



Senter for
omsorgsforskning

Alkoholbruk blant eldre

En oppsummering av kunnskap

Terje Emil Fredwall
Anne Jørstad Antonsen

Utgitt av: Senter for omsorgsforskning, 2023

Tittel: Alkoholbruk blant eldre: En oppsummering av kunnskap

English title: Alcohol Use among Older Adults: A Scoping Review

Setteredaktør: Siri Andreassen Devik

Forfattere: Terje Emil Fredwall og Anne Jørstad Antonsen

ISBN: 978-82-8340-134-9

ISSN: 2464-4382

Oppsummering nr. 33

Emneord (MESH): Alcohol Drinking, Alcoholism, Aged,
"Aged, 80 and over", Norway, Sweden, Denmark

Nettside: omsorgsbiblioteket.no

Innhold

Sammendrag	4
Abstract	5
1. Alkoholbruk blant eldre – en introduksjon	6
1.1 Kontekst og sentrale begreper	6
1.2 Hensikt, problemstilling og målgruppe.....	8
2. Metode og materiale.....	9
2.1 Søkestrategi og utvalg	9
2.2 Analyse	11
2.3 Kvalitetssikring	12
3. Lover, forskrifter og sentrale offentlige dokumenter	13
3.1 Lover	13
3.2 Forskrifter	15
3.3 Offentlige utredninger, proposisjoner, nasjonale strategier og meldinger til Stortinget.....	16
3.4 Rundskriv, faglige veiledere og nasjonale retningslinjer og råd	20
4. Forsknings- og utviklingsarbeid	23
4.1 Alkoholbruk og trender blant eldre	23
4.2 Alkoholbruk, aldring og helse	29
4.3 Helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene	37
5. Verktøy og ressurser.....	43
5.1 Brosjyrer og nettsider med nyttig informasjon om alkoholbruk blant eldre	43
5.2 Videoer og podkaster om alkoholbruk blant eldre	45
5.3 Håndbøker, opplæringsprogram og metodeinnføring	47
6. Konklusjoner.....	49
6.1 Bakgrunn, hensikt og metode.....	49
6.2 Hovedfunn i oppsummeringen	49
7. Referanser.....	52
Om forfatterne.....	61
Vedlegg 1. Søk i databaser	62
Vedlegg 2. Inkluderte forsknings- og utviklingsarbeider – en oversikt.....	66

Sammendrag

Dette er en oppsummering av kunnskap om alkoholbruk blant eldre, basert på Arksey og O'Malleys metodiske rammeverk for *scoping reviews*. Oppsummeringen inkluderer 51 forsknings- og utviklingsarbeider som har empiri fra Skandinavia, er publisert i perioden 2014–2022 og er skrevet på et skandinavisk språk eller engelsk. Internasjonale kunnskapsoppsummeringer er tatt med hvis de har særskilt relevans for en norsk kontekst. Hensikten med oppsummeringen er å identifisere, beskrive og sammenfatte kunnskap om alkoholbruk blant eldre med relevans for helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

De inkluderte publikasjonene viser at alkoholbruken blant eldre har økt i Norge de siste tiårene. Åtte av ti personer mellom 60 og 79 år rapporterer at de drikker alkohol. Det er fremdeles en større andel eldre menn som drikker – og som drikker ofte – sammenlignet med eldre kvinner, men kjønnsforskjellene i alkoholbruk har blitt mindre. Eldre drikker som oftest vin, og det er vanligst å drikke én til to enheter i en normal drikkesituasjon. Tre av ti eldre som regelmessig drikker alkohol (én gang eller mer per uke), rapporterer at de også bruker vanedannende legemidler.

Studiene viser at å drikke alkohol er en av de viktigste risikofaktorene globalt for tap av friske leveår og for ikke-smittsomme sykdommer. For eldre kan alkoholbruk være spesielt utfordrende siden aldring medfører nedsatt metabolisme og reduksjon i kroppsvæske og kroppsmasse. Allerede oppståtte helseutfordringer, samt risiko for ulykker og fallskader, kan forsterkes ved bruk av alkohol. Det blir også identifisert en rekke mulige negative konsekvenser for eldre som drikker alkohol og bruker legemidler.

Studier peker på at eldre personer ofte ikke gjenkjenner eller har manglende kunnskap om risiko forbundet med å drikke alkohol. Alkohol assosieres gjerne med sosialt engasjement, sosialt samvær og livsglede, men flere av de inkluderte studiene viser samtidig at alkoholbruk blir forbundet med erfarte vanskeligheter som sosial isolasjon, stress og sykdom eller overganger i livet som pensjonering og dødsfall i nære relasjoner.

På tjenestenivå viser de inkluderte studiene at det er få kommuner og bydeler som systematisk kartlegger behov for tjenester innen rusmiddel- og psykisk helsefeltet, som har alkoholbruk blant eldre som tema i forebyggende hjemmebesøk, og/eller som gjennomfører kompetansehevede tiltak for helsepersonellet. Flere studier finner at alkoholbruk blant eldre eller kombinasjonsbruk av alkohol og vanedannende legemidler er noe som oppfattes som tabu, en privatsak og/eller noe som blir forsøkt holdt skjult. Det er også beskrevet av helsepersonell som krevende å ta opp.

Abstract

This is a scoping review of alcohol use among older adults, informed by Arksey and O'Malley's methodological framework. It includes 51 research and development studies with empirical data from Scandinavia, published between 2014 and 2022 in either Scandinavian languages or English. International reviews are also included if they have particular relevance to a Norwegian context. The purpose of this scoping review is to identify, describe, and summarise knowledge relevant to health and care services in the municipalities regarding alcohol use among older adults.

The included publications show that alcohol use among older people has increased in Norway in recent decades. Eight out of 10 individuals between the ages of 60 and 79 report that they consume alcohol. There is still a larger proportion of older men who drink – and who drink often – compared to older women, but the gender differences in alcohol use have narrowed. Older people most often drink wine, and it is also most common for them to consume one or two units in a normal drinking situation. Three out of ten older individuals who regularly drink alcohol (once or more per week) also report using prescription drugs with addiction potential.

Alcohol use is identified as a leading risk factor for disease burden worldwide. For older people, alcohol use can be particularly challenging due to reduced body fluid and mass, as well as a reduced metabolism. It can exacerbate existing health conditions and increase the risk of accidents and falls. Additionally, combining alcohol with drugs that have addiction potential can lead to several negative health consequences.

Studies indicate that older individuals often do not recognise or have a lack of knowledge about the risks associated with drinking alcohol. Alcohol is often associated with social involvement, social gatherings, and enjoyment of life. Several of the included studies, however, also show that alcohol consumption is associated with experienced difficulties such as social isolation, stress, and illness, as well as significant life transitions such as retirement or the loss of close relationships.

At the service level, the included studies reveal that few municipalities and districts map the need for mental health and drug-related services for the elderly, incorporate alcohol use as a theme in preventive home visits, or conduct competency-enhancing measures for healthcare personnel. Alcohol use among older adults or combined use of alcohol and addictive drugs are often considered taboo or private matters, and health professionals find these issues challenging to address.

1. Alkoholbruk blant eldre – en introduksjon

Dette er en oppsummering av kunnskap om alkoholbruk blant eldre. Den presenterer juridiske, politiske og faglige dokumenter som regulerer og legger føringer for den kommunale helse- og omsorgstjenestens oppgaver og ansvar overfor eldre personers alkoholbruk, og den identifiserer, omtaler og sammenfatter forsknings- og utviklingsarbeid som er utgitt i perioden 2014–2022, har empiri fra en skandinavisk kontekst og har relevans for helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Internasjonale kunnskapsoppsummeringer er tatt med hvis de er vurdert å ha særskilt overføringsverdi og relevans for en norsk kontekst. Oppsummeringen vil i hovedsak konsentrere seg om alkoholbruk blant eldre som er 65 år eller mer.

Dette innledende kapitlet er delt i to. I den første delen vil vi kort presentere den institusjonelle konteksten for oppsummeringens tematikk, før vi klargjør de sentrale begrepene *eldre*, *alkohol*, *vanedannende legemidler*, *rusmiddelmisbruk* og *skadelig alkoholbruk* (1.1). I kapitlets siste del oppgis oppsummeringens hensikt, problemstilling og målgruppe (1.2).

1.1 Kontekst og sentrale begreper

Primærhelsetjenesten er den delen av helsevesenet som er organisert i kommunene. Den består av institusjoner som sykehjem og bo- og servicesentre, hjemmebaserte omsorgstjenester og helsepersonell som leger, sykepleiere, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleiere, ergoterapeut og psykolog (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Spesialisthelsetjenesten er en samlebetegnelse på den typen helsetjenester som ikke er lagt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den omfatter for eksempel sykehus, distriktpsikiatriske sentre (DPS) og institusjoner for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Spesialisthelsetjenesten skal diagnostisere, behandle og følge opp pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023; Helsenorge, 2021).

Både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har ansvaret for å tilby tjenester til eldre personer som bruker, misbruker eller har et problematisk forhold til rusmidler, herunder alkohol. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) presiserer kommunenes plikter og oppgaver overfor alle pasient- og brukergrupper, og den tydeliggjør det overordnede ansvaret som disse har for å gi nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Det kommunale arbeidet omfatter forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon. Det lokalbaserte tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten for personer med psykisk helse- og rusmiddelproblemer utføres først og fremst ved og ut fra de distriktpsikiatriske sentrene (DPS), mens tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) omfatter tilbud om døgnbehandling, dagbehandling, polikliniske behandling, samt

ambulante tjenester. TSB har også ansvar på områder som avrusing og øyeblikkelig hjelp (Helsedirektoratet, 2017a).

Begrepene «eldre», «alkohol», «vanedannende legemidler», «rusmiddelmisbruk» og «skadelig alkoholbruk»

Denne oppsummeringen handler om alkoholbruk blant eldre personer. Det er imidlertid ikke umiddelbart gitt hva som menes når vi snakker om *de som er eldre*. Verdens helseorganisasjon definerer for eksempel *eldre* som mennesker som er 60 år eller mer, men har også kategorisert eldre i Afrika som personer som har fylt 50 år (World Health Organization, 2002, 2015). Dette kan ses i lys av argumenter om at betegnelsen «eldre» ikke bare må ses i sammenheng med kronologisk alder, men også personers funksjonsevne og befolkningens helse (Chang et al., 2019).

National Library of Medicine (1966) i USA, som oppdaterer det helsefaglige emneordssystemet MESH, bruker «aged» om personer som er 65 år eller mer. I Norge har det også vært tradisjon for å definere eldre på denne måten, slik det for eksempel gjøres i kvalitetsreformen «Leve hele livet» (Meld. St. 15 (2017–2018)). Som et analytisk utgangspunkt, altså for å avgrense analyseenheten, brukes dermed betegnelsen eldre i denne oppsummeringen om personer som er 65 år eller mer. Samtidig opererer enkelte av forfatterne av de inkluderte publikasjonene med både videre og snevrere kategorier. I de tilfellene hvor det er relevant, vil dette da bli kommentert.

Alkohol blir i både rettslige sammenhenger og hverdagspråket brukt som en fellesbetegnelse på drikker som inneholder etylalkohol (etanol) i en mengde som tilsvarer mer enn 2,5 volumprosent (Alkoholoven, 1989, § 1-3; se også Mørland & Waal, 2016, s. 108–109). Det er vanlig å inndele alkoholholdige drikker i hovedkategoriene «øl», «vin» og «brennevin», og det er store variasjoner i alkoholstyrken mellom disse. I norsk handel finnes det også alkoholholdige fruktdrikker som cider og såkalt rusbrus:

- Øl, cider og «rusbrus» har en styrke opp til og med 4,7 volumprosent alkohol. Lettøl har alkoholstyrke opp til 2,5 volumprosent
- Sterkøl kan ha en styrke på opptil 8–10 volumprosent
- Svakvin har en alkoholstyrke opp til 15 volumprosent
- Sterkvin har en alkoholstyrke fra 15–22 volumprosent
- Brennevin har en alkoholstyrke fra 22–60 volumprosent (Alkoholoven, 1989, § 1-3)

Rusmiddelmisbruk vil i denne oppsummeringen analytisk forstås som en samlebetegnelse på skadelig bruk av rusmidler og rusmiddelavhengighet (Folkehelseinstituttet, 2014)¹ Skadelig bruk, som av Folkehelseinstituttet anvendes som synonym til misbruk, innebærer bruk av rusmidler (herunder alkohol) i et mønster som gir fysisk eller psykisk helseskade. I den nasjonale retningslinjen påpekes det at rusmiddelproblemer kan beskrives etter symptomenes art, grad og varighet (Helsedirektoratet, 2012). Samtidig vektlegges det at avhengighet ikke er et absolutt begrep, og at det kan være uklare grenser mellom skadelig bruk og avhengighetssyndrom. I retningslinjen brukes rusmiddellidelse, slik det også gjøres av Folkehelseinstituttet, som samlebetegnelse for både avhengighet, skadelig bruk og misbruk.

¹ For en diskusjon av begrepene «rusmisbruk», «skadelig bruk» og «avhengighet», se Skretting og Storrø (2011) og Mørland og Waal (2016). Se også anbefalinger fra Helsedirektoratet (2017a) for en mer ensartet bruk av begreper i rusfeltet og offentlige dokumenter.

I oppsummeringen er det kunnskap om eldre personers alkoholbruk som vil bli identifisert og sammenfattet, men *vanedannende legemidler* vil bli omtalt i sammenheng med slik alkoholbruk.

