



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	07-05-2021 00:00	<b>Termin:</b>	2021 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	21-05-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	369
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7940
----------------------	------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har** Ja  
**registrert**  
**oppgavetittelen på**  
**norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	104
<b>Andre medlemmer i</b> <b>gruppen:</b>	366

Jeg godkjenner uttalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



## BACHELOROPPGAVE

Styrkedrikk? -Hvordan kan  
hjemmesykepleieren forebygge forhøyet  
alkoholkonsum blant eldre?

Strength drink? -How can a home care nurse  
prevent elevated alcohol consumption amongst  
the elderly?

**Kandidatnummer 369, 366**

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato

## **Summary**

How can a home nurse prevent elevated alcohol consumption amongst elderly? We have looked into the many factors that directly affect how a home nurse works with their clients. We have looked into how complex the use of alcohol is amongst the elderly, and how there has been a cultural shift in regards to alcohol drinking in Norway. How will the new drinking culture affect the health of the elderly population?

We found out that there is a potentially a generally lack of knowledge about how alcohol affects the elderly physiology, amongst both nurses and the general public. The topic is also difficult to talk about. This makes the prevention work of a home care nurse difficult. We ask ourselves what resources are available and which resources are potentially lacking?

We also found out that the main reason the elderly drink alcohol is because of loneliness. Covid-19, as we see it has heightened the loneliness amongst elderly. Are home care nurses able to handle this additional challenge? We have also seen how the strict stopwatch scheduled assignment can be a hindrance to providing good prevention health care and holistic nursing. We wonder how the health care system will handle the potential increase in alcohol related illness amongst the elderly. Are there any alternative solutions if the authorities cannot provide additional resources?

## Innholdsliste

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>3</b>
1.1 Valg av tema og metode.....	4
<b>2.0 Innenfor husets fire vegger</b> (Ramme for narrativ).....	<b>4</b>
<b>3.0 Styrkedrikk</b> (Narrativ).....	<b>5</b>
<b>4.0 Endring i Alkoholvaner</b> (Problemtema).....	<b>7</b>
<b>5.0 Hva menes med et forhøyet alkoholforbruk?</b> (Hoveddel).....	<b>9</b>
5.1 Negative helseeffekter av alkohol .....	9
5.2 Alkohol og fallskader .....	10
5.3 Alkohol og legemidler .....	11
5.4 Utelukkende negative helseeffekter for eldre?.....	11
5.5 Kan et moderat alkoholinntak beskytte mot demens?.....	11
5.6 De sprekeste drikker mest og tåler det best?.....	12
5.7 Velvære og god helse .....	12
5.8 Tverrfaglig tilnærming .....	14
5.9 Å snakke om alkohol er vanskelig .....	14
5.10 Den gode samtale.....	15
5.11 Rulle med motstand .....	15
5.12 Ensomhet, en risikofaktor .....	16
5.13 Koronapandemien .....	18
5.14 Ut av ensomheten .....	19
5.15 Hva kan hjelpe .....	20
5.16 Helhetlig sykepleie i hjemmesykepleien?.....	20
5.17 De satte rammene .....	21
5.18 Behov for ressursøkning?.....	22
<b>7.0 Litteraturliste</b> .....	<b>24</b>

## 1.0 Innledning

Psykiater Finn Skårderud har spurt seg selv spørsmålet hvorfor alt kjennes så riktig ut etter et par glass vin.

Da kommer roen, harmonien og nytelsen.

Rusen angriper selvkontrollen, noe Skårderud mener kan være godt og nyttig for oss. Spådommen hans var at denne form for rusopplevelse vil øke i fremtiden (Skårderud, 2000). To tiår har gått siden Skårderud skrev disse ordene, og statistikken tyder på at Skårderud fikk rett. Vi nyter alkohol i større grad enn før. Vinmonopolet rapporterer om økte salgstall, år etter år (Vinmonopolet, 2021). Pressen publiserer vinanmeldelser på ukentlig basis. Nordmenns økte interesse for særlig vindriking, viser at konsumet handler om mer enn bare søken etter rus. Det handler også om kultur, identitet og sosialisering. Data fra HUNT-studien, som er en stor norsk befolkningsstudie, viser at også de eldre drikker mer nå enn før (Støver et al., 2012). Samtidig forteller forskningen oss at eldre mennesker er mer sårbare for de negative effektene av alkoholen (Frydenlund, 2012). Derfor har våre helsemyndigheter uttrykt bekymring for det økende alkoholforbruket blant eldre (stortingsmelding 30, 2012).

Eldre og deres alkoholforbruk har kommet på dagsorden. Hvorfor er det viktig å forebygge et forhøyet alkoholforbruk blant denne befolkningsgruppen? Vi spør oss selv; skal ikke eldre mennesker, som gjerne har lagt bak seg et langt yrkesliv, endelig få kose seg med litt vin til middagen? Vinen har blitt et symbol på det gode liv, men hvor mye vin er for mye?

Loverket er tydelig på at det hviler et stort ansvar på kommunenes helsetjenester når det gjelder forebyggende og helsefremmende arbeid. Dette innebærer tjenester som opplysning, råd og veiledning, som kan bidra til å forebygge eller løse sosiale problemer (helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 nr. 1 og 3-3). Sykepleiere i hjemmebaserte omsorgstjenester er godt kjent med forebyggingsarbeid, som for eksempel fallforebygging og forebygging av underernæring. De står i en unik posisjon til å arbeide med forebygging av forhøyet alkoholforbruk blant de eldre. De får komme hjem til brukeren, som de gjerne følger over lengre tid. Dermed kan de få en god innsikt i den Eldres helsetilstand, livssituasjon og vaner. Utfordringen er at sykepleieren ofte må gjøre selvstendige

vurderinger fordi han eller hun står alene hjemme hos brukeren. Gode vurderinger bygger på et sterkt faglig og etisk skjønn. Har sykepleierne god nok kunnskap om eldre og alkohol?

Vi mener det gode forebyggingsarbeidet i hjemmebaserte omsorgstjenester krever en helhetlig og tverrfaglig tilnærming. Hjemmesykepleien er som kjent stadig presset på tid.

Arbeidsoppgavene bestemmes på forhånd, styres og måles. Hvilke muligheter har hjemmesykepleien til å jobbe med forebygging av forhøyet alkoholforbruk blant de eldre?

### **1.1 Valg av tema og metode**

Interessen og undring rundt temaet eldre og alkohol, begynte i forbindelse med en forelesning i emnet helsefremmende og forebyggende arbeid. Sammen med noen medstudenter jobbet vi med et gruppeprosjekt som hadde som mål å få et innblikk i erfaringer som hjemmesykepleien har med eldre brukere og deres alkoholinntak. Opplysningene vi samlet ga oss et inntrykk av at hjemmesykepleien mangler kunnskap, verktøy og kompetanse når det kommer til dette temaet. Vår tanke er at sykepleierne i hjemmetjenesten har en unik mulighet til å jobbe med primærforebygging, derfor ønsket vi å undersøke hvilke muligheter og utfordringer som finnes når hjemmesykepleien skal forebygge forhøyet alkoholforbruk blant eldre.

Vi valgte essay som metode, fordi vi ønsket å komme med nye perspektiver rundt vårt tema. Bech-Karlsen (2011) skriver at essayet tar utgangspunkt i erfaring. Våre egne erfaringer fortalte oss at når det kommer til eldre og deres alkoholbruk, kan det være utfordrende å finne klare svar på problemstillingene. Vi oppfatter temaet som komplekst og sammensatt. Forskningen innen feltet fremstår for oss som sparsom. Derfor leter vi ikke etter konkrete svar. Vi å belyse temaet fra ulike sider og få leseren til å reflektere og undre med oss. Essay som metode tillater oss å løse oppgaven på denne måten. Essay faller inn under sakprosa som sjanger og er åpen og assosiativ i sin form. Essay skal være kunnskapsrikt men ikke lærd i vitenskapelig forstand. I et essay stiller man spørsmål og henvender seg gjerne til sin likemann. Leseren får gjerne ikke svar på spørsmålene som stilles, men blir invitert på en vandring innen et emne (Bech-Karlsen, 2011).

