



# 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>	402
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7893
----------------------	------

**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>	72
<b>Andre medlemmer i</b> <b>gruppen:</b>	399

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



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Eldre og alkohol - i et sykepleieperspektiv

Elderly and alcohol - in a nursing perspective

**Kandidatnummer 399 & 402**

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato 21. mai 2021

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

# Abstract

**Background:** The constant growth in population combined with the increase of the average age, makes elderly people a larger part of the population. In addition, it's been an increasing use of alcohol among elderly people. Nurses who work in home health care often meet elderly people, including the elderly with an alcohol abuse. Elderly with an alcohol abuse can therefore become a patient group that nurses will meet more often in the years to come.

**Aim:** The purpose of this literature study is to achieve a deeper understanding about nurse`s knowledge and attitudes towards elderly with alcohol abuse. Additionally, if this affects patients, and in which way.

**Core question:** “What knowledge and attitudes do nurses in home health care have towards elderly with an alcohol abuse?”

**Methods:** This thesis is a literature study. Systematic search was conducted between 12-15. November 2020. Four articles were found in the databases; AMED, Academic Search Elite, PUBMED and Swemed. One was a systematic review, one was a cross-sectional study and two were qualitative studies.

**Results/findings:** Several of the studies concluded that nurses had a lack of knowledge about elderly with an alcohol abuse. However, in one of the studies, it was found that nurses generally had good knowledge, but lacked competence in some areas. Findings showed that there were varying attitudes. Many felt that alcohol was a sensitive topic to discuss with patients, which affected the way they worked. Simultaneously, several had stereotypical thoughts about people with an alcohol problem, which made it challenging to do their job.

**Conclusion:** There is a lack of knowledge among several nurses when it comes to the elderly with alcohol abuse. This makes them feel insecure and unsafe in exercising the help patients need. They are also afraid of creating a stigma with their patients. Attitudes vary, but several

have negative attitudes towards the patient group. By gaining increased knowledge and thinking about their personal attitudes, nurses can better meet elderly patients with an alcohol abuse.

**Keywords:**

Aged\*, alcohol drinking\*, home health care, nurse knowledge, nurse experience

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Problemstilling med problemformulering.....	6
1.3 Begrepsavklaringer .....	6
<b>2.0 Bakgrunn og teoretisk forankring</b> .....	<b>7</b>
2.1 Eldre og alkohol.....	7
2.2 Hjemmesykepleien .....	8
2.3 Kunnskap.....	8
2.4 Holdninger.....	9
2.5 Joyce Travelbee sin teori .....	10
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>11</b>
3.1 Design.....	11
3.2 Søkeprosess.....	11
3.2.1 PICO.....	11
3.2.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier .....	11
3.2.3 Utførelse av søk.....	12
3.3 Kritisk vurdering av artikler .....	12
3.4 Analyse og syntese .....	13
3.5 Metodekritikk.....	13
3.6 Etske vurderinger .....	14
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>14</b>
4.1 Å motta hjelp i sitt eget hjem.....	15
4.2 Faglig kompetanse .....	15
4.3 Holdninger.....	17
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>18</b>
5.1 Resultatdiskusjon .....	18
5.1.1 Å motta hjelp i sitt eget hjem.....	18
5.1.2 Faglig kompetanse .....	21
5.1.3 Holdninger.....	23
5.2 Metodediskusjon.....	26
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>28</b>
<b>7.0 Litteraturliste</b> .....	<b>29</b>
<b>Vedlegg 1- PICO</b> .....	<b>34</b>
<b>Vedlegg 2- Søkehistorikk</b> .....	<b>35</b>
<b>Vedlegg 3- Litteraturmatrise</b> .....	<b>36</b>
<b>Vedlegg 4- Flow diagram</b> .....	<b>40</b>

# 1.0 Innledning

Alkohol er det vanligste rusmiddelet i verden. For mange er alkohol en drikk som forbindes med nytelse, kos og festlighet. Det er imidlertid ikke alle som opplever alkoholens innvirkning kun som en fornøyelse (Rusopplysningen, u.å., pkt. 1). Et høyt alkoholforbruk kan være svært skadelig for det enkelte mennesket, og resultere i akutte og langsiktige konsekvenser. På verdensbasis er alkoholmisbruk årsaken til blant annet dårlig helse, funksjonsnedsettelse og dødsfall for millioner av mennesker (WHO, u.å.).

Nyere forskning viser en økende trend i alkoholforbruk blant middelaldrende og eldre mennesker i Norge (Øiern, 2020). Samtidig forventes det at den eldre befolkningen vil øke betydelig i årene som kommer (Actis, 2018, s. 3). Eldre mennesker er spesielt utsatt for alkoholens negative virkninger, på grunn av kroppens naturlige forandringer. Slike aldersforandringer fører til at alkoholtoleransen blir dårligere, og øker risikoen for fysiske, psykiske og sosiale alkoholrelaterte konsekvenser (Frydenlund, R., 2012, s. 8).

Sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien møter daglig eldre hjemmeboende pasienter. Dette gir dem en god mulighet til å oppdage alkoholmisbruk hos pasientene, og iverksette tiltak for å hjelpe. Negative holdninger og mangel på kunnskap blant helsepersonell kan hindre at pasienter med denne type problematikk får den hjelpen de trenger (Actis, 2018, s. 18-20). Regjeringen har informert om behovet for å bedre kvaliteten og kompetansen innenfor rusmiddelpolitikken i helse- og omsorgstjenesten (meld. St. 30 (2011-2012), s. 123). For at eldre skal få den hjelpen de har rett på, er det avgjørende at sykepleiere har oppdatert kunnskap og profesjonelle holdninger (Actis, 2018, s. 3 & s. 26).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Både personlig interesse og egne erfaringer har påvirket vårt valg av tema. Etter å ha vært i praksis i hjemmesykepleien, har vi erfart at alkoholmisbruk hos eldre er et aktuelt tema for sykepleiere. Vi opplevde at usikkerhet og negative holdninger overfor denne pasientgruppen

eksisterte blant flere ansatte. På bakgrunn av dette hadde vi en teori om at kunnskapsmangel og fordommer kunne være en påvirkende faktor til sykepleiernes utfordringer. Grunnutdanningen for sykepleie har lite fokus på eldre og alkohol (Knutheim & Rahm, 2016, s. 23), og det eksisterer lite forskning på temaet. En større andel av eldre som mottar hjemmesykepleie har et alkoholmisbruk (Fjørtoft, 2016, s. 91), men likevel får temaet lite oppmerksomhet. Derfor ønsker vi å belyse temaet eldre med alkoholmisbruk i vår litteraturstudie.

## **1.2 Problemstilling med problemformulering**

Dette litteraturstudiet omhandler eldre pasienter med alkoholmisbruk som mottar hjemmesykepleie. Vi ønsker å belyse hvordan kunnskaper og holdninger blant sykepleiere kan påvirke omsorgen og helsehjelpen til denne pasientgruppen. Med utgangspunkt i dette, er problemstillingen følgende:

**«Hvilke kunnskaper og holdninger har sykepleiere i hjemmesykepleien til eldre med alkoholmisbruk?»**

## **1.3 Begrepsavklaringer**

**Eldre voksne:** Vi har valgt å definere “eldre voksne” som personer i aldersgruppen 60 år og oppover. Med utgangspunkt i primær- og sekundærlitteraturen som er benyttet i dette litteraturstudiet.

**Alkoholmisbruk:** Alkoholmisbruk defineres som når alkoholforbruket har økt gradvis, og dermed medført uheldige konsekvenser. Alkoholmisbruk kan komme til uttrykk både fysisk, psykisk og sosialt (Felleskatalogen, 2017). Alkohol er et rusmiddel, og alkoholmisbruk går dermed under betegnelsen rusmisbruk (FHI, 2019). De inkluderte studiene bruker ulike definisjoner som tilsvarer begrepet “alkoholmisbruk”, eksempelvis “alcohol problem”, “heavy drinking” og “alcohol disorder”. I denne litteraturstudien benytter vi kun begrepet “alkoholmisbruk”, for å unngå misvisende beskrivelser.



**Holdning:** Vi har valgt å definere en “holdning” som; «en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser» (Håkonsen, 2014, s. 185).

**Hjemmesykepleien:** Hjemmesykepleien defineres som en tjeneste som yter helsehjelp til mennesker i deres eget hjem. Dette innebærer både pleie- og omsorg, behandling og oppfølging etter pasient- og brukerrettighetsloven. Når en sykepleier utøver tjenesten, brukes begrepet “hjemmesykepleier” (Fjørtoft, 2016 s. 11-13).

## 2.0 Bakgrunn og teoretisk forankring

I dette kapittelet presenteres aktuell bakgrunnsteori for problemstillingen og videre diskusjon i vår litteraturstudie.

### 2.1 Eldre og alkohol

Alkohol er det rusmidlet som utgjør mest skade i samfunnet (Rusopplysningen, u.å., pkt. 1). Ved høy promille (alkoholnivå i blodet) øker rusvirkningen og skaderisikoen (Oslo Universitetssykehus, 2018). Rusen påvirker dømmekraft og impuls kontroll, noe som øker risikoen for ulykker og vold (Rusopplysningen, u.å., pkt. 1). Langsiktige helseskader som avhengighet og sykdom, opptrer ved et høyt alkoholforbruk over tid (Oslo Universitetssykehus, 2018). Hvordan hjernen reagerer på alkohol er individuelt, og det har vist seg at arv gjør enkelte mer disponible for å utvikle et alkoholmisbruk. Ofte er det sosiale forhold som er hovedårsaken til alkoholmisbruket (Felleskatalogen, 2017). Av eldre med alkoholmisbruk, har flesteparten hatt et høyt alkoholforbruk gjennom store deler av livet. Noen av dem har hatt utfordringer med alkoholforbruket fra de var yngre, mens andre ikke har opplevd konsekvenser før de ble eldre og kroppen ble svakere (Knutheim & Rahm, 2016, s. 21). Store livsendringer som sykdom og ensomhet, kan være utløsende årsaker til et økt alkoholforbruk hos eldre (Helvik, 2020).