Med *vanedannende legemidler* mener vi legemidler som brukes i medisinsk behandling, men som kan resultere i en avhengighetstilstand (Skretting et al., 2016). Dette gjelder mer spesifikt legemiddelgruppene benzodiazepiner, benzodiazepinlignende stoffer (blant annet z-hypnotika) og ulike opioider. Benzodiazepiner er en type sentralt virkende legemidler som kan brukes som sovemedisin, beroligende middel eller mot kramper og krampeanfoll. Benzodiazepinlignende stoffer er legemidler med en kjemisk oppbygging som skiller seg fra benzodiazepiner, men virkningen av de to stoffene er tilnærmet lik. Legemidlene anbefales brukt først og fremst for søvnvansker, men enkelte benzodiazepinlignende stoffer kan også ha en beroligende og avslappende effekt. Opioider påvirker sentralnervesystemet og lindrer blant annet smerte. Vanlige opioider er heroin, morfin, kodein, metadon, buprenorfin og oksykodon.

1.2 Hensikt, problemstilling og målgruppe

For tolv år siden, i 2011, utga Runa Frydenlund ved Kompetansesenter rus, Oslo kunnskapsoppsummeringen «Eldre, alkohol og legemiddelbruk» (Frydenlund, 2011). Oppsummeringen var skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet, og den bygde i hovedsak på nordisk faglitteratur om eldre, alkohol og legemiddelbruk, utgitt i årene mellom 2000 og 2011. I forordet påpekte direktoratet at det manglet kunnskap om eldre menneskers bruk av rusmidler og spesielt deres bruk av alkohol og legemidler. Frydenlunds arbeid ga her en etterlengtet og viktig oversikt over hva man på den tiden hadde av kunnskap og erfaring innenfor tematikken i Norden.

Denne studien vi nå utgir, undersøker og sammenstiller kunnskap om alkoholbruk blant eldre i Skandinavia i perioden 2014 til 2022. Hensikten er å identifisere, beskrive og oppsummere kunnskap om denne tematikken som har relevans for helse- og omsorgstjenestene i norske kommuner. Internasjonale kunnskapsoppsummeringer er imidlertid tatt med, som nevnt i innledningen, hvis de har særskilt overføringsverdi og relevans for en norsk kontekst. Slik mener vi denne studien også er et viktig tilskudd til kunnskapsgrunnlaget i den kommunale helse- og omsorgssektoren når det gjelder tematikken eldre og alkoholbruk. Den kan leses som et svar på følgende problemstillinger:

1. Hvilke juridiske, politiske og faglige dokumenter regulerer og legger føringer for den kommunale helse- og omsorgstjenestens oppgaver og ansvar overfor eldre personers alkoholbruk?
2. Hvilke utfordringer med relevans for helse- og omsorgstjenestene i kommunene er identifisert og beskrevet i forsknings- og utviklingslitteraturen om alkoholbruk blant eldre?
3. Hvilke erfaringer med relevans for helse- og omsorgstjenestene i kommunene er gjort og beskrevet i forsknings- og utviklingslitteraturen om alkoholbruk blant eldre?

Den første problemstillingen vil bli besvart i kapittel 3, mens de to siste vil bli besvart i kapittel 4.

Oppsummeringen er først og fremst skrevet for ansatte og ledere i helse- og omsorgstjenestene i kommunene, men den er også utarbeidet med tanke på å være til nytte for studenter, undervisere, forskere, politikere, brukerorganisasjoner og andre med interesse for fagfeltet.

2. Metode og materiale

Denne litteraturstudien identifiserer, beskriver, analyserer og oppsummerer temaet alkoholbruk og eldre gjennom den metoden som omtales – foreløpig også på norsk – som *scoping review* (Arksey & O'Malley, 2005). Ifølge Arksey og O'Malley skiller *scoping reviews* seg fra systematiske kunnskapsoversikter («*systematic reviews*») på flere sentrale punkter: Til forskjell fra systematiske oversikter legger denne metodetilnærmingen opp til å bruke åpnere og bredere problemstillinger. Det kan inkluderes litteratur med flere typer studiedesign. Det er større åpenhet for å utvikle inklusjonskriterier underveis i arbeidet, og de identifiserte studienes vitenskapelige kvalitet blir heller ikke kvalitetsvurdert og rangert opp mot et gitt evidenshierarki. I stedet legges det vekt på å skape en bred oversikt over emner, gi en mer detaljert beskrivelse av funn og kjerneelementer fra de inkluderte arbeidene og på den måten oppsummere og formidle forsknings- og utviklingsarbeider til beslutningstakere, praktikere og andre som mangler tid eller ressurser til å utføre slikt arbeid selv (Arksey & O'Malley, 2005).

I gjennomføringen av kunnskapsoppsummeringen har vi fulgt de fem trinnene i Arksey og O'Malleys metodiske rammeverk for å gjennomføre en *scoping review*: identifisere forskningsspørsmål (trinn 1); identifisere relevant litteratur (trinn 2); velge ut litteratur (trinn 3); kartlegge data (trinn 4); samle, oppsummere og rapportere resultatene (trinn 5).

2.1 Søkestrategi og utvalg

Til grunn for identifiseringen og utvelgelsen av publikasjoner ligger beskrivelsene og definisjonene av forsknings- og utviklingsarbeid som er gitt av OECD (Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling), Norges forskningsråd og NIFU (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning). En mye brukt definisjon av forskning er at det er et kreativt og systematisk arbeid som utføres for å oppnå økt kunnskap (OECD & Norges forskningsråd, 2021, s. 36). Forskning knyttes her både til grunnforskning og anvendt forskning. Det er samtidig en forventning om at forskning resulterer i en vitenskapelig publikasjon, der fire kriterier må være oppfylt for å kunne omtales som vitenskapelig: (1) Den må presentere ny innsikt; (2) den må være i en form som gjør resultatene etterprøvbare eller anvendelige i ny forskning; (3) den må være i et språk og ha en distribusjon som gjør den tilgjengelig for de fleste forskere som kan ha interesse av den; (4) den må være i en publiseringskanal (tidsskrift, serie bokutgivelser, nettsted) med rutiner for fagfellevurdering (NIFU, 2015). I denne oppsummeringen er det vitenskapelige publikasjoner som oppfyller disse kriteriene, vi vil identifisere og presentere som forskning.

Med utviklingsarbeid menes en systematisk virksomhet som anvender eksisterende kunnskap fra forskning og praktisk erfaring, og som er rettet mot å fremstille nye eller vesentlig forbedrede materialer, produkter eller innretninger, eller å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer og tjenester (NIFU, 2015).

Oppsummeringens problemstillinger, gjengitt i kapittel 1.2, har vært styrende for utvelgelsen av forsknings- og utviklingsarbeider. Som inklusjonskriterier satte vi at publikasjonene skulle være publisert mellom 2014 og 2022 på et skandinavisk språk eller engelsk, ha empiri fra en skandinavisk kontekst, omhandle alkoholbruk blant eldre og ha relevans for helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

Som eksklusjonskriterier ble det angitt at materialet *ikke* skulle være publisert før 2014 eller etter 2022, ha empiri utenfor en skandinavisk kontekst eller være publisert på et annet språk enn norsk, dansk, svensk eller engelsk. Studier med data utelukkende fra en sykehuskontekst skulle også utelukkes. Internasjonale kunnskapsoppsummeringer er imidlertid tatt med hvis de er vurdert å ha særskilt overføringsverdi og relevans for en norsk kommunal kontekst.

I arbeidet med å finne forsknings- og utviklingsprosjekter har vi brukt både systematiske og usystematiske søkestrategier.

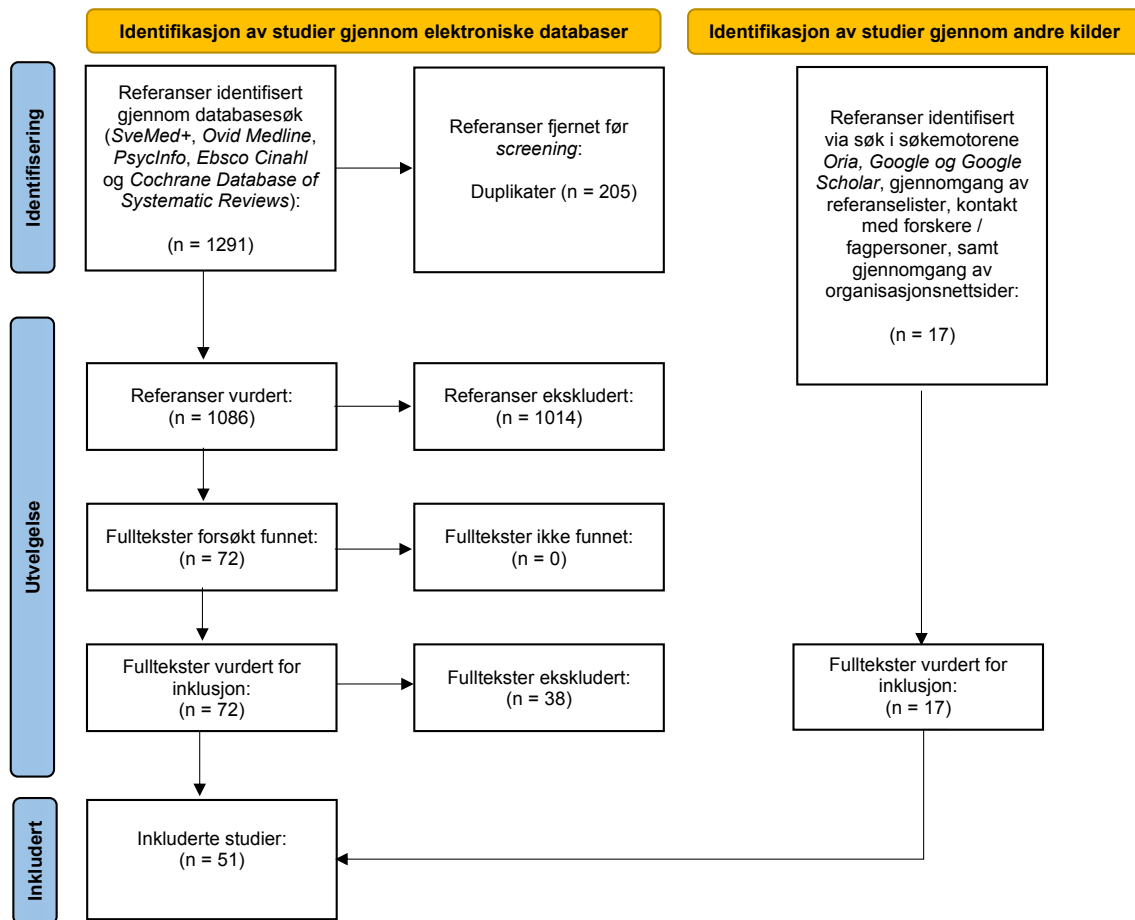
Vi har søkt systematisk i de elektroniske databasene *SveMed+*, *Ovid Medline*, *PsycInfo*, *Ebsco Cinahl* og *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Disse databasesøkene er gjengitt i *vedlegg 1*. Søkeordene ble valgt ut fra oppsummeringens hensikt og problemstillinger. For å finne relevante søkeord og synonymer søkte vi etter MeSH-termer i *SveMed+*, *Ovid Medline* og *PsycInfo*. Vi gjennomgikk også sammendragene til klart relevante artikler, og vi brukte ordbøker på norsk og engelsk. Det ble deretter gjennomført kombinasjonssøk på emneord og nøkkelord i *SveMed+*, *Ovid Medline*, *PsycInfo*, *Ebsco Cinahl* og *Cochrane Database of Systematic Reviews*. I *SveMed+* søkte vi med både norske og engelske søkeord, mens det i *Ovid Medline*, *PsycInfo*, *Ebsco Cinahl* og *Cochrane Database of Systematic Reviews* kun ble søkt med engelske termer.

De systematiske databasesøkene foregikk i to omganger. Det første søket ble foretatt i juni 2021 med 2014–2021 som tidsperiode for inkludering. Siden vi imidlertid kom til å arbeide med denne oppsummeringen over en lengre periode, ble de samme søkene gjentatt på nytt i januar 2023. Dette skjedde i de samme elektroniske databasene, med unntak av *SveMed+*, som ikke har vært oppdatert siden 1. januar 2020 og som dermed heller ikke har fått tilgang av nye studier. Tidsperioden for inklusjon ble utvidet til 2014–2022.

I de siste databasesøkene, som vi gjennomførte den første uken i januar 2023, var det 1291 referanser som ble overført til EndNote for en gjennomgang. Vi fjernet 205 dubletter, før førsteforfatteren vurderte de gjenstående 1086 referansenes relevans ut fra tittel og sammendrag. Totalt 72 vitenskapelige publikasjoner ble til slutt lest i fulltekst og vurdert opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Av disse ble 34 inkludert i analysen.

Vi har også inkludert 17 publikasjoner via søk i og gjennomgang av andre kilder. Dette var enten norskspråklige primærstudier, to norske doktorgradsavhandlinger, én engelskspråklig rapport og én kunnskapsoppsummering (som var publisert før 2014, men som ble tatt med ut fra relevans). Disse publikasjonene ble identifisert enten gjennom søk i elektroniske eller trykte referanselister, gjennom kontakt med forskere og andre fagpersoner med erfaring fra feltet, gjennom søk i søkemotorene *Oria*, *Google* og *Google Scholar* eller ved at vi gjennomgikk aktuelle organisasjoners nettsider. Alle disse 51 publikasjonene er beskrevet og oppsummert i kapittel 4 («Forsknings- og utviklingsarbeid»). I denne gjennomgangen identifiserte vi samtidig en rekke verktøy og ressurser, som er presentert og beskrevet i kapittel 5.

