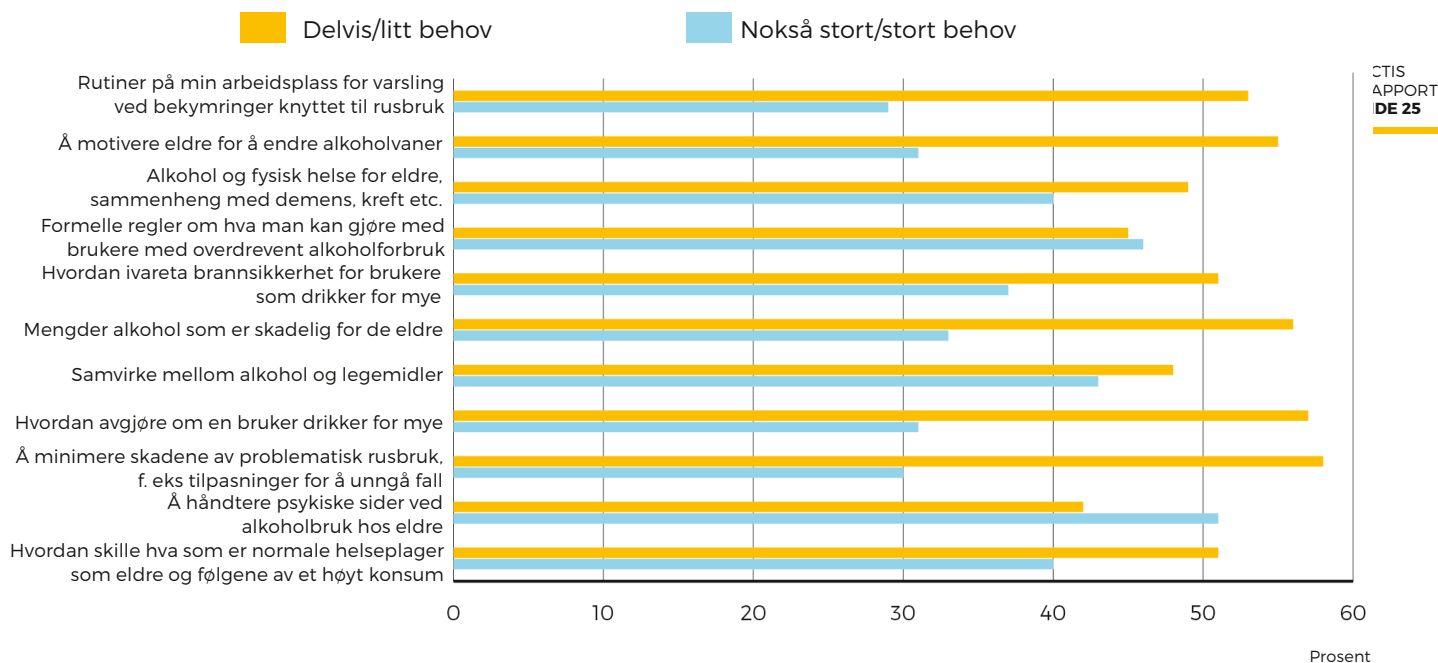
FIGUR 13: Årsaker til risikofyllt alkoholkonsum blant brukerne (mulig å velge flere alternativer).





# Behov for kompetanse

FIGUR 14: Behov for kompetanse.



Undersøkelsen viser at mange av dem som sier de har droppet samtale fordi de er usikre, samtidig oppgir at de har mer kompetansebehov.

Omkring én av tre ansatte sier de har nokså stort behov eller stort behov for kompetanse på en rekke områder som er sentrale for å sikre eldre med rusproblemer nødvendig helsehjelp blant annet: rutiner, motivere eldre, fysisk virkning av alkohol på eldre, formelle regler, brann og fallsikkerhet, mengde som eldre tåler, samvirke mellom alkohol og legemidler, bruk av kartleggingsverktøy, psykiske faktorer ved alkoholbruk og det å skille alderdomstegn fra alkoholbruk. I snitt svarer de ansatte at de delvis har behov for kompetanse på alle overnevnte områder.

Selv om kompetansebehovet er stort på alle feltene, viser tilbakemeldingene at de ansatte særlig etterlyser kompetanse på psykiske sider, alkohol og legemidler og formelle regler.

Halvparten mener at alkohol bør komme inn i pasientsikkerhetsprogrammet (en tiltakspakke for helsetjenesten for å fremme pasientens sikkerhet). En like stor andel mener det vil være nyttig å få rus inn som del av grunnutdanningen til helsepersonell. Felles innhold i de helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene bør utvikle kandidatens kunnskaper på alkohol og eldre, og også adressere tabu og holdninger til eldre.

## Tiltak for å forebygge

Når de ansatte blir spurt om hvilke tiltak de mener vil være nyttig for å øke oppfølgingen av alkoholproblemer hos eldre, er det mange tiltak som nevnes.

Syv av ti mener det er svært nyttig eller nyttig med rutiner for å ta opp alkohol som tema ved samtale om legemidler.

Seks av ti mener det er svært nyttig eller nyttig med:

«Mange av dem som sier de har droppet samtale fordi de er usikre, samtidig oppgir at de har mer kompetansebehov.»

I forbindelse med eldredagen 1. oktober 2016 satte Actis og våre medlemsorganisasjoner fokus på eldre og problematisk alkoholbruk med slagordet «Ta kaffekoppen tilbake».



- Etterutdanning og kurs.
- Mer kontakt med pårørende.
- At ledelsen ved arbeidsplassen er opptatt av temaet.
- Veileder/sjekkliste for samtale om alkohol.
- Rutiner om alkoholprat ved samtale om kosthold.

Rundt fem av ti mener det er svært nyttig eller nyttig å:

- Få alkohol inn i pasientsikkerhetsprogrammet.
- Økte tilskuddsmidler som kommunene kan søke på for å få opp arbeidet med eldre og alkoholbruk.
- Ha alkohol/eldre som større del av innholdet i grunnutdanningene.
- Lære om screening, standardspørsmål om alkohol for å avdekke problematisk bruk.

Rundt fire av ti mener det er svært nyttig eller nyttig å samarbeide med frivillige organisasjoner, lokale ressursgrupper og nettverk.

I de åpne tekstfeltene om hva man tror vil forebygge problematisk alkoholbruk for eldre er det flere som uttrykker behov for aktivitet:

*«Flere aktiviteter blant de eldre, nettverksbygging for og både komme i kontakt med nye venner, men også å beholde de man har. Sosial kontakt er viktig!»*

## Viktige holdninger

I helse- og omsorgstjenesten kan ansattes holdninger til eldre med rusproblemer være en utfordring, fordi det kan stå i veien for å se behovet for nødvendig helsehjelp. Spesialkonsulent Runa Frydenlund i Kompetansesenteret for rus, Oslo, har mye erfaring med rusarbeid i praksis. Hun forteller om følgende holdninger til eldre og alkohol blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten:

- «Det kan jo være det samme, de har uansett kort tid igjen»,

«Grunnlaget for samtale er at man har en relasjon til brukeren.»