En av årsakene til at eldre tåler alkohol dårligere enn yngre voksne, er at det oppstår endringer i kroppens volumfordeling og stoffskifte ved alderdom. Dette gjør at alkoholkonsentrasjonen i blodet øker, samtidig som rusen varer lengre. Organene blir derfor lettere skadet (Helvik, 2020). Eldre voksne er den gruppen som bruker mest legemidler, noe som henger sammen med deres økte sykdomsrisiko. Ulike medikamenter som virker på hjernen kan forsterke virkningen av alkohol, og virkningen av medikamenter kan forsterkes av alkohol. En slik kombinasjon kan føre til negative helsemessige konsekvenser, som dårligere hukommelse og konsentrasjon, ustøhet og avhengighet (Actis, 2018, s. 3). Eldre mennesker bør unngå å drikke alkohol daglig, og det anbefales at alkoholkonsumet deres ikke overstiger fem til syv enheter i uken (Actis, 2018, s. 7). Helsetilstanden og medisinbruket hos eldre er varierende. På bakgrunn av dette bør man som sykepleier være forsiktig med å gi konkrete råd angående alkoholkonsum (Knutheim & Rahm, 2016, s. 26).

## **2.2 Hjemmesykepleien**

Hjemmesykepleien gjør det mulig for mennesker med utfordrende livssituasjoner å bo hjemme, så lenge det er ønskelig og forsvarlig (Fjørtoft, 2016, s. 122). Hjemmet er et viktig sted for de aller fleste, da det ofte forbindes med følelser som trygghet og selvstendighet (Fjørtoft, 2016, s. 27). For at pasienten skal føle seg trygg, må sykepleieren ha relevant kunnskap og evne å anvende den. En tillitsfull relasjon som bygger på respekt, kan være avgjørende for å skape trygghet hos pasienten (Fjørtoft, 2016, s. 123). En god relasjon gjør at hjemmesykepleieren har en unik mulighet til å få innblikk i pasienten sitt liv og livssituasjon (Fjørtoft, 2016, s. 37).

## **2.3 Kunnskap**

For å utøve god og forsvarlig helsehjelp må sykepleieren tilegne seg nødvendig kunnskap og forståelse. God faglig kompetanse om helse- og sosialproblemer vil derfor være nødvendig. Dette innebærer blant annet kunnskap om yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 3). I de yrkesetiske retningslinjene står det at sykepleieren har ansvar for at egen praksis er forsvarlig. Sykepleieren må derfor holde seg oppdatert på forskning og kunnskap. Videre står det at pasienten har rett på forsvarlig

helsehjelp, og at sykepleieren bør fremme pasientens rett til å ta egne avgjørelser. Dette krever at sykepleieren gir tilstrekkelig med informasjon, slik at pasienten har mulighet til å ta selvstendige valg (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Helsedirektoratet (2019, pkt. 6) påpeker at det ikke er vanlig å se på alkoholbruk som en del av helseplagene til eldre. Dette til tross for at helsepersonell i hjemmesykepleien har mye kontakt med pasientgruppen. Helsedirektoratet har derfor utarbeidet nasjonale faglige råd for helsepersonell som jobber med eldre, rus og rusmidler. Rådene viser til at helsepersonell bør snakke med pasientene sine om alkoholforbruk. Ved mistanke om skadelig forbruk skal tiltak iverksettes, da eldre har like stor rett på rusmiddelbehandling i primær- og spesialisthelsetjenesten som yngre voksne (Helsedirektoratet, 2019, pkt. 6). Sykepleiere bør kjenne til relevante tiltak og tjenester for disse pasientene, slik at man kan sikre et helhetlig tilbud (Fjørtoft, 2016, s. 93). Et eksempel på tiltak for pasienter med omfattende helseproblemer er tverrfaglig samarbeid. Det vil si at pasienten, ulike faggrupper, og eventuelt pårørende samarbeider om behandling og tiltak (Helsedirektoratet, 2018).

## **2.4 Holdninger**

Holdninger kan være positive eller negative, og de kan komme til uttrykk kognitivt, følelsesmessig og atferdsmessig. Den kognitive delen innebærer tanker og meninger, som kan skapes gjennom erfaringer og opplevelser. Den følelsesmessige delen går ut på positive og negative følelser, som eksempelvis kan være rettet mot et annet menneske. Eksempler på positive følelser er respekt og empati, mens negative følelser kan være avsky eller frykt. Slike negative følelser blir sett på som fordommer (Håkonsen, 2014 s. 185-187). Fordommer kan føre til stigmatisering, som innebærer å stemple et menneske eller en gruppe på bakgrunn av noe som kan oppfattes annerledes og negativt (forebygging.no, u.å.). Kommer holdningene til uttrykk gjennom handlinger eller reaksjoner, er det den atferdsmessige delen som spiller inn (Håkonsen, 2014 s. 185-187).

Sykepleiere sine holdninger om eldre med alkoholmisbruk, kan påvirke kvaliteten på helsehjelpen deres (Actis, 2018, s. 26). Fordommer og feiloppfatninger om pasientene, kan

resultere i usikkerhet og engstelse hos sykepleieren. Det er viktig at sykepleieren innimellom reflekterer rundt egne holdninger og oppfatninger (Hummelvoll, 2018, s. 434). Sykepleieren bør forsøke å sette seg inn i pasientens situasjon, og vise forståelse for utfordringene pasienten opplever. Ved at sykepleieren viser omsorg og har en åpen holdning, opptrer oppriktig og ikke-dømmende, kan det lettere oppnås en tillitsfull relasjon (Hummelvoll, s. 42-44). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, legges det vekt på at sykepleieren skal opptre profesjonelt og yte helhetlig omsorgsfull helsehjelp. Videre står betydningen av respekt for pasientens integritet og verdighet som et viktig punkt (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

## **2.5 Joyce Travelbee sin teori**

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee mente at sykepleieren bør ha fokus på å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, s. 17). Dette er en mellommenneskelig prosess, der sykepleieren hjelper pasienten til å finne mening i sin lidelse og sykdom, samt hvordan man kan mestre og forebygge det. Ved etableringen av et menneske-til-menneske-forhold kan sykepleieren ivareta den syke gjennom at begge parter deler sine erfaringer og opplevelser. Sykepleieren bør bruke seg selv terapeutisk, kombinert med å ha en kunnskapsbasert tilnæringsmåte. En kunnskapsbasert tilnæringsmåte innebærer å ha kunnskap om fakta, prinsipper og begreper, som en evner å anvende i utøvelsen av sykepleie. En terapeutisk tilnærming er ikke det motsatte av en kunnskapsbasert tilnærming, men heller en kombinasjon av flere aspekter. Gjennom kommunikasjon og samhandling som bygger på gjensidig respekt, vil sykepleieren over tid kunne oppnå en god terapeutisk tilnærming (Travelbee, 2001, s. 41-45).

Det er nødvendig at sykepleieren ikke ser på pasienten som en stereotype, men evner å se mennesket og oppfatte pasienten som et unikt individ (Travelbee, 2001, s. 187). Alle mennesker har meninger og en tendens til å dømme, men sykepleieren kan anstrenge seg for at dømmende holdninger ikke skal virke inn på omsorgen for pasienten (Travelbee, 2001, s. 198).

## 3.0 Metode

I dette kapittelet blir det gjort rede for litteraturstudie som metode, samt hvordan inkluderte studier ble innhentet og utvalgt.

### 3.1 Design

I denne oppgaven benyttet vi et litteraturstudium som metode, da det ble sett på som mest hensiktsmessig for å belyse problemstillingen vår. Ved bruk av denne metoden ble studier systematisk innhentet og kritisk vurdert. Videre ble aktuelle funn satt sammen til en sammenhengende resultatdel. Funnene fra studiene ble vurdert og diskutert opp mot teori og praksis. Litteraturstudiet vårt er satt opp etter IMRaD-struktur, for å få et overblikk over funnene på en ryddig og oversiktlig måte (Thidemann, 2015, s. 76-80).

### 3.2 Søkeprosess

#### 3.2.1 PICO

For å finne tilgjengelig og relevant forskning i de valgte databasene, er det viktig med gode søkeord og søketeknikker (Helsebiblioteket, 2016b). Verktøyet PICO ble benyttet for å systematisere søket, og utforme en presis og søkbar problemstilling (Thidemann, 2015, s. 87). Problemstillingen ble utformet for å finne aktuelle søkeord, kjernesporsmål og databaser.

I PICOen fant vi kjernesporsmålet som passet til problemstillingen. Ved hjelp av kjernesporsmålet fant vi ut hvilke databaser som var relevant å bruke, og hvilken forskningsmetode som ga mest pålitelige svar (Helsebiblioteket, 2016c). Dette litteraturstudiet har "erfaringer og holdninger" som kjernesporsmål. Vi fylte inn ord i PICOen, derunder "MeSH" ord for å få et vidt søk. MeSH er en termbase der du finner begreper på norsk og engelsk innen helsefag og medisin (Aasen, 2020). Eksempler på ord som ble brukt er Aged\*, Alcoholism\* og Knowledge\* (se vedlegg 1).

#### 3.2.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Vi benyttet inklusjon- og eksklusjonskriterier for å redusere mengden studier, og få et mer spesifisert innhold. Fordi at forskningen stadig utvikler seg, valgte vi å ekskludere studier som var eldre enn 10 år (2011-2021). Et kriterium for inklusjon var at studiene skulle være fagfelleverdert, for å heve kvaliteten på vårt litteraturstudium. De inkluderte studiene er skrevet på engelsk eller skandinavisk. Vi var dermed ikke avhengig av reliabiliteten til oversettelsen fra en tredjepart. Da vi har valgt "eldre" mennesker som pasientgruppe, ble andre aldersgrupper ekskludert. Pasienter som tidligere har hatt et alkoholmisbruk, men ikke har et nåværende, ble ekskludert. Konsekvenser og ettervirkninger til pasienter som har hatt et alkoholmisbruk tidligere, ville gjort problemstillingen større.

### 3.2.3 Utførelse av søk

Søkene ble utført i databasene som er relevante for kjernes spørsmålet vårt, og kunnskapspyramiden ble brukt som utgangspunkt. Vi begynte øverst på pyramiden og jobbet oss nedover (Helsebiblioteket, 2016a). Ved utførelsen av søkene ble kliniske oppslagsverk prioritert først, og deretter kunnskapsbaserte retningslinjer. Til slutt søkte vi i The Cochrane Library, epistemonikos, medline og andre aktuelle databaser (Helsebiblioteket, 2016a). Det ble brukt flere databaser til søk enn de som er nevnt ovenfor, da temaet til problemstillingen har begrenset forskning. Totalt ble det søkt i 15 ulike databaser fra 12. til 15. november (se vedlegg 2). I databasene ble det benyttet ulike søkeord fra PICOen, samt ble "OR" og "AND" brukt som bindeord. "AND" ble brukt for å begrense søket, der det var viktig at alle søkeordene var med. "OR" ble brukt for å gi en større mulighet for treff på relevante studier, ved å bruke ord som lignet (Helsebiblioteket, 2016b). Etter å ha søkt i ulike databaser og lest flere titler og abstrakter, satt vi igjen med åtte aktuelle studier. Vi leste de åtte studiene i full tekst, og ekskluderte to av studiene da de ikke passet inklusjonskriteriene.

