



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	03-05-2023 12:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	12-05-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	385
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7424
----------------------	------

**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>	59
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen 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



# BACHELOROPPGÅVE

Alkohol og legemidlar blant eldre: eit aukande helseproblem?

Alcohol and medication among the elderly: a growing health problem?

**Kandidatnummer: 385**

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

12.05.2023

## Abstract

**Title:** Alcohol and medication among the elderly: a growing health problem?

**Background:** Today's elderly use alcohol to a greater extent than in the past. In addition, several elderly people are heavy consumers of medicine. The number of elderly people in the population will also increase in the coming years, which may indicate that in the future we will have more elderly people with alcohol problems. Considering that this is an increasing problem, it is important that nurses are aware of their own role and know what is needed to feel safe in this role.

**Research question:** *What role do nurses have in relation to the risky and harmful alcohol and medicine habits of elderly people living at home?*

**Method:** In this thesis, literature review is used as method. The literature study is based on scientific and research-based knowledge. Structured searches were carried out in PubMed and Idunn. Five research articles were selected.

**Results:** When uncovering risky alcohol use, short interventions have been seen as somewhat effective in preventing risky use from developing into addiction. Studies highlight that nurses have an important role in mapping the elderly's alcohol use and informing about the risks of combining alcohol with medicine. Several of the studies concluded that nurses had a lack of knowledge about elderly and alcohol use. By gaining knowledge and being aware of their own attitudes, nurses can meet this patient group in a better way.

**Conclusion:** Nurses have an important preventive role when it comes to acquiring knowledge to map the alcohol and medication habits of the elderly and to inform about the risks of combined use. Mapping tools that are adapted to the elderly must be developed and implemented so that nurses can better detect alcohol problems. Nurses also have a central role in creating a desire for change in the patient. This is done with the help of short interventions and a good relationship between nurse and patient.

**Keywords:** Elderly, home health care, alcohol consumption, drug utilization, nurse's role

# Innholdsliste

<b>1.0 Innleiing .....</b>	<b>4</b>
1.1 Grunngeving for val av tema .....	4
1.2 Problemstilling .....	4
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling .....	5
1.4 Omgrepsavklaring .....	5
<b>2.0 Teori .....</b>	<b>6</b>
2.1 Sjukepleie i heimen .....	6
2.2 Alkohol, legemidlar og aldring .....	7
2.3 Kartlegging .....	8
2.4 Tidleg intervensjon .....	9
2.5 Travelbee .....	10
<b>3.0 Metode .....</b>	<b>11</b>
3.1 Litteraturstudie som metode .....	11
3.2 Søkeprosess .....	11
3.3 Kritisk vurdering av artiklar .....	12
3.4 Analyse og syntese .....	13
3.5 Ethiske vurderingar .....	13
<b>4.0 Resultat .....</b>	<b>14</b>
4.1 Alkoholvanar i heimesjukepleia .....	14
4.2 Screeningverktøyet si betydning for avdekking av forhøgja alkoholkonsum .....	15
4.3 Korte intervensjonar .....	16
<b>5. Diskusjon .....</b>	<b>18</b>
5.1 Sjukepleiars kunnskapar og haldningar .....	18
5.2 Å kartlegge alkoholbruk som ei fast rutine .....	20
5.3 Vi treng korte og effektive intervensjonar .....	21
5.4 Diskusjon av metode .....	22
<b>6. Oppsummering og implikasjonar for praksis .....</b>	<b>24</b>
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>25</b>
<b>Vedlegg .....</b>	<b>29</b>
Vedlegg 1. Søkehistorikk .....	29
Vedlegg 2. PICO-skjema .....	32
Vedlegg 3. Litteraturmatrise .....	33
Vedlegg 4. AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) .....	43

## 1.0 Innleiing

### 1.1 Grunngeving for val av tema

Eg har valt å ta utgangspunkt i temaet «forhøgja alkoholkonsum og legemiddelbruk blant eldre» for mi bacheloroppgåve. Grunnen til at eg ynskjer å skrive om dette er fordi forskning viser til at dagens eldre brukar rusmiddel i større grad og på andre måtar enn tidlegare generasjonar av eldre. Dette gjeld først og fremst alkohol. I tillegg er legemiddelforbruket hos eldre høgare enn hos yngre. Fleire av dei mest brukte legemidla blant eldre kan bidra til å styrke alkoholens verknad (Lunde, 2020, s. 157). Det blir også stadig fleire eldre. I 2060 vil det vere dobbelt så mange over 70 år, tre gongar så mange over 80 år og fem gongar så mange over 90 år (Gleditsch, 2020). Denne statistikken kan vise til at alkohol kan bli eit aukande helseproblem. Når ein blir eldre vil kroppens naturlege aldersforandringar føre til dårlege alkoholtoleranse. Dårlig alkoholtoleranse kan igjen føre til auka risiko for fysiske, psykiske og sosiale alkoholrelaterte konsekvensar (Lunde, 2020, s. 159).

Som sjukepleiar i heimesjukepleia møter ein dagleg eldre heimebuande pasientar. Dette gir sjukepleiar ein god moglegheit til å oppdage risikofylt og skadeleg alkoholbruk hos pasientane. Likevel opplevde eg i løpet av min praksisperiode i heimesjukepleia at det var lite fokus på alkoholforbruk i møte med eldre heimebuande pasientar. Dels fordi helsepersonell kan synsast det er vanskeleg å ta opp eldre sine alkoholvaner i frykt for å fornærme eller stigmatisere. I tillegg kan nokre oppfatte alkohol som ei privatsak og eit tabulagt tema. Mangel på kunnskap og usikkerheit rundt eiga rolle kan også hindre at pasientane får den hjelpen dei har rett på. Dette vekte mi interesse for å sjå meir på kva sjukepleiarar si rolle eigentleg er i møte med eldre heimebuande som har ein auka alkoholkonsum.

### 1.2 Problemstilling

Hensikta me denne oppgåva er å undersøke sjukepleiar si rolle i møte med forhøgja alkoholkonsum og legemiddelforbruk hos eldre i heimesjukepleia. Med utgangspunkt i dette er problemstillinga følgande:

*Kva rolle har sjukepleiar i forhold til heimebuande eldre sine vanar knytt til risikofylt og skadeleg alkohol- og legemiddelforbruk?*

### 1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling

Problemstillinga avgrensast til eldre (frå 60 år og oppover) da dei inkluderte forskingsartiklane tar for seg denne aldersgruppa. I denne oppgåva har eg valt å avgrense til pasientar som har eit risikofylt og skadeleg alkoholforbruk og vil ikkje setje hovudfokus på alkoholavhengigheit. Dette er fordi eg ynskjer å undersøke korleis sjukepleiar kan ha ei meir førebyggjande tilnærming, før problemet utviklar seg. Når det gjeld legemiddelforbruk vil eg avgrense til reseptbelagte legemiddel og bruk av illegale legemiddel vil difor ikkje drøftast i oppgåva. Sjukepleiar si rolle i forhold til risikofylt alkohol- og legemiddelbruk omfattar mange områder. I denne oppgåva har eg valt å fokusere på sjukepleiar si rolle i forhold til kartlegging og korte intervensjonar.

### 1.4 Omgrepsavklaring

**Eldre:** Eldre pasientar utgjer ei svært heterogen gruppe. I følgje Ranhoff (2020, s.53) definerast dei «unge eldre» som aldersgruppa 60-75 år, medan menneske frå 75-80-årsalderen og eldre nemnast ofte som «gamle». Eg vil ta for meg aldersgruppa 60 år og oppover i denne oppgåva.

**Risikofylt og skadeleg alkoholforbruk:** Det er viktig å presisere at omgrep som «alkoholavhengigheit» og «risikofylt og skadeleg alkoholbruk» oftast brukast om kvarandre. Det er viktig å skilje mellom omgrepa da dei inneberer ulik alvorsgrad av problemet (Lunde, 2020, s. 159). Risikofylt og skadeleg alkoholforbruk er eit drikkemønster som kan ha konsekvensar for personar sin fysiske, mentale og sosiale funksjon og kan gje helseskadar (WHO, 2014, S.2). I følgje WHO kan det å drikke meir enn 14 alkoholeiningar (AE) per veke for kvinner og meir enn 21 AE for menn, innebere ei aukande stor risiko for helseskadar. WHO har ikkje utarbeida ei eigen grenseverdi for eldre, likevel visast det til lågare toleranse for alkohol hos eldre og at det difor skal mindre mengder til for å gjere skade. Nokre forskarar har anbefalt at personar på 65 år og eldre ikkje bør drikke meir enn 5-7 AE per veke (Lunde, 2020, s.163).

## 2.0 Teori

### 2.1 Sjukepleie i heimen

Heimesjukepleie er eit felles omgrep for all sjukepleie som utførast i pasientens heim, og er heilt avgjerande for at pasienten kan leve eit best mogleg liv med sin sjukdom og/eller funksjonsnedsetting. Heimesjukepleia skal sikre at pasienten får ivaretatt sine grunnleggjande behov når evnene til å gjere det sjølv sviktar (Birkeland & Flovik, 2018, s.13). Samhandlingsreforma som kom i 2012 inneberer at heimesjukepleia har fått ei ny og meir omfattande rolle. Reforma legg vekt på at det i åra framover blir store utfordringar, med fleire eldre og store endringar i befolkningas sjukdomsbilete. Det peikast difor på fleire hovudområde for heimesjukepleia som «å førebygge framfor å reparere» og «tidleg innsats framfor sein innsats» (Birkeland & Flovik, 2018, s.18). På denne måten vil sjukepleiar i heimesjukepleia få ein meir førebyggjande rolle i arbeidet med alkohol- og legemiddelforbuk, samtidig som behandlande.