Figur 1 viser flytskjema over identifisert litteratur gjennom databasesøk og andre kilder:



Figur 1: Flytskjema over identifisert litteratur

2.2 Analyse

De 51 identifiserte publikasjonene, som vil bli presentert, beskrevet og oppsummert i kapittel 4, består av 36 vitenskapelige tidsskriftsartikler (31 engelskspråklige, fire norskspråklige og én svenskspråklig), elleve rapporter (ti norskspråklige og én engelskspråklig), to bokkapitler i rapporter (begge norskspråklige) samt to doktorgradsavhandlinger (forsvart ved norske universiteter, publisert på engelsk). En oversikt over disse forsknings- og utviklingsarbeidene er presentert til slutt i oppsummeringen (vedlegg 2).

Datamaterialet er kodet og analysert ved hjelp Braun og Clarkes (2006, 2016) trinnvise modell for tematisk analyse. I denne modellen foregår analysen av temaene i seks faser: gjøre seg kjent med dataene (fase 1); generere innledende koder (fase 2), søke etter temaer (fase 3), evaluere temaer (fase 4), definere temaer (fase 5) og produsere det skriftlige arbeidet (fase 6). Koder og temaer ble her identifisert og konstruert på bakgrunn av kjennetegn og mønstre i dataene. Denne første grupperingen, som Braun og Clarke forstår som *datadrevet koding*, justerte og endret vi etter hvert som vi leste publikasjonene på nytt i sin helhet; nye kategorier kom til, andre ble slått sammen eller gitt endrede navn. Til slutt ble

områdene samlet og skrevet inn under følgende tre tematiske overskrifter: (1) alkoholbruk og trender blant eldre; (2) alkoholbruk, aldring og helse; (3) helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene.

Oppsummeringen er skrevet av Terje Emil Fredwall (førsteforfatter) og Anne Jørstad Antonsen (andreforfatter). Begge forfatterne har bidratt i designet og gjennomføringen av studien. Førsteforfatteren (TEF) har skrevet kapittel 1, kapittel 2, kapittel 3, kapitlene 4.1 og 4.3, kapittel 5 og kapittel 6, mens kapittel 4.2 er skrevet i fellesskap av første- og andreforfatteren. Alle delene av oppsummeringen er lest, kommentert og diskutert av begge forfatterne, og vi står begge bak oppsummeringens samlede presentasjon og konklusjoner.

2.3 Kvalitetssikring

I arbeidet med oppsummeringen har vi fått verdifulle innspill og kommentarer fra Hilde Fleitscher (ergoterapispesialist i Eldres helse med ansvar for helseveiledning for seniorer i Kristiansand kommune), Harald Eivindson (ruskonsulent i Evje og Hornnes kommune), Per Gunnar Disch (førstelektor ved Senter for omsorgsforskning, sør, Universitetet i Sørøst-Norge (USN))² og Kristin Briseid³ (førstemanuensis ved Senter for omsorgsforskning, sør, USN).

Oddvar Førland (professor ved Senter for omsorgsforskning, vest, Høgskulen på Vestlandet) har fagfellevurdert oppsummeringen, mens førstemanuensis Siri Andreassen Devik (Senter for omsorgsforskning, midt, Nord universitet) har vært setterredaktør (ettersom førsteforfatteren er ansvarlig redaktør for Omsorgsbiblioteket).

² I *Tidsskrift for omsorgsforskning* presenterer Per Gunnar Disch med jevne mellomrom offentlige styringsdokumenter som er viktige og relevante for ledere, mellomledere og utøvere i helse- og omsorgstjenestene. Det er også til denne delen, kapittel 3 (Lover, forskrifter og offentlige dokumenter) at han i særlig grad har gitt innspill og kommentarer til vår oppsummering.

³ Briseid er for tiden tilknyttet det forskningsrådsfinansierte forskningsprosjektet ROMEO, som undersøker hvordan den strukturelle organiseringen av kommunale tjenester påvirker pasientforløp for hjemmeboende eldre med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.

3. Lover, forskrifter og sentrale offentlige dokumenter

I dette kapitlet vil vi gi en oversikt over et utvalg juridiske, politiske og faglige dokumenter som regulerer og har lagt føringer for kommunenes oppgaver og ansvar overfor eldre persons alkoholbruk. Det skjer gjennom å identifisere og beskrive relevante lover, forskrifter og offentlige dokumenter (utredninger, proposisjoner, nasjonale strategier og meldinger til Stortinget) samt relevante faglige veiledere og nasjonale retningslinjer.⁴ Lover og forskrifter er presentert alfabetisk, mens offentlige dokumenter, veiledere og retningslinjer er organisert kronologisk.

3.1 Lover

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

Formålet med loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse (§ 1). Folkehelse defineres i § 3 som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning». I kapittel 2 angis kommunens ansvar for folkehelsearbeidet. Kommunen, heter det blant annet i § 4, skal «fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen». Den skal videre fremme folkehelse innen de oppgavene og med de virkemidlene den er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Og den skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter. I § 5 gis kommunene ansvaret for å ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorene som kan virke inn på denne.

Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven)

Loven har som formål å bidra til sikkerhet for pasienter, kvalitet i helse- og omsorgstjenesten og tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (§ 1). Helsepersonelloven regulerer yrkesutøvelsen gjennom krav til blant annet faglig forsvarlig opptreden, dokumentasjon og taushetsplikt og regler om meldeordninger, autorisasjon og sanksjonssystem mv. I kapittel 5 gis det nærmere føringer for taushetsplikt og opplysningsrett. I § 21 fremgår det at helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være

⁴I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven presiseres det at anbefalinger som er gitt i nasjonale faglige retningslinjer, ikke er rettslig bindende. I stedet er de normerende og retningsgivende ved å peke på hva som er god faglig praksis og anbefalte handlingsvalg. Hvis det blir valgt en annen praksis enn det som foreslås i retningslinjer eller veiledere, bør denne være basert på en konkret og begrunnet vurdering, heter det (Prop. 91 L (2010–2011)).

helsepersonell.⁵ I § 34 gis lege, psykolog eller optiker meldeplikt når pasienter ikke oppfyller helsekrav for føring av motorvogn.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Formålet med loven er blant annet å sikre at det foregår samhandling, at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasienter og brukere, og at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov (§ 1-1). I loven tydeliggjøres kommunenes helhetlige ansvar. Dette ansvaret blir i § 3-1 angitt å gjelde alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, rusmiddelproblem eller sosiale problemer. Kommunen blir i § 3-2 gitt ansvaret for at innbyggere som har rusmiddelproblemer, får utredning, diagnostisering og behandling. Paragraf 3-3 første ledd tydeliggjør kommunens ansvar for å fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Disse oppgavene inngår som en del av de nødvendige helse- og omsorgstjenestene etter § 3-1 og forsvarlig helsehjelp etter § 4-1. I § 3-4 fremgår det at kommunene har plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester som er omfattet av loven. I § 3-5 omtales kommunenes ansvar for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Loven pålegger videre kommunene å utarbeide individuell plan til (§ 7-1) og tilby koordinator for (§ 7-2) pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. I § 4-1 heter det at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at pasienten eller brukeren får «et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud». I kapittel 10 angis hjemler for å bruke tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige.

Lov om omsetning av alkoholholdig drikk mv. (alkoholloven)

Formålet med loven er å regulere innførsel og omsetning av alkoholholdige drikker på en slik måte at det i størst mulig utstrekning begrenser de samfunnsmessige og individuelle skadene som alkoholbruk kan innebære. Som et ledd i dette sikter loven på å begrense forbruket av alkoholholdige drikkevarer (§ 1-1). Alkohol defineres i § 1-3 som en fellesbetegnelse på drikker som inneholder mer enn 2,5 volumprosent alkohol. Alkoholloven setter de ytre rammene for bevillingssystemet, men det er kommunene – gjennom å gi bevilling for salg og skjenking – som i all hovedsak har ansvar for den løpende forvaltningen av loven (§ 1-7). Kommunestyret har mulighet til å regulere skjenketidene (kapittel 4). Alkoholloven pålegger også kommunene å føre kontroll med at bevillingshaverne driver i henhold til lover og forskrifter (§ 1-9).

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

En pasient defineres etter § 1-3 som en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfellet. En bruker forstås som en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp (i betydningen: handlinger som er utført av helsepersonell, og som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål). Etter § 3-1

⁵ I Helsedirektoratets (2022) kommentar til helsepersonelloven (1999) § 21 presiserer direktoratet at formålet med helsepersonells taushetsplikt «er å sikre befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten slik at personer ikke unnlater å oppsøke hjelp av frykt for at uvedkommende skal få tilgang til opplysninger». Et slikt tillitsforhold «er viktig for at pasienten skal føle det trygt å gi fra seg nødvendige opplysninger om seg selv og sin helsetilstand for at helse- og omsorgstjenesten/helsepersonellet skal kunne yte best mulig helsehjelp. Pasienten skal føle seg trygg på at opplysninger som gis i forbindelse med helsehjelp ikke benyttes i andre sammenhenger og utleveres til eller tilkommer uvedkommende. Taushetsplikten er i utgangspunktet til hinder for at det enkelte helsepersonell gir opplysninger videre til pasientens familie, andre profesjonsutøvere, etater eller andre personer». «Taushetsplikten», skriver Helsedirektoratet, «gjelder alt helsepersonell som yter helsehjelp».

har pasientene og brukerne rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Tjenestetilbudet skal også, så langt som det er mulig, utformes i samarbeid med pasienten og brukerne, og det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener når tjenestetilbud utformes.

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)

I loven blir det regionale helseforetaket gitt ansvaret for å sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor en institusjon. Dette gjelder blant annet tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (§ 2-1a). De regionale helseforetakene skal ifølge § 2-1a også peke ut institusjoner i det enkelte helseforetaket som kan ta imot rusmiddelavhengige med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4. Ifølge § 2-1e forplikter de regionale helseforetakene seg til å legge til rette for nødvendig samarbeid og inngå samarbeidsavtaler med kommunene. Helseforetaket skal varsle kommunen så snart som mulig når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen (§ 2-5). Helseforetaket skal også oppnevne en koordinator for den samme gruppen pasienter som kommunen skal tilby koordinator til (§ 2-5a).

3.2 Forskrifter

Forskrift om fastlegeordning i kommunene

Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge, får en fast allmennlege å forholde seg til (§ 1). Kommunene har ansvar for å tilrettelegge for samarbeid mellom kommunen og fastlegene og mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten (§ 8). Fastlegens listeansvar skal, ifølge § 10, dekke alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus for innbyggerne på listen, så sant ikke annet er presisert i loven eller forskriften. I henhold til § 19 skal fastlegen ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene

Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (§ 1). Ifølge § 3 skal kommunene etablere prosedyrer som blant annet skal søke å sikre at den enkelte pasienten og brukeren får de tjenestene som vedkommende har behov for, til rett tid og i henhold til en individuell plan (når en slik finnes). De skal sikre at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten, og at brukere av pleie- og omsorgstjenester medvirker når tjenestetilbudet utformes eller endres, og gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene. Det fremheves også at brukerne av pleie- og omsorgstjenester skal få tilfredsstilt sine grunnleggende behov. Eksempler på dette er at brukerne skal oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i tjenestetilbudet, selvstendighet og styring av sitt eget liv, samt sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet.

3.3 Offentlige utredninger, proposisjoner, nasjonale strategier og meldinger til Stortinget

Ot.prp. nr. 3 (2002–2003). Statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for rusmiddelmisbrukere

I denne proposisjonen, også omtalt som Rusreform I, ble det foreslått at staten ved de regionale helseforetakene skulle overta ansvaret for spesialisthelsetjenester for personer med rusmiddellidelse (Ot.prp. nr. 3 (2002–2003)). Dette innebar at de regionale helseforetakene overtok ansvaret for avrusing etter henvisning som krever tett medisinsk og helsefaglig oppfølging, helsefaglig utredning og kartlegging av egnet behandlingsbehov, og spesialisert behandling – poliklinisk eller i institusjon. For Stortingets behandling av proposisjonen, se: Innst. O. nr. 51 (2002–2003).

Ot.prp. nr. 54 (2002–2003). Rusreform II og rett til individuell plan

Forslagene i denne proposisjonen, også omtalt som Rusreform II, fullførte den omorganiseringen av rusfeltet som ble omtalt i avsnittet over (Ot.prp. nr. 54 (2002–2003)). Omorganiseringen la opp til å samle ansvaret for tiltak for personer med rusmiddellidelse, med unntak av spesialiserte helsetjenester, i kommunene. Slik skulle kommunene lettere kunne planlegge helhetlige tiltakskjeder til beste for brukerne. Dette innebar blant annet at alle skulle få individuelt tilpassede tiltak, og at alle tiltak skulle henge sammen. Slik ble det lagt opp til å unngå flaskehals og forebygge tilbakefall. Et viktig prinsipp i denne reformen var å gi kommunene et helhetlig ansvar for den enkelte som behøvde hjelp med rusmiddelproblemene. Det ble påpekt at ingen andre enn kommunene kunne ta et slikt helhetsansvar, der individuelle planer ble løftet frem som et konkret virkemiddel for å følge opp helhetsansvaret. I proposisjonen ble det derfor foreslått å lovfeste retten til individuell plan i sosialtjenesteloven. For Stortingets behandling av proposisjonen, se: Innst. O. nr. 4 (2003–2004).