### 3.3 Kritisk vurdering av artikler

Hvilke sjekklister som passer til de ulike studiene, bestemmes ut fra hvilke studiedesign de har. For å vurdere de inkluderte studiene, ble det benyttet helsebiblioteket sine sjekklister for kvalitativ studie og tverrsnittstudie. Reliabiliteten, relevansen og validiteten til studiene ble da vurdert (Helsebiblioteket, 2016e). Ved bruk av sjekklister ble det gjort kritiske

vurderinger, der to av seks studier ble ekskludert grunnet lav kvalitet. Fire av studiene ble vurdert til god nok kvalitet for å benyttes i dette litteraturstudiet (se vedlegg 4).

Når vi kritisk vurderte artiklene, så vi på om forskerne hadde gjort etiske vurderinger, eksempelvis om de hadde brukt helsinkideklarasjonen. Helsinkideklarasjonen er etiske retningslinjer innen forskningsetikk, som anvendes over størsteparten av verden. Den blir spesielt benyttet for å "beskytte" sårbare grupper. Forskere har et eget ansvar om å følge retningslinjene i studiene sine (De nasjonale forskningsetiske komitéene, 2014). I en av de fire inkluderte studiene, står det at forskerne har brukt helsinkideklarasjonen. Selv om de tre resterende studiene ikke har benyttet dette verktøyet, fremstår det som at forskerne følger etiske retningslinjer. Dette i form av at forskerne ikke bryter taushetsplikten og at deltakelsen i studiene var frivillig. Alle de inkluderte studiene er fagfellevurdert, og forskernes etiske betraktninger er beskrevet i studiene. Det er likevel ingen garanti på at alt innholdet er innhentet på en etisk riktig måte.

### **3.4 Analyse og syntese**

De fire studiene ble lest grundig flere ganger, og hovedinnholdet ble satt sammen til en litteraturmatrise. Deretter tolket vi studienes innhold. Hver for oss skrev vi ned de resultatene vi mente var relevant for vår litteraturstudie, for så å diskutere resultatene sammen. De aktuelle resultatene ble delt inn i tre hovedtemaer, og satt sammen til sammenhengende tekster under resultatkapittelet (Thidemann, s. 92-93).

### **3.5 Metodekritikk**

Forskning bør ikke brukes ukritisk (Helsebiblioteket, u.å.). Gjennom kritiske vurderinger av prosessene man utfører, kan kvaliteten på litteraturstudiet heves. Når man bruker litteraturstudie som metode, setter man sammen resultater fra allerede eksisterende forskning. Dette gjør at man får en god oversikt over forskningsresultater (Aveyard, 2014). Når man bruker denne metoden inkluderer man ofte et begrenset antall artikler, noe som igjen gir en begrenset fremstilling av forskningen. Samtidig får man tilgang på forskning raskere enn de som forsker selv. Det er viktig å være klar over at de subjektive meningene til

forfatterne av en litteraturstudie kan prege innholdet, eksempelvis ved valg av søkeord når studier skal inkluderes. Metoden i litteraturstudier blir presentert transparent, slik at den som leser kan gjennomføre søket på nytt for å kvalitetssikre innholdet.

### **3.6 Etske vurderinger**

Forskere bør utføre etiske vurderinger før, underveis, og etter gjennomførelsen av en studie. Dalland (2020, s. 168) skriver at "Etikken dreier seg om normene for riktig og god livsførsel". Dette innebærer at etiske vurderinger bør utføres før man handler i ulike situasjoner, noe som også gjelder i en litteraturstudie (Dalland, 2020, s. 168). Dette litteraturstudie er basert på Høgskulen på Vestlandet sine retningslinjer for bacheloroppgave. Der står det blant annet at det er viktig å ha kunnskap om forskningsetikk. Ved innhenting og bruk av forskning har vi vært bevisst på å handle etisk riktig (HVL, u.å.).

Vårt ståsted og individuelle meninger kan ha påvirket ulike etiske vurderinger, eksempelvis ved inkludering av studier og drøfting av resultater. Tidligere erfaringer fra praksis og arbeidslivet, er faktorer som kan ha påvirket våre individuelle meninger om temaet vi ønsker å belyse. Det kan være utfordrende å være objektiv når man leter etter informasjon, og personlige meninger vil ofte påvirke utformingen av en litteraturstudie. Når man bruker litteraturstudie som metode, gjengis andres forskning. Dermed har vi ikke benyttet Helsinkideklarasjonen på samme måte som forfattere av egne studier. Vi leste heller gjennom artiklene før de ble inkludert, for å se om forskerne hadde gjort rede for etiske betraktninger.

## **4.0 Resultat**

I resultatdelen blir hovedfunn fra de fire studiene presentert. For å systematisere resultatene på bakgrunn av problemstillingen, har vi valgt å tematisere overskriftene i følgende kategorier; å motta hjelp i sitt eget hjem, faglig kompetanse og holdninger. Se vedlegg 4 for litteraturmatrise med systematisk oversikt over artiklenes innhold.



#### **4.1 Å motta hjelp i sitt eget hjem**

Hjemmesykepleiere møtte eldre pasienter som hadde alkoholmisbruk av ulik grad. Alkoholmisbruk hos eldre, kunne føre til utfordringer ved daglige gjøremål. Pasientenes behov for hjemmesykepleie varierte. Enkelte ganger var det utfordrende å hjelpe pasienter som var synlig påvirket av alkohol (Koivula et al., 2016, s. 541). I tillegg ble pasientenes høye alkoholkonsum sett på som en hindring for å hjelpe, og ikke som et problem i seg selv (Bareham et al., 2020, s. 460). Alkoholrusen kunne ha en negativ effekt på atferden til pasientene, eksempelvis i form av aggresjon. I slike tilfeller kunne sikkerheten til pleier og pasient bli satt i fare. Som oftest var interaksjonen mellom medisiner og alkohol årsaken til at deltakerne grep inn i en alkoholrelatert situasjon. Selve alkoholmisbruket ble likevel sjeldent tatt tak i (Bareham et al., 2020, s. 463).

I studien til Karlsson & Gunnarsson (2017, s. 1635) ble det fortalt at ansatte i hjemmesykepleien la vekt på å møte pasientenes vilkår. Pasientenes autonomi ble sett på som et sentralt og viktig prinsipp, men kunne føre til ulike dilemmaer (Bareham et al., 2020, s. 464). Ofte forventet pasientene at ansatte skulle hjelpe dem med å skaffe alkohol. I stedet for å hjelpe pasienter som hadde et alkoholmisbruk, ble det fokusert på å støtte måten de valgte å leve på (Bareham et al., 2020, s. 464). Deltakerne mente at eldre med alkoholmisbruk trengte hjelp, men at de ikke kunne tvinge dem. Pasientene oppsøkte heller ikke hjelp selv (Karlsson & Gunnarsson, 2017, s. 1638).

Hos flere pasienter ble alkohol brukt som et hjelpemiddel for å takle utfordrende situasjoner. Over lengre tid kunne det føre til et alkoholmisbruk. Bekymringer om at alkohol var pasientenes eneste glede, kunne gjøre det utfordrende for deltakerne å gjøre noe med situasjonen (Bareham et al., 2020, s. 460). Mange av pasientene med alkoholmisbruk, slet med å ta vare på seg selv og hjemmet. Dette kom tydelig fram når hjemmesykepleien var på besøk (Karlsson & Gunnarsson, 2017, s. 1634).

#### **4.2 Faglig kompetanse**

Tre av de inkluderte studiene (Waldron & McGrath, 2012; Koivula et al., 2016; Bareham et al., 2020) trekker frem helsepersonellens kunnskapsmangel om eldre med alkoholmisbruk.

Resultatene til Koivula et al. (2016, s. 544) viste at flere av deltakerne følte seg underkvalifisert i møte med eldre med alkoholmisbruk. Dette gjorde at det oppstod utfordrende situasjoner, som eksempelvis usikkerhet rundt administrering av insulin når pasienter hadde drukket alkohol. En deltaker fortalte at mangelfull faglig kompetanse førte til at personen kun hadde sin tidligere livs- og arbeidserfaring å støtte seg på, i møte med eldre pasienter med alkoholmisbruk (Koivula et al., 2016, s. 544). Resultatene til Bareham et al. (2020, s. 460-464) viste at ingen av deltakerne hadde tilstrekkelig kunnskap om konsekvenser ved alkoholinntak hos eldre. Få var klar over at moderate mengder alkohol kunne være helseskadelig for eldre mennesker. Flere forventet at alkoholmisbruk ville ha åpenbare symptomer. Ingen av deltakerne følte seg kvalifisert til å støtte og motivere pasientene til å redusere sitt alkoholinntak. De hadde lite kunnskap om intervensjonsmetoder, og tok sjeldent opp temaer om alkohol med pasientene sine før det var synlige indikasjoner på at de trengte hjelp. Deltakerne hadde mangelfull evne til å identifisere alkoholmisbruk, og lite fokus på forebyggende behandling. De som hadde hatt spesialopplæring følte at de mestret spesifikke oppgaver, eksempelvis screening for alkoholmisbruk (Bareham et al. 2020, s. 460-464). Resultatene i den kvantitative studien til Waldron & McGrath (2012, s. 356-355), viste at deltakerne hadde mangelfull kunnskap angående behandlings- og intervensjonsmetode for eldre med alkoholmisbruk. De hadde derimot god kunnskap om forekomst og utredning. Resultatene viste at fysioterapeuter og psykologer hadde generelt høyere kunnskapsnivå enn blant annet sykepleiere. Det var ingen signifikant forskjell i kunnskapsnivået mellom deltakerne som hadde hatt ekstra opplæring eller tilegnet seg ekstra kompetanse, sammenlignet med de som ikke hadde det (Waldron & McGrath, 2012, s. 354-355).