- «Det er synd på dem, la dem bare være».
- «Det er uansett vanskelig å endre gamle vaner». (Frydenlund, 2016).

Også i Actis' erfaringsundersøkelse ser vi eksempler på slike holdninger:

*«Mange er vant med alkohol, og når livet blir vanskelig er det forståelig at det blir mer alkohol».*

Andre igjen uttrykte mer optimisme:

*«Eldre kan også motiveres til en forandring. Det er aldri for sent!»*

Helsepersonell kan mene at man får en ny oppgave – snakke om alkohol – uten ekstra tillegg i ressurser. I kartleggingen var det også flere som mente at det å ta opp temaet, alkohol lå utenfor stillingsinstruksen (15 prosent).

*«Problemet er at det er så mye som skal prioriteres/vurderes at det finnes ikke tid til alt det som skal kartlegges. Det må gjøres en alvorlig prioritering av oppgaver ift. ressurser (..om alkohol skal bli del av oppgavene).»*

Det er i praksis mange «helseknagger» man kan henge samtalen om alkohol på. Mange ansatte mener nettopp spørsmål om alkohol i forbindelse med rutinemessige samtaler om legemidler, kosthold, ulykker og andre helseproblemer er et godt tiltak.

I møte mellom ansatt og bruker som sliter, snakkes det ofte om «gylne øyeblikk», der man via nærvær og stemmebruk evner å formidle anerkjennelse og forståelse. Fra de åpne tekstfeltene kom det frem at grunnlaget for samtale er at man har en relasjon til brukeren. Kanskje er det dette en ansatt har i tankene, når hun i kartleggingen gir råd til hvordan man kan forebygge problematisk alkoholkonsum:

*«Bytt ut stoppeklokken med en kopp kaffe!»*

«Eldres økende bruk av alkohol, ofte i kombinasjon med medikamenter, problematiseres for lite i offentligheten.»

# Actis mener: Eldres alkoholbruk er et folkehelsespørsmål

«At eldre drikker slik at det går ut over helse, funksjon og relasjoner er ikke et uvanlig fenomen.»

Eldres økende bruk av alkohol, ofte i kombinasjon med medikamenter, problematiseres for lite i offentligheten. Som denne rapporten viser, kobles alkohol til et spørsmål om livskvalitet for eldre, heller enn til helse og pasient-sikkerhet.

Trenden med at godt voksne drikker mer har bredt seg i alle samfunnslag og begge kjønn (Støver et. al 2012). Grensene for hva som er innenfor akseptabel ruspåvirket adferd og hva som regnes som alkoholmisbruk flytter seg når totalkonsumet går opp (Nordlund, 2008). Når alkohol blir et innslag i stadig flere sammenhenger, bør det følges opp med opplysningsinnsats om hva økt alkoholbruk innebærer for helsen.

Slik det fremkommer i denne rapporten, er det ikke alltid at risikabel og skadelig bruk av alkohol kuttes ved bruk av medisiner med interaksjoner. Mange godt voksne utsettes derfor for risiko for helseskade (Støver et. al 2012). Vi vet heller ikke hvordan alkohol- og medikamentbruk vil slå ut når baby-boomerne entrer eldreomsorgen for fullt, et tiår eller to fra nå.

Vi vet ikke i hvilken grad apotekets ansatte informerer kunder om risikoen ved å bruke alkohol ved utdeling av aktuelle medisiner. Hvis det blir gjort på en systematisk måte kan det kunne bidra til mer informerte forbrukere. Flere studier viser at apotekene kan ha en mer aktiv rolle i å formidle informasjon til eldre om interaksjon mellom alkohol og medikamenter (Zanjani, Hoogland og Downer 2012).

Enkelte kan mene at det er legens ansvar å ivareta anbefalingene om alkohol og medikamenter etter å ha kartlagt hva pasienten drikker og generell helse-tilstand. Men generelt vil et budskap bli bedre forstått om det fremmes i flere kanaler samtidig.

## «Alkohol + legemidler = usant»

At gruppen eldre som er kronisk brukere av benzodiazepiner drikker like mye alkohol som de som ikke bruker slike medisiner, viser betydningen av å intensivere arbeidet med opplysning om uheldige effekter av sambruk av alkohol og medikamenter. Slik informasjon må gis både til de eldre, deres pårørende, fastleger og andre deler av helse- og omsorgstjenestene. Fastlegen har en viktig oppgave i å kommunisere tydelig om begrensning av bruk av alkohol sammen med enkelte typer medisiner. Forsiktighet med alkohol ved en del type legemidler bør integreres mer i forståelsen av riktig legemiddelbruk, og inn i pasient-sikkerhetsprogrammets arbeid med dette.

Når man spør ansatte i hjemmetjeneste og på sykehjem hvorfor eldre drikker mye, er det ensomhet som oftest nevnes. Også behovet for sosialt liv og

hygge trekkes fram. For å forebygge problematisk bruk må kommunene utvikle nærmiljøer og lokalsamfunn slik at det legger til rette for aktivitet, deltakelse og til at eldre kan være mer selvhjulpne.

Regjeringens strategi for et. aldersvennlig samfunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) Flere år – Flere muligheter peker på behov for mer arbeid i alle sektorer for å legge til rette for aktiv aldring.

Frivillige har en viktig rolle i å mobilisere eldre og deres pårørende og til å senke terskelen for å gjøre endringer eller søke hjelp. Frivilligheten kan også bidra til fellesskap som lindrer eksistensiell angst, ensomhet og fysiske og psykiske plager som følger med aldring.

Frivillige organisasjoner kan bidra til å øke kunnskap om eldre og alkohol. En rekke organisasjoner som arbeider med ulykker, fysisk helse og psykisk helse kan bidra til å løfte temaet eldre og alkohol, fordi alkohol er tett vevd sammen med dette.

## Alkohol på dagsorden

*«Vi kan ikke kun ha fokus på misbruket - det finnes både utfordringer og ressurser hos enhver - og det må være balanse i kommunikasjon for å få med mennesker på forståelse og endring»*

Undersøkelsen blant helsearbeidere i eldreomsorgen viser at ansatte i hjemmetjenesten i snitt pr. år møter tre til fire brukere med et alkoholforbruk som påvirker atferd, helse og risiko for skade. At eldre drikker slik at det går ut over helse, funksjon og relasjoner er altså ikke et uvanlig fenomen.