## **2.0 Innenfor husets fire vegger**

Når en person må åpne sitt hjem for å motta profesjonell omsorg, får det en stor påvirkning på livet til vedkommende. Som sykepleiere lærer vi viktigheten av å utvise respekt og ydmykhet overfor den enkeltes verdier, normer, regler og tradisjoner (Fjørtoft, 2016, s. 31) I hjemmesykepleien møter vi på situasjoner og måter å leve på som kan utfordre våre egne verdier og faglighet. Det trenger ikke være situasjoner som er åpenbart grenseoverskridende. Av og til kan det være en liten ting eller hendelse, som gjør at man som sykepleier sitter igjen med litt usikkerhet og en dårlig magefølelse.

## **3.0 Styrkedrikk**

Julen var rett rundt hjørnet, det var kaldt og mørkt denne morgenen. Julelysene lyste opp husene rundt omkring og bygget opp om forventningene til jul. Denne morgenen skulle jeg ta et oppdrag for en annen sykepleier hos en bruker jeg ikke hadde vært hos før. Det var hos en eldre enke på 78 år, og som bodde alene i huset sitt, la oss kalle henne Kari. Jeg visste ikke så mye om hennes livssituasjon og heller ikke mye om hennes diagnoser, men fikk vite at hun hadde kols og oppdraget var at jeg skulle sette frem tablettene hennes for den dagen, hjelpe henne med inhalasjoner, samt hjelpe til med frokost.

Jeg kjørte opp oppkjørselen til et typisk hus fra 60 tallet, kledningen og vinduene bar preg av å være like gammel som huset og ikke ivaretatt de siste årene. Jeg banket på og låste meg inn til henne, vindfanget og gangen var mørk og kald, og tilsynelatende brukte hun kun 2 etg. Jeg gikk opp trappen, banket på døren inn til stuen og traff en veldig tynn liten dame, som tydeligvis hadde vært en del høyere i sine yngre dager da hun hadde en langtkommen kyfose. Kari var veldig imøtekommende og virket glad for å se meg. Det mørkt og helt stille i stuen, ingen radio på og den lille tven var avslått. Det var kun en liten lampe i stuevinduet som var tent, og at julaften var rett om hjørnet kunne man ikke skimte noen plass hos



henne. Ikke en eneste julepynt var å se, en stor kontrast til alle julelysene som hang rundt om ute, og til det julepyntede hjemmet til brukeren jeg hadde nettopp vært hos.

Hjemmesykepleien hadde båret opp ved for henne dagen før, så det var god varme i stuen og kjøkkenet. Kari viste vei inn til kjøkkenet som tydelig var fra husets byggeår, men i god stand, spartansk innredet og ryddig som stuen. Hun satt seg ned ved kjøkkenbordet og jeg hjalp henne med inhalasjonene. Vi snakket løst og ledig om hverdagsprat, at det nærmet seg julaften om ikke så lenge og om korona pandemien som foregikk. Jeg spurte om jeg skulle smøre noen skiver til henne, men hun var ikke så sulten, men hun kunne til nøds ta en skive. Etter jeg hadde smurt en skive til henne, fant jeg frem tablettene i multidosen i kjøkkenskapet, og la de i et lite glass på kjøkkenbenken. Jeg fylte i et glass vann til henne og satt de ved siden av tablettene. Rett bortenfor på kjøkkendisken stod et lite glass med stett, fylt opp til randen med noe som så ut som Baileys. Kari så at jeg så på glasset, og sa med et lite skjevt smil at, «å det var bare noe for hun skulle ha å styrke seg på, en styrkedrikk». Hun fortalte videre om en hjertelege hun hadde vært hos for mange år siden, som hadde sagt at 'et glass vin om dagen var bra for hjertet'. Jeg smilte litt tilbake, nikket og tenkte at det var nå veldig tidlig å med alkohol på dagen, men det er ikke opp til meg å dømme å bestemme hvordan andre lever sitt liv.

Vi gikk inn i stuen etter hun hadde tatt tablettene, men hun hadde ikke drukket glasset med Baileys, det stod igjen på kjøkkendisken. Kari satt seg ned på en stol og ville at jeg skulle smøre ryggen hennes da hun slet med kløe. Men jeg måtte være forsiktig mens jeg smurte henne da hun hadde mye vondt. Kari tok av seg på overkroppen, og mens jeg smurte den veldig tynne ryggen og kjente hver eneste bein i den krummede ryggen hennes, snakket vi om julen. Jeg spurte om hvor hun skulle i julen eller om hun fikk besøk. Nei hun orket ikke dra til datteren og familien hennes som bodde i nærheten i julen, for hun ble så trøtt tidlig på kvelden, så da synes hun det var bedre å være alene. Kari fortalte at det andre barnet hennes, hennes sønn og familien hans bodde på andre siden av fjellet, og ville ikke de skulle komme over på besøk, for det var sikkert så glatt over fjellet sa hun. Og så var det jo dette med denne koronaen da, så var det bedre de holdt seg hjemme mente hun. Kari hadde vært inne på sykehjemmet for noen uker siden på rullering, og hun har fått tilbud om å være der i

julen fortalte hun, slik at hun slapp å sitte hjemme alene, men nei, det ville hun heller ikke, best og være hjemme som hun sa.

Mens jeg smurte henne på ryggen og praten gikk, gikk mine tanker tilbake til det glasset med Baileys på kjøkkenet. Mange av oss drikker jo alkohol for den positive effekten vi kan ha av den, om det er i godt selskap, for å senke skuldrene etter en travel uke eller for å supplere til mat. Alkohol kan være et positivt tilskudd i sosiale situasjoner, men kan også gå over til et misbruk og gi negative konsekvenser. Hvorfor drakk Kari, og hvor mye drakk hun? Var det på grunn av ensomhet, at hverdagen blir lang, innholdsløs og monoton, eller var det på grunn av smertene hun sa hun hadde i skulderen? Hva med tablettene hun fikk, hvordan ville de virke sammen med alkoholen? Kari var jo så skrøpelig og tynn, hun har jo ikke så mye å gå på, hva med fallrisikoen? Hvordan skulle det bli for henne alene i julen og kanskje føle på ensomheten?

Jeg kjente på et ubehag fordi jeg ikke hadde nok kunnskap om medisinene hun fikk i forhold til alkohol, og jeg klarte ikke å få meg til å spørre om Kari sitt alkoholbruk. Jeg visste ikke hvordan jeg skulle begynne samtalen, for jeg ville ikke fornærme henne eller tråkke over noen grenser, og dessuten hadde jeg ikke nok tid.

Jeg reiste derfra med delte følelser. Jeg hadde utført oppdraget mitt, men kjente på en uro for hennes situasjon, både som medmenneske, og som sykepleier, med tanke på at vi skal utføre helhetlig sykepleie, et mantra som henger igjen fra sykepleierutdannelsen.

#### **4.0 Endring i Alkoholvaner**

Samfunnet, vår kultur og våre moralske verdier vil alltid være i endring. Slik har det alltid vært, og slik vil det alltid være. Etter andre verdenskrig opplevde verden en stor befolkningsvekst, en såkalt 'baby boom'. Nå har disse menneskene blitt pensjonister. Dagens eldre har vokst opp i en tid hvor det har skjedd en rivende utvikling. Økonomi, velferd og teknologi har økt betraktelig sammenlignet med generasjonen før dem. Disse samfunnsendringene har gitt oss nordmenn større muligheter til å reise til utlandet for å

feriere, bruke mer tid på fritidssysler og interesser, og ikke minst muligheten til å kose oss på hytten i helgene, med god mat og god drikke. Norske pensjonister har et annet levesett og en annen livsstil enn årskullene før dem. Det har også skjedd en endring når det kommer til alkoholens status i det norske samfunnet. Vi har ukentlige vinspalter i de største avisene og mikrobryggerier dukker opp overalt, i by og bygd. I norske media dukker det stadig opp nyhets saker som forteller oss vinens helsegevinster. Et kjapt google-søk med søkeordene 'alkohol' og 'helsefordeler' vil gi deg mange treff som fører til artikler fra store og kjente mediehus. Alkohol er lett tilgjengelig, akseptert, allmenn utbredt og lovlig. Vi kan dermed si at alkoholen har blitt 'ufarliggjort'. Når samfunnets forhold til alkohol har endret seg, er det naturlig å tro at også dagens eldre har endret sine alkoholvaner. Men innebærer denne endringen et økt alkoholinntak?