Deltakerne i tre av studiene (Koivula et al., 2016; Karlsson & Gunnarsson, 2017; Bareham et al., 2020) poengterte et behov for tverrfaglig samarbeid, og hvor vanskelig et slikt samarbeid var å få til i praksis. Flere deltakere mente at eldre med alkoholmisbruk burde få tilbud om hjelp fra et eget team som har kompetanse på feltet. Det ble påpekt at slike tjenester var

tilgjengelige for andre pasientgrupper. Videre ble det poengtert at denne pasientgruppen sjeldent fikk den hjelpen de trengte, fordi samfunnet ikke tok ansvar for å hjelpe dem (Karlsson & Gunnarsson, 2017, s. 1638-1639). Deltakerne fortalte at tjenester for de med alkoholmisbruk fokuserte på yngre mennesker, og etterlot eldreomsorgen til å dekke alle behovene til eldre pasienter (Bareham et al., 2020, s. 464). I studien til Koivula et al. (2016, s. 545) var ikke deltakerne klar over hvilke tjenester som eksisterte for pasientgruppen i deres område.

### **4.3 Holdninger**

Tre av de inkluderte studiene (Koivula et al., 2016; Karlsson & Gunnarsson, 2017; Bareham et al., 2020) trekker frem helsepersonell sine erfaringer og holdninger om eldre pasienter med alkoholmisbruk.

Alkoholmisbruk ble oppfattet som et følsomt tema for diskusjon. Flere deltakere hadde en frykt for å fornærme og ødelegge relasjonen med pasientene dersom temaet ble tatt opp. Tilbaketrukkethet rundt å snakke om alkoholmisbruk, påvirket yrkesutøvelsen. Vellykket diskusjon med pasienten ble likevel sett på som en faktor for å fremme pasientens engasjement. Flere deltakere mente at samtalen om alkoholforbruk med eldre kunne nedprioriteres på grunn av andre gjøremål. Dette hadde en sammenheng med tidspress. Noen pasienter manglet innsikt og kunnskap angående risikoen ved alkoholmisbruket sitt. Dette vekket vanligvis ikke bekymring hos deltakerne, da alkoholinntak ofte ble sett på som pasientens ansvar. Enkelte mente at skadelig alkoholmisbruk hos eldre mennesker var en livsstil som ikke kunne endres, og at effekten av intervensjoner dermed var begrenset (Bareham et al. 2020, s. 464).

Forforståelsen til deltakerne var preget av stereotypiske holdninger knyttet til kjennetegn på alkoholmisbruk. Deltakerne forventet å se stereotypiske karaktertrekk. Når disse karaktertrekkene ikke stemte med realiteten, ble fordommer en barriere for å identifisere alkoholmisbruk (Bareham et al., 2020, s. 463-464). Det ble rapportert at stigmatisering kunne føre til at eldre pasienter skjulte sin drikking for hjemmesykepleierne. Redsel for å

stigmatisere pasienter med alkoholmisbruk, førte til at ansatte sjeldent dokumenterte målsetninger for å redusere alkoholmisbruket (Koivula et al., 2016, s. 542).

Deltakerne i Karlsson & Gunnarssons studie (2017 s. 1633-1640) mente at hjemmet og kroppen til eldre med alkoholmisbruk var uhygienisk, skittent og illeluktende. Det ble beskrevet at lukten og mangelen på hygiene var kvalmende og vekket avsky, samtidig som tilstedeværelsen var elendig og uverdigg. Deltakerne mente at denne pasientgruppen ikke fikk den hjelpen de trengte, og at helsepersonell i hjemmesykepleien dermed måtte takle de negative konsekvensene av pasientenes alkoholmisbruk. I møte med denne pasientgruppen opplevde flere deltakere det følelsesmessig tappende, og kunne noen ganger kjenne på sinne. Noen deltakere ønsket å hjelpe pasienten og syntes synd på dem (Karlsson & Gunnarsson, 2017, s. 1633-1640).

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet drøftes resultatene fra studiene opp mot teorien, og temaets relevans for sykepleiere diskuteres.

#### 5.1.1 Å motta hjelp i sitt eget hjem

Hjemmesykepleiere bør vise respekt og varsomhet i møte med pasientene sine (Fjørtoft, 2016, s. 27). Arbeidsplassen til hjemmesykepleiere er tross alt pasientens private hjem. Hjemmet vil ofte ha en helt annen verdi og betydning for den som bor der, enn for den som besøker det. Ansatte i hjemmesykepleien bør dermed forsøke å møte pasientenes vilkår, noe helsepersonell i studien til Karlsson & Gunnarsson (2017, s. 1635) la vekt på. På den måten kan pasientenes personlige preferanser, behov og ønsker bli ivaretatt på en god måte. Helsepersonell i studien til Bareham et al. (2020, s. 464) fortalte at det kunne oppstå utfordringer i forbindelse med ivaretakelsen av pasientenes autonomi. Eksempelvis når pasientene spurte om ansatte kunne kjøpe alkohol for dem (Bareham et al., 2020, s. 464). Skal helsepersonell da ivareta pasientenes autonomi eller helse? Sett fra et perspektiv, har

pasientene rett til å bestemme hvordan de vil leve livet sitt, og sykepleier bør respektere dette (Fjørtoft, s. 127). Sett fra et annet perspektiv, skal sykepleier fremme pasientenes helse (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Det er vanskelig å komme med et fasitsvar på dette dilemmaet, da hvert enkelt tilfelle bør vurderes individuelt. For en pasient som sjeldent drikker, men ønsker å kose seg med litt vin en dag, vil situasjonen være annerledes enn for en pasient som har kjente problemer knyttet til alkoholforbruket sitt. Hjemmesykepleiere kjenner ofte pasientene godt, og har derfor anledning til å gjøre en god vurdering av hvordan et slikt dilemma bør løses.

Sykepleierne så ikke alvor og hjelpebehovet knyttet til pasientenes alkoholmisbruk. De opplevde det derimot som en hindring for å yte hjelp (Bareham et al., 2020, s. 460). For å sammenligne en slik holdning med andre pasientgrupper, eksempelvis mennesker med demens, ville tankegangen sannsynligvis vært annerledes. I møte med pasienter med demens, kan sykepleiere også møte på utfordringer knyttet til atferdssymptomer. Likevel får pasienter med demens hjelp med sykdommen, noe de har rett på. Så hvorfor skal eldre med alkoholmisbruk få mindre hjelp enn andre pasientgrupper? NSF`s retningslinjer sier tydelig at sykepleiere har et ansvar om å ivareta pasientenes rett til forsvarlig, omsorgsfull hjelp og retten til å ikke bli krenket (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Det er viktig å ha kunnskap om de yrkesetiske retningslinjene, men det er enda viktigere å anvende dem i praksis.

Det kan oppstå utfordrende situasjoner for hjemmesykepleiere når pasienter er påvirket av alkohol, eksempelvis ved atferdsendringer. Alkoholrus eller alkoholabstinenser kan føre til at pasienten blir aggressiv (Hummelvoll, 2018, s. 255). Dersom en pasient er aggressiv, kan det skape fare og uro, både for pasient og pleier (Bareham et al., 2020, s. 463). Travelbee legger vekt på en prosess der sykepleieren og pasienten skal bli kjent på et dypere nivå, ved hjelp av sykepleierens atferd (Travelbee, 2001, s. 44). Sykepleieren kan da lettere forutse hvordan pasientens atferd påvirkes. Kanskje aggressiv atferd tyder på at pasienten er lei seg, forvirret eller redd. I så tilfelle kan sykepleieren tilpasse tilnæringsmåten sin ut ifra dette. Så lenge det oppfattes trygt og forsvarlig, kan sykepleieren forsøke å berolige pasienten. Oppfattes pasienten voldelig, bør sykepleieren derimot ta hensyn til sin egen sikkerhet først. Fjørtoft

(2016, s. 40) beskriver at arbeidsmiljøloven gjelder i like stor grad i hjemmesykepleien som andre arbeidsplasser, noe som er viktig å tenke på når risiko for vold vurderes.

Selv om regjeringen har uttalt seg om et behov for å øke kvaliteten på rusmiddelpolitikken i helse- og omsorgstjenesten (meld. St. 30 (2011-2012), s. 123), betyr ikke det at kvaliteten automatisk bedres. For at en forandring skal skje, må omsorgspersonene rundt pasientene følge regjeringens råd og øke fokuset på området. Bareham et al. (2020, s. 464) fant at alkoholmisbruk sjeldent ble tatt tak i, og at helsepersonell heller støttet levemåten til pasientene. Karlsson & Gunnarson (2017, s. 1638-1639) sine deltakere mente at eldre med alkoholmisbruk burde få hjelp, men de følte seg ikke kvalifisert for å hjelpe. Likevel kunne de tatt tak i problemet på andre måter. Helsepersonell som har mangelfull kompetanse på området, kan eventuelt henvise til noen med mer kompetanse, som medarbeidere eller andre profesjonsutøvere. Videre kan lederen på arbeidsplassen forsøke å tilrettelegge for bedre opplæring om tema, i form av internundervisning eller kurs. På den måten kan helsepersonell tilegne seg relevant kompetanse om hvordan de kan hjelpe pasientene med alkoholmisbruket. For økt implementering av slike tilbud, må kommuner og helseforetak ha større fokus på området. Ved å bruke hverandre sin kompetanse, kan man gjøre hverandre gode (meld. St. 7 (2019-2020)). Det hjelper ikke å ha rettighetene på papiret, om ikke hjemmesykepleiere tør å stå i situasjonen, og gjøre noe med problemet.

Flere pasienter drakk alkohol som følge av tøffe livssituasjoner. Fortsatte dette over lengre tid kunne alkoholforbruket føre til et alkoholmisbruk. Helsepersonell fortalte at det kunne være vanskelig å gripe inn i slike situasjoner, i frykt for at alkohol var pasientenes eneste glede (Bareham et al., 2020, s. 460). I følge Travelbee vil sykepleieren over tid kunne etablere et godt menneske-til-menneske-forhold med pasienten (Travelbee, 2001, s. 41). Fordelen til hjemmesykepleiere er at de ofte hjelper pasientene over en lengre periode, noe som gir en mulighet til å skape en tillitsfull relasjon (Fjørtoft, 2016, s. 36). Ved å bruke seg selv terapeutisk kan man hjelpe pasientene med å finne meninger i livet, og bidra til en endring (Travelbee, 2001, s. 45). For det er ikke nødvendigvis slik, at man har mistet all glede i livet til alkohol. Kanskje er det heller selve alkoholforbruket som er en av årsakene til at pasienten har mistet livsglede.