Selv om mange har rutine for å varsle, kunne flere varslet andre i egen linje. For få varsler om alkoholrelaterte ulykker. Mange sier fra til ledelse og opplever at det blir fulgt opp, men halvparten oppgir også at de ikke alltid tar en slik samtale med pasienten. Dette viser at de ansatte har mange muligheter til å gjøre en forskjell for brukere med rusproblemer. Men en stor andel av de ansatte ønsker seg mer kompetanse på en rekke sentrale områder slik at eldre med rusproblemer kan få nødvendig helsehjelp. Det gjelder alt fra formelle regler rundt taushetsplikt, hvilke legemidler som ikke bør brukes sammen med alkohol, alkoholens innvirkning på psykisk helse og forebygging av ulykker, til hva eldre kroppene tåler.

Utfordringen med at alkoholbruk og eldre ikke tas opp, er at eldre mennesker kan få en dårligere livskvalitet og et dårligere helsetilbud enn de kunne og burde hatt. Mangel på kunnskap om sammenheng mellom alkoholbruk og medikamentbruk kan gjøre at typiske alderdomstegn som dårlig hukommelse og dårlig balanse setter inn før tiden.

## Våre anbefalinger

### Folkehelse:

- Fra nasjonalt nivå bør man gi mer informasjon til den godt voksne (friske) befolkningen om helsekonsekvenser av høyt alkoholbruk, og sambruk med medisiner, og legge til rette for at utøvende ledd i kommunen og fastleger sprer informasjon. Frivillige kan ha en rolle i arbeidet med å spre informasjon.
- Eldre og alkohol må bli del av utfordringsbildet i kommunalt planverk.

«Fastlegene har et særskilt ansvar for å arbeide proaktivt.»

Det må utvikles tiltak innen folkehelse og i helse- og omsorgstjenesten, der arbeidet med alkohol og eldre knyttes til tiltak på psykisk helse, forebygging av ulykker, kosthold, og riktig bruk av legemidler.

- Antallet skader fra alkohol og medikamenter i eldrebefolkningen må kartlegges for å forebygge.
- Eldre kan ha større utfordringer med å få med seg informasjon grunnet svekkelse av syn og kognitiv oppfattelse. Helseopplysning i form av merking og informasjon ved utlevering av medikamenter, bør vurderes.

#### **Helse- og omsorgstjenesten:**

- Det bør utarbeides ulike kompetansehevingsprogrammer som kan styrke kunnskap om identifisering, kartlegging, råd, veiledning og endringsstøtte for eldre med alkoholrelatert problematikk, som også adresserer ansattes holdninger til eldre med rusproblemer. Dette bør inn i grunnutdanningen for helse- og omsorgstjenesten. Frivillige- og profesjonsorganisasjoner som Sykepleierforbundet, Fagforbundet og Legeforeningen er viktige pådrivere for kompetanseheving.
- Fastlegene har et særskilt ansvar for å arbeide proaktivt, slik at risikobruk av alkohol kan forebygges. I tillegg til veiledning og informasjonsformidling til pasienter, bør fastlegen gjennom sine rutine-spørsmål knyttet til sykdommer avdekke risikobruk av alkohol.
- Tiltak bør knyttes opp mot arbeidet med riktig bruk av legemidler, psykisk helse, forebygging av ulykker og riktig kosthold.
- Tjenestetilbudet på rus og psykisk helse må i større grad også tilpasses eldre og legges opp slik at flere sendes videre til behandling. Særlig eldre kvinner er en gruppe å være oppmerksomme på.

# Ressurser

## Nettsider

### **[www.interaksjoner.no](http://www.interaksjoner.no)**

Her kan du søke etter hvilke interaksjoner legemidler har med hverandre, eller mellom legemidler og alkohol. Skriv inn alkohol + legemiddelnavnet i søkefeltet.

### **[www.mestrus.no](http://www.mestrus.no)**

Ressursside om aldring og alkohol. Nettsiden er et samarbeid mellom Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og Helse og Nasjonal kompetansetjeneste TSB.

### **[www.snakkomrus.no](http://www.snakkomrus.no)**

Nettressurs laget spesielt for ansatte i kommunens helse- og omsorgstjenester, i NAV og i spesialisthelsetjenesten. Her finner du elektroniske kartleggingsverktøy, fagstoff, filmer og annet læringsmaterieell som kan gjøre deg til en bedre rådgiver i samtaler om bruk av alkohol og andre rusmidler.

**«Aldring og helse - hva med alkohol?»**

En nasjonal brosjyre forfattet av de regionale kompetansesentre rus, med tilskudd fra Helsedirektoratet. Innholdet henvender seg til landets pensjonister, og kan bestilles både av privatpersoner og tjenester som er rettet mot målgruppen. Last ned på: <https://www.korus-sor.no/publikasjoner/aldring-og-helse-hva-med-alkohol/>

## Informasjonsfilmer:

**«Det gode liv»:** Eldre i Norge unner seg stadig oftere et glass eller to, og har kontroll på inntaket. Eller? Se hvordan det går når testpersoner får i oppgave å skjenke hverandre én enhet.

<https://vimeo.com/rusbehandling/detgodelivfullversjon>

Kortversjon av «Det gode liv» finnes her:

<https://vimeo.com/rusbehandling/detgodeliv30sek>

**«Vendepunktet»**

Informasjonsfilm om alkohol som del av det gode liv som pensjonist, men også et middel å ty til ved savn og vanskelige overganger. Gradvis ble det mer og mer av det, men så kom vendepunktet.

<https://vimeo.com/rusbehandling/vendepunktet>

**«Barndomsminner»**

For mange er alkohol en del av det gode liv, med større frihet og tid til seg selv. Men lar alt dette seg forene med å være fullt til stede som bestemor?

<https://vimeo.com/rusbehandling/barndomsminner>

## Screeningverktøy:

**Alkoholenhetskalkulator**

Kalkulatoren kan brukes til å beregne typisk forbruk av alkohol på en uke. Kalkulatoren omregner valgene til standard alkoholenheter, og er ment å være et praktisk verktøy for ansatte i hjelpeapparatet/ tjenesteapparatet for å samtale med personer om deres bruk av alkohol.

<https://rop.no/kartleggingsverktøey/alkoholenhetskalkulator/>

**Audit**

Verktøy for å identifisere problemfylt bruk av alkohol siste 12 måneder. Fylles ut av personen selv eller sammen med en fagperson. Oppgir mengde og hyppighet samt konsekvenser ved bruk av rusmidler. Formålet er å utvikle en metode for å identifisere personer med et tidlig alkoholproblem.

<https://rop.no/kartleggingsverktøey/audit/> (App til iPhone og Android-telefoner kan også lastes ned her)

**Audit C**

Kartleggingskjema med tre spørsmål om alkoholbruk siste 12 måneder. En kortversjon av AUDIT som brukes til å identifisere risikokonsum av alkohol og/eller drikking som kan utvikles til misbruk og avhengighet.