St.meld. nr. 25 (2005–2006). Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer

Denne meldingen inneholdt *Omsorgsplan 2015*, som oppsummerte regjeringens strategi de neste ti årene for å møte dagens og fremtidens omsorgsutfordringer (St.meld. nr. 25 (2005–2006)). Omsorgsplanen inneholdt ingen konkrete punkter om alkoholbruk blant eldre, men en av utfordringene som omtales svært kort andre steder i meldingen, er alkoholforbruket til den middelaldrende og eldre generasjonen. Det ble påpekt at «det er vanskelig å gi et godt anslag på fremtidig alkoholforbruk», men det vises til økende alkoholbruk generelt i befolkningen og til klare sammenhenger mellom utdanningsnivå og alkoholkonsum. Både høyere alkoholbruk og stigende utdanningsnivå «blant dagens unge og middelaldrende» indikerte ifølge meldingen dermed at «økt alkoholforbruk kan [...] bli en stor utfordring for de framtidige omsorgstjenestene» (St.meld. nr. 25 (2005–2006), s. 45). For Stortingets behandling av meldingen, se: Innst. S. nr. 150 (2006–2007).

Opptappingsplan for rusfeltet 2007–2012

Opptappingsplanen var et samarbeid mellom åtte departementer, og den hadde 147 konkrete tiltak for å styrke og møte utfordringene på rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Det ble her blant annet lagt vekt på å se rusmiddelarbeidet i et folkehelseperspektiv, styrke det rusforebyggende arbeidet og gi økt innflytelse til brukerne og de pårørende. Ett av delmålene i opptappingsplanen var å redusere totalforbruket av alkohol. Et annet var å styrke arbeidet mot illegale rusmidler og illegal bruk av legemidler, noe som også inkluderte

misbruk av vanedannende legemidler. Eldre personer er ikke eksplisitt omtalt som gruppe i opptrappingsplanen.

St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid
Denne meldingen fremhevet betydningen av å få et bedre og mer helhetlig helsetilbud og å gi pasientene helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Det ble tegnet et bilde av store samhandlingsproblemer, som ifølge meldingen vil vokse med spesialiserte personellgrupper, behandlingskompleksitet, funksjonsdeling og nye pasientgrupper. Det ble påpekt at vi frem mot 2050 vil få en betydelig økning i antall eldre, noe som også vil bety at det blir flere som er syke, og som har behov for helse- og omsorgstjenester. Manglende samhandling er den viktigste grunnen til at syke eldre, mennesker med kroniske sykdommer, rusmiddelproblemer og psykiske lidelser lett blir tapere i møte med helsetjenestene, heter det i meldingen. Det blir også fremhevet at det viktigste rusforebyggende arbeidet er forankret i primærkommunen. Det vektlegges at psykisk sykdom, rus og pasienter med sammensatte lidelser viser kompleksiteten på områder der samhandlingsbehovet kan strekke seg ut over helse- og omsorgsektoren. Psykisk helse og rus omtales særlig i kapittel 6.7. For Stortingets behandling av meldingen, se: Innst. 212 S (2009–2010).

Meld. St. 30 (2011–2012). Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk: Alkohol – narkotika – doping
I meldingen ble det løftet frem fem innsatsområder for rusmiddelpolitikken: (1) forebygging og tidlig innsats; (2) samhandling – tjenester som jobber sammen; (3) økt kompetanse og bedre kvalitet; (4) hjelp til tungt avhengige – redusere overdosedødsfall; (5) innsats for pårørende og mot passiv drikking (Meld. St. 30 (2011–2012)). Disse innsatsområdene ble sett på som en videreføring av samhandlingsreformens mål om et tjenestetilbud som er tilgjengelig, kunnskapsbasert, individuelt tilpasset, samordnet og kontinuerlig. I meldingen uttrykkes det bekymring for et økende alkoholkonsum i Norge, særlig blant kvinner som er eldre enn 50 år. Dagens 65-åringene konsumerte totalt mer alkohol og hadde et annerledes drikkemønster enn generasjonene før dem, påpekes det. Det ble også uttrykt som en utfordring at eldre var en gruppe med høyt forbruk av legemidler. I meldingen ble det varslet om viktigheten av å finne frem til gode strategier for å fange opp hjemmeboende middelaldrende og eldre som drakk alkohol og/eller hadde stort forbruk av legemidler. For Stortingets behandling av meldingen, se: Innst. 207 S (2012–2013).

Meld. St. 19 (2014–2015). Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter
I denne meldingen ble det fastsatt tre nasjonale mål for folkehelsepolitikken: Norge skulle være blant de tre landene i verden som hadde høyest levealder; befolkningen skulle oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller; det skulle skapes et samfunn som fremmet helse i hele befolkningen (Meld. St. 19 (2014–2015)). «Aktive eldre» var ett av de nye innsatsområdene for folkehelsepolitikken. Det samme var å inkludere psykisk helse i folkehelsearbeidet og legge til rette for helsevennlige valg. «Aktive eldre» var også tittelen på et eget kapittel i meldingen (kapittel 4), der regjeringen omtalte og beskrev sentrale rammer for en «moderne eldrepolitikk som retter oppmerksomheten mot betydningen av aktiv aldring». I meldingen varslet Solberg-regjeringen om at den vil legge frem en samlet strategi for en moderne eldrepolitikk. Regjeringen sluttet også opp om Verdens helseorganisasjons globale mål om 10 prosent reduksjon av skadelig bruk av alkohol innen 2025. For å nå dette målet viste regjeringen til tre indikatorer som WHO hadde etablert: alkoholkonsum per innbygger, forekomst av store enkeltinntak av alkohol,

og alkoholrelatert sykkelighet og dødelighet. Det ble videre vektlagt at rusmiddelproblemer skulle få høyere prioritet i helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen foreslo også å styrke kompetansen i kommunale tjenester gjennom å rekruttere flere psykologer, blant annet for å sette kommunene bedre i stand til å oppfylle den lovpålagte plikten til diagnostisering og behandling av psykisk syke og personer med rusmiddelproblemer. For Stortingets behandling av meldingen, se: Innst. 380 S (2014–2015).

Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

I meldingen ble det beskrevet flere utfordringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Meld. St. 26 (2014–2015)). Én av disse var at flere brukere med mer sammensatte og komplekse behov skulle følges opp i kommunen. En annen var at veksten i behov for tjenester i kommunene skapte bærekraft- og kompetanseutfordringer. Samlokalisering av tjenester ble løftet frem som et første steg for bedre samhandling og samordning på tvers av deltjenester, og det ble betont at kommunene måtte bli gjort i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der pasientene bor, og en større andel av tjenester levert i kommunene. I meldingen ble spredning av forebyggende hjemmebesøk for eldre løftet frem som ett av tiltakene for å bedre kvaliteten i tjenestene. Regjeringen varslet dessuten om at fra 2017 skulle alle kommuner ha tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold for brukere med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer. For Stortingets behandling av meldingen, se: Innst. 40 S (2015–2016).

Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020

Denne planen for det kommunale omsorgsfeltet avløste den forrige Omsorgsplan 2015. Det ble her påpekt at en av hovedutfordringene i fremtidens helse- og omsorgstjeneste var å oppnå mer forebygging av sykdom, funksjonssvikt og sosiale problemer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dette kunne ifølge planen bli oppnådd ved en mer aktiv tilnærming til personer eller grupper som var i risikozonen for å utvikle sykdom eller redusere sitt funksjonsnivå, eller som allerede hadde redusert funksjonsevne. God opplæring, veiledning og støtte av brukere ble i tillegg omtalt som viktig for å unngå forverring og å kunne mestre livet med sykdom. Det ble varslet at for å veilede kommunene i forebyggende og helsefremmende tiltak for eldre skulle det utvikles nytt veiledningsmateriell.

Prop. 15 S (2015–2016): Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)

I opptappingsplanen var regjeringen opptatt av at de eldre ble stadig flere, og samtidig drakk mer alkohol (Prop. 15 S (2015–2016)). Dette kunne føre til flere alkoholrelaterte problemer i denne gruppen, ble det påpekt. Regjeringen erkjente videre at eldre og rusmiddelproblemer var et tema som i liten grad hadde vært tematisert i tidligere offentlige satsinger. Alkoholrelaterte sykdommer og problemer blant dagens og morgendagens eldre vil imidlertid representere en betydelig samfunnsmessig utfordring og kunne føre til ytterligere press på helse- og omsorgstjenestene i fremtiden, het det i proposisjonen. Regjeringen vektla videre viktigheten av å forhindre risikofylt bruk av alkohol hos voksne og eldre, der fastlege og hjemmetjenester ble løftet frem som sentrale aktører. Den betonte også at siden hjemmebaserte tjenester og fastlegen var sentrale kommunale tjenester og kontaktpunkt, var det nødvendig at nøkkelpersonalet hadde kvalifisert kompetanse. Regjeringen varslet derfor at den ville øke kompetansen på eldre og rus blant helse- og sosialpersonell og styrke behandlings- og oppfølgingstilbudet til det voksende antallet eldre med rusmiddelproblemer. Den skulle også, slik det ble omtalt i *Omsorg 2020*, styrke arbeidet med forebyggende hjemmebesøk, siden slike besøk kunne avdekke rusmiddelproblemer og styrke mulighetene for

å gi tidlig hjelp. Regjeringen knyttet også isolasjon og ensomhet opp mot alkoholmisbruk blant eldre. I opptrappingsplanen ble det videre uttrykt at det var nødvendig å styrke behandlingsskapiteten innenfor TSB til et voksende antall eldre med rusproblemer. Det ble dessuten tatt til orde for å innføre pakkeforløp for rusbehandling og psykisk helsevern innen 2020 etter mal av pakkeforløp for kreft. For Stortingets behandling av planen, se: Innst. 240 S (2015–2016).

Flere år – flere muligheter: Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn

Gjennom denne tverrdepartementale strategien ønsket regjeringen å stimulere til aktive eldre med vekt på mulighetene som lå i økt deltakelse i arbeids- og samfunnsliv (Departementene, 2016). Den uttrykte visjonen for strategien var at alle nordmenn skulle kunne leve et langt og meningsfylt liv med aktiv og sunn aldring. Helse- og omsorgstjenesten ble her løftet frem som en sektor som i større grad skulle legge mer vekt på forhold som fremmet aktiv og sunn aldring. Både bruken av alkohol og legemidler blant eldre ble i strategiens kapittel 7 beskrevet som en utfordring.

Meld. St. 11 (2015–2016). Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)

I meldingen uttrykte regjeringen at mennesker med psykiske helseutfordringer og rusmiddelavhengighet skulle få et godt behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten nærmest mulig der de bodde i helseregionene (Meld. St. 11 (2015–2016)). Det ble også løftet frem som et mål at distriktpspsykiatriske sentre skulle ha døgnberedskap. Regjeringen betonte videre at spesialisthelsetjenesten måtte legge til rette for videre utvikling av desentraliserte, ambulante tjenester og samhandling med blant annet kommunenes helse- og omsorgstjenester. Mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, ble det påpekt, skulle ha like rask og god utredning og behandling av sine somatiske helseproblemer som andre pasienter. Tjenestene måtte her bli innrettet slik at pasientene opplevde et sammenhengende behandlingsforløp, uten å måtte vente på oppfølging etter utredning eller avrusing. For Stortingets behandling av meldingen, se: Innst. 206 S (2015–2016).

Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)

Denne tverrdepartementale strategien, som bygde videre på tidligere stortingsmeldinger, strategier og planer (de mest sentrale er omtalt før i denne oppsummeringen), var den første helhetlige planen for psykisk helsefeltet etter 2008 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). I strategien gikk det frem at pakkeforløp for psykisk helse og rus skulle implementeres og systematisk bli evaluert, og det ble vektlagt at tjenestetilbudet burde bli mer forutsigbart. Økt alkoholbruk blant eldre mennesker ble også løftet frem som en utfordring ved at det blant annet kunne forsterke psykiske lidelser som angst og depresjon og være et tegn på mistrivsel og ensomhet. Regjeringen fremhevet også at den ville arbeide for at psykisk helse, livskvalitet og mestring skulle være forankret i alle sektorer og være gjennomgående i folkehelsepolitikken, kommunesektoren og staten.

Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre

I denne meldingen presenterte og beskrev regjeringen reformen *Leve hele livet* (Meld. St. 15 (2017–2018)). Denne reformen skulle ifølge meldingen bidra til at eldre kunne mestre livet lenger, ha trygghet for at de fikk god hjelp når de hadde behov for det, at pårørende kunne bidra uten at de ble utslitt, og at ansatte kunne bruke sin kompetanse i tjenestene. Alkoholbruk blant eldre ble omtalt i kapittel 7 om helsehjelp til eldre. Det ble her vist til viktigheten av god oppfølging og tilpasset veiledning om levevaner, blant annet relatert til

alkohol og kombinasjonsbruk av alkohol og legemidler. Rusmedisinsk kunnskap og kompetanse hos helsepersonell ble i den sammenhengen omtalt som viktig for å senke terskelen til å ta opp rusmiddelbruk og for å oppdage uheldig samtidig bruk av alkohol og legemidler. NERO (Nettverk eldre og rus, Oslo) ble løftet frem som eksempel på et prosjekt som andre kommuner kunne hente inspirasjon fra når det gjelder å intervensere ved skadelig bruk av alkohol og legemidler hos eldre. For Stortingets behandling av meldingen, se: Innst. 43 S (2018–2019).

Meld. St. 19 (2018–2019). Folkehelsemeldinga: Gode liv i eit trygt samfunn

I denne folkehelsemeldingen ble det vektlagt hvilken sentral rolle kommunene hadde i å forebygge alkoholrelaterte skader (Meld. St. 19 (2018–2019)). Dette ble satt i særlig sammenheng med forvaltningen av løyveordningen for alkoholsalg og utarbeiding av planverk, slik som alkoholpolitiske og rusmiddelpolitiske handlingsplaner og kommuneplaner. Meldingen tematiserte også det økende alkoholkonsumet blant eldre, som ifølge regjeringen ga grunn til uro. Det ble her vist til at dagens eldre hadde bedre helse sammenlignet med tidligere generasjoner, men at både prosentandelen eldre økte, og at middelaldrende og eldre drakk mer og oftere alkohol enn før. Regjeringen varslet dessuten at den ville legge frem en nasjonal alkoholstrategi for å følge opp den gjeldende målsettingen om reduksjon i det skadelige alkoholkonsumet.