### 5.1.2 Faglig kompetanse

En stor andel av deltakerne i tre av de inkluderte studiene følte de hadde kunnskapsmangel om eldre pasienter med alkoholmisbruk (Waldron & McGrath, 2012; Koivula et al., 2016; Bareham et al., 2020)

I følge den kvantitative studien til Waldron & McGrath (2012, s. 354-355) hadde deltakerne generelt god kunnskap om pasientgruppen. Dette gjaldt også sykepleiere, selv om de hadde lavere kunnskapsnivå enn enkelte av de andre yrkesgruppene i studien (Waldron & McGrath, 2012, s. 354-355). Slik som vi ser det, kan det være flere årsaker til de motsigende funnene. Studien til Waldron & McGrath (2012) er utført i Irland. En mulighet kan være at helsepersonell i Irland har større fokus på eldre og alkohol, enn skandinaviske land. Studien har også et kvantitativ design, i motsetning til de tre andre studiene som har kvalitative studiedesign. Dette kan påvirke resultatene, fordi deltakerne sine subjektive meninger kommer frem i en kvalitativ studie. I motsetning til resultater fra en kvantitativ studie, der man får målbare og mer objektive resultater. Det er mulig at helsepersonell har god kunnskap om temaet, men at de har vansker med å anvende kunnskapen i praksis. Helsepersonellens evne til å anvende kunnskap, blir ikke nødvendigvis belyst ved hjelp av et spørreskjema.

Flere av deltakerne som Koivula et al. (2016, s. 544) intervjuet følte seg underkvalifisert i møte med eldre med alkoholmisbruk, noe som førte til utfordringer i møte med pasientgruppen. Dette er bekymringsverdig da eldre med alkoholmisbruk ofte har svært sammensatte helseproblemer, og dermed et stort hjelpebehov (Fjørtoft, 2016, s. 93). I grunnutdanningen for sykepleiere skal studentene tilegne seg nødvendig kunnskap og forståelse om helse- og sosialproblemer (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 3). Likevel er det kunnskapsmangel på et såpass aktuelt og viktig tema hos sykepleiere. Dette stiller spørsmål til om en forandring av rammeplanen eller pensum er nødvendig for å bedre kompetansen om eldre med alkoholmisbruk. Samtidig er grunnutdanningen for sykepleiere allerede presset. Det er dermed usikkert om det er realistisk å øke opplæringen om eldre

med alkoholmisbruk i grunnutdanningen, men heller opplyse om at det finnes videreutdanning i rus- og psykisk helsearbeid.

Hva kan være årsaken til kunnskapsmangel om eldre med alkoholmisbruk blant sykepleiere? Mangelen på fokus og opplæring om tema, kan være mulige årsaker. Det er lite fokus på eldre med alkoholmisbruk i bachelorutdanningen for sykepleiere. Gjennom en treårig bachelor har vi kun hatt en forelesning om eldre og alkohol, og det står lite i pensumbøkene om temaet. Da vi var i praksis opplevde vi lite fokus på temaet, til tross for at flere av pasientene hadde et åpenbart alkoholmisbruk. Flere av deltakerne Koivula et al. (2016, s. 544) intervjuet følte seg usikker og underkvalifisert i møte med pasientgruppen. Økt kunnskapsnivå vil med stor sannsynlighet føre til mer kompetente og tryggere sykepleiere. Videre vil dette bidra til at pasientgruppen får bedre hjelp, noe de har rett på. Tatt i betraktning at alkoholforbruket blant eldre mennesker i Norge øker (Øiern, 2020), vil sannsynligvis flere og flere sykepleiere møte på eldre pasienter med alkoholmisbruk. Dette øker relevansen av god faglig opplæring.

Helsedirektoratet (2019, pkt. 6) råder helsepersonell til å snakke om alkoholforbruk med pasientene sine. Samtidig står det i sykepleiers yrkesetiske retningslinjer at sykepleieren skal gi pasienten tilstrekkelig med informasjon (Norsk sykepleierforbund, 2019). Til tross for dette, fortalte deltakerne i studien til Bareham et al. (2020, s. 463) at de sjeldent snakket om temaet med pasientene sine. I følge helsedirektoratet (2019, pkt. 6) bør helsepersonell iverksette tiltak ved mistanke om et skadelig forbruk. Enkelte ganger kan et så enkelt tiltak som å informere pasienten om helseeffektene av et høyt alkoholkonsum, være nok til å motivere til en endring (Actis, 2018 s. 19). Lite fokus og kunnskap om temaet kan føre til at problemet ikke blir tatt opp, og at tiltak ikke iverksettes før alvorlige konsekvenser oppstår. Alle har rett på informasjon og innsikt i egen situasjon. Sykepleiere bør gi eldre pasienter god og tilpasset informasjon om konsekvenser og behandlingstilbud ved alkoholmisbruk.

Waldron & McGrath (2012, s. 354) fant ingen forskjell i kunnskapsnivået mellom helsepersonell som hadde ekstra opplæring og de som ikke hadde det. Det gjorde derimot Bareham et al. (2020, s. 464), der helsepersonell med ekstra opplæring følte at de mestret



screening for farlig alkoholforbruk. Det var likevel flere områder de ikke følte mestring (Bareham et al., 2020, s. 464). Områdene helsepersonell hadde ekstra opplæring på, ble ikke spesifisert. Dette vil være relevant å vite, dersom man skal konkludere med om ekstra opplæring har effekt eller ikke. Sannsynligvis vil spesifisert opplæring om eldre med alkoholmisbruk bedre helsepersonellens kunnskap på området. Likevel vil det være nødvendig med mer forskning på området, før man kan konkludere med dette.

Flere av de inkluderte studiene så et behov for tverrfaglig samarbeid (Koivula et al., 2016; Karlsson og Gunnarson, 2017; Bareham et al., 2020). I to av studiene fortalte deltakerne at eldre med alkoholmisbruk ikke ble prioritert av samfunnet, og at det derfor ikke var gode og tilgjengelige tjenester for pasientgruppen (Karlsson & Gunnarson, 2017; Bareham et al., 2020). Flere av deltakerne i studien til Koivula et al. (2016, s. 545) hadde mangelfull kunnskap om hvilke hjelpetilbud som eksisterte for eldre med alkoholmisbruk. Ofte kan ikke en yrkesgruppe ivareta alle behovene til pasienten alene. Spesielt ikke i tilfeller der pasientene har et såpass sammensatt hjelpebehov som enkelte eldre med alkoholmisbruk har (Helvik, 2020). Tverrfaglig samarbeid vil gi pasientene et mer helhetlig behandlingstilbud (Fjørtoft, 2016, s. 93). Sykepleiere kan informere fastlegene om pasientens alkoholmisbruk. Fastlegene kan videre ta en vurdering om behandlingstilbud, snakke med kommunepsykolog eller henvise pasienten videre. Det kan være aktuelt å utarbeide en individuell plan, for å bedre samhandlingen mellom ulike helseinstanser (Helsenorge, 2019). Sykepleiere bør ta tak i problemet og samarbeide med andre profesjoner, slik at pasientene får den hjelpen de har krav på.

### 5.1.3 Holdninger

Ved at sykepleiere reflekterer over holdningene sine, kan de anstrenge seg for at dømmende holdninger ikke påvirker omsorgen de utøver (Travelbee, 2001, s. 198). Likevel ser man i studien til Bareham et al. (2020, s. 463-464) at holdninger blant helsepersonell påvirket omsorgen og hjelpen til pasienten. En forutinntatt holdning om at alkoholmisbruk var preget av stereotypisk karaktertrekk, ble en barriere for at problematikken ble oppdaget (Bareham et al., 2020, s. 463-464). Denne holdningen kan ha en sammenheng med kunnskapsmangel.

Uansett er det viktig at sykepleiere ikke stereotypiskere pasientene, men evner å se individet bak alkoholmisbruket (Travelbee, 2001, s. 187). I sykepleiefaget legges det mye vekt på å vise respekt og empati for pasientene. Dette er igjen følelser som danner et grunnlag for positive holdninger (Håkonsen, 2014, s. 186). Deltakere fra studien til Koivula et al. (2016, s. 542) opplevde også at pasienter med alkoholmisbruk ble stigmatisert. Dette førte til at de noen ganger unnlot å dokumentere detaljer rundt alkoholmisbruket, som et forsøk på å unngå stigmatisering (Koivula et al., 2016, s. 542). Selv om hensikten deres er god, mener vi situasjonen håndteres på feil måte. Det er viktig med god dokumentasjon for at samarbeidet mellom helsepersonell og ulike helseinstanser skal fungere optimalt (Fjørtoft, 2016, s. 184).

I studien til Bareham et al. (2020, s. 464) kom det fram at eldre sitt alkoholmisbruk ble sett på som et sensitivt tema for diskusjon. En av grunnene til at helsepersonell synes alkoholforbruk var vanskelig å snakke om, var deres redsel for at pasientene skulle bli fornærmet, og at relasjonen dermed skulle bli ødelagt (Bareham et al., 2020, s. 464). Det er forståelig at helsepersonell ikke vil ødelegge en god relasjon, da dette er viktig både for helsepersonell og pasientene. Men unngås samtalen om alkoholforbruk for pasienten sitt beste, eller for å lette sitt eget arbeid? Om helsepersonell ønsker det beste for pasienten, må et slikt problem tas tak i. I studien til Koivula et al. (2016, s. 542) fortalte deltakerne at flere pasienter skjulte at de drakk, nettopp for å unngå stigmatisering. Dette kan ha en sammenheng med at helsepersonell opplever temaet som sensitivt, noe pasientene kan oppfatte. Om helsepersonell har en åpen holdning, kan det bli lettere for pasientene å selv åpne seg, og søke hjelp for problemet sitt (Hummelvoll, 2018, s. 42). Ved å snakke med pasientene sine om deres alkoholmisbruk, kan også tanker og følelser som ligger bak problemet bevisstgjøres (Actis, s. 19). Dette kan gjøre det lettere for pasienten å legge disse følelsene bak seg, og videre motiveres til endring.