<https://rop.no/kartleggingsverktøey/audit-c/>

# Litteraturliste

- Aira, M.; Hartikainen, S. & Sulkava, R. (2005). Community prevalence of alcohol use and concomitant use of medication – a source of possible risk in the elderly aged 75 and older? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 20, (7), 680-685. DOI 10.1002/gps.1340
- Amundsen Østbye et. al. (2016). Does low alcohol use increase the risk of sickness absence? A discordant twin study. *BMC Public Health* 16:825 DOI 10.1186/s12889-016-3502-2. Tilgjengelig på: [https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/52713/Oestby\\_2016\\_Doe.pdf?sequence=1](https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/52713/Oestby_2016_Doe.pdf?sequence=1)
- Arndt S. og Schultz S. K. (2014). Epidemiology and Demography of Alcohol and the Older Person. *Substance Use and Older People*. DOI: 10.1002/9781118430965.ch7. Tilgjengelig på: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118430965.ch7/summary>
- Asker og Bærum Budstikke. (2016). Legene skal spørre deg om drikkevaner. Lest 24. november. Tilgjengelig her: <http://www.budstikka.no/barum-sykehus/alkohol/fastlege/legene-skal-sporre-deg-om-drikkevaner/s/5-55-291568>
- AV OG TIL. (2015). Tre av ti tror det er sunt med ett glass vin om dagen. Lest 23. 11. 2016. Tilgjengelig her: <http://avogtil.no/aktuelt/tre-av-ti-tror-det-er-sunt-med-ett-glass-vin-om-dagen/>. Tilsendt tall med aldersfordelinger på forespørsel til AV OG TIL.
- Babor T, S.C. Caetano, S. Casswell, G. Edwards, N. Giesbrecht, K. Graham, J. Grube, L. Hill og I. Rossow. (2010). *Alcohol No ordinary commodity* s. 69 Kap 4 The global burden of alcohol consumption. Oxford University Press.
- Bakke, E., Bogstrand, S.T., Normann, P.T., Ekeberg, Ø. og Bachs, L (2016): Influence of alcohol and other substances of abuse at the time of injury among patients in a Norwegian emergency department. *BMC Emergency Medicine* 2016 Jun 8;16(1):20
- Barry, Oslin og Blow. (2001). *Prevention and Management of Alcohol Problems in Older Adults*. New York: Springer Publishing
- Berg C., Salvesen Blix H, Fenne O., Jansdotter Husabø K., Selmer R., Torheim S, Furu K.. Reseptregisteret 2011–2015 / The Norwegian Prescription Database 2011–2015 (Legemiddelstatistikk 2016:2), Folkehelseinstituttet. Statistikkrapport 2016. ISBN (elektronisk): 978-82-8082-714-2, ISSN: 1890-9647. Tilgjengelig på [www.fhi.no](http://www.fhi.no)
- Bhatia. Nadkarni, Murthy, Rao og Crome. (2015). Recent advances in treatment for older people with substance use problems: An updated systematic and narrative review. *European Geriatric Medicine*. 6, (6), 580-586. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2015.07.001>. Tilgjengelig på: [http://www.euro-peangeriatricmedicine.com/article/S1878-7649\(15\)00139-4/references](http://www.euro-peangeriatricmedicine.com/article/S1878-7649(15)00139-4/references)
- Bogstrand S.T, P.T. Normann, I. Rossow, M. Larsen, J. Morland og O. Ekeberg. (2011). Prevalence of alcohol and other substances of abuse among injured patients in a Norwegian emergency department. *Drug Alcohol Depend.*, 117, (2-3):132-138. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.01.007. Tilgjengelig på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21316163>
- Book og Randall. (2002). Social Anxiety Disorder and Alcohol Use National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. Tilgjengelig på <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-2/130-135.htm>



- Bromark, M (2014). «Bekymret for besteforeldrenes alkoholforbruk.» Les 17. desember 2016. Tilgjengelig på: <http://www.aftenposten.no/norge/Bekymret-for-besteforeldrenes-alkoholforbruk-71511b.html>
- Bye E. K og Østhus S. (2012). Alkoholkonsum blant eldre. Hovedfunn fra spørreundersøkelser 1985-2008. Tilgjengelig på: [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/alkoholkonsumblanteldre1985\\_2008.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/alkoholkonsumblanteldre1985_2008.pdf)
- Cascio, W. F. (2003). Changes in Workers, Work, and Organizations. *Handbook of Psychology*, 3, (16), 399–422. doi: 10.1002/0471264385.wei1216
- CDC, Centers for Disease Control and Prevention. (2016). Fact Sheets - Excessive Alcohol Use and Risks to Women's Health. Lest 22. november 2016. Tilgjengelig på: <http://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/womens-health.htm>
- Daatland, S.O. & Slagsvold, B. (2013). Vital aldring og samhold mellom generasjoner. Resultater fra Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) - runde 1 og 2. NOVA rapport 15/13. Oslo: NOVA.
- Dar, Karim (ingen dato). *Alcohol Problems in the Elderly*. Tilgjengelig på: <http://slideplayer.com/slide/5733664/>
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. (2013). Omkomne i brann. Hentet 21. januar 2016. Tilgjengelig på: <http://www.dsb.no/no/Statistikk/Statistikk1/Branner/Utvikling-av-antallbrannomkomne/>
- Dyrstad K. og O. Ose. (2015) Rapport Kommunalt rusarbeid og innlemming av statlig rustilskudd i den kommunale rammen. Trondheim: Sintef Tilgjengelig på: [https://www.sintef.no/globalassets/upload/teknologi\\_og\\_samfunn/helse/a26099-kommunalt-rusarbeid\\_rapport.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/upload/teknologi_og_samfunn/helse/a26099-kommunalt-rusarbeid_rapport.pdf)
- Ebrahim, Shapiro, Williams, Fenwick. (2013). Alcohol and Sleep I: Effects on Normal Sleep. *Alcoholism Clinical & Experimental Science*. 37, (4), 539-549. Tilgjengelig på: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acer.12006/full>
- Fekjær H. O. (2013). Alcohol - a universal preventive agent? A critical analysis. *Addiction*, 108, (12), 2051-7. Tilgjengelig på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23297738>
- FHI. (2014). Folkehelse rapporten, Helsetilstanden i Norge 2014 oppdatert 11.03.2016 Ruslidelser i Norge (nettutgaven). Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/ruslidelser-i-norge--folkehelse-rap/>
- Frydenlund R. (2016) Fra konferansen «Alkohol, avhengighet og behandling» Arrangert av Oslo kommune, velferdsetaten Kompetansesenter sør, Oslo. Foilene fra konferansen er ikke tilgjengelige på nett.
- Frydenlund. (2011). Eldre, alkohol og legemiddelbruk - en kunnskapsoppsummering. Oslo: Korus Sør. Tilgjengelig på: [http://www.tidligintervensjon.no/Documents/kunnskapsoppsummering%20\\_3%20opplag.pdf](http://www.tidligintervensjon.no/Documents/kunnskapsoppsummering%20_3%20opplag.pdf)
- Frydenlund. (2012). Eldre, alkohol og legemiddelbruk. *Rusfag* nr. 1-2012. Korus Oslo.
- Grant A. M., (2008). Does Intrinsic Motivation Fuel the Prosocial Fire? Motivational Synergy in Predicting Persistence, Performance, and Productivity. *Journal of Applied Psychology*. 93,(1), 48–58 Tilgjengelig på: [http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2008\\_Grant\\_JAP\\_ProsocialMotivation.pdf](http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2008_Grant_JAP_ProsocialMotivation.pdf)
- Gilje Lid (2016). Addressing alcohol in general practice. Dissertation for the degree of philosophiae doctor (PhD). University of Bergen, Norway 2016
- Gilje Lid, Nesvåg og Meland. (2014). When general practitioners talk about Alcohol: Exploring facilitating and hampering factors for pragmatic case finding. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43, (2). Tilgjengelig på: <http://sjp.sagepub.com/content/43/2/153>
- Grøndalen E. (2011). Alkoholbruk hos eldre: Erfaringer fra prosjekt i Oslo. *Rusfag* 1/2011. Tilgjengelig på: <http://tidligintervensjon.no/Tema/Eldre/Helse/Fagtekster/Alkoholbruk-hos-eldre-Erfaringer-fra-prosjekt-i-Oslo/>