Heimesjukepleia har ansvar for eldre pasientar med ulike rusmiddelrelaterte helseproblem (Birkeland & Flovik, 2018, s.167). Heimen er for mange ein stad der ein opplever seg trygg og kan vere privat. Denne tryggleiken kan utfordrast når det oppstår behov for heimesjukepleie. Sjukepleiar kjem inn i heimen som profesjonell yrkesutøvar, men er samtidig i ein besøkande posisjon der det er lett å trå over private grenser (Birkeland & Flovik, 2018, s.50). Mange av pasientane kan føle på skam knytt til alkoholbruk og kan vere redd for å bli sett ned på. Det er difor sentralt at pasienten ikkje føler seg mistenkeleggjort eller «overvaka» i eigen heim. Sjukepleiar må difor møte denne pasientgruppa med respekt og forstå at rusmiddelbruk, både skadeleg bruk og avhengigheit, faktisk er ein medisinsk diagnose som krevjar behandling og sjukepleie. Dersom sjukepleiar har mistanke om at pasienten har eit alkoholmisbruk, skal det skapast ein dialog rundt temaet (Birkeland & Flovik, 2018, s.181-183). Fordelen til heimesjukepleiarar er at dei ofte hjelper pasientane over ein lengre periode, noko som gjer moglegheit til å skape ein tillitsfull relasjon og samtale (Fjørtoft, 2016, s. 36).

Samtalar om alkoholvanar i heimesjukepleia bør vere like naturleg som andre livstilvanar og helseutfordringar. I dag er det fleire grunnar til at det ikkje er like naturleg. Dei vanlegaste årsakene hos helsepersonell er mangel på kompetanse, tidspress og frykt for å blande seg



inn i pasientanes privatliv. Fleire tenker også at utfordringar rundt alkoholvanar må takast opp med dei som har eit openbart problem (Korus Oslo, 2020, s.14-15). Sjølv om dei fleste eldre som drikk har eit drikkemønster som ikkje vil føre til helseskadar, kan det nokre gongar vere glidande overgangar mellom drikkevanar med låg risiko og det som kan utvikle seg til å bli eit problem (Lunde, 2020, s.159). Sjukepleiar i heimesjukepleia har difor ein sentral rolle i arbeidet med å oppdage rusproblem tidleg hos eldre heimebuande gjennom kartlegging og tidleg intervensjon.

## 2.2 Alkohol, legemiddel og aldring

Forsking frå Folkehelseinstituttet angir at 79% i aldersgruppa 65-79 år har drukken alkohol det siste året. Statistikken viser også til at aldersgruppa i gjennomsnitt drikk 62 gongar i året, noko som er ein fordobling i forhold til aldersgruppa (16-24 år) som drikk 29 gongar i året (Bye & Rossow, 2022).

Dei er fleire grunnar til at ein toler alkohol dårlegare når ein blir eldre. Ved aldring skjer det endringar i kroppens evne til å absorbere, fordele og bryte ned både alkohol og legemiddel. Eldre har også ein reduksjon i mengde kroppsvæske som fører til at de får ein høgare konsentrasjon av alkohol i blodet ved alkoholinntak (Lunde, 2020, s.159). Det betyr at promillen hos eldre aukar raskare når dei drikk, i tillegg til at den går langsamare ned i nedbrytingsfasen, som fører til at promillen varer lengre enn til dømes hos ein yngre (Lid, 2020). Redusert muskelmasse og andre naturlege aldringsprosessar, som redusert lever- og nyrefunksjon, bidrar sjølv til at små mengder alkohol kan føre til organskadar og forgifting hos eldre (Lunde, 2020, s.159). Eldre et også generelt mindre mat og treng meir energi. Ved inntak av alkohol vil kroppen prioritere å forbrenne alkoholen og sluttar å forbrenne alt anna. Dersom ein har eit høgt alkoholinntak risikerer ein difor mangeltilstandar, under- og feilernæring (Korus Oslo, 2020, s.31).

På same måte som alkohol, har bruken av vanedannande legemiddel hos befolkninga over 65 år auka dei siste åra. Tal frå Reseptregisteret (2017) viser at i aldersgruppa 65 år og eldre har 95% minst eitt legemiddel på resept. Statistikken viser også til at 58% av desse står på minst fem legemiddel (Furu et al, 2018, s.13). For eldre tar det på lik linje med alkohol, langt lengre tid å få legemiddelet ut av kroppen, som gjer at halveringstida for legemiddelet aukar. Det som tar eit døgn å bryte ned og skilje ut hos ein typisk 30-åring, kan ta 2-3 døgn hos ein

60-70-åring. Det vil sei at eldre utan å vere klar over det kan komme i situasjonar kor ein drikk alkohol, og enda har legemiddel i kroppen (Lid, 2020). Sjølv om ein da er bevisst på at alkohol og legemiddel ikkje skal kombinerast, er det fort gjort å kombinere likevel dersom ein ikkje har kunnskap om dette.

Interaksjonen mellom alkohol og legemiddel kan gå begge veier: Alkohol kan gje endra legemiddeleffekt, og legemiddel kan gje endra effekt av alkohol. Når ein har drukke alkohol, og alkohol er til stades i kroppen saman med legemiddelet, så vil både legemiddelverknadane, biverknadene og rusverknaden forsterkast. Dette er fordi legemiddelet og alkoholen verker på same stad og fordi nedbrytinga av begge stoffa er forseinka i levera (Farmasiet, 2020). Mange eldre drikk alkohol minst ein gong i veka, i tillegg til at fleire søv dårleg og har resept på hypnotika (sovemedisin). Begge midla påverkar bevisstheita, og ein kombinasjon vil auke risikoen for fallskader, påverknad av bevisstheit og tankeevne (Lid, 2020). Risikofylt alkohol- og legemiddelbruk kan også påverke kognitiv funksjon og bidra til utvikling av demens, samt forverre psykiske sjukdommar og plagar som til dømes depresjon og angst. Rundt 20% av eldre (frå 65 år og oppover) med depresjonsdiagnose har samtidige alkoholproblem (Lunde, 2020, s. 165).

### 2.3 Kartlegging

Å avdekke forhøgja alkoholkonsum og samtidig legemiddelforbruk er første steg i å førebygge den auka helseutfordringa. Dersom sjukepleiar oppdagar risikofylt rusbruk tidleg og tilbyr hjelp i ein tidleg fase, kan det hindre at risikofylt rusbruk utviklar seg til skadeleg bruk og avhengigheit (Lunde, 2020, s. 163). Dette kan sjukepleiar gjere på fleire måtar, blant anna gjennom å kartlegge risikofaktorar som gjer at den eldre drikk, symptom på rusproblem, pasientens drikkevanar og medikamentliste.

Det kan vere fleire grunnar til at den eldre drikk. For mange er eit glas vin forbunden med det gode pensjonistlivet, medan for andre kan overgangen til pensjonisttilvære også vere ein utfordring. Har ein måtte gå ut av arbeidslivet ufrivillig, er det ikkje uvanleg at ein brukar alkoholen for å få tida til å gå eller fylle det «tomrommet» som oppstår for nokre. Etter kvart som ein blir eldre, vil dei aller fleste oppleve ei rekke tap. Ein nær venn får demens, ektefellen døyr og helsa blir skrøpelegare. Noko ein har klart heile livet sjølv, treng ein

plutseleg hjelp til av andre og ein kan oppleve tap av autonomi. For å distansere seg frå følelsane knytt til dette, kan alkohol for nokre fungere som eit middel for smerte, einsemd, dårleg søvn og bekymringar (Korus Oslo, 2020, s.24-25).

Det viktigaste for å avdekke eit mogleg alkoholproblem er samtalen med den det gjeld. Helseknaggen er ein metode for å ta opp helseskadeleg rusbruk i samanheng med den aktuelle pasientens helseutfordringar, som til dømet etter vekttaap eller eit nyleg fall. Målet med samtalen er at pasienten skal oppleve samtalen som naturleg. På denne måten skal Helseknaggen skape ein tilnærming til samtalen om alkoholen. I samtalen kan ein også flette inn spørsmål frå screeningverktøy om alkoholbruk for å få eit inntrykk av hyppigheit og mengde av alkoholinntak (Lunde, 2020, s.166).

Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) er eit screeningsverktøy som antakast til å avdekke risikofylt drikking best (Knutheim & Rahm, 2016, s.74). AUDIT inneheld 10 spørsmål og kan brukast i intervju saman med pasienten, eller pasienten kan fylle ut skjemaet på eigen hand (sjå vedlegg 4) (Lunde, 2020, s.167). Basert på resultata av spørsmåla, nyttast testen til å vurdere grad av risikofylt og skadeleg alkoholbruk. For menn indikerer ein score på  $\geq 8$  poeng risikofylt alkoholbruk, medan for kvinner vil ein score på  $\geq 6$  poeng indikere det same (Norsk helseinformatikk, 2022). AUDIT har ingen spørsmål om samtidig legemiddelbruk. Det gjer at det er viktig at sjukepleiar også kartlegg legemiddelbruken i møte med eldre. Kartlegginga bør innehalde type legemiddel, døgndose, om det brukast fast eller ved behov, og om pasienten brukar slike legemiddel i kombinasjon med alkohol (Lunde, 2020, s.167).

## 2.4 Tidleg intervensjon

Dersom samtale og kartlegging avdekk at den eldre drikk alkohol og bruker legemiddel på ein måte som utgjer risiko for helseskade, er det sjukepleiar si rolle å setje i verk tiltak. I faglitteraturen blir dette ofte kalla tidleg/korte intervensjonar (Lunde, 2020, s.167). Tidleg intervensjon vil sei ein kort samtale om alkoholvanar med ein pasient som ikkje har søkt behandling for bruk av alkohol, men som har ein risikofylt bruk (Christiansen, 2018, s. 160). I tidleg intervensjon forsøker ein å arbeide førebyggjande gjennom å handtere rusmiddelproblemet på eit så tidleg tidspunkt at det forsvinn eller blir redusert før det fører til alvorleg skade (Johansen & Bramnes, 2018, s.127). Målet med tiltaket er å bevisstgjere pasienten om

dei negative konsekvensane av risikofylt alkohol- og legemiddelbruk og motivere for åtferdsending (Lunde, 2020, s.171).