Samtalen om alkohol ble nedprioritert, da flere mente det var andre behov som var viktigere. Dette hadde en sammenheng med tidspresset i helsetjenesten, og helsepersonell måtte av den grunn prioritere hvilke arbeidsoppgaver de skulle gjennomføre (Bareham et al., 2020, s. 464). Det er slik at enkelte arbeidsoppgaver kommer først på prioriteringslisten. Likevel bør helsepersonell utrede og sette i gang tiltak for eldre med alkoholmisbruk. Ved

hjelp av god planlegging burde ikke dette være et problem. Vi har selv erfart at tidspress eksisterer i hjemmesykepleien, men vi tror likevel ikke at tidspresset har alt å si for denne nedprioriteringen.

Deltakerne som Karlsson & Gunnarsson (2017, s. 1633-1636) intervjuet, brukte ord som skitten, illeluktende og uhygienisk for å beskrive pasienter med alkoholmisbruk. Likevel konkluderte forfatterne med at helsepersonell som deltok i studien ikke hadde negative holdninger om denne pasientgruppen (Karlsson & Gunnarsson, 2017, s. 1639). Man kan stille spørsmål til dette, da beskrivelsene til deltakerne hadde flere negativt ladde ord. Det fremstår som at deltakerne forsøker å beskrive situasjonen, men at deres personlige holdninger kommer til syne. Vi har selv opplevd negative beskrivelser og holdninger om eldre med alkoholmisbruk hos enkelte hjemmesykepleiere. Slike negative holdninger bør sykepleiere holde for seg selv. De har et ansvar om å opptre profesjonelt og følge profesjonens etiske retningslinjer i møte med pasienter og medarbeidere. Hvis dette ikke overholdes kan enkeltpersoners fordommer føre til en dårlig kultur på arbeidsplassen, der eldre med alkoholmisbruk blir stigmatisert. I følge Norsk Sykepleierforbund (2019) bør sykepleiere bidra aktivt til etisk refleksjon, noe som kan føre til en god og åpen kultur. På den måten kan sykepleiere lettere bevisstgjøres om hvilke innvirkninger personlige holdninger kan ha på pasienten, dersom de kommer til uttrykk atferdsmessig.

I studien til Bareham et al. (2020, s. 464) kom det fram at deltakerne så på alkoholmisbruk som pasientenes eget ansvar. Til tross for at pasientene hadde lite kunnskap om risikoen ved alkoholmisbruk og liten innsikt i egen sykdom. Flere deltakere mente at pasientenes alkoholmisbruk var en livsstil som ikke kunne endres, og at tiltak ville ha liten effekt (Bareham et al., 2020, s. 464). Slike holdninger kan hindre at pasientgruppen får den hjelpen de trenger. Det kan tenkes at disse holdningene har en sammenheng med kunnskapsmangel. Dette styrker viktigheten av god faglig opplæring. Mennesker over 60 år har ofte flere gode år igjen å leve, og de fortjener å nyte dagene sine. Hjemmesykepleiere har ifølge Fjørtoft (2016, s. 122) et ansvar i å bidra til økt livskvalitet for pasientene. De burde derfor ta tak i problemet, selv om de mener at pasientenes alkoholkonsum ikke er deres ansvar. Det er viktig å påpeke at ikke alle deltakerne hadde negative holdninger rettet

mot eldre med alkoholmisbruk. Noen av dem fortalte at de syntes synd på pasientene, og at de ønsket å hjelpe dem (Karlsson & Gunnarsson, 2017, s. 1640). Det er forståelig at helsepersonell opplever det krevende å jobbe med denne pasientgruppen. Tilværelsen til alkoholmisbrukere kan noen ganger oppfattes håpløs, og uforutsigbar atferd og utagering kan bli en del av omsorgspersonenes jobbhverdag (Fjørtoft, 2016, s. 93). Likevel er det håp for bedring, og kanskje en sykepleier kan være dette håpet for noen.

## 5.2 Metodediskusjon

Artiklene som blir brukt i dette litteraturstudiet er subjektiv innhentet, ut ifra hva vi selv mener er aktuelt for temaet og relevant for å besvare problemstillingen. Subjektiv innhenting gjør at vi kan ha gått glipp av relevante studier på bakgrunn av valgte databaser, søkeord og kombinasjonen av dem. Vi fikk få treff på antall relevante studier, noe som sannsynligvis har en sammenheng med at det eksisterer lite forskning på temaet. I retrospektiv kunne vi vurdert å forandre problemstilling til noe som omhandlet eldre og alkohol, men samtidig ikke var like spesifikt som temaet vi har valgt. Det kunne ført til et større utvalg av relevante studier. Vi har valgt å bruke beskrivelsen "alkoholmisbruk" i vår litteraturstudie, men for å få flere treff på relevante artikler benyttet vi forskjellige søkeord i databasene. Søkeord som "alcoholism" og "alcohol problem" ble brukt, til tross for at det er to ulike definisjoner. De inkluderte studiene bruker ulike begreper for "alkoholmisbruk". Det kan ses på som en svakhet, da det kan gjøre pasientgruppen større.

Som nevnt har vi valgt å inkludere studier på Skandinavisk og engelsk, for å få en viss kvalitetssikring. Ingen av oss har engelsk som morsmål, noe som kan by på utfordringer, eksempelvis ettersom noen engelske ord brukes i flere kontekster. Derfor kan det bli utfordrende å beholde alt innholdet ved oversettelse til norsk, noe som kan gi resultatene redusert reliabilitet. I forhold til kildevalg har vi brukt mye internettkilder. De aller fleste kildene har av den grunn vært faglig oppdatert, noe som styrker litteraturstudiets kvalitet. Det er likevel viktig å være kildekritisk når man bruker internettkilder. Som utgangspunkt ønsker man å bruke mest mulig primærlitteratur. Det er likevel blitt brukt sekundærlitteratur i denne oppgaven, eksempelvis i teoridelen. Store deler av tiden vi har jobbet med

bacheloroppgaven, har biblioteker og ulike tjenester som låner ut bøker vært stengt grunnet koronapandemien. Dette gjør at vi kan ha gått glipp av relevant litteratur i bokformat.

Innen forskning er både kvantitativ og kvalitativ forskning relevant, men på ulike måter. Vi har valgt en kvantitativ og tre kvalitative studier, noe som gir ulike perspektiver. Vi fikk belyst deltakernes spesifikke holdninger ved hjelp av kvalitative studier, men få antall deltakere gjør at resultatene kan bli vanskeligere å generalisere. Den kvantitative studien hadde mange deltakere, som gjør resultatene lettere å generalisere (Dalland, 2020, s. 54). De kvalitative studiene vil fremdeles ha god overføringsverdi, da studiene hadde flere like funn. I tillegg var de fleste studiene utført i Skandinavia og europeiske land. Fordi disse landene har lignende helsesystem som Norge, vil resultatene gi en bedre overføringsverdi.

Det eksisterer lite forskning på temaet eldre og alkohol, da spesielt om sykepleiere og helsepersonell sine kunnskaper og holdninger. Dette gjorde det utfordrende å finne god forskning. Tre av fire inkluderte studier omtaler helsepersonell generelt, ikke bare sykepleiere. I to av studiene er det inkludert flere helserelaterte arbeidsplasser, ikke bare hjemmesykepleien. Den systematiske oversiktsartikkelen har definert eldre som >50 år. Når det er sagt, er det kun to av de 18 inkluderte studiene i den systematiske oversikten som bruker denne definisjonen, mens de 16 resterende studiene definerer eldre som >60 år. Vi har derfor valgt å inkludere studien, da vi mener innholdet fremdeles er relevant for aldersgruppen "eldre". To av studiene definerer ikke en spesifikk alder, men snakker om "eldre" mennesker, noe som fremdeles passer inklusjonskriteriene. Til tross for disse utfordringene valgte vi å bruke studiene, da de var relevant for problemstillingen og sannsynligvis kan generaliseres til sykepleiere generelt.

Dette litteraturstudiet ble skrevet av to personer, noe som ga oss muligheten til å diskutere og skrive innholdet sammen. Vi har sammen diskutert artiklenes relevans, samt om informasjonen som ble innhentet var god nok. I tillegg var det mindre sjanse for å gå glipp av viktige funn da vi var to.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudiet var å belyse sykepleieres kunnskaper og holdninger om eldre med alkoholmisbruk i hjemmesykepleien. Gjennom sammenslåing av fire studier til sammenhengende resultatdeler, kom det fram flere interessante funn.

Sykepleiere har kunnskapshull på flere områder om eldre med alkoholmisbruk. Selv om funnene til den ene studien viser en generell god kunnskap på området, har de aller fleste sykepleierne i de andre studiene en subjektiv følelse av at de er underkvalifisert i møte med eldre med alkoholmisbruk. Dette fører til usikkerhet og tilbaketrukkethet rundt problemet, som igjen påvirker pasientens helsehjelp. Flere synes det er vanskelig å prate om temaet, og velger å nedprioritere det. Når pasientene i tillegg har lite kunnskap om alkoholmisbruk og ikke oppsøker hjelp selv, blir dette et vedvarende problem.

Sykepleieres personlige holdninger kan prege måten de arbeider på. Flere hadde forestillinger om hva "stereotypen" eldre med alkoholmisbruk var, noe som kunne hindre dem i å identifisere alkoholmisbruket. Når det er sagt, har ikke alle sykepleiere negative holdninger. Man ser til dels en sammenheng mellom kunnskap og holdninger. Flere av de som har fordommer om pasientgruppen, har kunnskapsmangel om temaet. Likevel er det viktig å ta seg tid til denne pasientgruppen, akkurat som alle andre. Pasientenes hjelpebehov vil ikke reduseres om ingen tar seg tid til å hjelpe dem.

Dette litteraturstudiet viser at det er behov for økt kunnskap hos sykepleiere for at de skal være trygg i rollen sin, og utøve god helsehjelp. Det er tydelig at det er behov for mer forskning om sykepleieres kunnskaper og holdninger om eldre med alkoholmisbruk. Videre vil det være aktuelt å forske på om kunnskaper og holdninger har en tydelig sammenheng med hverandre. For å øke kvaliteten på omsorgen og helsehjelp til eldre med alkoholmisbruk, bør det om mulig implementeres et økt fokus på temaet i grunnutdanningen til sykepleiere. I tillegg er det nødvendig med et økt fokus på dette området i hjemmesykepleien.

## 7.0 Litteraturliste

Aasen, S. E. (2020, 3. januar). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*.

Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>

Actis (2018, august). *Eldre og alkohol - Gammel årgang, nye vaner*.