- Hallgren, M., Høgberg, P og Andréasson, S. (2009). Alcohol consumption among elderly European Union citizens. Health effects, consumption trends and related issues. Swedish national Institute of Public Health. Tilgjengelig på: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12338/alcohol-consumption-among-elderly-european-union-citizens-2009.pdf>
- Halkjelsvik T., Storvoll E. (2015). Andel av befolkningen i Norge med et risikofylt alkoholkonsum målt gjennom Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Nordic studies on alcohol and drugs*. DOI: 10.2478/nsad-2014-0035. Tilgjengelig på: <https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/nsad.ahead-of-print/nsad-2014-0035/nsad-2014-0035.xml>
- Hektoen, Liv Faksevåg. (2014). «Kostnader ved hoftebrudd hos eldre.» Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus. Tilgjengelig fra: <https://skriftserien.hioa.no/index.php/skriftserien/article/view/18>
- Helsedirektoratet. (2014). «Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet.» IS-2170 Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/anbefalinger-om-kosthold-ernering-og-fysisk-aktivitet>
- Helsedirektoratet. (2014). Nøkkeltall for helse- og omsorgssektoren 2014. Tilgjengelig på: <http://sites.helsedirektoratet.no/sites/nokkeltall/Documents/nokkeltall.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016). Sosial ulikhet i bruk av alkohol og alkoholrelatert sykkelighet og dødelighet. IS- 2474. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1204/Sosial%20ulikhet%20i%20alkoholbruk%20og%20alkoholrelatert%20sykelighet%20og%20dødelighet%20IS-2474.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Departementenes Service Senter Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Flere år – Flere muligheter. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/flere-ar--flere-muligheter/id2477934/>
- Helse Stavanger. (2015). Årsrapport: Alkoholintervensjon i somatikken. Tilgjengelig på: [https://helse-stavanger.no/seksjon/psykiatriskdivisjon/Documents/Avdeling%20unge%20voksne%20\(AUV\)/Ruskonsulentordningen/%C3%85rsrapport%20for%20ruskonsulentene%20i%20AUV%20%202015.pdf](https://helse-stavanger.no/seksjon/psykiatriskdivisjon/Documents/Avdeling%20unge%20voksne%20(AUV)/Ruskonsulentordningen/%C3%85rsrapport%20for%20ruskonsulentene%20i%20AUV%20%202015.pdf)
- Holahan, C.J.; Schutte, K.K.; Brennan, P.L.; North RJ, Holahan CK, Moos BS og Moos RHI. (2012). Wine consumption and 20-year mortality among late-life moderate drinkers. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 73 (1):80–88, 2012. PMID: 22152665
- Horverak Ø, Bye EK. (2007) Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973-2004. Tilgjengelig på: <http://wpstatic.idium.no/www.sirus.no/2015/01/sirusrap.2.07.pdf>
- Hruschka DJ, Hadley C. (2008). A glossary of culture in epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62, 947-951.. Tilgjengelig på: <http://jech.bmj.com/content/62/11/947.full>
- Jakobsen. (2014). «Piller kan slukke suget etter alkohol.» Lest 24. november 2016. Tilgjengelig på: <http://forskning.no/alkohol-og-narkotika/2014/09/piller-som-kan-slukke-alkoholsuget-brukes-lite>
- Johnsen, J. . (2016). Neurokognitiv svikt hos eldre induisert av alkohol - en oversett årsak til demens? Foredrag Dr. Oscar Olsen seminar 2016. Tilgjengelig på: [http://www.avhengighetsbehandling.no/filer/1605\\_Oscar\\_Olsen/160524\\_Johnsen\\_Neurokognitiv\\_svikt\\_indusert\\_av\\_alkohol.pdf](http://www.avhengighetsbehandling.no/filer/1605_Oscar_Olsen/160524_Johnsen_Neurokognitiv_svikt_indusert_av_alkohol.pdf)