## 2.5 Travelbee

Sjukepleiarteoretikaren Joyce Travelbee meinte at sjukepleiars mål og hensikt oppnåast gjennom etableringa av eit menneske-til-menneske-forhold. Hensikta med forholdet er å hjelpe pasienten til å førebygge eller meistre sjukdom og liding og finne mening i desse erfaringane. Travelbee understrekar også viktigheita av kommunikasjon. Ved kvart møte mellom sjukepleiar og pasient, føregår det kommunikasjon mellom dei – når dei samtalar, og når dei er tause. All interaksjon med pasienten gjer sjukepleiar ein anledning til å bli kjent med han som menneske og til å ivareta hans behov, og dermed etablere eit menneske-til-menneske forhold (Travelbee, 2001, s.135). Travelbee vektlegg også korleis sjukepleiar skal møte pasienten der han er, med eit opent- og ikkje dømmande sinn. Ho påpeikar at sjukepleiar kan anstrenge seg for at desse negative vurderingane skal innverke minst mogleg på omsorga hennar for pasienten (Travelbee, 2001, s. 198).

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Eg har valt litteraturstudie som metode for å belyse problemstillinga. Ein litteraturstudie er ein studie som systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder. Å systematisere inneberer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt samanfatte det heile. Ein har ein systematisk tilnærming i alle trinn i prosessen. Hensikta er å gje lesaren ein oppdatert og god forståing av kunnskapen på det området problemstillinga etterspør og beskrive korleis ein har kommen fram til denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 77). Målet med ein slik studie er ikkje å framstille ny kunnskap, men å anvende den kunnskapen som allereie finnast om temaet i oppgåva.

### 3.2 Søkeprosess

Eg har tatt i bruk PICO-skjema som verktøy for å gjere litteratursøket klarare (Vedlegg 2). PICO-skjema deler opp problemstillinga, slik at problemstillinga blir strukturert på ein oversiktleg måte (Thidemann, 2019, s.84). For å fylle inn søkeord i PICO-skjemaet brukte eg Helsebibliotekets (u.å.) «MeSH på norsk» for å finne gode alternativ til engelske søkeord. Søkeorda eg kom fram til kombinerte eg med dei boolske søkeoperatørane AND og OR. Ved å kombinere to søkeord med OR fekk eg treff som inneheldt det eine, det andre eller begge søkeorda. Kombinasjonar med OR utvida søket og ga fleire treff. Ved å kombinere to søkeord med AND sikra eg at resultatata inneheldt treff på begge søkeorda. Dersom treffa ikkje var tilfredsstillande gjentok eg prosessen og fann nye søkjeord. Eg brukte også trunkering (\*) for å få med ulike variantar av ord, som til dømes «nurs\*» (Søk & Skriv, 2022).

Som ein del av søkestrategien satt eg opp inklusjons- og eksklusjonskriterium som skulle bidra til å vele ut relevante artikkelar for problemstillinga. Eksklusjonskriteria bidrog til at artikkelar som ikkje var relevant for problemstillinga vart ekskludert. Tabellen nedanfor viser oppgåvas kriterium.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterium

Inklusjonskriterium	Eksklusjonskriterium
Eldre pasientar over 60 år	Pasientar under 60 år

Artiklar som er publisert i perioden 2013-2023	Artiklar som er publisert før 2013.
Norsk, dansk, svensk eller engelsk språk	Skriven på andre språk.
Risikofylt og skadeleg bruk av rusmiddel	
Fagfellevurdert artikkel	
Etiske vurderingar	
Kvalitative og kvantitative studiar	

Basert på PICOen som vart utarbeida (Vedlegg 2), starta eg med litteratursøk etter artiklar. Søkehistorikken er vist i eige vedlegg (Vedlegg 1). Eg tok i bruk modellen «kunnskapspyramiden» som eit hjelpemiddel for å finne ut kor eg skulle søke etter forskning. Kjelder til oppsummert forskning ligg øvst i pyramiden og kjelder til enkeltstudie ligg nedst (Helsebiblioteket, 2017). Da det er anbefalt at ein skal starte så høgt opp i pyramiden som mogleg, starta eg søket i dei kliniske oppslagsverka UpToDate og BMJ utan å finne artiklar som passa til inklusjons- og eksklusjonskriteria. Eg enda opp med å bruke databasane PubMed og Idunn da søka i desse databasane ga best treff på problemstillinga. Da Idunn er eit fagfellebedømt tidsskrift som inneheld studiar på nordisk, vart det enklare å finne artiklar som inneheldt forskning frå heimesjukepleia i Noreg. Det vart inkludert 5 vitenskaplege artiklar i oppgåva. Sjå vedlegg 3 for litteraturmatrise med systematisk oversikt over dei inkluderte artiklanes innhald.

### 3.3 Kritisk vurdering av artiklar

I den akademiske konteksten inneberer det å vere kritisk at ein gjennom skrivearbeidet viser at ein forstår kunnskapen ein brukar i oppgåva. Når ein kritisk vurderer viser ein også at ein vurderer grunngjevingar for ulike synspunkt, påstandar og konklusjonar før ein aksepterer eller forkastar den. Hensikta med å foreta kritiske vurderingar er å bestemme relevans, styrke og avgrensingar i den informasjonen som samlast inn (Thidemann, 2019, s. 26).

Eg ser på kjeldene mine i oppgåva som gode og kvalitetssikra. Oppgåva er bygga på litteraturen frå pensumlista på sjukepleiestudiet, og bøkene som vart nytta i oppgåva er difor sett på som sikre kjelder. For å finne relevant fagstoff og forskning til oppgåva brukte eg databasane som eg fann gjennom Høgskulen på Vestlandet si nettside. Dei inkluderte

databasane inneheld kvalitetssikra forskning som er anbefalt av skulen, og kan difor reknast som sikre kjelder. For ein kritisk vurdering av artiklane eg har funne brukte eg Helsebiblioteket (2021) sine sjekklister. Ulike spørsmål krevjar ulike forskingsmetoder, difor brukte eg sjekklistar som passa forskingsmetoden i den enkelte artikkelen best.

### 3.4 Analyse og syntese

Å analysere teksten er å granske og tolke kva teksten fortell for å forstå den (Thidemann, 2019, s.92). I analysen av forskingslitteraturen nytta eg ei litteraturmatrise (vedlegg 3) kor kvar enkelt artikkel vart ført opp og strukturert etter metode, kvalitetsvurdering og resultat. Når eg analyserte delte eg opp teksten i mindre delar som naturleg høyrde saman, identifiserte, såg forskjellar og samanhengar, tolka og kritisk vurderte innhaldet og argumenta (Persson, 2021, s.33). Deretter fortsette eg med å syntetisere funna. Det var i syntetiseringa eg verkeleg begynte å få oversikt over dei forskjellige perspektiva litteraturen tok utgangspunkt i. Syntesering handlar om å vurdere den ulike litteraturen som er analysert, opp mot kvarandre og sette dei i ein samanheng. Syntetiseringa vart rett og slett ei slags drøfting av funn opp mot problemstillinga (Persson, 2021, s. 86). I resultatkapittelet vart det gjennomført ein tematisk syntese med følgande punkt: alkoholvanar i heimesjukepleia, screeningverktøyet si betyding for avdekking av forhøgja alkoholkonsum og korte intervensjonar.

### 3.5 Etiske vurderingar

Eg har tatt ulike etiske omsyn i forbinding med litteraturstudiet og tatt ein etisk vurdering av alle studia som har blitt inkludert. Eg har blant anna valt studiar som anten er godkjent frå etisk komité eller kor det er gjort nøye etiske vurderingar. Forskingsetikk handlar om å ivareta personvernet og sikre at dei som deltar i forskinga, ikkje blir påført skade eller unødvendige belastningar (Dalland, 2021, s.168). Etiske omsyn eg sjølv har tatt er å presentere alle funna så korrekt som mogleg og gje nøyaktige kjeldetilvisingar gjennom heile oppgåva.

## 4.0 Resultat

### 4.1 Alkoholvanar i heimesjukepleia

Tevik et al. (2017) viser til at eldre i Noreg drikk både hyppigare og meir alkohol i dag enn dei gjorde for nokre tiår tilbake. Eldre er også storforbrukarar av vanedannande legemiddel, og står for om lag halvparten av forbruket i Noreg. Av dei 11 545 deltakarane som var med i undersøkinga drakk totalt 3 259 av dei regelmessig ( $\geq 1$  dag i veka). Blant dei som drakk regelmessig, brukte 29% vanedannande legemiddel. Studien inneheldt ikkje data på når alkoholen og vanedannande legemiddel vart teken. Likevel indikerte funna i studien at mange eldre kan risikere å få biverknader av kombinasjonsbruk, sidan små dosar alkohol kan gje biverknader i kombinasjon med bruk av vanedannande legemiddel (Tevik et al., 2017).

Dei deltakande sjukepleiarane i artikkelen til Flesland (2014) oppfatta rusmisbruk blant pasientar i heimesjukepleia som relativt vanleg og aukande i omfang. Fem av åtte intervjuja sjukepleiarar var i dagleg kontakt med pasientar som hadde vore påverka av rusmiddel og/eller hadde rusrelaterte skadar. Sjukepleiarane meinte at ruspåverka pasientar vart opplevd som eit større problem i heimesjukepleia enn på sjukeheim. Fleire av sjukepleiarane kjente til pasientar som hadde utvikla rusproblem seint i livet. Dette meinte dei ofte kom av at alkohol og medikament vart brukt grunna einsemd etter tap av partner og anna nettverk. Effekten av medikament og alkohol bidrog til å dempe psykiske vanskar som hadde kommen som følgje av einsemda. Sjukepleiarane meinte også at pasientar som brukte rusmiddel var gjennomgåande «yngre» eldre, som fekk aldriingsrelaterte sjukdommar tidlegare enn andre pasientar dei møtte i jobben sin. Dei beskrev alvorlege tilstandar som hjarte- og karsjukdommar, diabetes, demens, lever- og nyresvikt. Alkoholbruk vart beskriven som ein dominerande årsak til helseskadane (Flesland, 2014).