Nasjonal alkoholstrategi: En helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk: 2021–2025

Målet med strategien var å redusere skadelig alkoholforbruk i befolkningen med minst 10 prosent innen 2025 sammenlignet med 2010 (Departementene, 2021). En slik reduksjon ble i strategien bygd på hovedpilarene folkehelse og solidaritet. Regjeringen uttrykte bekymring for økende alkoholkonsum blant eldre. Veksten og omfanget i eldres alkoholforbruk, ofte i kombinasjon med høyt forbruk av medikamenter, krevde økt oppmerksomhet om eldre og alkohol i årene fremover, ble det presisert. Både hjemmebaserte tjenester og fastlegetjenesten ble løftet frem som sentrale kommunale tjenester for å kartlegge eller fange opp skadelig alkoholbruk blant eldre. Regjeringen tok her mål av seg å øke fastlegenes kunnskap om alkoholproblemer og syn på betydningen av å avdekke slike problemer. Den oppfordret også kommunene til å ta i bruk forebyggende hjemmebesøk for eldre.

3.4 Rundskriv, faglige veiledere og nasjonale retningslinjer og råd

Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten

Veilederen beskriver krav og forventninger til lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid (Helsedirektoratet, 2014). Den angir sentrale aktører og skisserer hvordan tjenestene kan ivareta målene på en god måte. I veilederen heter det at hjemmesykepleien bør se alkoholbruk som en faktor for helseplager for å kunne avdekke rusmiddelbruk og intervensere i den forbindelse. Alkoholbruk blant eldre er ellers i lite grad tematisert.

Rundskriv om forebyggende hjemmebesøk i kommunene

Rundskrivet beskriver hvordan kommunene kan bruke forebyggende hjemmebesøk som en del av sitt tjenestetilbud til eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Det presiseres at kommunens «sørge for-ansvar for å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester» også

inkluderer en plikt til å arbeide forebyggende. Systematiske forebyggende hjemmebesøk i kommunene løftes her frem som et tiltak som kan bidra til økt mestring i Eldres liv og å oppfylle kommunens ansvar for forebyggende helse- og omsorgsarbeid.

Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet

Med denne retningslinjen, som i hovedsak er rettet mot behandling og oppfølging av personer som har et rusmiddelproblem eller er avhengig av rusmidler, ønsker Helsedirektoratet (2017a) å sette en faglig fellesstandard for å styrke kvaliteten, harmonisere tilbudet i hele landet og hindre uønsket variasjon. «Eldre med rusmiddelproblemer» er omtalt i kapittel 7. Helsedirektoratet anbefaler alderstilpasset utredning og tilrettelagte tiltak overfor eldre med rusmiddelproblemer. I retningslinjen heter det også at fagpersonell bør ha både rusfaglig og geriatrisk kompetanse.

Pårørendeveileder

I denne veilederen beskrives pårørendes rettigheter, helse- og omsorgstjenestens plikter samt anbefalinger om god praksis (Helsedirektoratet, 2017b). Veilederen omfatter alle pårørendegrupper, uavhengig av pasientens eller brukerens diagnose, og inkluderer eldre, voksne, ungdom og barn som pårørende. I kapittel 4.3 vektlegges det at ved melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmisbruk har kommunen plikt til å gjøre nødvendige undersøkelser og vurdere om det skal fremmes sak om tvangsplassering i institusjon. Det påpekes videre at pårørende skal ha tilbakemelding når saken er utredet. Informasjon om resultatet og vurderinger krever samtykke fra den det gjelder. I veilederen heter det også at pårørende må få støtte ved behov og gis informasjon om aktuelle hjelpetilbud, slik som selvhjelpsgrupper og pårørendeorganisasjoner.

Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov

Denne veilederen retter seg mot ledere på alle nivåer i virksomheter som yter tjenester til personer med store og sammensatte behov, men kommunene løftes frem som en særlig viktig målgruppe (Helsedirektoratet, 2017c). Stadig flere pasienter og brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester har flere sykdommer samtidig, nedsatt funksjon relatert til flere livs- og funksjonsområder, og et omfattende behov for bistand. Dette handler om både psykisk helse, rus, somatisk helse og psykososial fungering. Det anvendes i liten grad fagkompetanse på tvers av tjenesteområdene for disse brukergruppene. Eldre som i tillegg til somatisk sykdom har psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelavhengighet, omtales som en særlig sårbar gruppe. Veilederen skal etter Helsedirektoratets intensjon bidra til at pasient- og brukergruppene får strukturert og tverrfaglig oppfølging som ivaretar det helhetlige behovet uavhengig av hvilken diagnose og hvilket funksjonsnivå de har.

Veileder om forebyggende hjemmebesøk

I denne veilederen fra Helsedirektoratet (2019a) om forebyggende hjemmebesøk trekkes «rus og alkohol» frem som et av samtaletemaene som kan være aktuelle å ta opp under slike besøk. Hensikten er ifølge veilederen å få de eldre til å reflektere over sitt eget bruk av alkohol og rusmidler og eventuelt kontakte fastlege. Det gis forslag til hvordan inngangen til samtalen om rusmidler og alkohol kan foregå, og det gis også råd om hvordan man kan samtale om alkoholforbruk. I tillegg til «rus og alkohol» er følgende samtaletemaer listet opp: bolig, brann, ernæring, fall, fysisk aktivitet, hjelpemidler og velferdsteknologi, legemidler, psykisk helse, sosialt fellesskap og vold. I veilederen heter det at kommunen selv velger hvilke samtaletemaer og spørsmål som er aktuelle.

Nasjonale faglige råd: Psykiske lidelser hos eldre

Disse nasjonale rådene fra Helsedirektoratet (2019b) inneholder et eget kapittel om eldre, rus og rusmidler (kapittel 6). Det sies blant annet at helsepersonell bør spørre eldre pasienter om alkoholbruk, bruk av andre rusmidler og legemidler (spesielt vanedannende) og iverksette tiltak ved mistanke om problematisk eller helseskadelig bruk. Det heter også at eldre pasienter med rusmiddelproblemer bør få tilbud om rusmiddelbehandling i primær- og spesialisthelsetjenesten på lik linje med yngre voksne.

Nasjonal veileder om vanedannende legemidler

Denne veilederen fra Helsedirektoratet (2021) om vanedannende legemidler inneholder et eget kapittel viet gruppen «personer over 65 år» (kapittel 5). Her står det blant annet at legen skal vurdere indikasjon for vanedannende legemidler nøye i møte med denne pasient- og brukergruppen. Ved vurdering av ordinering av vanedannende legemidler til personer over 65 år bør legen videre ta særlig hensyn til at ved økende alder kan: 1) legemidler og rusmidler ha en annen effekt enn de hadde tidligere i livet; 2) forskjellene mellom fysisk og kronologisk alder øke; 3) redusert toleranse for alkohol oppleves; 4) samtidig bruk av vanedannende legemidler og rusmidler gi alvorligere konsekvenser enn hos yngre.

4. Forsknings- og utviklingsarbeid

I dette kapitlet identifiseres, beskrives og oppsummeres kunnskap om alkoholbruk blant eldre som har relevans for helse- og omsorgstjenestene i kommunene. De identifiserte forsknings- og utviklingsarbeidene er organisert i tre temaer: (1) alkoholbruk og trender blant eldre; (2) alkoholbruk, aldring og helse; (3) helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene.

4.1 Alkoholbruk og trender blant eldre

I denne gjennomgangen av alkoholbruk og trender blant eldre har vi strukturert teksten omkring to undertemaer og en oppsummerende avslutning. Vi starter først med å identifisere og beskrive kunnskap om alkoholbruk, alkoholvaner og drikkemønster, før blikket rettes mot kunnskap om vanedannende legemidler og alkoholbruk blant eldre. Delkapitlet avsluttes så med en oppsummering av de identifiserte studiene.

4.1.1 Alkoholbruk, alkoholvaner og drikkemønster

Ifølge Folkehelseinstituttet var den registrerte alkoholomsetningen i Norge i 2020 på 7,23 liter ren alkohol per innbygger som var 15 år eller eldre (Bergsvik, 2022). Dette er en økning på 19,5 prosent fra 2019 (med 6,05 liter ren alkohol) og den høyest registrerte målingen noensinne i den norske alkoholstatistikken – som strekker seg tilbake til 1851. Disse tallene er basert på alle registrerte kilder, som er summen av salg i dagligvarebutikker, Vinmonopolet og skjenking i barer og restauranter.⁶

Folkehelseinstituttet og Statistisk sentralbyrå har mellom 2012 og 2021 gjennomført befolkningsundersøkelser om bruk av rusmidler i Norge (Bye & Rossow, 2022). Utvalget er på 3700 personer i alderen 16 til 79 år, der hensikten med undersøkelsene er å gi kunnskap om bruk av rusmidler i ulike befolkningsgrupper i Norge. I alle undersøkelsesårene oppga i overkant av 90 prosent å ha drukket alkohol en eller annen gang, mens en noe lavere andel oppga å ha drukket i løpet av de siste tolv månedene (i overkant av åtte av ti oppga å ha drukket det siste året i perioden 2012–2021). I 2021 rapporterte 76 prosent av respondentene som var mellom 65 og 79 år, at de hadde drukket alkohol det siste året. I gjennomsnitt drakk de eldre personene 62 ganger i løpet av ett år, noe som er høyere enn for andre aldersgrupper (55–64 år: 60 ganger; 45–54 år: 44 ganger; 35–44 år: 45 ganger; 25–34 år: 34 ganger; 16–24 år: 24 ganger). Gjennomsnittlig drikkesekvens var dermed betydelig høyere med økende alder. Respondentene mellom 65 og 79 år rapporterte videre i gjennomsnitt å ha drukket omkring åtte glass vin (12 prosent alkoholstyrke), tre halvliter øl (4,5 prosent

⁶ På grunn av koronapandemien, og reiserestriksjonene og karantekravene som da ble innført, var det i 2020 langt mindre reising til utlandet enn i årene før. Ifølge Folkehelseinstituttet er det grunn til å anta at økningen i registrert omsetning i 2020 i stor grad kan tilskrives bortfall av taxfree- og grensehandel. Det er dermed forsyningskildene for alkohol – og ikke selve alkoholkonsumet – som ser ut til å ha endret seg.

alkoholstyrke) og to glass brennevin (40 prosent alkoholstyrke).⁷ Vinkonsumet for denne aldersgruppen var høyere enn for yngre aldersgrupper, men de drakk i gjennomsnitt mindre øl og mindre brennevin.

I befolkningsundersøkelsen ble respondentene også stilt spørsmål fra screeningsverktøyet AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). AUDIT, som er utviklet i regi av Verdens helseorganisasjon (WHO), brukes ofte til å kartlegge risikofyllt drikking (alkoholkonsum med potensial for negative konsekvenser og/eller som på sikt kan være avhengighets-skapende). Verktøyet består av ti spørsmål om forbruk, avhengighet og konsekvenser av drikking, og det beregnes en skår fra 0 til 40, som brukes som indikasjon på hvilke tiltak som bør iverksettes av helsepersonell etter ulike kategorier av problembruk:

Skår 8–15: Enkle råd om redusering av alkoholforbruk

Skår 16–19: Rådgiving, motiverende samtaler og oppfølging

Skår 20–40: Henvisning til spesialisthelsetjenesten for utredning og behandling

Samlet sett, for alle aldersgruppene, hadde én av åtte i utvalget (13,7 prosent) en AUDIT-skår som tilsa at de ifølge WHO's retningslinjer burde få rådgiving og/eller oppfølging om sitt eget alkoholbruk. For aldersgruppen 65–79 år gjaldt dette seks prosent av respondentene. Som metodekritikk oppgir Bye og Rossow (2022) at flere studier viser at de som drikker mye alkohol, har en tendens til ikke å delta i spørreundersøkelser. Dette indikerer at estimatene for andelen med et risikofyllt alkoholkonsum, *kan være* for lave – også når det kommer til den eldre delen av befolkningen.

Bye og Moan (2020) har undersøkt utviklingen i selvrapportert alkoholbruk og drikkemønster i perioden 1985 til 2019 blant personer i Norge som er 60 år og eldre (opp til 79 år). I særlig grad var de opptatt av endringer i andelen eldre kvinner og menn som oppgir at de drikker alkohol, endringer i drikkefrekvens og endringer i forekomsten av situasjoner med høyt alkoholinntak (såkalte høykonsumsituasjoner). Datamaterialet hentet de fra to store tverrsnittsstudier i Norge, der det samme spørsmålet om alkoholbruk ble stilt på ulike tidspunkter. Den første undersøkelsen samlet inn data fra 1985, 1995 og 2005, og den andre bygde på empiri fra perioden 2012 til 2019. I studien fant Bye og Moan at andelen eldre som rapporterte å drikke alkohol, har økt betydelig – fra 60 prosent i 1985 til 83 prosent i 2019. Økningen var størst i perioden frem mot 2005, da 82 prosent av de som var 60 år eller eldre, oppga å drikke alkohol. Økningen har vært spesielt stor blant kvinner i den eldste aldersgruppen (75–79 år) – fra 38 prosent i 1985 til 71 prosent i 2019. I 1985 svarte 60 prosent av alle menn som var 60 år eller eldre, at de drakk alkohol. I 2019 var andelen 83 prosent.