[https://www.actis.no/files/docs/eldre\\_og\\_alkohol\\_oppdatert\\_netts.pdf](https://www.actis.no/files/docs/eldre_og_alkohol_oppdatert_netts.pdf)

Aveyard, H. (2014). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A practical guide* (3. utg.). Open university press.

Bareham, B.K., Kaner, E., Spencer, L., & Hanratty, B. (2020). *Health and social care providers' perspectives of older people's drinking: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies*. I *Oxford Journals*, 49(3): 453–467.

<https://doi.org/10.1093/ageing/afaa005>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (6 utg.) Gyldendal Akademisk

Felleskatalogen (2017, 06. mars). *Alkoholmisbruk*.

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/alkoholmisbruk>

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

Fagbokforlaget

Folkehelseinstituttet (2019, 06. desember). *Rusbrukslidelser i Norge*. FHI.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>

Forebygging.no (u.å.) *Stigmatisering*. Hentet 23. februar 2021 fra

<http://www.forebygging.no/Ordbok/Q-A/Stigmatisering/>

Frydenlund, R. (2012). *Mer alkohol og medisiner blant eldre*. Psykisk helse og rus 23 (3), s 8.  
<https://sykepleien.no/sites/default/files/electronic-issues/pdf/1068988.pdf>

Førde, R. (2014, 10. oktober). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

Helsebiblioteket (2016a, 07. juni). *Kildevalg*.  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Helsebiblioteket (2016b, 06. juni). *Søketeknikker*.  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/soketeknikker>

Helsebiblioteket (2016c, 03. juni). *Kjernespørsmål*.  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/kjernesporstal>

Helsebiblioteket (2016d, 03. juni). *PICO*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket (2016e, 03. juni). *Sjekklistor*.  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsebiblioteket (u.å.). *Kritisk vurdering*. Hentet 17. november 2020 fra  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>

Helsedirektoratet (2019, 12. september). *Individuell plan og koordinator*. Helsenorge.  
<https://www.helsenorge.no/rettigheter/individuell-plan/>



Helsedirektoratet. (2019, 02. mai). *Psykiske lidelser hos eldre - 6. Eldre, rus og rusmidler*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre/eldre-rus-og-rusmidler#helsepersonell-bor-sporre-eldre-pasienter-om-alkoholbruk-bruk-av-andre-rusmidler-og-vanedannende-legemidler-og-iverksette-tiltak-ved-mistanke-om-et-problematisk-eller-helseskadelig-bruk>

Helsedirektoratet. (2018, 17. januar). *Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>

Helvik, A. S. (2020, 14. januar). *Eldre og deres alkoholinntak - et norsk perspektiv*.  
Forebygging.no. <http://tidliginnsats.forebygging.no/Artikler--Kronikker/Eldre-og-deres-alkoholinntak--et-norsk-perspektiv/>

Hummelvoll J. K. (2014). *Helt - ikke stykkevis og delt - Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (utg. 7). Gyldendal Akademisk

Høgskulen på Vestlandet (u.å.). *Retningslinjer for bacheloroppgaven*. Hentet 2. februar 2021 fra <https://www.hvl.no/globalassets/hvl-internett/dokument/forskrifter-reglar-retningslinjer/retningslinjer-for-bacheloroppg-bokm.pdf>

Håkonsen, K. M. (2017). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.

Karlsson, L. B. & Gunnarsson, E. (2017). *Squalor, chaos and feelings of disgust: care workers talk about older people with alcohol problems*. I *Ageing & Society* by Cambridge University Press. Volume 38, Issue 8. 1624 - 1644.  
<https://doi.org/10.1017/S0144686X17000228>

- Knutheim, T. & Rahm, F. R. (2016). *Aldring og rusmidler*. Korus-sor. <https://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2016/10/Eldre-og-Rus.pdf>
- Koivula, R., Tigerstedt, C., Vilkkö, A., Kuussaari, K. & Pajala, S. (2016). *How does Older People's Drinking Appear in the Daily Work of Home Care Professionals?* | Sage journals. Volume: 33 issue: 5-6, 537-550. <https://doi.org/10.1515/nsad-2016-0044>
- Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanningen*. Regjeringen. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)
- Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=9>
- 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>
- Norsk Sykepleierforbund (2019). *Yrkesetisk Retningslinjer*. NSF. Hentet 24. februar fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Oslo Universitetssykehus (2018). *Alkohol - fakta om forbrenning av alkohol (etanol) i kroppen*. Hentet 2. januar 2021 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/rettsmedisinske-fag/alkohol-og-rusmidler/alkohol-fakta-om-forbrenning-av-alkohol-etanol-i-kroppen>.
- Rusopplysningen (u.å.). *Alkohol*. Hentet 14. januar 2021 fra <https://rusopplysningen.no/alkohol>
- Thidemann, I-J (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal akademisk

Waldron, A. & McGrath, M. (2012). *Alcohol disorders and older people: a preliminary exploration of healthcare professionals' knowledge, in Ireland*. International Journal of Therapy and Rehabilitation: Vol 19, No 6. 352-358.  
<https://doi.org/10.12968/ijtr.2012.19.6.353>

World Health Organisation (u.å.). *Alcohol*. WHO. Hentet 14. Januar 2021 fra  
[https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab_1)

Øiern, T. (2020, 18. august). «Vanlig» drikking hos eldre – et fremtidig folkehelseproblem. Oslo universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/nasjonal-kompetansetjeneste-tsb/vare-prosjekter/somatisk-helse-og-rus/vanlig-drikking-hos-eldre-et-fremtidig-folkehelseproblem>

## Vedlegg 1- PICO

<b>PICO</b>	
<b>Problemformulering</b> "Hvilke kunnskaper og holdninger har sykepleiere i hjemmesykepleien til eldre med alkoholmisbruk?"	<b>Kjernespørsmål:</b> Erfaringer og holdninger

	<b>P (pasientgruppe/problem)</b>	<b>I (intervensjon/eksposisjon)</b>	<b>C (sammenligning)</b>	<b>O (utfall)</b>
<b>Norsk formulering</b>	Eldre pasienter i hjemmesykepleien med alkoholmisbruk	Sykepleiers kunnskaper og holdninger	Ikke aktuelt	Sykepleiers kunnskaper og holdninger til eldre med alkoholmisbruk. Hvordan dette påvirker pasientene.
<b>Søkeord</b>	Aged* Alcoholism* High consumption of alcohol Alcohol drinking* Patients in home health care Primary health care Home health care	Experience Knowledge* Attitude* Nurses attitude Nurses knowledge Nurses experience Health personnel		Effect on patient Knowledge* Attitudes*


## Vedlegg 2- søkehistorikk

Dato for søk	Database	Søkeord og søkekombinasjoner	Antall treff	Inkluderte artikler
12/11-2020	Academic Search Elite	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elderly or aged or older or elder or geriatric</li> <li>2. Alcohol drinking</li> <li>3. Home care services or home health care or home health care or home nursing</li> <li>4. Nurse knowledge or nurse understanding</li> <li>5. Nurse experiences or perceptions or attitudes or views or feelings</li> <li>6. 1 and 2</li> <li>7. 1 and 2 and 3</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 479,434</li> <li>2. 76,663</li> <li>3. 41,721</li> <li>4. 4,261</li> <li>5. 120,287</li> <li>6. 89</li> <li>7. 18</li> </ol>	Squalor, chaos and feelings of disgust: care workers talk about older people with alcohol problems.
12/11-2020	Swemed	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aged*</li> <li>2. Alcohol drinking*</li> <li>3. home health care</li> <li>4. nurse experience</li> <li>5. 1 and 2 and 3 and 4</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2734</li> <li>2. 223</li> <li>3. 275</li> <li>4. 445</li> <li>5. 3</li> </ol>	How does Older People's Drinking Appear in the Daily Work of Home Care Professionals?
15/11-2020	AMED	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aged</li> <li>2. Alcoholism</li> <li>3. Primary health care</li> <li>4. 1 and 2</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.7073</li> <li>2. 151</li> <li>3. 343</li> <li>4. 11</li> </ol>	Alcohol disorders and older people: A preliminary exploration of healthcare professionals' knowledge, in Ireland.
15/11-2020	Pubmed	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Older people</li> <li>2. Alcohol drinking</li> <li>3. Health personnel</li> <li>4. 1 and 2</li> <li>5. 1 and 2 and 3</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 182, 840</li> <li>2. 34,651</li> <li>3. 224,076</li> <li>4. 2,156</li> <li>5. 41</li> </ol>	Health and social care providers' perspectives of older people's drinking: A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies

## Vedlegg 3- Litteratormatrise

Studie	Demografi	Design/metode	Hensikt	Resultat	Konklusjon	Kvalitetsvurdering
<p>Bareham, B.K., Kaner, E., Spencer, L., &amp; Hanratty, B. (2020).</p> <p>Health and social care providers' perspectives of older people's drinking: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies</p> <p>Oxford Journals</p>	<p>Syntesen inkluderer 329 helsepersonell fra alderen 18 til 70 år.</p> <p>De inkluderte studiene var utført i landene; Sverige (7), Storbritannia (3), Norge (3), USA (3), Finland (1) og Australia (1).</p>	<p>Systematisk oversikt over 18 kvalitative studier.</p> <p>Fra begynnelsen av søket til juni 2018, ble det benyttet en forhåndsbestemt søkestrategi. Denne ble benyttet i fem databaser, og det ble funnet 18 relevante studier.</p>	<p>Hensikten med studien var å finne kvalitative studier som omhandlet helsepersonell sine holdninger og erfaringer om eldre med alkoholforbruk. Samt hvordan helsepersonell hjalp pasientene med alkoholforbruket. Forskerne gikk systematisk gjennom innholdet, og delte det i overordnede temaer.</p>	<p>Forskerne fant enkelte funn som var spesifikt knyttet til ulike land, men generelt sett var det fire hovedfunn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det var usikkert om alkoholforbruket til eldre var en legitim bekymring blant helsepersonell.</li> <li>- Helsepersonellets forutinntatte holdninger om eldre påvirket deres arbeid.</li> <li>- Helsepersonell opplevde alkoholforbruk hos eldre som et sensitivt tema.</li> <li>- Det var forhandlinger rundt hvem som har ansvar om å hjelpe eldre med alkoholbruk.</li> </ul>	<p>Helsepersonell sine reservasjoner om å ta opp samtalen om alkohol med pasientene, kunne føre til at helsepersonell ikke grep inn i ulike situasjoner. Helsepersonell trenger opplæring og støtte hvis de skal klare å gjenkjenne et alkoholmisbruk hos eldre og utføre intervensjoner.</p>	<p><b>Styrker:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- To uavhengige korrekturlesere kvalitetsjekkete de valgte artiklene</li> <li>- Gjennom analyse av tematiserte synteser ble studiene inkludert.</li> <li>- Majoriteten av studiene var utført i Skandinavia, noe som gir en stor overføringsverdi.</li> </ul> <p><b>Svakheter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Studien belyser ikke kun arbeid i hjemmesykepleien, men flere arbeidsplasser i helsevesenet.</li> <li>- Artikler ble oversatt fra et språk forfatterne ikke har som morsmål. Noe av innholdet kan dermed ha blitt oversatt.</li> </ul> <p><b>Overføringsverdi:</b></p> <p>Denne studien kan gi en god overføringsverdi, da den gir en oversikt over flere studier der majoriteten var utført i Skandinavia. Av den grunn kan resultatene generaliseres, og benyttes i praksis og videre forskning.</p>