I studien til Bergh et al. (2021) gjennomførte to prosjektsjukepleiarar kartlegging av alkoholbruk i heimesjukepleia hos pasientar i ein norsk kommune. Det var invitert 462 pasientar til å delta i studien, men heile 210 pasientar takka nei til deltaking. Hovudfunna frå studien viste at nesten 60 % av heimesjukepleiemottakarane drakk alkohol. Førekosten av legemiddelbruk med avhengigheitspotensial var høg i populasjonen av eldre som rapporterte regelmessig inntak av alkohol. Likevel var alkoholbruk i mengder forbunden med



helsesrisiko sjeldan, da berre 4% hadde eit alkoholbruk som innebar ein helsesrisiko. Det kjem fram i studien at sett i lys av deltakaranes multimorbiditet, demens og bruk av vanedannande legemiddel, kan det ha vore at grenseverdien for risikobruk skulle vore satt lågare. Dermed ville fleire av deltakarane hatt eit alkoholbruk som innebar ein helsesrisiko (Bergh et al., 2021).

Tre av dei inkluderte studia viser at samanhengen mellom bruk av alkohol og vanedannande legemiddel har vore lite undersøkt i heimesjukepleia, og at vi har lite kunnskapar om alkoholbruk blant eldre i Noreg. Studiane viser også at ein stor del over 60 år har mindre kunnskap om korleis alkohol påverkar helsa enn det yngre har. Mange er heller ikkje klar over at det er uheldig å kombinere alkohol med vanedannande legemiddel (Tevik et al., 2017; Bergh et al., 2021; Flesland, 2014). Ei årsak til dette kan vere at helsepersonell i mindre grad informerer dei eldre om at kombinasjonsbruk kan vere helsefarleg. Tal frå USA viste at berre 19% av pasientane eldre enn 60 år hadde blitt spurd av helsepersonell om bruk av alkohol og vanedannande legemiddel det siste året (Tevik et al., 2017).

#### 4.2 Screeningverktøyet si betyding for avdekking av forhøgja alkoholkonsum

Screening er eit første skritt for å identifisere pasientar med risikofylt alkoholbruk og kan hjelpe sjukepleiarar med å avgjere om pasienten kan ha nytte av ein kort intervensjon (Barry & Blow, 2016). AUDIT er eit nyttig validert kort screeningverktøy for overdriven drikking utvikla av WHO, men har svakheiter da det ikkje er tilpassa eldre (Barry & Blow, 2016; Flesland, 2014; Bergh et al., 2021). Sjølv om den anbefalte grenseverdien for AUDIT vanlegvis ligg på 8, tyder forskning på at grenseverdien bør ligge på 5 for eldre (Barry & Blow, 2016). I studien til Bergh et al. (2021) vart alkoholbruken til pasientane i heimesjukepleia kartlagt med AUDIT. Da det ikkje finnast validerte grenseverdier i AUDIT for eldre, vart deltakarane kategorisert etter ein totalskår > 0 (= alkoholbruk), og totalskår > 4 (risikobruk). Ein skår > 4 på AUDIT tilsvarer 3–4 alkoholeiningar 2–3 gongar per veke. Denne grenseverdien vart valt med utgangspunkt i studiar av alkoholkonsum som gir helsesrisiko for yngre personar, og ein vurdering av korleis helsa til eldre generelt endrar seg med alderen.

I studiane til Flesland (2014) og Tevik et al. (2017) påpeikast det at sjukepleiarar i heimesjukepleia erfarte at dei mangla rutinar for å spørje dei eldre om alkoholbruk.

Sjukepleiarane opplevde også at dei hadde for lite kunnskap om handtering av alkoholbruk og vanedannande legemiddel. I studien til Tevik et al. (2017) kjem det fram at mange sjukepleiarar opplevde alkohol som eit vanskeleg og følsamt tema å snakke med dei eldre om. Sjukepleiarane i studien til Flesland (2014) fortalte at det hadde vore lite fokus på rusproblematikken under sjukepleiestudiet. Dei hadde tileigna seg kompetanse ved å kombinere teoretisk kunnskap frå psykisk helsevern, med erfaringar dei hadde fått ved å jobbe med ruspasientar. Sjukepleiarane meinte at kompetanse var ein viktig faktor for å avdekke rusmiddelbruk og for å yte tenester av god kvalitet. Dei opplevde at personale som ikkje var skulert eller hadde erfaring, i større grad oversåg rusmiddelbruk hos pasientar og hadde negative haldningar til pasientgruppa. Studien belyser at det kan vere problematisk å identifisere rusmiddelbruk blant eldre, fordi det lett kan skjulast av symptom på annan sjukdom. Ved at sjukepleiar i heimesjukepleia tar i bruk screeningverktøy som AUDIT, vil ein kunne identifisere risikofull rusmiddelbruk blant eldre på eit tidlegare tidspunkt (Flesland, 2014). Studien til Tevik et al. (2017) trekk fram at sjukepleiar har ei viktig rolle med å kartlegge eldre sin alkoholbruk og informere om risikoen ved å kombinere alkohol med legemiddel. Den viktigaste informasjonen som må vidareformidlast er at alkohol aldri skal kombinerast med vanedannande legemiddel.

#### 4.3 Korte intervensjonar

Ved avdekking av risikofyllt alkoholbruk har korte intervensjonar blitt sett på som å vere sjølv gullstandard, for å kunne førebygge at risikofyllt bruk ikkje utviklar seg til avhengigheit (O'Donnell et al., 2013; Barry & Blow, 2016). Korte intervensjonar er som regel avgrensa i tid (5–25 minuttar, 1–4 konsultasjonar). Målet med intervensjonen er å bevisstgjere pasienten angående dei negative konsekvensane av risikofylte drikkevanar og motivere til åtferdsending (O'Donnell et al., 2013). Korte intervensjonar brukar motiverande intervjuprinsipp og ikkje-dømmende språk, som kan framkalle potensialet til å endre eller vurdere ei endring (Barry & Blow, 2016). I studien til Bergh et al. (2021) er korte intervensjonar som helseknaggen og motiverande intervju nemnt som dømer på gode kliniske verktøy for å starte ein samtale om rus.

Fleirtalet av vaksne som misbrukar alkohol treng ikkje spesialisert behandling. Snarare kan mange ha nytte av korte intervensjonar angående deira alkoholvanar (Barry & Blow, 2016).

Barry & Blow (2016) påpeiker at sjølv om det er få studiar retta mot eldre, viser dei studia som er gjennomført at korte intervensjonar er effektive når det gjeld å redusere risikofylt alkoholbruk, også i eldrepopulasjonen. I primærhelsetenesta kan korte intervensjonar for ein pasient med risiko- eller problemdrikking, inkludere nokre få enkle kommentarar.

Intervensjonen kan blant anna ta for seg bekymringar angående pasientens drikkemønster og anbefalingar om at pasienten reduserer eller sluttar å drikke. Funna i studien til Barry & Blow (2016) har vist at screening og korte intervensjonar har redusert alkoholforbruk blant 65 åringar og eldre med ein varigheit på 2-18 månadar. Alder for debut av alkoholproblem har blitt sett på som ein vurdering i behandlingresultat. Spesielt har nokre forskarar antatt at personar som opplever alkoholproblem seinare i livet, har større sannsyn for å redusere alkoholbruken enn dei som har alkoholproblem som starta tidlegare i livet (Barry & Blow, 2016).

I studien til Flesland (2014) kjem det fram at sjukepleiarane erfarte at pasientar satt stor pris på å prate om alkoholbruk, men at dei hadde for lite tid til samtalen. Sjukepleiarane etterlyste også meir kunnskap i samtalemotodikk og anbefalte intervensjonar. Dei meinte at tidspress og manglande kompetanse førte til at pasientar både med etablert og begynnande rusproblem fekk mangelfull behandling og oppfølging. Helsepersonell har ofte ein førestilling om at det å snakke med pasientar om ubehagelege tema krevjar mykje tid (Flesland, 2014; O'Donnell et al., 2013). Likevel kjem det fram i studien til O'Donnell et al. (2013) at det er ingenting som tilseier at sjølv så lite som 5 minutt med rådgivande samtale ikkje kan føre til åtferdsending. Studien viste også at korte intervensjonar i primærhelsetenesta reduserte alkoholforbruket med 23g (omlag 2 alkoholeiningar) per veke for eldre i alderen 65 år og over. Studien poengterer at det er strukturen og innhaldet i den korte intervensjonen som har innflytelse på pasientens alkoholkonsum, ikkje varigheita av samtalen. Samtale om pasientens sjølvregistrering av alkoholinntak var assosiert med betre utfall, og det å svare på spørsmål om alkoholforbruk i korte trekk såg ut til å endre åtferda til pasienten. Det å stille enkle spørsmål som «kor mykje drikker du?» viste seg å vere nok til å utløyse ei positiv åtferdsending. O'Donnell et al. (2013) understrekar også viktigheita av at sjukepleiar er merksemd og til stades den tida ein har til disposisjon saman med pasienten.