Ja, svarer forskningen. Den viser at eldre mennesker drikker mer. Men hvor mye er mer? Data hentet ut fra helseundersøkelsen i Nord Trøndelag (HUNT) viser en økning i alkoholforbruket blant middelaldrende kvinner og menn over 50 år. I denne aldersgruppen har alkoholforbruket nesten fordoblet seg i løpet av en tiårsperiode, fra 95/97 til 06/07. Undersøkelsen viser at kvinner mellom 50 og 70 år drikker mer enn kvinner mellom 30 og 4 år. Denne tendensen ser man også blant menn over 50 år. Undersøkelsen viser også at eldre drikker oftere enn tidligere, men de drikker seg ikke så beruset som andre aldersgrupper (Støver et al., 2012; Tevik et al., 2017). Det kan tyde på at denne aldersgruppen har endret sitt drikkemønster bort fra det man gjerne kaller typisk norsk 'helgefylla' til et mer kontinentalt drikkemønster som vi ser i middelhavslandene. Dette innebærer et alkoholkonsum som er jevnt spredt utover ukedagene, og samsvarer med en annen norsk studie som viser at rundt en tredjedel av 50 og 60-åringene drikker daglig eller 2-3 ganger i uken (Slagsvold & Løset, 2014).

Disse tallene viser oss at det ikke er uvanlig at dagens eldre nyter alkohol i hverdagen. Lege Fred Rune Rahm, har arbeidet med alkohol og Eldres helse i en årrekke, og ifølge ham er ikke utfordringen først og fremst at eldre utvikler avhengighet, men at de eldre får helseskader av et moderat alkoholinntak (Knutheim & Rahm, 2016). Sykepleieren som var hjemme hos Kari, kjente på en uro fordi hun ikke visste hvor mye alkohol Kari brukte å drikke. Hvor høyt må alkoholinntaket hos eldre være, før det gir grunn til bekymring? Og hvordan kan en hjemmesykepleier forebygge et for høyt alkoholkonsum?

## 5.0 Hva menes med et forhøyet alkoholforbruk?

Dagens eldre er som nevnt en sammensatt og heterogen gruppe. I den ene enden av spekteret finner vi de som har god helse, gjerne i full jobb og med en sprek og aktiv livsstil. I motsatt ende finner vi de eldre med kroniske og sammensatte helseproblemer og diagnoser, som også behov for omfattende hjelp fra hjemmesykepleien for å kunne bo hjemme. Fordi variasjonen er så stor, blir det utfordrende å definere hva som er forhøyet forbruk for eldre mennesker. Vi har leitet iherdig etter en definisjon i litteraturen, men har ikke klart å finne noe. Flere land har utarbeidet anbefalinger for å redusere usunt alkoholinntak blant eldre. Ett av disse landene er USA. Her anbefaler myndighetene, via *National Institute on Alcohol abuse and Alcoholism* (2018), at friske personer over 65 år, som ikke går på medisiner, unngår å drikke mer enn tre alkoholenheter i løpet av en dag. Det er heller ikke anbefalt å drikke mer enn syv enheter i løpet av en uke. I Norge anbefaler leger at eldre kvinner ikke bør drikke mer enn 5 alkoholenheter i uken (Knutheim & Rahm, 2016), men våre helsemyndigheter har foreløpig ikke kommet med en nasjonal anbefaling når det gjelder eldre og deres alkoholinntak. Nytteverdien av en slik anbefaling har vært omdiskutert, blant annet fordi det finnes eldre som har utviklet helseproblemer selv med et alkoholkonsum *under* det som klinikere regner som den anbefalte grensen (Frydenlund, 2012). Når det mangler konkrete anbefalinger for eldre mennesker, hvordan kan hjemmesykepleien avdekke et forhøyet alkoholforbruk? Det oppleves også som utfordrende å finne konkret informasjon om eldre og alkohol i lærebøker for sykepleierstudenter. For eksempel står det i læreboken i geriatrisk sykepleie, under et punkt om sunn livsstil, at moderat bruk av alkohol samsvarer med det. I samme bok, under overskrift om forebygging av sykdom, legemiddelbruk mm, er ikke alkohol nevnt en gang (Kirkevold, Brodkorb & Ranhoff, 2016, s.164).

## 5.1 Negative helseeffekter av alkohol

Det er som regel lett å se forskjellen på en ung kropp og en eldre kropp. Menneskekroppen eldes gjennom hele voksenlivet. Vi mister muskelmasse, metabolismen går saktere, kroppssammensetningen endres og hukommelsen svekkes (Kirkevold, Brodkorb & Ranhoff, 2016). De biologiske endringene som vi går gjennom når vi beveger oss mot alderdommen,

gjør oss mer utsatt for alkoholens skadevirkninger. Det er flere forhold som spiller inn, som for eksempel mindre væske i kroppen som gjør at alkoholprosenten blir høyere når en bruker samme mengde alkohol som tidligere. Alle kroppens organer svekkes med alderen. Dette medfører at eldre blir mer sårbare for påvirkning fra alkohol. Redusert aktivitet i leveren fører til større alkoholtilførsel til blodet, og en saktere nedbryting av alkoholen. Det gjør at promillen blir høyere hos eldre enn hos yngre mennesker. Aldringsprosessen svekker reaksjonsevnen til hjernen, som gjør at eldre raskere opplever å bli sløv. (Frydenlund, 2012). Bruk av medikamenter vil ytterligere øke risikoen for at alkohol kan virke negativt inn på eldres helse (Knutheim & Rahm, 2016). Forskning viser at forhøyet alkoholinntak i godt voksen alder, kan føre til skader på mange av kroppens organer. Forhøyet alkoholinntak er knyttet til over 60 ulike helseproblemer (Hallgren & Høberg, 2010). Leveren er særlig utsatt fordi eldre utvikler raskere skrumplever enn yngre mennesker, blodtrykket blir også lettere påvirket av alkoholinntak enn hos yngre (Caputo et al., 2012). Ved høyt blodtrykk har man større risiko for å utvikle aterosklerose, hjerteinfarkt, nyresvikt og hjerneslag (Ørn & Bach-Gransmo, 2017, s.102). Alkohol kan også påvirke hjernen negativt ved å gi dårligere hukommelse og oppmerksomhet (Frydenlund, 2012).

## **5.2 Alkohol og fallskader**

Store, runde kalktabletter er kjente gjengangere i dosettene som deles ut av hjemmesykepleien. Tablettene gis for å forebygge benskjørhet, som er en del av aldringsprosessen (Legeforeningen, 2013). Når et eldre menneske faller, kan konsekvensene bli store. Fall er den vanligste årsaken til personskader hos personer over 60 år, og de fleste fallskader skjer i hjemmet (Støver & Dahlstrøm, 2020). Derfor er det viktig at sykepleiere i hjemmetjenesten har fokus på fallforebygging. Alkohol har som kjent en sløvende effekt, og den kan gjøre oss ustø. For oss er det naturlig å tenke at alkoholinntak fører til økt fallrisiko for eldre. Epidemiologiske studier støtter oss på dette. De viser oss at det finnes en sammenheng mellom moderat alkoholinntak og økning i fallulykker blant eldre (Hallgren, Høberg & Andreasson, 2009). I hvilken grad kartlegger en sykepleier brukerens alkoholforbruk når fallfare vurderes? En kort gjennomgang av to screeningverktøy for fallrisiko: Stratify og Downton (Helsedirektoratet, 2020), viser oss at spørsmål om

alkoholkonsum ikke er inkludert. Kan det dermed tenkes at sykepleiere ikke vurderer alkohol som årsak til et fall, med mindre brukeren har vært åpenbart beruset?

### **5.3 Alkohol og legemidler**

Ni av ti nordmenn over 65 år bruker reseptbelagte legemidler (Folkehelseinstituttet, 2020). Studier viser at fallfaren er særlig stor ved inntak av selv små mengder alkohol og beroligende legemidler, som for eksempel benzodiazepiner (Hallgren, Høberg & Andreasson, 2009). Det er ikke bare benzodiazepiner som kan interagere med alkohol. Det gjør også en rekke andre legemidler som hyppig skrives ut til eldre mennesker, som for eksempel smertestillende, diabetesmedisin, antihistaminer, blodfortynnende, legemidler mot hoste, blodtryksmedisiner, antidepressiva og legemidler mot impotens (Mørland, 2003).