Studie	Demografi	Design/metode	Hensikt	Resultat	Konklusjon	Kvalitetsvurdering
<p>Karlsson, L. B. &amp; Gunnarsson, E. (2017).</p> <p>Squalor, chaos and feelings of disgust: care workers talk about older people with alcohol problems.</p> <p>Cambridge University Press</p>	<p>Det var 18 deltakere i studien, der 3 var menn og 15 var kvinner.</p> <p>Deltakerne var pleiemedhjelpere i hjemmesykepleien. Alderen varierte fra starten av tyveårene til midten av sekstiårene.</p> <p>Alle deltakerne jobbet i hjemmesykepleien, og tilhørte 3 av 26 kommuner i Stockholm regionen.</p>	<p>Kvalitativt-fokusgruppeintervju.</p> <p>Det ble utført tre gruppeintervjuer med ansatte fra hjemmesykepleien. Det ble brukt en intervjumanual.</p>	<p>Studien har som formål å analysere deltakernes beskrivelser av deres erfaringer med eldre pasienter som hadde et alvorlig alkoholmisbruk.</p>	<p>Deltakerne fortalte om hvordan de ble trukket inn i eldre pasienter med alkoholmisbruk sine daglige liv. Deltakerne følte at de fjernet sporene av pasientenes drikking ved å vaske pasientene og hjemmet deres. Deltakerne følte at de hjalp pasientene med å opprettholde levemåten.</p>	<p>Forfatterne kom fram til at deltakerne ikke hadde negative holdninger om eldre med alkoholmisbruk. Deltakerne hadde lite kunnskap om eldre og alkohol. Samtidig opplevde deltakerne at samfunnet avfeide alkoholmisbruk, så lenge det ikke var akutt.</p>	<p><b>Styrker:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det er tydelig gjort rede for etiske overveielser i studien.</li> <li>- Forskerne brukte tidligere studier om temaet i teori- og diskusjonsdelen, noe som gjør at man kan se en sammenheng mellom tidligere funn og resultatene fra dette studiet.</li> </ul> <p><b>Svakheter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De inkluderte deltakerne ikke er representative for alle helsepersonell i hjemmesykepleien.</li> <li>- Forfatterne snakker om eldre mennesker i studien, men det er ikke definert hva de legger i beskrivelsen «eldre». Dette kan skape uklarheter for intervjuobjektene, og dermed påvirke resultatene.</li> </ul> <p><b>Overføringsverdi:</b></p> <p>En kan ikke nødvendigvis generalisere studiens resultater, fordi de inkluderte deltakerne ikke er representative for alle helsepersonell i hjemmesykepleien. Likevel samsvarer flere av funnene i studien med enkelte av funnene i de tre andre studiene vi har inkludert. Dette styrker studiens resultater og gjør at de lettere kan generaliseres.</p>

Studie	Demografi	Design/metode	Hensikt	Resultat	Konklusjon	Kvalitetsvurdering
<p>Koivula, R., Tigerstedt, C., Vilkkö, A., Kuussaari, K. &amp; Pajala, S. (2016).</p> <p>How does Older People's Drinking Appear in the Daily Work of Home Care Professionals?</p>  <p>Sage journals</p>	<p>Intervjuene ble gjort i Helsinki. Det var 10 deltakere i studien.</p> <p>Deltakerne var sykepleiere som jobbet i hjemmesykepleien.</p>	<p>Kvalitativt-semi-strukturert intervjuer.</p> <p>Fra desember 2014 til februar 2015 ble det utført 10 semi-strukturerte intervjuer. Det var 10 intervjuobjekter. Alle var sykepleiere som jobbet i hjemmesykepleien.</p>	<p>Hensikten til studien var å få et innblikk i hvordan alkoholforbruk hos eldre pasienter påvirket arbeidet til ansatte i hjemmesykepleien. I tillegg ønsket forskerne å finne ut hvordan sykepleiere støttet eldre pasienter som drakk alkohol.</p>	<p>Resultatene viste at sykepleiere hadde mangelfull kompetanse om eldre som drakk alkohol. Da hovedsakelig på tre områder;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvordan sykepleiere kan støtte pasientenes livsvalg.</li> <li>- Håndtering av pasientenes alkoholforbruk.</li> <li>- Håndtering av pasientenes behov for tverrfaglig samarbeid.</li> </ul>	<p>Det er behov for mer forskning om hvordan eldre med alkoholforbruk påvirker arbeidet til sykepleiere i hjemmesykepleien, samt hvilke kompetansen sykepleiere har behov for i møte med pasientgruppen.</p>	<p><b>Styrker:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dataene ble analysert ved hjelp av et veiledende rammeverk.</li> <li>- Spørsmålene ble stilt på bakgrunn av et hjemmesykepleieperspektiv. Dette gjør det lettere å belyse hvordan eldre sitt alkoholforbruk påvirker arbeidet til hjemmesykepleiere.</li> </ul> <p><b>Svakheter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alderen på pasientgruppen «Eldre» ble ikke definert for deltakerne. Dette gjør at deltakerne kan ha tolket pasientgruppen «eldre» på ulike måter. Likevel skrev forfatterne at deltakerne beskrev «eldre» pasienter fra 60-101 år.</li> <li>- Studien brukte begrepet alkoholforbruk, men hadde ingen definisjon på dette. Forskerne fokuserte på om pasientenes alkoholforbruk var et problem for hjemmesykepleiere, men ikke hvor ille alkoholforbruket var. Ut ifra deltakernes beskrivelser av pasientene, fremstår det som at pasientene hadde et alkoholmisbruk.</li> </ul> <p><b>Overføringsverdi:</b></p> <p>Studien belyser hvordan eldre med alkoholproblemer påvirker arbeidshverdagen til sykepleier i hjemmesykepleien. Resultatene har en god overføringsverdi til praksis og videre forskning. Dette til tross for at det er en kvalitativ studie, med få deltakere.</p>



Studie	Demografi	Design/metode	Hensikt	Resultat	Konklusjon	Kvalitetsvurdering
<p>Waldron, A. &amp; McGrath, M. (2012).</p> <p>Alcohol disorders and older people: A preliminary exploration of healthcare professionals' knowledge, in Ireland.</p> <p>International Journal of Therapy and Rehabilitation</p>	<p>Studien ble utført i Irland.</p> <p>480 helsepersonell fikk et spørreskjema, og 157 av de svarte.</p> <p>Deltakerne var 6 ulike profesjonsutøvere innen helse, med varierende arbeidsplasser, erfaringer og utdanninger.</p>	<p>Kvantitativt-Tverrsnittstudie.</p> <p>Helsepersonell sin kunnskap om alkoholforbruk hos eldre, ble utforsket ved hjelp av et spørreskjema. Skjema hadde 25 påstander, som enten var sanne eller falske. Det var fire hovedområder forfatterne ønsket å undersøke:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Generell kompetanse om eldre med alkoholforbruk</li> <li>- Hvordan alkohol påvirker helsen</li> <li>- Hvordan hjelpe eldre å mestre alkoholforbruket</li> <li>- Behandling av alkoholmisbruk.</li> </ul>	<p>Formålet med studien var å finne ut hvilke kunnskaper helsepersonell i Irland har om eldre med alkoholforbruk.</p>	<p>157 returnerte spørreskjemaer. Svarprosenten var 33%. Spørreskjemaene ble brukt for å finne resultater. Flesteparten av de som svarte på skjemaet hadde ikke spesialtrening eller opplæring med pasientgruppen. Likevel viste resultatene at kunnskapen var generelt høy. Gjennomsnittet var 17,9 av 25 mulige. Til tross for det, fant de kunnskapshull ved intervensjonsstrategier. I tillegg ble det funnet en statistisk signifikant forskjell mellom profesjonene, der eksempelvis psykologer hadde høyere score enn sykepleiere. Et annet funn, var at de som hadde færre timer arbeid med pasientgruppen, hadde bedre kunnskap.</p>	<p>Funnene i studien gir en indikasjon på at helsepersonell i Irland ville hatt god nytte av mer kunnskap om intervensjonsstrategier. Dette vill øke sjansen for at eldre med alkoholforbruk får den hjelpen de trenger.</p>	<p><b>Styrker:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Studien hadde et stort antall deltakere, som gir resultatene en større overføringsverdi.</li> <li>- Studien har inkludert ulike helseprofesjoner, som jobber i ulike deler av helsevesenet. Det vil gi en stor innsikt i kunnskap om tverrfaglig samarbeid, hos helsepersonell.</li> </ul> <p><b>Svakheter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det er bare to punkter i resultatdelen der forskjellen på sykepleieres kunnskaper i forhold til andre helseprofesjoner belyses. Dermed får ikke studien spesifikt frem sykepleier som jobber i hjemmesykepleien sine kunnskaper.</li> <li>- Lav svarprosent på antall skjemaer som ble sendt ut.</li> </ul> <p><b>Overføringsverdi:</b></p> <p>Studien inkluderer flere deltakere fra ulike profesjoner og helsefaglige arbeidsplasser. Det vil gi en god overføringsverdi til praksis og videre forskning, spesielt i forhold til tverrfaglig samarbeid. Det er fremdeles behov for mer forskning før resultatene kan generaliseres til sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien i Norge.</p>

## Vedlegg 4- Flow diagram