## 5. Diskusjon

### 5.1 Sjukepleiars kunnskapar og haldningar

Etterkvart som det blir fleire eldre som lev lengre og har behov for hjelp, blant desse også eit auka tal rusmiddelbrukarar, vil utfordringane og presset i heimesjukepleia auke (Flesland, 2014). Samhandlingsreforma har også gjort at sjukepleiarar i heimesjukepleia har fått eit auka ansvar. Til dømes skal kommunen sørgje for ei heilskapleg tenking med førebygging, tidleg intervensjon- og diagnostisering, behandling og oppfølging (Birkeland & Flovik, 2018, s.19). Dette har gitt sjukepleiar ei førebyggande rolle. Likevel opplevast rolla som hjelper i private heimar som ein utfordring for mange tilsette i heimesjukepleia.

Ved at sjukepleiar reflekterer over sine haldningar, kan ho anstrenge seg for at negative vurderingar ikkje skal påverke omsorga som blir utøvd (Travelbee, 2001, s. 198). Likevel kjem det fram i studien til Flesland (2014) at sjukepleiarane som hadde lite erfaring med rus, ofte hadde negative haldningar til pasientar med rusproblem og opplevde det som utrygt å hjelpe pasienten. Fleire av sjukepleiarane følte seg ikkje kompetent nok på dette området. Dette påverkar sjukepleiar si rolle ved at det avgrensar moglegheita for å identifisere rusrelaterte problemområde og å vere rask nok ute til å førebygge problem. På den andre sida viste studien at dei som hadde erfaring med rus, i større grad hadde positive haldningar, var meir motivert og hadde tru på at det var mogleg å hjelpe pasientar med rusrelatert problematikk (Flesland, 2014). Dette kan tyde på at auka kompetanse gjer helsepersonell meir positivt innstilt til rusbrukarar, og difor har større vilje og evne til å forstå deira utfordringar. Med andre ord vil sjukepleiarar som både har positive haldningar og kompetanse innan rus, kunne yte omsorg av høgare kvalitet.

I studien til Bergh et al. (2021) takka omlag halvparten av dei inviterte deltakarane nei til å delta i studien om alkoholkartlegging. Ein anna svakheit er at utvalet berre representerer ein kommune. Desse faktorane kan ha gitt store skeivskapar og mørke tal i resultata, noko som vanskeleggjer overføringa til den generelle gruppa av eldre pasientar som mottar heimebaserte tenester. Det er mogleg at dei som takka nei til deltaking i studien hadde høgare alkoholbruk enn dei som deltok, slik at resultata frå denne studien kan underestimere den generelle alkoholbruken. Å takke nei til deltaking kan blant anna skyldast

ein bekymring for at opplysningar om eige rusbruk skulle føre til endra tenester frå kommunen, men også det å vere skamfull rundt eige rusbruk kan ha vore ein årsak (Bergh et al., 2021). Det å føle på skam rundt eige rusbruk, understrekar viktigheita av kommunikasjon. Som nemnt i Travelbee (2001) sin teori vil sjukepleiar over tid etablere eit godt menneske-til-menneske forhold med pasienten. I studien til Bergh et al. (2021) var det to prosjektsjukepleiarar utan kjennskap til pasientane som samla inn data. Det kan tyde på at det hadde vore betre med ein fast sjukepleiar frå heimesjukepleia. Dei hjelper ofte pasienten over ein lengre periode, noko som gir moglegheit til å skape ein tillitsfull relasjon med den heimebuande pasienten (Fjørtoft, 2016, s. 36).

I studien til Flesland (2014) meinte sjukepleiarane at einsemd etter tap av partner og anna nettverk var den vanlegaste grunnen til at eldre utvikla eit rusproblem. Studien støttast av Korus Oslo (2020, s.24-25) som tar opp risikofaktorar som kan føre til at den eldre drikk. Dette kan indikere at sjukepleiarane bør følge opp pasientane ekstra i ein slik periode. I følgje Travelbee bør sjukepleiar bruke seg sjølv terapeutisk, kombinert med å ha ein intellektuell tilnæringsmåte. Når sjukepleiar brukar seg sjølv terapeutisk, tar ho i bruk evna til å bruke sin personlegdom bevisst og målretta i forsøk på å etablere eit forhold for å føre til forandring hos pasienten. Denne forandringa betraktast som terapeutisk når den lindrar pasientens plagar. Ein intellektuell tilnæringsmåte inneberer at sjukepleiar tar i bruk kunnskap om fakta og prinsipp frå sjukepleievitskap i omsorga for pasienten. (Travelbee, 2001, s.43-44). Ved at sjukepleiar brukar seg sjølv terapeutisk kan det hjelpe pasienten å finne mening i livet, og bidra til endring knytt til alkoholbruk.

Det er behov for meir forskning for å betre forstå samanhengen mellom aldring og rusmiddelbruk (Tevik et al., 2017; Bergh et al., 2021; Flesland, 2014). Samtidig kan tilbodet til eldre rusmiddelbrukarar i kommunale pleie- og omsorgstenester optimaliserast ved at tenestene blir meir bevisste på rusrelaterte utfordringar. Det er difor viktig at sjukepleiarane har forståing for rusmiddelbruk blant eldre og kunnskapar om førebygging, tidleg intervensjon og behandling. Tilsette som ikkje har nok kunnskapar om temaet treng opplæring på dette feltet (Flesland, 2014).

## 5.2 Å kartlegge alkoholbruk som ei fast rutine

Lunde (2020, s.163) påpeikar at dersom sjukepleiar oppdagar risikofylt rusbruk i tidleg fase, kan det vere med på å hindre at bruken utviklar seg til avhengigheit. For at sjukepleiar skal kunne hjelpe pasienten best mogleg, vil det vere av betydning å kartlegge kva funksjon alkoholen har for den enkelte eldre. Alle har ulike grunnar til at dei ynskjer å drikke alkohol. Når sjukepleiar finn ut kva funksjon alkoholen har hos den eldre og kartlegg den enkelte sine risikofaktorar, kan dette gjere det enklare å finne andre tiltak som kan vere med på erstatte alkoholen (Korus Oslo, 2020, s.24-25). Likevel visar studien til Flesland (2014) at det var lite fokus på å identifisere rusmiddelbruk blant eldre. Når ein veit at helsepersonell har lite fokus på å identifisere rusbruk hos eldre, kan det tyde på at omfanget av alkohol- og legemiddelbruk er større i dag en det som blir avdekka. Noko som betyr at det er desto viktigare å setje fokus på. Dersom tenestene aukar fokuset på rusmiddelbruk, vil fleire eldre få hjelp tidlegare og alvorleg sjukdom kan førebyggast.

Sjølv om den anbefalte grenseverdien for AUDIT vanlegvis ligg på 8 (NHI, 2022), har dei inkluderte studia satt ned grenseverdien til 4-5 då screeninginstrumentet ikkje er utvikla med bakgrunn i at eldre toler mindre alkohol (Barry & Blow, 2016; Bergh et al., 2021). Det vil difor vere viktig å utvikle kartleggingsverktøyet med grenseverdier som er tilpassa dei eldste aldersgruppene. Lunde trekk også fram at det er viktig å kartlegge pasientens legemiddel (2020, s.163). Dette støttast av tala til Reseptregisteret (2017) som viser at 95% av eldre står på minst eitt legemiddel på resept. Ei negativ side med AUDIT er at kartleggingsverktøyet ikkje inneheld spørsmål om legemiddel. Difor må sjukepleiar også gå gjennom pasientens legemiddelliste parallelt med AUDIT (Bergh et al., 2021). Sjukepleiar bør kartlegge type legemiddel og når legemiddelet blir teken for å finne ut kvar tid det evt. er ein fare for kombinasjon av midla (Lunde, 2020, s.167).

I studien til Tevik et al. (2017) kjem det fram at mange sjukepleiarar opplevde alkohol som eit vanskeleg og følsamt tema å ta opp med den eldre. Dette kan vere med på å påverke omsorga og hjelpen til pasienten. Ved at sjukepleiar i heimesjukepleia etablerer rutinar med AUDIT, kan det bli enklare å spørje om alkohol og kombinasjonsbruk med vanedannande legemiddel, da det vil bli like generalisert som andre «naturlege» helse spørsmål. Dersom ein slik intervensjon blir implementert i heimesjukepleia, vil dette gi betre grunnlag for å tilby

effektive intervensjonar. Det vil også gjere at sjukepleiarar tidlegare vil kunne identifisere risikofull rusmiddelbruk overfor ei pasientgruppe som det vil bli fleire av i framtida (Flesland, 2014).

### 5.3 Vi treng korte og effektive intervensjonar

Studien til Berg et al. (2021) viser til at bruken av alkohol og vanedannande legemiddel hos eldre mottakarar av heimesjukepleia er noko som sjukepleiar må vere merksemd på. For å oppdage slik bruk må sjukepleiarar i følgje Flesland (2014) lære seg å sjå etter teikn hos pasientane som kan ha ein samanheng med risikofylt bruk av rusmiddel. Dersom slik bruk blir oppdaga, bør sjukepleiar ta dette opp med pasienten (Bergh et al., 2021). Dette kan sjukepleiar gjere ved hjelp av tidleg intervensjon, som kan vere med på å hindre problemutvikling blant eldre. Enkle intervensjonar som kartlegging av omfang og informasjon om helserisiko, er kostnadseffektive tilnærmingar som kan resultere i redusert inntak av alkohol og legemiddel (Barry & Blow, 2016). Studien til Flesland (2014) argumenterer for at ein forutsetning for å få dette til, er at tilsette i heimesjukepleia har fått opplæring i korte intervensjonar. Fleire av dei inkluderte studia viser at ein stor del over 60 år har lite kunnskapar om korleis alkohol påverkar helsa. Mange er heller ikkje klar over at det er uheldig å kombinere alkohol med vanedannande legemiddel (Tevik et al., 2017; Bergh et al., 2021; Flesland, 2014). Dette tyder på sjukepleiar har ei viktig rolle når det gjeld å informere om konsekvensane av forhøgja alkoholkonsum og samtidig legemiddelforbuk.