Frem til 2013 var det en økning i andelen eldre som rapporterte å drikke alkohol to ganger i uken eller oftere (Bye & Moan, 2020). I alt 6,7 prosent oppga dette i 1985, mens 19,9 prosent svarte det samme i 2005. For de eldres del har disse tallene fortsatt å stige, mens andelen personer mellom 16 og 59 år som svarer det samme, har sunket. I 2019 rapporterte 25,1 prosent av respondentene mellom 60 og 79 år at de drakk alkohol to ganger i uken eller oftere. Disse tallene har ifølge Bye og Moan vært forholdsvis stabile i perioden 2013 og 2019.

Én av fem kvinner mellom 60 og 79 år rapporterte i 2019 at de drakk to alkoholenheter eller mer i uken. Denne andelen – altså 20 prosent – er den samme for kvinnene både i aldersgruppen 60–69 år og 70–79 år. Omkring 30 prosent av mennene mellom 60 og 74 år

⁷ Oppgitt i ren alkohol fordeler tallene seg slik: øl siste fire uker: 6,9 cl ren alkohol; vin siste fire uker: 14,9 cl ren alkohol; brennevin siste fire uker: 2,5 cl ren alkohol.

oppgå å drikke alkohol to ganger i uken eller oftere, mens i underkant av én av fire menn mellom 75 og 79 år rapporterte det samme. Kjønnsforskjellene i alkoholbruk har blitt mindre i løpet av de siste 35 årene, men det er fremdeles en større andel eldre menn som drikker sammenlignet med eldre kvinner. Totalt 64 prosent av kvinnene over 60 år rapporterte i 2019 at de normalt drakk en til to enheter alkohol i løpet av en vanlig drikkesituasjon, mens 15 prosent fortalte at de drakk tre–fire enheter. For mennene over 60 år oppga 53 prosent at de normalt drakk en til to enheter i løpet av en vanlig drikkesituasjon i 2019, mens 23 prosent rapporterte at de typisk drakk tre–fire enheter. Det å drikke flere enn fire enheter på en typisk drikkedag var lite utbredt for eldre kvinner (3 prosent), men noe mer vanlig for menn over 60 år (9 prosent). Dette mønsteret var ifølge forskerne stabilt i perioden 2013 til 2019 (Bye & Moan, 2020).

Bye og Moan (2020) fant videre at andelen eldre som rapporterte at de drakk seks alkoholenheter eller mer ved én anledning (omtalt som høykonsumsituasjoner) i løpet av et år, hadde økt i perioden 1985–2019. I 1985 var det 17 prosent som oppga dette, og i 2019 var det 26 prosent. Ifølge forfatterne er det imidlertid forholdsvis få eldre som rapporterer høykonsumsituasjoner månedlig eller oftere. Bare 7 prosent oppga dette i 2019, noe som var omtrent det samme som i 2013 (6 prosent). Studien viser videre at kjønnsforskjellene har blitt mindre også med hensyn til høykonsumsituasjoner, men det er fremdeles en større andel eldre menn (10 prosent i 2019) som drikker mye på én gang, månedlig eller oftere, sammenlignet med eldre kvinner (5 prosent i 2019).

Tevik et al. (2017) har, som en del av sin artikkelbaserte doktorgradsavhandling (Tevik, 2019), undersøkt forekomsten av selvrapportert regelmessig alkoholbruk blant hjemmeboende menn og kvinner over 65 år i Norge. Forfatterne analyserte her data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, som ble foretatt mellom 2006 og 2008 (gjerne omtalt som HUNT3). Eldre personer over 65 år som hadde svart på spørsmålet om de drakk alkohol, ble inkludert i studien. De som rapporterte at de inntok alkohol én gang i uken eller oftere, ble kategorisert som å ha et regelmessig alkoholbruk. I studien fant forfatterne at 28,2 prosent av de som var 65 år eller eldre, rapporterte at de drakk regelmessig, altså én gang i uken eller mer, mens 3,2 prosent svarte at de drakk alkohol fire dager i uken eller mer. Blant de som drakk alkohol regelmessig, rapporterte omtrent halvparten (52,3 prosent) at de drakk én dag i uken. Flere eldre menn enn kvinner drakk alkohol regelmessig. Totalt 60,9 prosent av mennene svarte at de drakk én dag i uken eller oftere, mens 39,1 prosent av kvinnene rapporterte det samme. De som drakk alkohol regelmessig (median 70,6 år), var yngre enn de som ikke drakk regelmessig (median 73,0 år), og når det gjaldt sivilstand, hadde de oftere ektefelle eller samboer.

Stelander et al. (2021) har, som en del av Stelanders artikkelbaserte doktorgradsavhandling om eldre og alkoholbruk (Stelander, 2022), undersøkt trender i alkoholbruken relatert til kjønn blant eldre personer i Tromsø over en 22-årsperiode. Til grunn for studien lå en tverrsnittsundersøkelse fra 1994–1995 som ble gjentatt i 2007–2008 og 2015–2016. Totalt 20.939 deltakere i alderen 60–99 år som bodde i Tromsø, ble inkludert i analysene. Forskerne fant at mellom 1994 og 2016 var det en betydelig økning i andelen eldre personer i Tromsø-området som drakk alkohol. De fant også at sannsynligheten for å drikke alkohol minst to ganger ukentlig økte betydelig i den aktuelle tidsperioden mellom 1994 og 2016, og da spesielt blant eldre kvinner. Antallet personer som var avholdende eller som drakk alkohol mindre enn to ganger i uken, var markant redusert – en reduksjon som var mer tydelig hos kvinner enn hos menn. Også denne studien indikerte dermed at eldre kvinners drikkemønster nærmer seg drikkemønsteret til den mannlige delen av befolkningen. Dette setter forskerne i sammenheng med generelle samfunnsendringer de siste tiårene, som en økning

i kvinners rettigheter, økt arbeidsdeltakelse for kvinner og forbedring av sosioøkonomisk status i forhold til menns, som de mener delvis kan forklare de reduserte kjønnsforskjellene i alkoholbruken. Forskerne fant at flertallet av de eldre som deltok i studien, normalt drakk små mengder alkohol. Omkring én av tre som drakk alkohol i 2016, rapporterte imidlertid at de drakk tre enheter alkoholenheter eller mer på en vanlig drikkedag. Totalt 43 prosent av mennene og 22 prosent av kvinnene i alderen 60 til 69 år svarte at de hadde drukket en slik alkoholemengde, mens 24 prosent av mennene mellom 70 og 79 år oppga det samme. Den gruppen som her skilte seg kraftigst ut, var kvinnene mellom 70 og 79 år, der i overkant 7 prosent av respondentene rapporterte at de drakk tre enheter eller mer på en vanlig drikkedag.

I en svensk studie har Agahi et al. (2021) undersøkt om alkoholvanene endrer seg for eldre personer i overgangen til pensjonisttilværelsen. De samlet inn data for i alt 5913 personer i Sverige i alderen 60 til 66 år fra 2015 til 2018. I sine analyser fant forskerne at alkoholforbruket per uke i gjennomsnitt økte for gruppen som ble pensjonister, mens de som fortsatt jobbet eller som allerede var pensjonister da dataene ble samlet inn, hadde mer stabile alkoholvaner. De som allerede var pensjonister, drakk aller mest alkohol. Agahi et al. (2021) fant også forskjeller når det gjaldt utdanningsnivået. Kvinner med høyere utdanning og menn med utdanning på sekundært (videregående) eller høyere nivå (utdanning utover videregående skole), økte sitt ukentlige alkoholinntak etter at de ble pensjonister. Menn med grunnskoleutdanning som høyeste utdanning og kvinner med grunnskole eller sekundærutdanning endret ikke sitt ukentlige alkoholforbruk ved pensjonering. Dette tyder ifølge forskerne på at pensjonister drikker mer alkohol enn de som fortsatt er i jobb, og at denne økningen skjer rundt overgangen til pensjonisttilværelsen – og da først og fremst blant dem som har høyere utdanning.

I et temanummer for tidsskriftet *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* har Tigerstedt et al. (2020) sammenlignet nasjonale utviklingstrekk for alkoholbruken til personer i alderen 60 til 79 år i Danmark, Finland, Sverige og Norge de siste tiårene. De første indikasjonene på at alkoholbruken blant eldre personer i gjennomsnitt økte, kom i Danmark på 1970-tallet. For Sverige, Finland og Norge skjedde den samme utviklingen på 1980-tallet. I tiårene etter årtusenskiftet har imidlertid bildet vært noe mer sammensatt. I Danmark har det ifølge Tigerstedt et al. vært klare tegn på nedgang i eldres forbruk av alkohol når det gjelder drikkefrekvens, alkoholemengde og høykonsumsituasjoner (her omtalt som episodisk høyt alkoholinntak). I Sverige har det imidlertid vært en oppadgående frekvens når det gjelder hvor mange eldre personer som oppgir å drikke alkohol, hvor ofte de drikker, og hvor høyt episodisk alkoholinntak de beskriver at de har. I Finland og Norge har trendene i alkoholbruken vært mer stabilt bortsett fra drikkefrekvensen og at det har blitt flere eldre kvinner som oppgir å drikke alkohol.

Tigerstedt et al. (2020) fant videre at kjønnsforskjellene har blitt mindre både i Danmark, Finland, Sverige og Norge med hensyn til hvor ofte og hvor mye de eldre drikker alkohol. I 2017 var andelen eldre kvinner som drakk alkohol, høyest i Danmark og Norge. Totalt 85 prosent av de danske kvinnene mellom 65 og 69 år oppga å ha drukket alkohol siste tolv månedene, mens 78 prosent kvinnene i Danmark mellom 75 og 79 år svarte det samme; i Norge var tilsvarende tall i 2018/2019 henholdsvis 87 prosent (65–69 år) og 71 prosent (75–79 år). I Finland i 2017 rapporterte 71 prosent av kvinnene mellom 65 og 69 år og 50 prosent av kvinnene mellom 75 og 79 år det samme. I Sverige ble det imidlertid gjennomført andre typer målinger. Her ble informantene bedt om å rapportere alkoholbruk de siste 30 dagene, ikke de siste tolv månedene, slik tilfellet var for datainnsamlingen i Danmark, Finland og Norge. De svenske tallene var høyere enn for nabolandet Finland. Her oppga 75

prosent av kvinnene mellom 65 og 69 år å ha drukket alkohol den siste måneden, mens 67 prosent av kvinnene mellom 75 og 79 år svarte det samme.

4.1.2 Vanedannende legemidler og alkoholbruk

Hvilken kunnskap finnes så om bruk av vanedannende legemidler og alkohol blant eldre i Norge? Med vanedannende legemidler mener vi i denne oppsummeringen – som påpekt i innledningen – legemidler som brukes i medisinsk behandling, men som kan resultere i en avhengighetstilstand. Dette gjelder mer spesifikt legemiddelgruppene benzodiazepiner, benzodiazepinlignende stoffer (blant annet z-hypnotika) og ulike opioider. Benzodiazepiner kan brukes som sovemedisin, beroligende middel eller mot krampes og krampeanfallet, mens opioider påvirker sentralnervesystemet og lindrer blant annet smerte.

Tevik et al. (2017) har undersøkt forekomsten av reseptuttak på vanedannende legemidler i Norge blant hjemmeboende menn og kvinner som var 65 år eller eldre, og som rapporterte å drikke alkohol regelmessig. Forfatterne brukte data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, som ble foretatt mellom 2006 og 2008 (gjerne omtalt som HUNT3). De som rapporterte å innta alkohol én gang i uken eller oftere, ble definert som å ha et regelmessig alkoholbruk. Reseptregisteret ble så brukt for å få informasjon om uttak av vanedannende legemidler (benzodiazepiner, z-hypnotika og opioider) i perioden 2005 til 2009 blant disse deltakerne i HUNT3. Utvalget besto av i alt 11.545 personer som var 65 år eller eldre. Forskerne fant at bruken av vanedannende legemidler økte noe med økende drikkefrekvens per uke. Blant dem som drakk regelmessig (én gang eller mer per uke), brukte 29 prosent vanedannende legemidler. Blant eldre som drakk alkohol mer enn fire dager i uken, brukte 33,8 prosent vanedannende legemidler. Bruk av vanedannende legemidler var mer vanlig blant kvinner som drakk alkohol regelmessig, enn blant menn som gjorde det samme. Totalt 39,6 prosent av kvinnene og 22,8 prosent av mennene som hadde regelmessig alkoholbruk, rapporterte at de brukte vanedannende legemidler. De som drakk alkohol regelmessig, brukte imidlertid i mindre grad vanedannende legemidler sammenlignet med de som ikke drakk regelmessig; 41,4 prosent av kvinnene og 22,8 prosent av mennene brukte vanedannende legemidler samtidig som de rapporterte å drikke alkohol sjeldnere enn én gang i uken. Forskerne understreker at funnene ikke sier noe om det eksakte tidspunktet da alkohol og vanedannende legemidler ble brukt. Det er dermed mulig at deltakerne ikke drakk alkohol den dagen de brukte vanedannende legemidler.

Tevik et al. (2019a) har videre undersøkt faktorer som er assosiert med høy drikkefrekvens blant eldre – i betydningen fire rapporterte enheter eller mer per uke – og bruk av vanedannende legemidler. Forfatterne brukte data fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, som ble gjennomført i perioden 1995–1997 (HUNT2) og perioden 2006–2008 (HUNT 3). Totalt ble 10.656 personer inkludert i studien. Disse hadde, mens de var i alderen 54 år og mer, deltatt i HUNT2 før de elleve år senere også deltok i HUNT3. Tevik et al. fant at andelen av eldre som rapporterte høy drikkefrekvens og brukte angstdempende legemidler eller sovemidler, økte fra perioden 1995–1997 (HUNT2) til perioden 2006–2008 (HUNT3). Typiske trekk ved eldre med høy drikkefrekvens i HUNT3 var at de var yngre, hadde høyere utdanning, bodde i tettbygde strøk og rapporterte om røyking og høy drikkefrekvens da de deltok i HUNT2. Typiske trekk ved eldre som brukte vanedannende legemidler da de deltok i HUNT3, var at de var kvinner som røykte og hadde dårlig helse, angst, hadde vært innlagt på sykehus de siste fem årene og rapporterte bruk av angstdempende legemidler eller sovemidler mens de deltok i HUNT2. Typiske trekk ved eldre som hadde en mulig kombinasjon av høy drikkefrekvens og bruk av vanedannende legemidler, var at de hadde høyere utdanning, røykte og rapporterte om høy drikkefrekvens og bruk av angstdempende

eller sovemidler mens de deltok i HUNT2.