- Jones og Bellis. (2014). CMO Alcohol Guidelines Review – A summary of the evidence of the health and social impacts of alcohol consumption. Liverpool: Centre for Public Health, Liverpool John Moores University. Tilgjengelig fra: <http://www.cph.org.uk/publication/cmo-alcohol-guidelines-review-a-summary-of-the-evidence-of-the-health-and->
- Johannessen A., Helvik A., Engedal K. og Sørli V. M. (2015). Older peoples' narratives of use and misuse of alcohol and psychotropic drugs. *Scandinavian journal of caring science*. 30, (3). 586–593. DOI: 10.1111/scs.12282. Tilgjengelig på: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12282/full>
- Jyrkämä J. & Haapamäki, L. (2008). Åldrande och alkohol – nordisk forskning och diskussion (NADpublikation 52). Helsinki: Nordiskt center för alkohol- och drogforskning. Tilgjengelig på <http://docplayer.se/135177-Alkoholkonsumtion-och-alkoholrelaterade-problem-bland-aldre-svenskar-hur-ser-det-ut-egentligen.html>
- Kaljord. (2014). Kan for lite om eldre og rus. Rus og psykisk helse. Korus – nord. Tilgjengelig på <http://kompetansesenterrus.no/file/art-7.pdf>
- Knudsen A. K. (2013). Sykdomsbyrde som følge av bruk av alkohol og illegale rusmidler i Norge. Resultater fra the Global Burden of Disease Project 2013. Oppdatert 2016. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig på: <http://www.forebygging.no/Global/rus%20og%20sykdomsbyrde%20endelig.pdf>
- Knutheim. (2015). «Eldre og bruk av rusmidler – kan eldre «forebygges?»» Tilgjengelig på: <http://www.forebygging.no/Artikler/2015/Eldre-og-bruk-av-rusmidler--kan-eldre-forebygges>
- Knutheim, T. og Rahm, Fred Rune (2016): Aldring og rusmidler. Utviklingstrekk, sykdom, medikamenter, alkoholbruk. Tilgjengelig på: <http://docplayer.me/17289719-Pdf-utgave-aldring-og-rusmidler-utviklingstrekk-sykdom-medikamenter-alkoholbruk-terje-knutheim-og-fred-rune-rahm.html>
- Koivula R., Tigerstedt C., Vilkkko A., Kuussaari A., Pajala S. (2016). How does older people's drinking appear in the daily work of home care professionals? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs Volume 33*, Issue 5-6 (Dec 2016). Tilgjengelig på: <https://www.degruyter.com/view/j/nsad.2016.33.issue-5-6/nsad-2016-0044/nsad-2016-0044.xml?format=INT>
- Kristiansen R. og Myhra A. (2012). Hvem er de pårørende som søker behandling, og hva slags belastninger rapporterer de om? Kartlegging av pårørendepasienter ved Borgestadklinikken 2009-2011. Skien: Korus sør. Tilgjengelig på: <http://docplayer.me/57385-Hvem-er-de-paerorende-som-soker-behandling-og-hva-slags-belastninger-rapporterer-de-om.html>
- Kristiansen J. E. (2010). Tall kan temmes! Hva gjennomsnittet skjuler. *Samfunnsspeilet*, 2010/4. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/hva-gjennomsnittet-skjuler>
- Kvinge T., Nørve S., Holm A BOLIG+ Nye boligløsninger for eldre og folk flest NIBR-rapport 2013:19. Tilgjengelig på: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NIBR/Publikasjoner/Publikasjoner-norsk/BOLIG-Nye-boligloesninger-for-eldre-og-folk-flest>

- Langballe E. M, Ask H., Holmen J, Stordal E., Saltvedt I., Selbæk G., Fikseanet A. Sverre Bergh S., Nafstad P. og Tambs, K. (2015). Alcohol consumption and risk of dementia up to 27 years later in a large, population-based sample: the HUNT study, Norway. *European Journal of Epidemiology* 30, (9):1049–1056. DOI 10.1007/s10654-015-0029-2. Tilgjengelig på: [https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/49181/Langballe\\_2015\\_Alc.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/49181/Langballe_2015_Alc.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Legemiddelhåndboken (2015). Årsaker til endret legemiddelvirkning hos eldre. Tilgjengelig fra: <http://legemiddelhandboka.no/Generelle/153204>
- Lidal IB, Denison E, Mathisen M. (2013). Sammenhengen mellom inntak av alkoholholdige drikker og risiko for hjerte- og karsykdom. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 13 – 2013. Tilgjengelig på: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/sammenhengen-mellom-inntak-av-alkoholholdige-drikker-og-risiko-for-hjerte-og-karsykdom?vis=sammendrag>
- Lopez-Quintero C., Pérez de los Cobos J, Hasin DS, Okuda M, Wang S, Grant BF, Blanco C. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug Alcohol Depend.* 115,(1-2): 120-30. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.11.004. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21145178>
- Lunde L. (2015). Alkoholvaner og problematisk alkoholbruk blant eldre – Kunnskapsstatus. I Mobæk og Nesvåg (Red) *Eldres rusmiddelbruk*. Utredning til Helse- og Omsorgsdepartementet. Stavanger KORFOR Tilgjengelig på: <http://www.korusoslo.no/wp-content/uploads/publrapport-HOD-Eldres-rusmiddelbruk.pdf>
- Lunde, H. (2017). Eldres rusvaner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 54, nummer 1, s.: 89-91. Tilgjengelig fra: [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=479140&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=479140&a=2)
- Melby L. og Mandal R. (2015). Forebyggende og helsefremmende arbeid (folkehelsearbeid) blant sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten. Kompetanse, prioritering og rammebetingelser. (Rapport, Sintef) Trondheim: Sintef.
- Mobæk og Nesvåg. (2015). Eldres rusmiddelbruk. Alkoholbruk og alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problemer blant eldre og helsemessige og sosiale problemer blant eldre i LAR. Utredning til Helse- og Omsorgsdepartementet. Stavanger KORFOR Tilgjengelig på: <http://www.korusoslo.no/wp-content/uploads/publrapport-HOD-Eldres-rusmiddelbruk.pdf>
- Moy I, Crome P, Crome I et. al. Systematic and narrative review of treatment for older people with substance problems. *European Geriatric Medicine* 2011; 2: 212-236. Tilgjengelig på: <https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.elsevier-5854dae4-dded-3fe6-94e4-f2924dd895d6>
- Myklestad I, Alver K, Madsen C, Ohm E, Hesselberg Ø, Bævre K, et. al (2014). Skadebildet i Norge: hovedvekt på personskader i sentrale registre. Oslo: Folkehelseinstituttet. Rapport 2014:2. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/8558040d0a.pdf>
- Mørland, J. Magnus P. (2012). «Er moderat alkoholinntak bra for hjertet?» Aftenposten. Tilgjengelig på: <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/Er-moderat-alkoholinntak-bra-for-hjertet-144402b.html>
- Mørland, J. (2002). Interaksjoner mellom legemidler og alkohol. *Tidsskrift for Norske Legeforening* 122, (5):511-3 Tilgjengelig på: <http://tidsskriftet.no/2002/02/legemidler-i-praksis/interaksjoner-mellom-legemidler-og-alkohol>
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2010). *Recovery*. Hentet 30. november 2016, fra <https://napha.no/content/13883/Recovery>

- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2013). Using Alcohol to Relieve Your Pain: What Are the Risks? Hentet fra: [http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/PainFactsheet/Pain\\_Alcohol.pdf](http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/PainFactsheet/Pain_Alcohol.pdf)
- Nordlund, S. (2008). What is alcohol abuse? Changes in Norwegians' perceptions of drinking practices since the 1960s. Pages 85-94. *Journal Addiction Research & Theory Volume 16*, 2008 - Issue 1
- Nygaard, Paschall, Aasland, Lund (2010). Use and Barriers to Use of Screening and Brief Interventions for Alcohol Problems Among Norwegian General Practitioners. *Alcohol and Alcoholism*, 45 (2):207-12. doi: 10.1093/alcalc/agq002. Tilgjengelig på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20100927>
- Næss, O. (2015) Alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problem blant eldre – vurdering av tjenestetilbud og kompetansebehov. I Mobæk og Nesvåg (Red) Eldres rusmiddelbruk. Alkoholbruk og alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problemer blant eldre og helsemessige og sosiale problemer blant eldre i LAR. Utredning til Helse- og Omsorgsdepartementet. Tilgjengelig på: <http://www.korusoslo.no/wp-content/uploads/publrapport-HOD-Eldres-rusmiddelbruk.pdf>
- Næss. (2016). Alkoholbruk og alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problemer blant eldre. Foredrag holdt på Utviklingskonferansen 2016. Tilgjengelig på: <http://stavanger.kommune.no/Documents/Oppvekst%20og%20leveler%C3%A5r/Utviklingssenter%20for%20sykehjem%20og%20hjemmetjenester/Konferanser/2016/Ole%20N%C3%A6ss%20Eldre%20og%20rus.pdf>
- Ludvigsen (2012). Trygg hjemme. Brannsikkerhet for utsatte grupper. (NOU 2012:4). Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/09f468441d8145f38659e7388a4a69d8/no/pdfs/nou201220120004000dddpdfs.pdf>
- Nygaard, Paschall, Aasland, Lund (2010). Use and Barriers to Use of Screening and Brief Interventions for Alcohol Problems Among Norwegian General Practitioners. *Alcohol and Alcoholism*. DOI: 10.1093/alcalc/agq002. Tilgjengelig på: <http://forskning.no/alkohol-og-narkotika-forebyggende-helse-medisinske-metoder/2010/02/okt-kompetanse-er-ikke-nok>
- Omsland TK, Holvik K, Meyer HE, Center JR, Emaus N, Tell GS, Schei B, Tverdal A, Gjesdal CC, Grimnes G, Forsmo S, Eisman JA, Sjøgaard AJ. (2012). Hip fractures in Norway 1999-2008: time trends in total incidence and second hip fracture rates. A NOREPOS study. *Eur J Epidemiol* 27 (10): 807-14.. DOI: 10.1007/s10654-012-9711-9. Tilgjengelig på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22870851>
- Ose og Pettersen. (2012). Døgnpasienter i TSB Trondheim, Sintef. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Rus%20og%20avhengighet/D%C3%B8gnpasienter%20i%20TSB%20-%20SINTEF%202014.pdf>
- Petersen A. (2013). «Drinking After 40: Why Hangovers Hit Harder.» *The Wall Street Journal*. Lest , 18.11. 2016 Tilgjengelig på: <http://www.wsj.com/articles/SB10001424052702304439804579205913000870266>
- Rattsø, J. (2016). Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi. Produktivitetskomisjonens andre rapport. (NOU2016:3). Oslo: Finansdepartementet. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/contentassets/64bcb23719654abea6bf47c56d89bad5/no/pdfs/nou201620160003000dddpdfs.pdf>
- Roehres og Roth (udatert) Sleep, Sleepiness, and Alcohol Use. Tilgjengelig på: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh25-2/101-109.htm>
- Rospenda, K.M., Minich L. M., Milner L. A., Richman J. A. (2010) Caregiver Burden and Alcohol Use in a Community Sample. *Journal of Addictive Diseases*, 29, (3): 314-324. doi: 10.1080/10550887.2010.489450 Tilgjengelig på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2906825/>

- Rossow, Pape og Baklien. (2010). Tiltak for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer. SIRUS-Rapport nr. 5/2010. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/sirusrap.5.10.pd.pdf>
- Rønning M, Berg C., Salvesen Blix H., Devold H.M., Litleskare I., Mahic M., Sakshaug S., Selmer R. (2012). Reseptregisteret 2007-2011. Tema: Legemidler og eldre. Tilgjengelig på: [https://www.fhi.no/publ/2012/reseptregisteret-2007-2011.-tema-le/?pid=239&trg=Content\\_6503&Main\\_6157=6246:0:25,5498&MainContent\\_6246=6503:0:25,5508&Content\\_6503=6259:97224:25,5508:0:6250:7:::0:0](https://www.fhi.no/publ/2012/reseptregisteret-2007-2011.-tema-le/?pid=239&trg=Content_6503&Main_6157=6246:0:25,5498&MainContent_6246=6503:0:25,5508&Content_6503=6259:97224:25,5508:0:6250:7:::0:0)
- Scafato E., Galluzzo L., Ghirini S., Gandin C. og Martire S. (2015). Low risk drinking guidelines in Europe: overview of RARHA survey results. Tilgjengelig på [http://www.rarha.eu/Resources/Guidelines/Documents/Overview%20WP5\\_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines\\_FINAL.pdf](http://www.rarha.eu/Resources/Guidelines/Documents/Overview%20WP5_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines_FINAL.pdf)
- Smith, Karen E., Graeme B Wilson, Lyn Brierley-Jones, Ann Crosland, Eileen FS Kaner og Catherine A Haighton. (2012). The 'other' in patterns of drinking: A qualitative study of attitudes towards alcohol use among professional, managerial and clerical workers. *BMC Public Health*, 12, 892. DOI: 10.1186/1471-2458-12-89. Tilgjengelig på: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-892>
- Skatvedt A. (2009). Alminnelighetens potensial. En sosiologisk studie av følelser, identitet og terapeutisk endring. Doktoravhandling, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Oslo
- Skog O. J. (1985). The Collectivity of Drinking Cultures: A Theory of the Distribution of Alcohol Consumption. *Addiction*, 80, (1), 83-99. DOI: 10.1111/j.1360-0443.1985.tb05294.x. Tilgjengelig på: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.1985.tb05294.x/abstract>
- Skretting A. Bye E. K., Vedøy T. F. og Lund K. E. (2015). Rusmidler i Norge 2015. Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing, doping og tjenestetilbudet. Rapport, SIRUS. Tilgjengelig på: [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/rusmidler\\_i\\_norge2015.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/rusmidler_i_norge2015.pdf)
- Skretting, A, Vedøy, T.F, Lund, K.E., Bye, E.K. (2017). Rusmidler i Norge 2016. Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing, doping og tjenestetilbudet. Tilgjengelig på: [www.fhi.no](http://www.fhi.no)
- Slagsvold og Løseth. (2013). Vital aldring og samhold mellom generasjoner. Resultater fra Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) – runde 1 og 2. Rapport 15/13. NOVA. Tilgjengelig på: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2013/Vital-ald-ring-og-samhold-mellom-generasjoner>
- Slagsvold og Løseth. (2014). «Eldres alkoholkonsum. Utviklingstrekk og årsaker. Hva forteller NorLAG-studien?» Tilgjengelig på: <http://www.forebygging.no/Global/artikkel%20Eldre%20og%20alkohol,%20endelig.pdf>
- Statistisk sentralbyrå (2012) Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt. Tilgjengelig på: [www.ssb.no](http://www.ssb.no)
- Stockwell T, Zhao J., Panwar S., Roemer A., Naimi T. og Chikritzhs T. (2016). Do "Moderate" Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77, (2):185-98. Tilgjengelig på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26997174>
- Støver, Bratberg, Nordfjærn og Krokstad. (2012). Bruk av alkohol og medikamenter blant eldre (60+) i Norge. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag . Rapport, NTNU. Tilgjengelig på: [https://www.ntnu.no/c/document\\_library/get\\_file?uuid=5e76ea20-86b6-4629-a50c-2989b89e8191&groupId=10304](https://www.ntnu.no/c/document_library/get_file?uuid=5e76ea20-86b6-4629-a50c-2989b89e8191&groupId=10304)
- Sulander, Tommi. (2009). Allt fler äldre tackar ja till alkohol, NAT 5/09, 417-426, *Nordisk alkohol och narkotikatidskrift*, 26, (5): 417-426. Tilgjengelig på: <http://www.nordic-welfare.org/PageFiles/4777/Sulander.pdf>