Korus Oslo (2020, s.8) meiner at det viktigaste for å avdekke eit mogleg alkoholproblem er å samtale med pasienten, og anbefaler «Helseknaggen» som eit nyttig tiltak sjukepleiar kan ta i bruk i praksis. Ein kan til dømes starte samtalen slik: «Kan vi snakke litt om at du nyleg hadde eit fall? Det hadde vært fint om du kunne fortelje meg litt meir om kva som hendte.». I dei fleste tilfelle vil den eldre uoppfordra fortelje om han hadde drukke alkohol i forkant av fallet. Dersom ein får stadfesting på at det vart inntatt alkohol i forkant, skal sjukepleiar følgje opp dette. «Du seier du hadde drukke litt. Kan du fortelje noko om kva som skjer med deg når du drikk? (til dømes, svimmel, søvning, nedstemt osv.)», «Kva er det positive for deg ved å nyte alkohol?», «Er det nokre negative sider?» og «Har du snakka med fastlegen din om ditt alkoholbruk? Er det i orden at eg informerer fastlegen din om den samtalen vi har hatt no?» (Korus Oslo, 2020, s.8). Dette støttast av studien til Bergh et al. (2021) som også

nemner den korte intervensjonen «Helseknaggen» som eit døme på eit godt klinisk verktøy for å starte ein samtale om rus. I nokre tilfelle vil det berre vere nødvendig å gje kort informasjon om samanhengen mellom alkohol og legemiddel og kva som skjer med kroppen ved kombinasjon (Lunde, 2020, s.171). Den eldre vil da sjølv ha grunnlag for å gjere egne val. I andre tilfelle kan samtalen bli lengre, men framleis slik at det er snakk om ein kortvarig intervensjon. Intervensjonen kan også inkludere fleire korte vegleiings-øktar som følgjast opp (Barry & Blow, 2016). Det kan da vere ein fordel at same sjukepleiar frå heimesjukepleia følgjer opp pasienten for å behalde ein kontinuitet i endringsarbeidet.

I følgje Barry & Blow (2016) brukast det motiverande og ikkje-dømmende språk i korte intervensjonar, noko som støttar Travelbee (2001) sin teori om å møte pasienten der han er med eit ikkje dømmende sinn, for å framkalle evna til å vurdere ei endring.

Ein av forklaringane som gist på manglande implementering av korte intervensjonar i helsesektoren, er helsepersonell si oppleving av mangel på tid (Korus Oslo, 2020, s.14-15; Flesland, 2014). Også på dette området er det nødvendig med auka bevisstgjerings, ikkje minst med tanke på at studiar viser at sjølv ein avgrensa samtale på nokre få minutt med råd om alkoholvanar kan føre til ei endring av rusvanar (O'Donnell et al., 2013). Dette tydar på at sjukepleiar har ei viktig rolle når det kjem til tidleg kartlegging og korte intervensjonar. Desse tiltaka er sett på som effektive når det gjeld å førebygge at risikofylte rusvanar utviklar seg til skadeleg bruk og avhengigheit.

#### 5.4 Diskusjon av metode

Me-SH-ordboka vart brukt for å omsette medisinsk terminologi slik at søket kunne gjennomførast i internasjonale databasar slik som PubMed. Likevel må ein vere merksam på at eg kan ha oversett aktuelle søkjeord og eventuelle synonym som kunne gitt fleire relevante artklar. Eg valte å bruke beskrivinga «risikofylt og skadeleg alkoholbruk» i litteraturstudien. For å få fleire treff på relevante artklar var eg nøydd til å bruke meir generelle søkjeord som «alcohol drinking», «alcohol consumption», «alkoholbruk» og «rusmiddelbruk». Dette kan vore ein svakheit, da det er med på å gjere pasientgruppa større. Likevel tar alle dei fem inkluderte artklane for seg risikofylt alkoholbruk. Fire av de fem inkluderte studia tar for seg samtidig legemiddelforbruk, men ein svakheit er at ingen av



dei inneheldt statistikk på når legemiddelet vart teken i forhold til alkoholinntak. Dette gjer at det ikkje er mogleg å sei om det har føregått ein interaksjon mellom midla i studia.

Eg har anerkjent at ulike val i søkjeprosessen kan ha påverka funna. Det er til dømes fordelar og ulemper ved å avgrense søket med inklusjons- og eksklusjonskriterium. Fordelen med å avgrense søket på denne måten, er at det blir meir spesifikt retta mot det eg ynskja å finne ut av. Til dømes fann eg det nyaste av forskning ved å inkludere forskning som ikkje er eldre enn ti år gammal. På ein annan side kan fleire av kriteria gjere at eg ikkje får tak i all relevant forskning som eksisterer i databasane. Eg måtte ekskludere fleire relevante artiklar eg fann, da dei var publisert for meir enn ti år sidan. I tillegg kan eg ha gått glipp av relevant forskning om det er på eit annan språk enn dei nemnte i eksklusjonskriteria. To av studia i oppgåva er nordiske, noko som er ein fordel da det vil kunne styrke overføringsverdien. Tre av dei fem inkluderte artiklane i oppgåva er skriven på avansert engelsk fagspråk som eg har oversett til norsk. Dette kan ha gitt grunnlag for feiltolkning av teksten.

Eg fann også ut at det eksisterer lite forskning på temaet «eldre og alkohol», samt sjukepleiarar si rolle, då eg fekk få treff på relevante studiar. Alle dei inkluderte studiane, både frå Noreg og USA trekk fram at det manglar forskning hos denne pasientgruppa (Tevik et al., 2017; Bergh et al., 2021; Flesland, 2014, Barry & Blow, 2016; O'Donnell et al., 2013). To av dei fem inkluderte studiane omtalar helsepersonell generelt, ikkje berre sjukepleiarar (Barry & Blow, 2016; O'Donnell et al., 2013). Eg valte til tross for dette å inkludere studia likevel da dei sannsynlegvis kan generaliserast til sjukepleie generelt. I dei same studia vart det skriven om eldre i «primærhelsetenesta» og studiane var ikkje spissa ned til berre heimesjukepleia. Desse studia handla om korte intervensjonar blant eldre. Da det er utført lite forskning på korte intervensjonar blant eldre, valte eg å inkludere studia til tross for at dei ikkje tok for seg heimesjukepleia. Dette er fordi eg ser på dei som relevant for problemstillinga og mest sannsynleg kan implementerast i heimesjukepleia.

## 6. Oppsummering og implikasjonar for praksis

Dette litteraturstudiet viser til at eldre sine rusproblem er eit underforsa område i Noreg. Vi treng å fokusere på forhøgja alkoholkonsum og legemiddelbruk blant eldre i heimesjukepleia, da dette er forventa å auke. Leveringa av helsetenester skjer også i eit miljø med stadig raskare tempo. Difor kan målretta opplæring som fokuserer på screening og korte intervensjonar forbetre både ferdigheiter og effektivitet.

Dersom kartlegging blir gjort rutinemessig av sjukepleiarar, slik som det blir gjort med andre helsespørsmål, vil ikkje slike spørsmål verke stigmatiserande eller mistenkeleggjere den enkelte pasient. Dersom det skal kunne bli ei rutine bør kartleggingsverktøy brukast slik at alle samtalaner blir gjennomført på same måte. Å ta opp spørsmål rundt eldre sin alkohol- og legemiddelbruk ved hjelp av korte intervensjonar bør ikkje grunngjevast i ein tanke om å avdekke misbrukarar. Målet bør heller vere å hjelpe den eldre å sjå ein samanheng med alder, sjukdom og medikament og motivere for åtferdsending.

For å klare å identifisere eldre i risikosona må ein våge å spørje. Dette er eit område som ikkje lenger kan vere tabubelagt. Sjukepleiarar har difor ei viktig rolle med å kartlegge eldre sine alkohol- og legemiddelvanar ved hjelp av til dømes AUDIT og legemiddelliste. Sjukepleiar har også eit ansvar når det gjeld å informere om risikoen ved å kombinere alkohol med vanedannande legemiddel. Eit tiltak sjukepleiar bør nytte seg av for å gjere dette er korte intervensjonar som «Helseknaggen». Rolla vil også innebere førebyggjande arbeid, for å førebygge at alkoholbruken utviklar seg. For at sjukepleiar skal kunne ha ei førebyggjande rolle er det nødvendig å auke sine kunnskapar og vere bevist på eigne haldningar rundt rusbruk. På denne måten kan sjukepleiar bli trygg i rolla si og utøve god helsehjelp til pasienten.

## Litteraturliste

- Barry, K. L. & Blow, F. C. (2016). Drinking across the lifespan: focus on older adults. *AlcoholResearch: Current Reviews*, 38(1), 115–120.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872606/>
- Bergh, S., Michaelsen, E., Andfossen, N. B., Lichtwarck, B., Selbæk, G. & Kirkevold, G. (2021). Bruk av alkohol og vanedannende legemidler hos eldre norske hjemmetjenestemottakere: Sammenheng med psykiske lidelser og kognisjon. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7, 1-12. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-03-03>
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). Sykepleie i hjemmet (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Bye, E. K. & Rossow, I. M. (2022, 20. desember). *Alkoholbruk i den voksne befolkningen*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/>
- Christiansen, Å. (2018). Tidlig intervensjon ved rusmiddelrelaterte lidelser i sykehus. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 159-177). Cappelen Damm akademisk.
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal
- Farmasiet. (2020, november). *Legemidler og alkohol*.  
<https://www.farmasiet.no/rad-fra-apoteket/bruk-av-legemidler/legemidler-og-alkohol>
- Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforlaget.

Flesland, L. (2014). Sykepleiere i helse- og omsorgssektorens erfaringer med eldre, rusmidler og hjelpebehov. *Nordisk sygeplejeforskning*, 4, 42-58.