### **5.4 Utelukkende negative helseeffekter for eldre?**

Forholdet mellom alkoholkonsum og hjertehelse er både kompleks og kontroversielt. Når det gjelder hjerte- og karsykdommer sier pressen ofte at et glass vin, er godt for helsen. En rekke litteraturstudier og meta-analyser har vist en sammenheng mellom moderat inntak av alkohol og lavere risiko for hjertesykdom og død. Likevel er forskere i økende grad skeptiske til denne type funn, fordi det i gruppen med personer som regnes som avholdne, kan befinne seg tidligere alkoholmisbrukere eller personer som sluttet å drikke på grunn av helseproblemer. Dette er forhold som naturligvis påvirker utfallet (Bell et al., 2017). Samtidig har det kommet en nyere studie som tyder på det motsatte: nemlig at alkoholinntak har negativ effekt på hjertehelsen. Denne ble publisert i The Lancet i 2019, og antydte at inntak av alkohol var forbundet med økt risiko for hypertensjon og slag, uavhengig av mengde som ble drukket (Millwood et al., 2019).

### **5.5 Kan et moderat alkoholinntak beskytte mot demens?**

Zhang et al., (2020) undersøket hvordan et lavt eller moderat alkoholinntak ville virke inn på de kognitive funksjonene til middelaldrende og eldre mennesker. I denne studien deltok 19887 personer, hovedsakelig kvinner, og median alder var 61.8 år. Flertallet av deltakerne (77,2%) hadde minst én kronisk sykdom. Lavt til moderat alkoholinntak ble beregnet til

under syv enheter i uken for kvinner, og under 15 enheter i uken for menn. Deltakerne ble fulgt opp i 9.1 år. Resultatene viste at de med lavt eller moderat forbruk av alkohol, hadde signifikant høyere skår på mental status, ordgjenkjenning og ordforråd, sammenlignet med de alkoholavholdende. De som drakk alkohol kunne også vise til mindre nedgang i kognitive evner over tid, enn de som ikke drakk (Zhang et al., 2020). For oss fremstår disse resultatene som paradoksale. De motsettende funnene gjør at vi lurer på hvordan alkoholen kan ha en positiv effekt hos eldre. Forskerne bak studien har noen teorier, og viser blant annet til at moderate mengder alkohol ser ut til å øke mengden BDNF, som står for *brain derived neurotrophic factor* (Zhang et al., 2020). BDNF er en form for nevrotrofiner, som har vekstfremmende effekt på nerveceller (Glover, 2020). Det er uansett vanskelig å forstå seg på disse funnene. Risikofaktorer for å utvikle demens er blant annet: diabetes, høye kolesterolverdier og høyt blodtrykk. Dette er de samme risikofaktorene som kan bli negativt påvirket av selv moderate mengder alkohol hos eldre (Frydenlund, 2012). Kan det være svakheter i valg av deltakere som kan ha ført til dette resultatet? Forskerne peker på at alkoholvanene har en tendens til å endre seg over tid, og at dette ikke ble tatt høyde for i studien. Dessuten var sammenhengen mellom et moderat alkoholinntak og gode kognitive funksjoner, ikke like fremtredende hos afroamerikanere. Det kan dermed ikke utelukkes at det finnes andre forhold enn alkoholinntak som kan være med å påvirke kognitiv status.

### **5.6 De sprekete drikker mest og tåler det best?**

Det å nyte moderate mengder alkohol kan være kjennetegn på en sosial livsstil, høyere inntekt og høyere utdanning. Dette er faktorer som virker reduserende på utvikling av sykdom. Forskerne har vært bevisst på dette, og funnene viser at de friskeste deltakerne, som ikke hadde kronisk sykdom ved starttidspunktet for undersøkelsen, hadde de aller beste resultatene. Denne gruppen hadde også et høyere alkoholkonsum enn de med kroniske sykdommer.

Forskningen forteller oss at her finnes ikke svar med to streker under. Det er åpenbart behov for mer kunnskap om alkoholens effekt på de eldres helse. Hvorfor får noen eldre en positiv helsegevinst av moderate mengder alkohol?

### **5.7 Velvære og god helse**

I 1989 presenterte Patricia Benner og Judith Wrubel sin sykepleieteori i boken *The Primacy of Caring*. I denne boken tar de blant annet for seg begrepet helse, og tar et kritisk oppgjør med det de hevdet var den tidens rådende definisjoner av helsebegrepet, og presenterte sin alternative definisjon. De definerer helse som:

*En følelse av sammenheng som kommer fra det å tilhøre en sosiokulturell gruppe hvor mening er integrert og levd ut som ens egne 'spesielle anliggender' (Kirkevold, 1998).*

Kan dette synet på helse forklare hvorfor noen eldre ser ut til å tåle alkohol bedre enn andre? Man kan tenke seg at en eldre person som har mulighet til å leve ut sine interesser og aktiviteter, opplever tilværelsen som sammenhengende og meningsfull. Kan det være slik at denne *'følelsen av sammenheng'* gjør at det eldre mennesket blir mer motstandsdyktig mot alkoholens negative effekter?

Videre skiller Benner og Wrubel mellom den objektive helsetilstanden og *velvære* (well-being). De foretrekker *velvære* fremfor helse fordi den sier noe om personens opplevde helse. De definerer *velvære* som en kongruens mellom ens muligheter, handlinger og opplevelse av mening. Velvære er basert på omsorg og å føle seg ivaretatt. *Velvære* må ikke være adskilt fra den sammenhengen personen befinner seg i, og de tingene som er viktige for ham eller henne. *Velvære* inkluderer hele mennesket, ikke bare kroppen eller sjelen (Benner & Wrubel, 1989 s. 160-161). Med bakgrunn i denne teorien, spør vi oss selv om mangel på velvære kan forsterke de negative helseeffektene av alkohol?

Vi tenker mange eldre brukere av hjemmesykepleie ikke kjenner på en stor grad av velvære. Kroniske sykdommer og skrøpeligheit kan begrense ens muligheter, særlig hvis man er aleneboende eller mangler familie og venner som kan komme på besøk eller hjelpe til i hverdagen. Fastlegene har avdekket at mange eldre har eksistensielle behov som ikke imøtekommes av samfunnet. Mange opplever også utfordringer i forhold til mental helse (Johannesen, Engedal, Helvik, 2015) Hvordan kan i så fall hjemmesykepleien hjelpe den eldre brukeren til å oppnå en større grad av *velvære*?

Benner og Wrubel mener at helsefremmende tiltak må ta utgangspunkt i personens opplevde situasjon, hva som er viktig for vedkommende og hvilke mestringsmuligheter personen har til rådighet. Først da kan sykepleier hjelpe den eldre brukeren til å oppnå en sunn livsstil. Videre sier Benner og Wrubel at helsefremmende tiltak ikke kan sees utelukkende i et individperspektiv, fordi mestringsmulighetene avhenger av situasjonen personen befinner seg i, og hvilke muligheter som er til stede i de gruppene personen er en



del av (Benner & Wrubel, 1989 s.181). Det innebærer at sykepleier må ha kunnskap om brukerens livssituasjon, forhold til familie og venner, og hvilke muligheter som finnes i disse relasjonene.

### **5.8 Tverrfaglig tilnærming**

Hva skal en sykepleier svare hvis Kari spør hvor mange 'styrkedrikker' hun kan drikke i løpet av en uke, uten at det skader henne? Dette spørsmålet må tas videre til hennes fastlege, som har det medisinske ansvaret. Men vi forestiller oss at terskelen for å ta kontakt med en fastlege, kan oppleves som høy, fordi temaet er forbundet med både skam og stigmatisering. Hva hvis vi tar feil, eller har misforstått situasjonen? Vi tenker oss at det er enklere å løfte slike spørsmål med legen, når pasienten er innlagt på et sykehus. I hjemmesykepleien står vi mer isolerte, og må derfor kunne gjøre selvstendige vurderinger.

### **5.9 Å snakke om alkohol er vanskelig**

Johannessen, Engedal & Helvik (2015) bekrefter vår antagelse om at samtaler om alkoholforbruk kan oppleves som vanskelig for sykepleiere i hjemmetjenesten. De ønsket å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell har med eldre over 65 år, som drikker alkohol eller benytter rusfremkallende legemidler. Som metode gjennomførte de kvalitative intervjuer helsearbeidere som jobbet innen de kommunale hjemmetjenestene. I funnene fremkommer det at informantene har opplevd at det har vært en økning i bruk av alkohol blant eldre mennesker. Men de følte likevel at alkoholinntaket til de eldre brukerne var en 'privatsak'. Inntak av et glass vin i nye og ne, eller hver dag, ble ikke ansett som problematisk. Enkelte helsearbeidere anbefalte til og med at brukeren skulle drikke et glass vin før leggetid, som substitutt for rusfremkallende legemidler. Det ble også rapportert om eldre brukere, som sammen med sine pårørende, mente at de burde få lov til å drikke de mengdene de var vant med, fordi de hadde dårlig helse og livskvalitet, og dermed burde få beholde en av de få gledene som var igjen i livet. Helsepersonellet beskrev sin hverdag som hektisk, og at tid var et hinder for å snakke om alkohol. De savnet også prosedyrer og rutiner for kartlegging. Denne studien finner også at helsepersonell i den kommunale helsetjenesten har relativt begrenset kompetanse og kunnskap om hvordan alkohol kan påvirke de eldres helse.