Tevik et al. (2019b) har i en tredje studie sett nærmere på om alkoholbruk og/eller bruk av vanedannende legemidler gir indikasjoner på tidlig død blant eldre. Forfatterne brukte også her data fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, som altså ble gjennomført i perioden 2006–2008 (HUNT 3). Totalt ble 11.545 personer i alderen 65 år og mer inkludert. Informasjon om død blant disse deltakerne ble hentet fra det norske dødsårsaksregisteret fra 2006 til 2013. I studien gikk det frem at menn som brukte vanedannende legemidler, hadde større sannsynlighet for å dø enn menn som ikke brukte slike legemidler. Det ble ikke funnet sammenheng mellom høy drikkefrekvens, bruk av vanedannende legemidler og å dø tidlig.

Bye og Rossow (2017) har undersøkt forekomsten av samtidig bruk av alkohol og beroligende midler og sovemidler (sedativa/hypnotika) blant eldre i Norge. Studien er basert på data om alkohol- og legemiddelbruk, som ble samlet inn av Statistisk sentralbyrå i perioden 2012–2015 gjennom telefonintervjuer med personer i alderen 60 til 79 år. Av de som ble intervjuet, rapporterte 25 prosent om bruk av beroligende midler og sovemidler, mens 19 prosent fortalte at de i løpet av det siste året hadde brukt både slike legemidler og alkohol. Kun 6 prosent rapporterte om samtidig inntak av alkohol og legemidler. En slik samtidig bruk, kommer det frem i studien, ble oftere rapportert av kvinner, høyriskodrikkere, personer som ikke var i jobb, personer som bodde alene, og/eller personer som hadde lav inntekt.

Bergh et al. (2021) har undersøkt bruken av alkohol og vanedannende legemidler blant hjemmetjenestemottakere over 60 år i en middels stor kommune i Norge. De bygde studien på en tverrsnittsundersøkelse der 210 personer over 60 år som mottok hjemmebaserte tjenester, ble intervjuet om sin bruk av alkohol, tobakk, vanedannende legemidler og sin psykiske helse. De fant at 57 prosent rapporterte å drikke alkohol, og alkoholbruken var høyere hos de som var yngre og/eller som røykte tobakk. De fant også en sammenheng mellom høyere alkoholbruk og depresjonssymptomer. Totalt 31 prosent av personene i undersøkelsen rapporterte at de brukte vanedannende legemidler mot søvnproblemer, mens 11 prosent svarte at de brukte angstdempende legemidler.

I en annen norsk studie, der 16 eldre i alderen 65 til 92 år i elleve kommuner ble intervjuet om sitt eget alkoholkonsum og bruk av psykofarmaka, fant Johannessen et al. (2016) at de fleste informantene hadde erfaringer med å drikke alkohol parallelt med å bruke psykotropiske (for eksempel antidepressiva og beroligende) medikamenter. De samme informantene uttrykte samtidig at de ikke så noen utfordringer med dette. Forbruket ble bagatellisert og forklart med at dette er noe eldre mennesker gjør. Ifølge forskerne fraskrev de seg ansvaret for sin egen bruk av psykotropiske medikamenter gjennom å legge ansvaret på sine fastleger. Studien viste også at informantene hadde manglende kunnskap om risikoen ved å bruke og misbruke alkohol og psykofarmaka.

Kompetansesenter rus Oslo (2021) har i en rapport undersøkt eldre personers perspektiver på alkohol og legemidler. Studien er basert på seks fokusgruppeintervjuer med til sammen 17 eldre personer fra Oslo øst. Informantene – ti kvinner og sju menn – var mellom 62 og 85 år med en gjennomsnittlig alder på 75 år. Mange av informantene snakket om at de tålte alkoholen dårligere enn før, og at de derfor drakk mindre. Noen omtalte seg selv som helt avholds, mens andre ga uttrykk for at de drakk mer enn de burde. Informantene hadde slik et varierende forhold til alkohol. For noen av de eldre informantene, særlig blant kvinnene, var det forbundet med skam å drikke seg full eller å ha et alkoholproblem. Det å ha råd til å ta et glass når man ønsket det, ble videre forbundet med velvære. Noen fortalte at dårlig økonomi satte begrensninger og antydte at de ville ha drukket mer alkohol dersom pengene i større grad strakk til. Alle informantene i studien fortalte at de brukte en

eller annet form for legemiddel. De fleste var kjent med at de burde være forsiktige med å bruke alkohol og legemidler sammen, men noen sa at de likevel valgte å kombinere alkohol og legemidler. Ifølge de som ble intervjuet, var det mange fastleger som ikke snakket med sine eldre pasienter om alkoholvaner. De informerte heller ikke om potensielle interaksjoner mellom alkohol og andre legemidler enn antibiotika. Samtidig var det flere av de som ble intervjuet, som mente at alkohol og legemidler var et tema fastlegen burde ta opp med dem under konsultasjonene.

4.1.3 Oppsummering

Oppsummert viser de inkluderte studiene at alkoholbruken blant eldre har økt i de siste tiårene – både i Norge og i våre skandinaviske naboland. I de skandinaviske landene startet denne utviklingen først i Danmark på 1970-tallet. I Sverige og Norge skjedde den samme utviklingen i hovedsak et tiår senere, der økningen var størst i perioden frem til omkring 2005. I Norge oppgir omkring åtte av ti eldre mellom 60 og 79 år at de drikker alkohol. Omkring én av fire eldre mellom 60 og 79 år svarer at de drikker alkohol to ganger i uken eller oftere. Kjønnsforskjellene i alkoholbruk har blitt mindre i løpet av de siste 35 årene, men det er fremdeles en større andel eldre menn som drikker – og som drikker ofte – sammenlignet med eldre kvinner. Når eldre drikker alkohol, er det som oftest vin, og det er også vanligst å drikke én til to enheter i en normal drikkesituasjon. To tredjedeler av kvinnene over 60 år oppgir dette, mens omkring halvparten av mennene rapporterer det samme. Det er forholdsvis få eldre som rapporterer høykonsumsituasjoner månedlig eller oftere. Omkring 7 prosent oppga dette i 2019, noe som var omtrent det samme som i 2013. Generelt sett peker dette mot at eldre i Norge drikker alkohol oftere enn før, men at det skjer i forholdsvis små mengder.

De inkluderte studiene viser videre at litt under én av tre personer i Norge over 65 år som rapporterer at de drikker alkohol én gang eller mer per uke, forteller at de også bruker vanedannende legemidler. Bruken av vanedannende legemidler blant eldre ser ut til å øke noe mer med økende drikkefrekvens. Litteraturen peker her på at andelen eldre som rapporterte høy drikkefrekvens (i betydningen å drikke alkohol fire dager i uken eller mer) og bruk av vanedannende legemidler, økte fra perioden 1995–1997 til perioden 2006–2008. Intervjuer med eldre indikerer at det kan være mangelfull kunnskap om risikoen ved å bruke alkohol og psykofarmaka. I disse intervjuene ble forbruket blant annet bagatellisert og forklart med at dette er noe eldre mennesker gjør.

4.2 Alkoholbruk, aldring og helse

I dette delkapitlet identifiseres, beskrives og oppsummeres kunnskap om alkoholbruk, aldring og helse. Presentasjonen er organisert i tre undertemaer og en oppsummerende avslutning: (1) alkoholens innvirkning på Eldres helse; (2) alkoholens kulturelle, sosiale og symbolske funksjon; (3) skadelig alkoholbruk blant eldre; (4) oppsummering.

4.2.1 Alkoholens innvirkning på Eldres helse

Ifølge den globale statusrapporten til Verdens helseorganisasjon om alkohol og helse som ble utgitt i 2018, kan skadelig alkoholbruk knyttes til over 200 helsetilstander (World Health Organization, 2018). I 2016 var 5,3 prosent (ca. 3 millioner) av alle dødsfall i verden, uavhengig av alder, relatert til et slikt skadelig alkoholforbruk. De dødsfallene som kan tilskrives alkoholforbruk, ble registrert med årsaker som skader (28,7 prosent), fordøyelsessykdommer

(21,3 prosent), hjerte- og karsykdommer (19 prosent), infeksjonssykdommer (12,9 prosent) og kreft (12,6 prosent). Rapporten påpeker videre at skadelig alkoholbruk har en uheldig innvirkning på menneskers psykiske helse, ulykker og selvmordsrate. I 2016 var skader, fordøyelsessykdommer og lidelser knyttet til alkoholbruk (for eksempel alkoholisme) de antatte hovedårsakene til alkoholrelaterte dødsfall og færre leveår blant menn. Blant kvinner var det hjerte- og karsykdommer, fordøyelsessykdommer og skader som var blant de antatte hovedårsakene.

I den såkalte *Global Burden of Disease Study*, en stor internasjonal undersøkelse publisert i *Lancet*, gjennomgikk Griswold et al. (2018) data fra 195 land i perioden 1990–2016. I studien går det frem at det å drikke alkohol er en av de viktigste risikofaktorene globalt for tap av friske leveår og for ikke-smittsomme sykdommer. Forfatterne fant at risikoen for sykdom, og særlig for kreft, øker med stigende alkoholinntak. Allerede oppståtte helseutfordringer kan forsterkes ved bruk av alkohol, og selv et lavt alkoholinntak innebærer risiko for alkoholrelatert sykdom eller skade. Griswold et al. fant videre at for populasjonen som var 50 år og eldre, utgjorde kreft en stor andel av dødsfallene tilskrevet alkohol i 2016: 27,1 prosent av de alkoholtilskrevne dødsfallene blant kvinner og 18,9 prosent av de totale alkoholtilskrevne dødsfallene blant menn. En av konklusjonene i studien er at det sikreste nivået for alkoholinntak er null.

Anderson et al. (2012) har – som en del av det store europeiske samarbeidsprosjektet «VINTAGE – Good Health Into Older Age»⁸ – gjennomført en systematisk kunnskapsoppsummering om alkoholens innvirkning på eldre personers helse og velvære. I studien, som bygger på 78 vitenskapelige publikasjoner, påpeker forfatterne at det har blitt gjort mye forskning på unge og middelaldrende personers drikkemønster og alkoholbruk i et folkehelseperspektiv, men at forskningen på alkoholbruk og drikkemønster blant eldre er mangelfull. Basert på den kunnskapen som ble identifisert, beskriver de alkoholens avhengighetsskapende egenskap blant annet ved dens nevroadapsjon (toleranseutvikling). Eldre personer er her mer sårbare for alkoholens fysiologiske påvirkning enn yngre. Dette er blant annet fordi eldre har en aldersbetinget reduksjon i kroppsvæske og kroppsmasse samt nedsatt metabolisme. Når alkohol akkumuleres i kroppen, kan eldre personer lettere oppleve rus selv ved lavere inntak. Med en aldersbetinget lavere alkoholtoleranse medfører dette økt følsomhet for alkohol i en aldrende kropp. Forfatterne identifiserer videre studier som viser alkoholens evne til å virke immundempende, noe som medfører at bruk av alkohol øker risikoen for smittsomme sykdommer som blant annet lungebetennelse og tuberkulose. I oppsummeringen identifiseres det også kunnskap om at risikoen for kreft påvirkes av mengden og hyppigheten av alkoholinntaket samt kunnskap om farene ved samtidig alkohol- og legemiddelbruk. Eldre som drikker alkohol og tar medikamenter, risikerer ifølge Anderson et al. en rekke negative konsekvenser avhengig av mengden alkohol og typen medikamenter som brukes. Dette inkluderer blant annet høyere alkoholkonsentrasjon i blodet, forstyrrelser i kroppens omsetning og evne til nedbryting av legemidler, manglende eller uønskede effekter av legemidler samt intoleransesyndrom. Det kan også forårsake lidelser som lever- og gastrointestinale (mage-tarm) sykdommer, nedsatt bevissthet, svimmelhet, søvnløshet, forverring av depresjon og problemer med koordinering, som fører til fall og skader. Forfatterne foreslår retningslinjer for alkoholbruk der anbefalingene for eldre personer er lavere enn for den yngre delen av befolkningen. Dette begrunnes med de farmakokinetiske prosessene (kroppens håndtering av legemidler) som kan føre til at eldre er mer utsatt for alkoholfåvirkning enn den yngre befolkningsgruppen.

⁸ En god og detaljert beskrivelse av VINTAGE-prosjektet er gitt i Galluzzo et al. (2012).

I en norsk litteraturoversikt fra 2015, skrevet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, beskriver Lunde (2015) hvordan risikofaktorer for å utvikle alkoholproblemer i eldre år kan settes i sammenheng med økt sårbarhet for sykdom og ulike tapsopplevelser. De helsemessige konsekvensene av risikofylt alkoholbruk oppstår ifølge hennes litteraturgjennomgang ofte raskere hos eldre på grunn av eksisterende helsesvikt og uheldig sammenblanding med legemidler. Når det gjelder de samfunnsmessige konsekvensene, innebærer dette økt forekomst av kompliserte sykdomsforløp og skader og derved økt bruk av helsetjenester og hospitalisering. I tillegg kommer de sosiale konsekvensene og konsekvenser for tredjeparter i form av ulykker, skader, vold, omsorgssvikt og redusert arbeidsevne.