<https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-01-05>

Furu, K., Selmer, R. M., Husabø, K. J., Berg, C. L., Hjellvik, V., Fenne, O. S., Blix, H. S. & Litlekare, I. (2018, 14. juni). *Legemiddelstatistikk 2018:2 Reseptregisteret 2013–2017*. Folkehelseinstituttet.

[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/reseptregisteret-2013\\_2017-temadel-om-legemidler-og-eldre.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/reseptregisteret-2013_2017-temadel-om-legemidler-og-eldre.pdf)

Gleditsch, R. F. (2020, 3. juni). *Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge*. SSB.

<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn>

Helsebiblioteket. (2017, 28. august). *Kunnskapsbasert praksis.no.: 3.2 Kildevalg*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis.no.: 4.1 Sjekklist*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Johansen, A. B. & Bramnes, J. G. (2018). Psykososial og medikamentell behandling ved rusmiddellidelser. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2.utg., s. 114-140). Cappelen Damm akademisk.

Knutheim, T. & Rahm, F. R. (2016). *Aldring og rusmidler: Utviklingstrekk, sykdom, medikamenter, alkoholbruk*. Kompetansesenter rus – region sør.

<http://docplayer.me/17289719-Pdf-utgave-aldring-og-rusmidler-utviklingstrekk-sykdom-medikamenter-alkoholbruk-terje-knutheim-og-fred-rune-rahm.html>

Korus Oslo. (2020). *Om aldring, alkohol og legemidler*.

[https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2021/02/Korus\\_Rutineha%CC%8Andbok\\_Aldring-alkohol-og-legemidler\\_digital\\_enkeltsider.pdf](https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2021/02/Korus_Rutineha%CC%8Andbok_Aldring-alkohol-og-legemidler_digital_enkeltsider.pdf)

Lid, T. G. (2020, 1. juli). *Derfor bør eldre tenke over drikkevanene*. Av-og-til.

<https://avogtil.no/fakta/derfor-bor-eldre-tenke-over-drikkevanene/>

Lunde, L.-H. (2020). Rus i eldre år. I S. Tretteteig (Red.), *Psykiske sykdommer hos eldre: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 157-173). Aldring og helse.

Norsk helseinformatikk. (2022, 15. februar). *Alkohol-audit*.

<https://nhi.no/skiema-og-kalkulatorer/skiema/diverse/alkohol-audit/>

O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J. & Kaner, E. (2013). The impact of brief alcohol interventions in primary health care: a systematic review of reviews. *Alcohol and Alcoholism*, 49(1), 66–78.

<https://doi.org/10.1093/alcalc/agt170>

Persson, M. (2021). *Hvordan skrive en litteraturgjennomgang?: En praktisk guide*.

Universitetsforlaget.

Ranhoff, A. H. (2020). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 53-67).

Gyldendal

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).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184428>

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf)

## Vedlegg

### Vedlegg 1. Søkehistorikk

Database og søkedato	Søk nr	Søkeord og kombinasjonar	Avgrensingar	Treff	Artiklar inkludert
PubMed 09.03.23	1	(MeSH "aged") OR "aged" OR "elderly" OR (MeSH "elderly") OR "aged, 80 and over") OR "aged, 80 and over"		5 995 974	
	2	(MeSH «alcohol drinking») OR «alcohol drinking" OR "alcohol consumption" OR (MeSH "alcohol consumption")		107 292	
	3	(MeSH "Addiction Medicine") OR "Addiction Medicine" OR (MeSH "Drug Utilization") OR "Drug utilization" OR "addictive drugs"		32 072	
	4	(MeSH "Norway") OR "Norway"		60 992	
	5	1 AND 2 AND 3 AND 4	Publication date: 10 years	6	Use of alcohol and drugs with addiction potential among older women and men in a

			Age: aged (65+ years), 80 and over (80+ years)		population-based study. The Nord-Trøndelag Health Study 2006-2008 (HUNT3)
PubMed 12.03.23	1	(MeSH «aged») OR «aged» OR (MeSH “aged, 80 and over”) OR “aged, 80 and over”		5 929 352	
	2	(MeSH “alcohol consumption”) OR “alcohol consumption” OR (MeSH “alcohol drinking”) OR “alcohol drinking”		132 218	
	3	“Early intervention”		25 482	
	4	“Screening”		744 224	
	5	1 AND 2 AND 3 AND 4	Article type: review  Publication date: 10 years  Age: aged (65+ years), 80 and over (80+ years)	<b>15</b>	Drinking across the lifespan: focus on older adults.
Idunn 12.03.23	1	«Eldre» AND «Alkoholbruk» AND «Legemidler» AND «Hjemmeboende»	Forskningsartikkel  År 2013-2023	2	Bruk av alkohol og vane-dannende legemidler hos eldre norske hjemme-tjenestemottakere:



					Sammenheng med psykiske lidelser og kognisjon
Idunn 13.03.23	1	«Hjemmesykepleie» AND «Eldre» AND «Rusmiddelbruk»	Forskingsartikkel  År 2013-2023	1	Sykepleiere i pleie- og omsorgssektorens erfaringer med eldre, rusmidler og hjelpebehov
PubMed 15.03.23	1	(MeSH «aged») OR «aged» OR (MeSH “aged, 80 and over”) OR “aged, 80 and over”		5 929 452	
	2	“Alcohol intervention” OR “Brief intervention”		4 198	
	3	1 AND 2	Article type: Systematic review  Publication date: 10 years.	<b>17</b>	The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews.

Vedlegg 2. PICO-skjema

<b>PICO</b>				
<b>Problemformulering:</b> <i>Kva rolle har sjukepleiar i forhold til heimebuande eldre sine vanar knytt til risikofylt og skadeleg alkohol- og legemiddelforbruk?</i>				
	<b>P</b> <b>(Population/problem)</b>	<b>I</b> <b>(Intervention)</b>	<b>C</b> <b>(Comparison)</b>	<b>O</b> <b>(Outcome)</b>
<b>Norske søkeord</b>	Eldre Gamle, 80 år og eldre Alkoholdrikking Legemiddelforbruk Avhengighetsmedisin	Sykepleier(e) Hjemmesykepleie		Sykepleierrolle
<b>Meshtermar</b>	Aged Aged, 80 and over Alcohol drinking Alcohol consumption Drug Utilization Addiction medicine	Nurses Home health nursing		Nurse´s role
<b>Tekstord</b>	High consumption of alcohol Harmful alcohol use At-risk drinking Hazardous drinking	Nurs*		-

### Vedlegg 3. Litteraturmatrise

Artikkel 1	
Forfattar(e)	Tevik, K., Selbæk, G., Engedal, K., Seim, A. Krokstad, S. & Helvik, A.-S.
Publiseringsår	2017
Tidsskrift	<i>PLOS ONE</i>
Land	Norge
Tittel på artikkel	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)
Type studie	Tverrsnittstudie
Hensikta med studien	Hensikta med studien var å undersøke førekomsten av sjølvrapportert regelmessig alkoholbruk blant heimebuande eldre, og å undersøke førekomst av reseptuttak på vanedannande legemiddel blant eldre menn og kvinner som drakk alkohol regelmessig.
Metode	Studien brukar data frå Helseundersøkinga i Nord-Trøndelag. Av 12 361 eldre vaksne i studien svarte 11 545 på sitt alkoholforbruk og vart inkludert i studien. Data om utleverte legemiddel med avhengigheitspotensial er henta frå Norsk Reseptdatabase.
Populasjon	Heimesjukepleie-mottakarar $\geq 65$ år
Hovudfunn/resultat	Omlag 30% av dei som drakk regelmessig brukte vanedannande legemiddel. Mange

	<p>eldre er ikkje klar over at kombinasjon av alkohol og legemiddel kan få konsekvensar. Artikkelen konkluderer med at det bør utviklast strategiar for å redusere eller forhindre alkoholforbruk blant eldre vaksne som brukar rusmiddel med avhengigheitpotensial. Helsepersonell har ei viktig oppgåve med å kartlegge eldre sin alkoholbruk og å informere om risikoen ved å kombinere alkohol med vanedannande legemidlar.</p>
Kvalitetsvurdering	Artikkelen er fagfelleverdert.
Gjort greie for etiske drøftingar	<p>Deltakarane i undersøkinga signerte eit informert samtykkeskjema som tillitar bruk av dataa deira for framtidig medisinsk forskning. HUNT-forskning utførast i samsvar med retningslinjer frå Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REC) og Datatilsynet. Norsk samfunnsvitskaplege datateneste og Folkehelseinstituttet har også godkjent studien.</p> <p>All personidentifikasjon vart i etterkant fjerna for å sikre anonymitet etter norsk regelverk for samankopling av helseregister.</p>

Artikkel 2	
Forfattar(e)	Bergh, S., Michaelsen, E., Andfossen, N. B., Lichtwarck, B., Selbæk, G. & Kirkevold, G.
Publiseringsår	2021
Tidsskrift	<i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i>
Land	Norge
Tittel på artikkel	Bruk av alkohol og vanedannende legemidler hos eldre norske hjemmetjenestemottakere: Sammenheng med psykiske lidelser og kognisjon
Type studie	Eksplorerande tverrsnittstudie
Hensikta med studien	Hensikta med studien var å beskrive bruken av alkohol, tobakk og vanedannende legemiddel hos mottakarar av heimebaserte tenester over 60 år og sjå kva faktorar som var assosiert med alkoholbruk.
Metode	Tverrsnittsundersøking er brukt som metode. Til saman vart 462 pasientar invitert til å delta. 230 stk. takka nei til å delta. 210 pasientar over 60 år som mottok heimebaserte tenester i ein stor kommune i Sørøst-Norge, vart intervjuet om deira bruk av alkohol, tobakk og vanedannende legemiddel samt deira psykiske symptom. Deltakarane vart inkludert i tidsrommet januar 2017 – februar 2018. All data vart samla inn av to