### **5.10 Den gode samtale**

Så hvordan kan hjemmesykepleieren snakke med Kari uten å virke moraliserende eller dømmende? Helsepersonell rapporterer at dette er utfordrende. Det mangler rutiner for å spørre eldre om alkoholvaner, og at de har lite kunnskap i forhold til alkohol i kombinasjon med legemidler. De synes det er et vanskelig og følsomt tema å snakke med eldre om (Johannesen, Engedal, Helvik, 2015). Vi får høre tidlig i utdanningsløpet at den gode samtale er viktig, at vi setter av tid til å snakke og reflektere med brukeren for å bygge tillit. Røykenes og Hanssen, (2012, sitert i Fjørtoft, 2016, s. 198) definerer den gode samtalen som helsebringende relasjonsarbeid. Ved slike samtaler vil nok det være mer komfortabelt for en bruker å åpne seg opp, da det er skapt gjensidig tillit og kjennskap. Samtalen vil nok kanskje gjerne ikke gi oss de opplysningene vi trenger for å få kartlagt brukernes egentlige behov, hvis vi ikke spør direkte. Hjemmesykepleieren følte på ubehag og frykt for å ta det opp dette med Kari, da hun så glasset med Baileys på kjøkkenbenken, hun var redd for å krysse noen grenser og kanskje bryte en tillit. Så hvilken kompetanse eller ferdighet kunne gitt hjemmesykepleieren den selvtilliten og sikkerheten hun hadde trengt for å ta dette opp med Kari?

### **5.11 Rulle med motstand**

Motiverende intervju også kalt MI, er en klinisk ferdighet. MI er en metodikk som opprinnelig som opprinnelig ble utviklet av psykologene William R. Miller og Stephen Rollnick for å hjelpe personer som har alkoholrelaterte problemer, men senere er denne metodikken blitt brukt innen andre helserelevante problemer (Miller & Rollnick, 1991 sitert i Eide & Eide, s. 273). Metodikken som samtaleterapi kan brukes helserelevanter og ved risikofylt atferd, i sammenheng i behandling av angstlidelser, rusbehandling, spiseforstyrrelser, spillavhengighet, røykeslutt, håndtering av kroniske lidelser og ved endring av fysisk aktivitet og kosthold. En kvinne sa det så fint om MI fra et kurs:

Å ha en MI-samtale er som å komme på besøk hjem til noen. Du bør gå inn med respekt, interesse og vennlighet, bekrefte det som er fint, og la være å komme med uoppfordrede råd eller å begynne å ommøblere. (Helsedirektoratet, 2017).

Dette beskriver så fint hva intensjonen skal være bak MI og helt i tråd med tanken bak dette essayet, og hvordan hjemmesykepleieren burde tilnærme seg Kari.

Hva er MI sånn egentlig og hva går det ut på? MI er en metode som er utviklet for å styrke brukernes egen motivasjon, ”rulle med motstand” er et begrep for å beskrive sykepleierens holdning når en bruker er negativ til endring. Å være fleksible og møte brukeren på den sier, i stedet for å kjempe mot brukeren som bare øker motstand, skal man heller vende oppmerksomheten mot endringssnakk. Den såkalte MI-ånden fremheves innen MI som viktig for å inngå motstand. Medfølelse og aksept for hvordan brukeren er, kjennetegner sykepleie i MI-ånden. Sykepleieren kan på den måten lokke frem brukernes egne endring grunner, ressurser samt styrke brukerens autonomi ved styrt kommunikasjon. Samtalen blir et samarbeidsprosjekt (Gustin, 2016, s. 259-260). Denne formen for samtale fremmer stor brukermedvirkning og gjør at bruker får et eierskap til sine mål (Helsedirektoratet, 2017).

MI må trenes på for at det skal bli et godt og effektivt verktøy da det er en klinisk ferdighet, og det vil likevel kanskje være ubehagelig å spørre selv med kunnskap og kompetanse om MI-metoden. Man må gå gjerne utfordre seg selv for å komme seg ut av sin komfortsone, og gjerne trene sammen med kolleger på MI som kan gi den trygghet man trenger for å bruke det aktivt. Faktisk så synes de fleste eldre synes det er positivt å bli spurt direkte om alkoholbruk, og opplever det som en meningsfull del av helseomsorgen (Actis, 2017). Dette er kunnskap og ferdighet som vi mener kan være med å gi en trygghet og selvtillit i møte med brukeren.

### **5.12 Ensomhet, en risikofaktor**

Men en ting er å spørre og kartlegge Kari sitt alkoholkonsum, men vel så viktig er det å vite hvorfor og hvilke pådrivere som ligger bak inntak av alkohol. Hovedsakelig er det psykiske faktorer som årsak til at eldre drikker. Tre av fire oppgir grunner som ensomhet og fire av ti

sier sorg. (Actis, 2018, s. 24). Vi lurer på hva ensomheten gjør med oss mennesker, både psykisk og fysisk? Og hvorfor blir vi eller er vi ensomme? Drikker Kari fordi hun er ensom?

Ensomhet er ikke det samme som å være alene, men ufrivillig eller uønsket sosial isolasjon, er *ensomhet* (Fjørtoft, 2016, s. 117). Depresjon, passivitet og rusbruk er kan være konsekvenser av ensomhet. Det er avgjørende for livskvaliteten å ha sosiale relasjoner, og det er viktig at hjemmesykepleieren har kunnskap om ensomhet, konsekvenser, forebygging og tiltak. Hvis den eneste sosiale kontakten brukeren har er hjemmesykepleieren, betyr kvaliteten på disse besøkende mye (Fjørtoft, 2016, s. 118). Birkeland og Natvig (2008, sitert i Fjørtoft, 2016, s. 118) gjorde en studie hvor de kartla eldres opplevelse av hvordan hjemmesykepleierne dekket deres sosiale behov, og det kom frem at den sosiale biten med besøket var viktig, og brukerne vil gjerne ha god kontakt, og at de som kommer på tilsyn var positive og fortellende. Det var ikke nødvendigvis tiden som var den avgjørende faktoren for at besøket skulle oppleves som positivt, men den personlige faktoren. Sykepleierens betydningsfulle rolle for å forebygge ensomhet er det flere studier som påpeker, og det som var avgjørende for å dekke brukernes sosiale behov, var kvaliteten på den personlige relasjonen ved tilsyn (Öhman og Söderberg 2004, Skingley 2013, Kirchhoff mfl. 2015, sitert i Fjørtoft, 2016, s. 118).

Fjørtoft setter spørsmålsteget om ensomhet er et ansvarsområde for hjemmesykepleien. De kommunale hjemmetjenestene har ikke et spesifikt tiltak for forebygging av ensomhet, men likevel en problemstilling man ofte møter i hjemmetjenesten. Hun skriver videre at når man som hjemmesykepleier er den eneste sosiale kontakten en bruker har, legger det et medmenneskelig og faglig ansvar på pleieren (Fjørtoft, 2016, s.119).

Ensomhet er ikke noe som bare er forbeholdt eldre, ensomhet treffer i alle aldre og i alle sosiale lag, og det blir stadig flere av de som føler seg ensom ifølge Psykolog Peder Kjøs (sitert i Ettung, 2020), men det er visse faktorer som påvirker hvem som er og blir mer ensomme enn andre. Ifølge en levekårsundersøkelse fra SSB i 2017, oppgir 16% av Norges befolkning at de er litt, ganske mye eller mye plaget av en ensomhetsfølelse. Den viser og at ensomhet er blant annet vanligst hos dem som er pensjonister, de som bor alene over 45, og kvinner opplever i større grad at de er ensomme enn menn (Vrålstad, 2017).