- Syse A., Pham D. Q., Keilman N. (2016). Befolkningsframskrivinger 2016-2100: Dødelighet og levealder. Økonomiske analyser 3/2016. Tilgjengelig på: [https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/270394?\\_ts=1556d689778](https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/270394?_ts=1556d689778)
- Sjølvik R. (2014). «Altså.. du rører ved en hellig ku» En kvalitativ studie av kvinners forvaltning av avhold fra alkohol og betydningen av moral. Masteroppgave, Institutt for sosiologi, statsvitenskap og samfunnsplanlegging, UIT Norges Arktiske Universitet. Tilgjengelig på: <http://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/6105/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Taylor B., Irving HM, Kanteres F, Room R, Borges G, Cherpitel C, Greenfield T og, Rehm J.(2010). The more you drink the harder you fall: a systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together. *Drug Alcohol Depend.* 110 (1-2): 108-116. Tilgjengelig på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2887748/>
- Tevik, K., Selbæk G., Engedal K., Seim A., Krokstad S. og A-S. Helvik. (2017) Use of alcohol and drugs with addiction potential among older women and men in a population-based study. The Nord-Trøndelag Health Study 2006-2008 (HUNT3) i *PLoS One*, 12(9): e0184428. Tilgjengelig fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5590962/>
- Tidemann-Andersen. (2016). «Alkohol og kreft.» Lest 24. november 2016. Tilgjengelig på: <https://kreftforeningen.no/forebygging/alkohol-og-kreft>
- Tønnesen H., Nielsen PR, Lauritzen JB og Møller AM. (2009). Smoking and alcohol intervention before surgery: evidence for best practice. *British Journal of Anaesthetics*, 102 (3):297-306. doi: 10.1093/bja/aen401.
- Tønnessen M., Leknes S. og Syse A. (2016). Befolkningsframskrivinger 2016-2100: Hovedresultater. Økonomiske analyser 3/2016, SSB. Tilgjengelig på: [https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/oa/\\_attachment/270398?\\_ts=156793b3aa0](https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/oa/_attachment/270398?_ts=156793b3aa0)
- UK Department of Health. (2016). Alcohol Guidelines Review – Report from the Guidelines development group to the UK Chief Medical Officers. Tilgjengelig på: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/545739/GDC\\_report-Jan2016.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545739/GDC_report-Jan2016.pdf)
- Verderhus, Rysstad, Gallefoss og Kristiansen. (2015). Kartlegging av alkoholbruk og røyking hos pasienter innlagt i medisinsk avdeling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 35 (14):1251-1255. Tilgjengelig på: [https://www.researchgate.net/publication/281065267\\_Kartlegging\\_av\\_alkoholbruk\\_og\\_royking\\_hos\\_pasienter\\_innlagt\\_i\\_medisinsk\\_avdeling\\_Norwegian\\_version\\_of\\_DOI\\_104045tidsskr140848](https://www.researchgate.net/publication/281065267_Kartlegging_av_alkoholbruk_og_royking_hos_pasienter_innlagt_i_medisinsk_avdeling_Norwegian_version_of_DOI_104045tidsskr140848)
- Waksvik (2016). «Eldre får ikke hjelp for psykiske plager: Hverdagsprat kan fremme helse.» Tilgjengelig på: <http://www.aldringoghelse.no/tidsskriftet/hverdagsprat-kan-fremme-helse>
- WHO (2014). Global Status Report on Alcohol and Health 2014. Rapport, Verdens helseorganisasjon. Tilgjengelig på: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/)
- Wyller. (2016). «Alderisme og aldersdiskriminering i helsetjenesten?» Tilgjengelig på: <http://www.aldringoghelse.no/tidsskriftet/alderisme-og-aldersdiskriminering-i-helsetjenesten>
- Zanjani F., Hoogland A. og Downer B. (2013). Alcohol and prescription drug safety in older adults. *Drug Health Patient Saf.*; 5: 13-27. doi: 10.2147/DHPS.S38666 PMID: PMC3589245 Tilgjengelig på: [Tilgjengelig på: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3589245/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3589245/)

## Eldre og alkohol

I denne rapporten presenteres resultater fra en undersøkelse Actis - Rusfeltets samarbeidsorgan har gjort blant ansatte i hjemmetjenesten og eldreomsorgen om deres erfaring med eldre med en problematisk alkoholbruk. I tillegg gjennomgås kunnskapsgrunnlaget vi har innen dette temaet. Hva er konsekvensene ved det normaliserte høye alkoholforbruket blant godt voksne? Hvordan forebygge og hvordan nå eldre mennesker som trenger behandling for sin alkoholbruk?

Målgruppe for denne rapporten er mennesker som arbeider med temaet faglig, politisk, frivillig eller i helse- og omsorgstjenestene.

Actis - Rusfeltets samarbeidsorgan er en paraply for organisasjoner som jobber med rusfeltet. Vi representerer 32 organisasjoner. Våre medlemmer jobber med ruspolitikk, forebygging, behandling og oppfølging av mennesker som har eller har hatt avhengighetsproblemer, og flere driver med pårørendearbeid.

Actis jobber for å redusere skadene ved bruk av alkohol, narkotika og pengespill. Våre medlemmer er: Arbeiderbevegelsens rus- og sosialpolitiske forbund (AEF), Atrop støtte- og ettervernsenter, Barn av rusmisbrukere (BAR), Blå Kors, Det hvite bånd, DNT - Edru livsstil, Familiekubbene i Norge, Fondet for forskning og folkeopplysning om edruskap, Forbundet mot rusgift (FMR), FORUT - solidaritetsaksjon for utvikling, Frelsesarmeens rusomsorg, Helseutvalget, Internasjonal helse og sosialgruppe, IOGT Norge, Ja, det nytter, Juba, Juvente, Stiftelsen Retretten, MA Rusfri trafikk og livsstil, MA Ungdom, Minotenk, N.K.S. Veiledningssenter, NM hotels, Norsk helse- og avholdsforbund, Norske jernbaners avantgarde (NJA), Norsk narkotikapolitiforening, Rusfri oppvekst, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO), Samarbeidsforum for norske kollektiver, Skeiv verden, Trasoppklinikken og Ungdom mot narkotika (UMN).

Les mer på [www.actis.no](http://www.actis.no)