	<p>prosjektsjukepleiarar som hadde opplæring i bruk av kartleggingsverktøya på forhand. Dette sikra at kartleggingane vart gjennomført på same måte hos alle deltakarane.</p>
Populasjon	<p>Mottakarar over 60 år i heimebaserte tenester eller som var innlagt på kortidsavdeling på sjukeheim. Gjennomsnittsalderen på deltakarane var 80,8 år.</p>
Hovudfunn/resultat	<p>Hovudfunna viste at nesten 60% av heimsjukepleiemottakarane drakk alkohol. 3,8% hadde eit alkoholinntak som var foreinleg med helsorisiko. I følgje deltakaranes medikamentliste brukte 8,1% antipsykotika, 24% brukte angstdempande middel og 30,5% brukte vanedannande legemiddel mot søvnproblem.</p>
Kvalitetsvurdering	<p>Studien ble godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK 2016/1134.</p>
Gjort greie for etiske drøftingar	<p>Prosjektsjukepleiarane som samla inn data, var ikkje tilsett i heimesjukepleia, og deltakarane vart informert om at data som vart samla inn, ikkje vart formidla til tilsette i heimesjukepleia dersom ikkje deltakarane sjølv ynskja det. Dette vart gjort for å sikre personvernet til deltakarane og gjere dei trygge på at svara dei gav, ikkje skulle verke inn negativt på dei tenestene dei fekk tildelt av kommunen. Deltakaranes</p>

	<p>samtykkekompetanse vart vurdert av prosjektsjukepleiarane. Deltakarar som vart vurdert å vere samtykkekompetente, samtykka til deltaking ved å signere eit samtykkeskriv. Pårørande samtykka på vegne av deltakarar som vart vurdert til å ikkje vere samtykkekompetente.</p>
--	--

Artikkel 3	
Forfattar(e)	Barry, K. L. & Blow, F. C.
Publiseringsår	2016
Tidsskrift	<i>Alcohol Research: Current Reviews</i>
Land	USA
Tittel på artikkel	Drinking across the lifespan: focus on older adults.
Type studie	Oversiktsstudie
Hensikta med studien	Hensikta med studien er å belyse omfanget av alkoholmisbruk blant eldre vaksne. Studien tar og for seg konsekvensane av misbruk, metodar for screening, tidlege intervensjonar og behandlingresultat.
Metode	Metaanalyse av randomiserte kontrollstudie.
Populasjon	Eldre personar i primærhelsetenesta som er 65 år eller eldre

Hovudfunn/resultat	<p>I studien oppfylte 10-15% av eldre pasientar kriteria for risiko- eller problemdrikking.</p> <p>Eldre vaksne har også større risiko for skadelege legemiddelinteraksjonar som kan relaterast til tyngre alkoholforbruk.</p> <p>Alkoholproblem i den eldre aldersgruppa blir ofte ikkje gjenkjent, og dersom dei blir gjenkjent blir dei vanlegvis underbehandla.</p> <p>Alkoholscreening og korte intervensjonar gir moglegheit for tidleg oppdaging og motivasjon for å føre til endring. Rask screening for alkoholforbruk med AUDIT gjer at ein kan identifisere kven som kan ha nytte av korte intervensjonar. Dei få studia med eldre vaksne resulterte til at korte intervensjonar er effektive for å redusere risikofylt alkoholbruk. Helsepersonell som arbeider med eldre vaksne har ein unik moglegheit til å observere og behandle konsekvensane av alkoholmisbruk og avhengigheit.</p>
Kvalitetsvurdering	Alcohol Research: Current Reviews (ARCR)
Gjort greie for etiske drøftingar	er eit fagfelleverdert tidsskrift.



Artikkel 4	
Forfattar(e)	Flesland, L.
Publiseringsår	2014
Tidsskrift	<i>Nordisk sygeplejeforskning</i>
Land	Norge
Tittel på artikkel	Sykepleiere i pleie- og omsorgssektorens erfaringer med elder, rusmidler og hjelpebehov
Type studie	Kvalitativt studie
Hensikta med studien	Hensikta med studien er å beskrive sjukepleiarar kunnskapar og erfaringar med rusmiddelbruk blant pasientar dei har møtt i jobben sin på sjukeheim og i heimesjukepleia.
Metode	Kvalitativt studie med intervju som metode.
Populasjon	Åtte sjukepleiarar frå ein stor norsk kommune vart intervjuet. Fire sjukepleiarar frå heimesjukepleia og fire frå sjukeheim. Det var satt som kriterium at informantane hadde fem års erfaring som sjukepleiar. Studien har fokus på eldre rusmiddelbrukarar, frå 65 år og oppover.
Hovudfunn/resultat	Sjukepleiarane meinte at rusmiddelbruk blant pasientar i pleie- og omsorgssektoren var relativt vanlig og dei hadde ein oppleving av at det var aukande i omfang. Fem av åtte sjukepleiarar var dagleg i kontakt med pasientgruppa. Sjukepleiarane

	<p>hadde mest erfaring med alkoholbruk blant menn, medan overforbruk av vanedannande medikament var oftare å sjå blant kvinner. Kombinasjonsbruk av alkohol og medikament var også relativt vanleg blant eldre. Sjukepleiarane hadde erfart at mange av pasientane hadde hatt eit rusproblem over lang tid, utan at dei hadde mottatt nokon form for hjelp. Ofte vart problematikken avdekket «tilfeldig» når pasientane vart utskriven frå sjukehus og overført til pleie- og omsorgstenesta.</p> <p>Studien viser at det er lite erfaring med målgruppa, og at det er lite fokus på å identifisere rusmiddelbruk blant eldre. Tidleg identifisering og intervensjon kan hindre utvikling av problem, men det manglar validerte kartleggingsverktøy og anbefalte intervensjonar i heimesjukepleia- og sjukeheimen. Tilbodet til eldre rusmiddelbrukarar kan optimaliserast ved at tenestene blir meir bevisste på rusrelaterte utfordringar. Sjukepleiarane i tenestene treng også opplæring på dette feltet.</p>
Kvalitetsvurdering	Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), Personvernombudet.
Gjort greie for etiske drøftingar	Det vart gitt skriftleg informasjon om studien til deltakande kommune og til

	informantar i henhold til Helsinki-deklarasjonen. Det vart innhenta skriftleg samtykke frå sjukepleiarane, samt gitt informasjon om retten til å trekke seg når som helst utan å oppgje årsak, inntil studiens ferdigstilling. Alle opplysningar er konfidensielt behandla og informasjon som kunne føre til gjenkjenning vart fjerna i transkriberinga.
--	--

Artikkel 5	
Forfattar(e)	O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Scmidt, C., Reimer, J. & Kaner, E.
Publiseringsår	2013
Tidsskrift	Alcohol and Alcoholism
Tittel på artikkel	The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews.
Type studie	Systematisk oversiktstudie
Hensikta med studien	Hensikten med studien er å vurdere effektiviteten av korte alkohol-intervensjonar i primærhelsetenesta for å synleggjere kunnskapshull for vidare forskning.
Metode	Ein oversikt over systematiske oversiktar og metaanalyser.

Populasjon	Pasientar i primærhelsetenesta frå alderen atten år og over
Hovudfunn/resultat	Ein av oversiktene i studien viste effekt hos vaksne i alderen 65 år og over. Korte intervensjonar i primærhelsetenesta var med på å redusere alkoholforbruket med 23g (omlag 2 alkoholeiningar) per veke for eldre vaksne i alderen 65 år og over. I studien kjem det fram at så lite som 5 minutt med rådgivande samtale kan føre til åtferdsending. Studien informerer om at det er innhaldet, og ikkje varigheita i samtalen som fører til åtferdsending hos pasienten.
Kvalitetsvurdering	Studien inneheld over 60 korte intervensjonsforsøk av høg kvalitet rapportert i fagfelleverderte tidsskrifter.
Gjort greie for etiske drøftingar	Det er gjort greie for etiske drøftingar i dei inkluderte studia.

#### Vedlegg 4. AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)

Spørsmål:	0	1	2	3	4
1. Kor ofte drikk du alkohol?	Aldri	Månadleg eller sjeldnare	To til fire gongar i månaden	To til tre gongar i veka	Fire gongar i veka eller meir
2. Kor mange alkoholeiningar drikk du vanlegvis?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 eller fleire
3. Kor ofte drikk du seks alkoholeiningar eller meir?	Aldri	Sjeldan	Nokre gongar i månaden	Nokre gongar i veka	Nesten dagleg
4. Kor ofte i løpet av det siste året var du ikkje i stand til å stoppe og drikke etter at du hadde begynt?	Aldri	Sjeldan	Nokre gongar i månaden	Nokre gongar i veka	Nesten dagleg
5. Kor ofte i løpet av siste året forsømde du å gjere ting du skulle ha gjort grunna drikking?	Aldri	Sjeldan	Nokre gongar i månaden	Nokre gongar i veka	Nesten dagleg

6. Kor ofte treng du alkohol om morgonen for å komme i gong?	Aldri	Sjeldan	Nokre gongar i månaden	Nokre gongar i veka	Nesten dagleg
7. Kor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse grunna drikking?	Aldri	Sjeldan	Nokre gongar i månaden	Nokre gongar i veka	Nesten dagleg
8. Kor ofte i løpet av det siste året har det vore umogleg å hugse kva som hendte kvelden før grunna drikking?	Aldri	Sjeldan	Nokre gongar i månaden	Nokre gongar i veka	Nesten dagleg
9. Har du eller andre blitt skada som følgje av at du har drukken?	Nei		Ja, men ikkje i løpet av siste år		Ja, i løpet av siste år
10. Har ein slektning, venn eller lege bekymra seg over drikkinga	Nei		Ja, men ikkje i løpet av siste år		Ja, i løpet av siste år

di, eller antyda at du bør redusere?					
Summer spørsmål 1 til 10 til ein totalskåre frå 0 - 40					