### 5.13 Koronapandemien

Vi lever i en tid hvor det foregår en alvorlig pandemi. Vi må begrense sosial omgang, særlig med de eldre, fordi de har høyest risiko for sykdom og død (NOU 2021:6). Vi har opplevd å komme hjem til eldre brukere som forteller at de eneste som kommer på besøk nå er hjemmesykepleien. En nyere undersøkelse viser at drøyt 30 prosent opplevde at hjemmesykepleie og hjemmehjelp opphørte eller ble begrenset i starten av pandemien. Over 50 prosent opplevde at dagtilbud opphørte (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2021). De sosiale restriksjonene har ført til økt fokus på ensomhet. På hvilken måte har pandemien påvirket eldre hjemmeboende, som for eksempel Kari? Ensomhet er som vi nå vet, en risikofaktor for økt alkoholbruk. NOVA-forsker Thomas Hansen ved OsloMet som har forsket på livskvalitet og aldring i mange år uttalte seg i begynnelsen av pandemien at han var bekymret for eldre i korona-isolasjon og fryktet at de ville bli mer ensomme, og mener at de eldre er særlig sårbare for de har et generelt mindre nettverk enn yngre, og er ekstra forsiktig med tanke på smitte, og har lite erfaring med digital teknologi (Ertzeid, 2020).

Men han skulle få rett i mye av det han bekymret seg over. Røde kors lanserte en rapport i begynnelsen av dette året, nesten et år etter nedstengingen begynte i mars 2020. Funnene deres viste at flere hadde blitt mer ensomme under pandemien, spesielt de som oppga at de hadde lav tilfreds med livet (gikk fra 44% til 65% som oppga at de var ensom), og de som bodde alene (gikk fra 41% til 48% som oppga at de var ensom), det er jo gjerne den gruppen man treffer i brukermassen til hjemmesykepleien. Men undersøkelsene viste også at det var urovekkende mange som var ensomme før pandemien kom også og påpekte at ikke det bare var viktig å gjenåpne tilbudene til de eldre, men også styrke dem (Fyn og Lønning, 2021, s.7, 24). Pandemien er jo ikke en faktor som er blitt tatt med i beregningen av tidsbruk hos brukerne med tanke på det psykososiale, og det er var vel gjerne ikke rom for det heller i en tid hvor kapasiteten har tidvis vært sprengt på grunn av covid-19. De aller fleste eldre over 65 vaksinert og kan nå så smått begynne å ha sosial kontakt som de hadde før pandemien. Når vi ser hvilken effekt pandemien har hatt på disse utsatte gruppene, er det gjerne desto viktigere at hjemmesykepleien forbereder seg på dette og har det i bakhode i møte med

brukerne nå og fremover. Hva kan hjemmesykepleieren gjøre i møte med brukere som er ensomme?

#### **5.14 Ut av ensomheten.**

Å være alene er en form for luksus som mange av oss setter stor pris på. Å være ensom er derimot å savne kontakt med andre, og det er verre for trivselen og helsa enn veldig mye annet som vi vet er skadelig, sier psykolog Peder Kjøs (Kjøs sitert i Ettung, 2020).

Dette er et veldig viktig poeng, hvordan vet vi at Kari er ensom, er dette noe vi antar på grunn av at hun er alene, har valgt å isolere seg og ikke ønsker kontakt med familie? Birkeland (2013), sier noe om dette. Han understreker at ensomhet er et begrep man skal ha respekt for, og at man ikke påstå at noen er ensom uten at det er dekning for det. Ensomhet er egentlig bare noe en person selv kan definere seg som. Sosial isolasjon derimot, kan man objektivt vurdere. Hjemmesykepleieren må altså være helt sikker på at Kari er svært begrenset sosialt, hun kan ha kontakt med flere som ikke hjemmesykepleieren ikke er informert om eller har fått kjennskap til ved sine korte besøk. Det vil da være nødvendig å gjøre en grundig kartlegging av den sosiale situasjonen til Kari, og lytte hvordan hun selv beskriver sin sosiale situasjon. Men da må man tørre å ta temaet opp i en samtale.

I samtalen med Kari er det vel så viktig å få kartlagt om hun ensom, og ikke bare hennes drikkevaner. Og det kan også være like ubehagelig og vanskelig å snakke om som alkoholinntak, da ensomhet er ofte kan være forbundet med psykiske lidelser, sosial utilpasshet og depresjon, som igjen kan føre til et stigma og skam rundt tema. Birkeland (2013) skriver også at det er åpenbart at ensomhet er et potensielt problemområde for brukere som mottar tjenester fra hjemmesykepleien og at når ensomhet er forbundet med noe vanskelig og taust, kan det ha noe med at kulturen i hjemmesykepleien fokuserer først og fremst på det somatiske og fysiske, slik at ivaretagelsen av sosiale behov kommer sekundært og ved siden av den praktiske pleien. Han skriver også at hjemmesykepleien bør ha et økt fokus på en mer systematisk og helhetlig kartlegging, tilnærming og forståelse til brukere som bor alene og er potensielt ensom, og at

dette er et felt som man har for lite oversikt over, og bør være gjenstand for videre utvikling og forskning innenfor dette feltet.

Når vi vet at ensomhet er den største pådriveren for at eldre drikker, og vi vet at brukeren er ensom og isolert eller er i fare for å bli ensom, hvordan kan vi da forhindre at de blir ensomme eller å hjelpe de ut av ensomheten?

Kjøs skriver at nesten alle som er ensomme ønsker at noen skal bry seg om de, men veien ut av ensomhet er å bry seg om andre. Dette kan være ubehagelig snakke om til en bruker som er ensom og at det kan være ubehagelig for en bruker å høre dette. Han sier også at det kan virke som at alt ansvar blir lagt på den ensomme selv, at den ensomme har bare seg selv å takke for sin ensomhet, at ensomheten skyldes egosentrisme. Kjøs mener at det kan være noe sannhet i det og, for mange som er ensomme ikke engasjerer seg nok i andre slik at andre får mulighet til å vise engasjement tilbake. (Kjøs, sitert i Ettung, 2020)

### **5.15 Hva kan hjelpe**

Konkrete tiltak for å forebygge ensomhet å hjelpe brukere ut av ensomhet kan være at man samarbeider med pårørende ved samtykke fra bruker, et dagtilbud som et aktivitetscenter og eldresenter, frivillig arbeid, besøk og spise venn fra Røde kors, en BPA-assistent hvis bruker oppfyller krav og klarer å drifte denne tjenesten selv. Det kan også være tilrettelegging av at bruker kan ha kontakt med venner og familie via sosiale medier, bruke skype/zoom. Finne ut om bruker har noen hobbyer eller interesser som kan dyrkes i et felleskap og hjelpe bruker å finne de rette instanser for dette. For de aller fleste eldre er ensomheten mest merkbar om kvelden, (Johannessen, A., Engedal, K. & Helvik, A.-S. s. 328, 2015), så ironisk nok utenom bekjente og familie, er de fleste sosiale tilbud for eldre på dagtid, så kanskje skulle tilbudene vært utformet mer rettet mot brukernes behov, fremfor praktiske årsaker?

### **5.16 Helhetlig sykepleie i hjemmesykepleien?**

Hva er egentlig helhetlig sykepleie? Maria Strandås er doktorgradsstipendiat ved Nord universitet. Hun forsker på sykepleier–pasient-relasjoner i hjemmesykepleien og hvordan

syke pasienter og sykepleiere håndterer og forholder seg til de organisatoriske systemene.

Hun mener at:

Sykepleie er en helhetlig tilnærming med mål om å hjelpe pasienten i å oppnå, opprettholde eller gjenopprette det pasienten selv opplever som best mulig helse og velvære. Det innebærer også å være litt kameleon – å tilpasse seg pasienten, å være veileder for en pasient som trenger forklaring, heilagjeng for en annen som nesten ikke makter, og en trygg hånd å holde i ved livets slutt. Sykepleie handler om å møte både menneskets og sykdommens behov, fordi de er ikke alltid de samme (Sykepleien, 2019).

### 5.17 De satte rammene

Det kan jo være vanskelig å se hvordan økonomiske rammer og knapp tidsbruk kan legge til rette for helhetlig tilnærming, som sykepleieren i narrative føler hun ikke fikk gitt til Kari. Men hva er egentlig forventet av hjemmesykepleieren? Tradisjonelt sett er tjenestene i hjemmesykepleien bygd opp etter bestiller-utfører modellen, hvor det blir spesifisert hva som skal gjøres og hvor mye tid man har disponibelt (Moland og Borgen 2001, sitert i Fjørtoft, 2016, s. 159). Vi tenker at det kan jo være positivt at man får spesifisert hva brukeren trenger mest hjelp til, da får både sykepleieren og brukeren en forutsigbarhet, men behov kan endre seg, og av og til er det andre behov brukeren trenger å få dekket. I narrative uttrykker ikke Kari seg direkte at hun ønsker noe mer enn hva som er i oppdraget til sykepleieren, men sykepleien observerer et potensielt problem med tanke på alkoholkonsum, eventuelle kontraindikasjoner ved medisiner, og muligens psykisk ubalanse.

Flere mener at standardiseringen ved å bruke bestiller-utfører modellen setter begrensinger for fleksibilitet og den faglige autonomien (Gautun og Hermansen, 2012, Vabø, 2012, sitert i Fjørtoft, 2016, s. 160). Og hvis oppdragene blir for stramme og følges slavisk, kan det føre til at brukerne ikke får den hjelpen de har krav på og bli krenket. Det kan hindre omsorgsfull hjelp og true pasientenes verdighet, mener Tønnesen og Nordtvedt (2012, sitert i Fjørtoft, 2016, s.160). Hva betyr det? Vil det si at sykepleieren ikke har tid eller kompetanse for å avdekke behov som vil føre til at Kari blir krenket, truer hennes verdighet, og eventuelt hemme en utøvelse av helhetlig sykepleie? Fjørtoft (2016, s.179) mener at den helhetlige tilnærmingen er viktig og har stor betydning for å kunne sikre forsvarlig omsorg for brukere i hjemmesykepleien. Vi ikke skal ikke kun dekke et avgrensede behov, men vurdere hele



situasjonen, og vurdere om brukeren får dekket sine behov døgnet rundt, også når hjemmesykepleien ikke er der.

Men samtidig sier Fjørtoft (2016, s.179) at en helhetlig tilnærming er en utfordring i en travel hverdag, og at hjemmesykepleien ikke har mulighet til å utføre helhetlig sykepleie og mener hjemmesykepleien ikke kan eller skal dekke alle behov, men må vurdere hvilken av helheten som er vårt ansvar. Det viser seg at brukere som har psykiske lidelser, demens og rusproblemer kommer dårligst ut for å få dekket sine behov (Fjørtoft, 2016 s. 191). Vi lurer på hvorfor disse brukergruppene kommer dårligst ut? Er det på grunn av manglende kompetanse for å avdekke behov og misbruk, eller er det at man ikke tar seg tid eller har tid til å få kartlagt og avdekket behov hos brukerne, eller anser man ikke at rus og psykiske lidelser er en del av helheten som blir prioritert, at det blir for mye lagt vekt på det somatiske? Ansatte i hjemmetjenestene er opptatt av dilemmaet ved å ha for lite tid til brukere og opplever det som belastende viser flere studier (Kirchhoff 2011, Finnbakk mfl. 2012, sitert i Fjørtoft, 2016, s. 191), og pasienter blir påvirket av ressursknappheten og livskvaliteten deres forringes (Gautun og Hermansen 2011, Dale mfl. 2011, Tønnesen mfl. 2009, sitert i Fjørtoft, 2016, s.191).

### **5.18 Behov for ressursøkning?**

Begrepet 'eldrebølgen' har blitt et velkjent fenomen. Det blir stadig flere eldre, og de lever stadig lengre. Antallet alene, fører til økt press på kommunale omsorgstjenester (Wettergreen, Abrahamsen & Ekornrud, 2019). En økning i alkoholrelaterte helseskader vil føre til et ytterligere press, som igjen kan føre til en forringelse av kvaliteten på tjenestene. For å unngå denne situasjonen, blir det åpenbart for oss at det bør satses på primærforebygging av forhøyet alkoholforbruk blant de eldre. Folkehelseloven er tydelig på at kommunene har et ansvar for å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse (folkehelseloven, 2011, § 4). Har sykepleiere i hjemmetjenesten nok ressurser til å jobbe systematisk med forebygging av sykdom og skade som kan forekomme på bakgrunn av alkoholinntak? Ifølge en SINTEF-rapport om forebyggende og helsefremmende blant sykepleiere i helse og omsorgstjenestene, mener mange sykepleiere at det er knyttet for store forventninger til hva de skal bidra med på folkehelseområdet, i forhold til de rammebetingelsene de har på arbeidsplassen. I denne rapporten kommer det også frem at

sykepleiere i hjemmetjenesten jobber lite med primærforebygging og at det er behov for å konkretisere forebyggende og helsefremmende arbeid som begreper (Melby og Mandal, 2015). Det er åpenbart for oss at de kommunale helsetjenestene har behov for ressursøkning for å møte dagens og fremtidens utfordringer. Hva kan kommunene gjøre hvis pengene ikke kommer? Her i Bergen har eldrebølgen tvunget kommunen til å tenke nytt i måten å organisere hjemmetjenesten på. I bydel Fana testes det ut en ny modell for hjemmesykepleie, som innebærer en inndeling av tjenestetilbudet i to forskjellige team: et helseteam og et omsorgsteam. Helseteamet er tverrfaglig sammensatt av helsepersonell med minimum treårig helsefaglig utdanning, og de ansatte jobber målrettet med oppgaver som krever en slik kompetanse. Omsorgsteamet skal bistå med praktisk bistand og avlastning i hjemmet. Målet for prosjektet er bedre tjenestekvalitet og bedre utnyttelse av kompetansen til de ansatte, økt faglighet, tillit, autonomi og ansvar (Øygarden, Gressgård & Berge 2020). Vi har selv positive erfaringer fra denne nye modellen. Vi opplevde at sykepleiere selv kunne definere tidsbruk for sine oppdrag, hvis de mente det var behov for mer eller mindre tid hos bruker. De kunne også legge til nye oppdrag, eller hyppigere besøk, hvis de vurderte at det som et behov for bruker. Dette innebærer at hjemmesykepleien i Fana har mulighet til å sette av tid for å snakke om alkohol med en av deres brukere, om de skulle oppdage at det var nødvendig. Kan denne modellen være en mulig løsning for å kunne forebygge den forventede økningen i alkoholrelaterte helseskader hos eldre? Vår grunntanke er at problemet må løses med en tverrfaglig og helhetlig tilnærming. Den nye modellen gjør det enklere å jobbe tverrfaglig med fysioterapeuter og ergoterapeuter. Hva med den helhetlige sykepleien? Er det mulig å gi helhetlig sykepleie når sykepleiere ikke lenger utfører enkle stell eller varmer en middag?

## 6.1 Referanseliste

Actis. (2018). *Eldre og alkohol. Gammel årgang, nye vaner*. Oslo: Actis

[https://www.actis.no/files/docs/eldre\\_og\\_alkohol\\_oppdatert\\_nett.pdf?fbclid=IwAR0yCdIj2MZ2qKFRVLMExIJKrTToJDhZeKYrOXoi2xRtmYGc4lvboGtcNTE](https://www.actis.no/files/docs/eldre_og_alkohol_oppdatert_nett.pdf?fbclid=IwAR0yCdIj2MZ2qKFRVLMExIJKrTToJDhZeKYrOXoi2xRtmYGc4lvboGtcNTE)

Actis. (2017). *Oppdages alkoholproblemer hos eldre?* Oslo: Actis

<https://www.actis.no/kunnskap/oppdages-alkoholproblemer-hos-eldre>

Bell S, Daskalopoulou M, Rapsomaniki E, et al. (2017) Association between clinically recorded alcohol consumption and initial presentation of 12 cardiovascular diseases: population based cohort study using linked health records. *BMJ*. 2017;356:j909. doi:10.1136/bmj.j909

Benner, P. & Wrubel, J. (1989) *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. Addison-Wesley Publishing Company, Inc.

Bech-Karlsen, J (2011) *Gode fagtekster: Essayskriving for begynnere*. Universitetsforlaget

Birkeland, A, (2013). Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. [10.4220/sykepleienf.2013.0049](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0049)

Caputo, F., Vignoli, T., Leggio, L., Addolorato, G., Zoli, G. & Bernardi, M. (2012). Alcohol use disorders in the elderly: a brief overview from epidemiology to treatment options. *Exp Gerontol*, 47(6), 411–416. doi:10.1016/j.exger.2012.03.019

Eide, H & Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner personorientering, samhandling, etikk*. 3. utg.). Gyldendal

Ettung, G, (2020). Ensomhet er en vond følelse. *Mental helse*.

<https://mentalhelse.no/aktuelt/nyheter/mental-helse/ensomhet-er-en-vond-folelse>

Ertzeid, H. (2020) Forsker bekymret for eldre i korona-isolasjon: – Frykter de blir mer ensomme. <https://www.oslomet.no/forskning/forskningsnyheter/eldre-isolasjon-korona-frykter-de-blir-mer-ensomme>

Fjørtoft, A. (2016). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. (3. utg.). Fagbokforlaget.

Folkehelseinstituttet. (2018). *Helse hos eldre i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>

[Folkehelseloven \(2011\). Lov om kommunens ansvar for folkehelsearbeid \(LOV-2011-06-24-29\) Lovdata.](#) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Frydenlund, R. (2012). *Eldre, alkohol og legemiddelbruk. En kunnskapsoppsummering*. Rusmiddeletaten, Oslo. [http://www.forebygging.no/Global/eldre\\_kunnskapsoppsummering%20\\_web.pdf](http://www.forebygging.no/Global/eldre_kunnskapsoppsummering%20_web.pdf)

Fyhn, K og Lønning, M. (2021) «Såne små ting som å holde hender, det gjør så mye med hele deg». Eldre menneskers hverdag under koronapandemien. <https://www.rodekors.no/contentassets/803e39b6886f4c76a949be374af06499/eldre-menneskers-hverdag-under-koronapandemien.pdf>

Glover, J. (2020, 4. mai). Nevrotrofiner. I *Store Medisinske Leksikon*. <https://sml.snl.no/nevrotrofiner>

Gustin, L. (2016). *Psykologi for sykepleiere*. Fagbokforlaget

Hallgren M., Högberg P., Andreasson S.,(2009) Alcohol consumption among elderly European Union citizens. Health effects, consumption trends and related issues. *Swedish National Institute of Public Health*

[https://www.researchgate.net/publication/234057043\\_Alcohol\\_consumption\\_among\\_elderly\\_European\\_Union\\_citizens\\_Health\\_effects\\_consumption\\_trends\\_and\\_related\\_issues](https://www.researchgate.net/publication/234057043_Alcohol_consumption_among_elderly_European_Union_citizens_Health_effects_consumption_trends_and_related_issues)

Helse og omsorgstjenesteloven (2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

(LOV-2011-06-24-30) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsebiblioteket. (2016) Sjekklistor.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2017). *Motiverende intervju som metode.*

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>

Helsedirektoratet (2020) *Forebygging av fall i helseinstitusjoner.* I trygge hender 24/7.

<https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/forebygging-av-fall-i-helseinstitusjoner>

Johannessen, A., Engedal, K. & Helvik, A.-S. (2015). Use and misuse of alcohol and psychotropic drugs among older people: Is that an issue when services are planned for and implemented? *Scand J Caring Sci*, 29(2), 325–332. doi:10.1111/scs.12166

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering.* Gyldendal Akademisk

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. (2016). *Geriatrisk Sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten.* Gyldendal.

Knutheim, T. & Rahm, F.R., 2016 Aldring og rusmidler, utviklingstrekk, sykdom, medikamenter, alkohol Kompetansesenter rus – region sør, Skien.  
<http://docplayer.me/17289719-Pdf-utgave-aldring-og-rusmidler-utviklingstrekk-sykdom-medikamenter-alkoholbruk-terje-knutheim-og-fred-rune-rahm.html>

Legeforeningen (2013). *Kalktilskudd*. Den norske legeforening.  
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/Norsk-revmatologisk-forening/pasientinformasjon/medikamenter/kalktilskudd-tbl/>

Melby, L. & Mandal, R. (2014) *Forebyggende og helsefremmende arbeid (folkehelsearbeid) blant sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten (SINTEF Rapport nr.102010334)*  
[https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/sintef-rapport\\_a27128\\_folkehelsearbeid-blant-sykepleiere.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/sintef-rapport_a27128_folkehelsearbeid-blant-sykepleiere.pdf)

Meld. St. 30 (2011-2012). *Se meg! Alkohol-Narkotika-Doping*. Helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/?ch=1>

Millwood IY, Walters RG, Mei XW, et al; China Kadoorie Biobank Collaborative Group. Conventional and genetic evidence on alcohol and vascular disease aetiology: a prospective study of 500 000 men and women in China. *Lancet*. 2019;393(10183):1831-1842. doi:[10.1016/S0140-6736\(18\)31772-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31772-0)

Mørland, J. (2003) *Alkohol og legemidler*. (IS-1075B 01/2003) Sosial og helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler/63382adb-17e0-496b-8eb5-22f8fd80b6a9:ec17951c79cf869b186da3e5364230a73d8a2c0d/Alkohol-og-legemidler-IS-1075-bokmal.pdf>

Nasjonalforeningen for Folkehelsen (2021). "Hun klarer ikke en stengning til" (Rapport om personer med demens og koronasituasjonen)  
<https://nasjonalforeningen.no/contentassets/579559c5da0d4d11a6ba989952396ba1/hun-klar-ikke-en-stengning-til.pdf>

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2018). *Understanding the impact of alcohol on well-being*. <https://www.niaaa.nih.gov/older-adults>

NOU 2021: 6 (2020) *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*. Departementenes sikkerhets og servicekommissjon.

Repstad, P. (2014). *Sosiologiske perspektiver for helse- og sosialarbeidere* (3. utg.). Universitetsforlaget.

Skårderud, F. (2000). Forord: Ånden i flasken. I N. E. Amichi (T. Watz overs.) Om vinens psykologiske virkninger. (s. 5-23). Valdisholm Forlag

Slagvold, B., & Løset, G., (2014). Eldres alkoholkonsum. Utviklingstrekk og årsaker. Hva forteller NorLAG-studien? *Forebygging.no*.  
<http://www.forebygging.no/Global/artikkel%20Eldre%20og%20alkohol,%20endelig>

Støver, M. & Dahlstrøm, I.(2020). *Personskadedata 2019*. (IS-2929/Personskadedata 2019)  
[https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/personskader-og-ulykker-2019/%C3%85rsrapport%20personskadedata%202019.pdf/\\_/attachment/inline/f6380230-0d11-4d3d-bcc3-2261841926ab:4d3b64a5950a3d5e73c36c4db90714d769e8f8a9/%C3%85rsrapport%20personskadedata%202019.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/personskader-og-ulykker-2019/%C3%85rsrapport%20personskadedata%202019.pdf/_/attachment/inline/f6380230-0d11-4d3d-bcc3-2261841926ab:4d3b64a5950a3d5e73c36c4db90714d769e8f8a9/%C3%85rsrapport%20personskadedata%202019.pdf)

Støver, M., Bratberg, G., Nordfjern, T. & Krokstad, S. (2012). *Bruk av alkohol og medikamenter blant eldre (60+) i Norge. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag*. Hunt Forskningscenter NTNU. [https://www.verdal.kommune.no/Documents/individogsamfunn/eldreradet/alkoholbruk\\_eldre.pdf](https://www.verdal.kommune.no/Documents/individogsamfunn/eldreradet/alkoholbruk_eldre.pdf)

Sykepleien, (2019), Hva er sykepleie, og hva burde det være? <https://sykepleien.no/sykepleien/2019/04/hva-er-sykepleie-og-hva-burde-det-vaere>

Tevik, K., Selbæk, G., Engedal, K., Seim, A., Krokstad, S. & Helvik, A.-S. (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). *PLoS One*, 12(9), e0184428. doi:10.1371/journal.pone.0184428

Vinmonopolet. (2021). *Vinmonpolets salgstall*. Vinmonopolet. <http://www.vinmonopolet.no/salgstall>.

Vrålstad, S. (2017) Sosiale relasjoner. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/sosiale-relasjoner>

Wettergreen, J., Ekorndrud, T., Abrahamsen, D. (2019) *Eldrebolgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen*. SSB.no <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldrebolgen-legger-press-pa-flere-omsorgstjenester-i-kommunen>

Zhang, R., Shen, L., Miles, T., et al. (2020) Association of Low to Moderate Alcohol Drinking With Cognitive Functions From Middle to Older Age Among US Adults. *Jama Network open / Neurology*. 2020;3(6):e207922. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.7922

Ørn, S., Bach-Gransmo, E. (2017). *Sykdom og behandling*. Gyldendal Norsk forlag



Øygarden, O., Gressgård, L. & Berge, A.K (2020) *Helsetjenesteteam og omsorgsteam:*

*Resultater fra følgeforskning* ( NORCE Samfunn 27-2020).

[https://www.researchgate.net/publication/347555843\\_Helsetjenesteteam\\_og\\_omso  
rgsteam\\_Resultater\\_fra\\_folgeforskning](https://www.researchgate.net/publication/347555843_Helsetjenesteteam_og_omso<br/>rgsteam_Resultater_fra_folgeforskning)