Storeng et al. (2020) har undersøkt sammenhengen mellom livsstil og helseutfall i det første tiåret etter pensjonering i en norsk kohort. Alkoholforbruket var blant livsstilsatferdene som ble studert. Forskerne brukte datamaterialet fra de to siste helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT2, 1995–1997 og HUNT2, 2006–2008). De som ble inkludert i studien, var deltakere i HUNT2 som på datainnsamlingstidspunktet var mellom 55 og 64 år og også deltok i HUNT3. I studien ble det funnet at risikofylt alkoholforbruk og forstyrret søvn var de to livsstilsatferdene som var sterkest assosiert med dårlig selvrapportert helse, dårlig livstilfredshet og angst etter pensjonering. På bakgrunn av disse funnene konkluderer forskerne med at det å opprettholde eller endre til en sunn livsstil bør være tema i programmer som er særlig utviklet for å forberede folk til pensjonisttilværelsen. Dette inkluderer helsefremmende tiltak som oppmuntrer til fysisk aktivitet, redusert alkoholinntak, røykeslutt og gunstig søvnvarighet.

Helvik et al. (2020) har undersøkt selvrapportert forhøyet alkoholforbruk blant menn og kvinner som var henvist til alderspsykiatriske avdelinger i Norge. De studerte også faktorer som kunne ses i sammenheng med dette forhøyede alkoholforbruket. Datamaterialet besto av registerdata av pasienter i alderen 65 år eller eldre som var henvist til alderspsykiatrisk behandling i perioden desember 2016 til desember 2018. I alt ble 367 pasienter, med en gjennomsnittsalder på 74 år, inkludert i studien. Av de alderspsykiatriske pasientene rapporterte 27 prosent at de hadde forhøyet alkoholforbruk, uavhengig av diagnose. Høyere alder, samliv med andre og bruk av antidepressiva var forbundet med lavere sannsynlighet for økt alkoholforbruk.

For å få oversikt over kunnskapen om hvordan alkoholemengde og drikkemønster påvirker risikoen for å utvikle demens, har Wiegmann et al. (2020) utført en systematisk litteraturgjennomgang av publiserte studier i perioden fra 1994 til 2019. De ønsket videre å undersøke kunnskap om modeller av alkoholevrotoksisitet og demens, og de ville analysere og sammenligne studier som rettet søkelyset mot epidemiologisk sammenheng mellom alkoholforbruk og risiko for demens. Ved inntak av over 14 drikkeenheter per uke, som i studien defineres som høyt alkoholforbruk («high-level alcohol consumption»), fant forfatterne en klar økning i demensrisiko, reduksjon i hjernevolum (observert etter død) og tegn på hjerneskade (registrert på MR). Forfatterne konkluderer imidlertid med at det ikke er tilstrekkelig grunnlag for å anbefale å nedjustere alkoholforbruket for å redusere demensrisikoen, så lenge forbruket er moderat og det ikke foreligger andre risikoer forbundet med alkoholinntaket.

I en norsk populasjonsstudie, utført av Langballe et al. (2015), fant også forskerne en sammenheng mellom å drikke alkohol ofte (fem ganger eller mer siste 14 dager) og økt demensrisiko. I denne studien undersøkte forskerne sammenhengen mellom alkoholforbruk, rapportert i en populasjonsbasert studie fra midten av 1980-tallet, og risikoen for demens opptil 27 år senere. Det empiriske grunnlagsmaterialet ble hentet fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag i 1984–1986 (HUNT1). Utvalget inkluderer de HUNT1-deltakerne som ble

født mellom 1905 og 1946, og som fylte ut spørreskjemaet for vurdering av alkoholforbruk. Totalt 40.435 personer ble inkludert i analysen. Av disse hadde 1084 utviklet demens 27 år senere. Forskerne fant at respondentene som oppga å drikke alkohol ofte, hadde økt demensrisiko. De fant imidlertid ingen signifikant sammenheng mellom demens og det å avstå helt fra å drikke alkohol.

I en annen norsk studie har Ormstad et al. (2016) analysert mulige sammenhenger mellom alkoholinntak og risiko for demensrelatert død. Det empiriske materialet ble hentet fra et forskningsprosjekt som samlet inn data over en 17-årsperiode, der populasjonen besto av 25.635 personer i alderen 60 til 80 år. Nær halvparten av disse deltakerne (12.139 personer) døde i løpet av perioden studien pågikk. Av disse hadde 1224 en demensdiagnose på dødsattesten. I sine analyser av dataene fant forskerne at risikoen for demensrelatert død var signifikant høyere blant avholdsfolk enn blant personer som rapporterte at de drakk alkohol én gang per måned. Studien indikerte videre at risikoen for demensrelatert død var signifikant høyere blant eldre avholdsfolk enn blant de som drakk alkohol. Omkring 5 prosent av deltakerne i studien hadde gitt manglende informasjon om alkoholbruken. Denne gruppen hadde også høyest risiko for demensrelatert død og en signifikant høyere dødelighet på grunn av alkoholrelaterte årsaker. Ormstad et al. påpekte av den grunn at funnene i studien bør tolkes med varsomhet, siden denne manglende informasjonen om alkoholbruk kan innebære at nettopp denne gruppen rommer en betydelig andel personer som har et tungt alkoholforbruk.

4.2.2 Alkoholens kulturelle, sosiale og symbolske funksjon

Bareham et al. (2019) har i en systematisk litteraturstudie gjennomgått erfaringer av og oppfatninger om alkoholbruk blant personer som er 50 år eller mer. I alt 25 kvalitative studier ble inkludert og analysert. De fleste av disse inkluderte studiene hadde en populasjon som var over 60 år. Åtte av dem hadde dessuten empiri fra Norden. I litteraturgjennomgangen fant forskerne at de eldre menneskene som ble omtalt i studiene, gjennomgående oppfattet og beskrev seg selv som ansvarlige alkoholdrikkere med kontroll over eget forbruk. Bareham et al. fant også at de eldre vanligvis omtalte alkoholrisiko og skade som noe som tilhørte andre personer som hadde et høyere og mer problematisk alkoholforbruk enn dem selv. Dette setter forskerne i sammenheng med et mer eller mindre artikulert ønske om å beskytte sin egen positive selvforståelse gjennom å kontrastere eget liv og livssituasjon med andre som har det dårligere. Dette kan igjen ifølge forskerne ses på som et mulig hinder for endring blant dem som ikke erkjenner sin egen alkoholrelaterte risiko. I de analyserte studiene fant Bareham et al. videre at eldre ofte ikke gjenkjenner eller har manglende kunnskap om risiko forbundet med å drikke alkohol. De setter til gjengjeld pris på dens betydning for å opprettholde sosiale relasjoner og fritidsaktiviteter, noe som igjen blir beskrevet som viktig for livskvalitet, helse og velvære. Mange eldre kobler ifølge forskerne det å drikke alkohol med å opprettholde relasjoner og aktiviteter som ellers kan avta gjennom pensjonering og andre overganger som oppstår når de ble eldre.

I en systematisk kunnskapsoppsummering av kvalitative studier om alkoholbruk blant eldre (over 55 år) fant Kelly et al. (2018) at alkoholbruk – på tvers av ulike land og kulturer – var sterkt assosiert med sosialt engasjement, sosialt samvær og livsglede blant eldre mennesker. Det ble vist til at alkohol syntes å ha en viktig rolle for mange når det gjaldt å forbedre positive situasjoner, bidra til hygge og avslappende atmosfære, markere spesielle anledninger og/eller lette den sosiale interaksjonen med venner og bekjente. «Det krever ikke store mengder alkohol» og «livet ville vært mindre hyggelig uten det [alkohol]» ble løftet frem som to nøkkelsitater som sammenfattat sentrale deler av dette perspektivet.

Alkoholbruk ble slik sterkt knyttet til sosial deltakelse og glede hos eldre mennesker i studier fra ulike land og kulturer. I litteraturgjennomgangen fant forskerne videre at det er skepsis blant de eldre både til helserisikoen ved alkohol og til medisinske råd. De fant også at det kan være vanskelig for eldre å vite hva som er å betrakte som overdreven alkoholbruk. Å drikke alkohol er ofte forbundet med faste rutiner, der det ble forstått som en integrert del av livet, koblet til identitet og kontinuitet. Eldre mennesker er imidlertid ingen homogen gruppe, og det å drikke alkohol var i flere studier satt i sammenheng med vanskeligheter som sosial isolasjon, stress, sykdom og/eller dødsfall.

Agahi et al. (2019) har i en såkalt longitudinell studie undersøkt mønstre for alkoholbruk og sosial aktivitet blant svenske kvinner og menn over 65 år. Både sosial aktivitet og drikkefrekvens ble målt over en fireårsperiode – fra 2010/2011 og frem til 2014. Forskerne fant at de eldres sosiale aktivitet hadde innvirkning på alkoholforbruket, først og fremst blant kvinnene. Eldre personer som hadde høy grad av sosial aktivitet – slik som å gå på kulturarrangementer eller restauranter, delta i studiesirkler eller gå på dans – hadde større sannsynlighet for enten å drikke alkohol oftere eller å ha en stabil daglig eller ukentlig drikkefrekvens. Eldre personer som hadde få sosiale kontakter, eller som deltok i liten grad på sosiale aktiviteter, hadde ifølge studien derimot mindre sannsynlighet for å drikke alkohol daglig eller ukentlig. Dette gjaldt i særlig grad de eldre kvinnene. Kvinner som ikke hadde sosiale møtepunkter eller som i liten grad rapporterte at de deltok i sosiale aktiviteter, drakk sjelden alkohol. Blant de mannlige eldre fant imidlertid forskerne ikke et slikt utslag. Her fant de i stedet at drikkemønsteret ikke i særlig grad ble påvirket av om de jevnlig møtte venner eller slektninger, eller om de var lite sosialt aktive. Dette, skriver Agahi et al., tyder på at sosial aktivitet og drikkefrekvens blant eldre i betydelig grad kan relateres til kjønn. Kvinner i Sverige drikker i liten grad uten selskap, mens det er mer utbredt at menn drikker alkohol alene.

Nordfjærn (2018) har undersøkt hvilken betydning religiøsitet kan ha for alkoholbruk blant personer i alderen 40 år og eldre. Undersøkelsen ble gjennomført i Norge i to perioder, 2002–2003 og 2007–2008, der det analytiske utvalget utgjorde de som svarte på en spørreskjemaundersøkelse på begge de aktuelle tidspunktene – i alt 2671 personer. I begge spørreskjemaene ble informantene bedt om å besvare spørsmålet «Hvor viktig er religion i livet ditt?» I siste del av undersøkelsen, som altså ble gjennomført i 2007–2008, ble informantene i tillegg bedt om å besvare spørsmålet: «Betrakter du deg selv som: ikke religiøs i det hele tatt, relativt religiøs; veldig religiøs; vet ikke». Nordfjærn fant at religiøsitet var sterkt assosiert med både avholdenhet og mindre forbruk av alkohol. Han fant også at kvinner og personer med høyere alder hadde større sannsynlighet for å avstå fra alkohol enn menn og yngre personer.

Kamsvaag et al. (2022) har undersøkt alkoholbruken blant eldre norske personer som konsulterte spesialisthelsetjenesten for symptomer på kognitiv svikt, for så å se i hvilken grad dette samsvarte med hva de pårørende rapporterte om den enkeltes alkoholbruk. I alt ble 3608 eldre personer over 60 år inkludert i studien. Både deltakerne og deres pårørende rapporterte at mer enn 20 prosent av de eldre deltakerne konsumerte alkohol én til tre ganger i uken, og at omkring 10 prosent konsumerte alkohol fire eller flere ganger i uken. Forskerne fant her at alkoholbruken blant eldre personer med symptomer på kognitiv svikt var over landsgjennomsnittet i Norge. De fant også høy grad av likhet mellom hva deltakerne selv og de pårørende rapporterte når det gjaldt førstnevnte gruppes bruk av alkohol. Kamsvaag et al. konkluderer med bakgrunn i dette at pårørende kan være en pålitelig kilde til informasjon om eldre personers alkoholforbruk.

4.2.3 Skadelig alkoholbruk blant eldre

Lunde (2015) identifiserer i en kunnskapsgjennomgang, skrevet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, tre ulike typer risikofylte og skadelige drikkemønstre blant eldre. Den første kategorien omhandler dem som debuterer tidlig (definert som før 25 år), og som drar med seg et alkoholproblem inn i alderdommen. På engelsk omtales denne gruppen gjerne som «early onset drinkers».

Mange dør før de passerer 65 år og inngår i gruppekategorien «eldre», og dette bidrar til at forekomsten av alvorlige alkoholproblemer er lavere i eldrebefolkningen sammenlignet med de som er yngre. Den andre kategorien av risikofylt og/eller skadelig alkoholbruk omhandler personer som debuterer i senere alder (definert som etter 50 år), og som begynner å drikke som en reaksjon på en livshendelse eller belastning. Det kan være tap av nærstående, ensomhet, bekymring eller lignende forhold. Denne formen for risikofylt og skadelig alkoholbruk – på engelsk omtalt som «late onset drinkers» – regnes for å være mildere og har som regel en bedre prognose enn de som debuterer tidlig. Den tredje kategorien omhandler eldre personer som drikker store mengder alkohol i løpet av et kort tidsrom (altså periodevis), som regel i løpet av en dag. Et slikt drikkemønster – på engelsk omtalt som «binge drinking» – er ifølge Lunde særlig forbundet med helseproblemer og økt risiko for ulykker og skader.

I en senere publisert kunnskapsgjennomgang har Tevik et al. (2021) påpekt at det innenfor epidemiologisk forskning har vært liten enighet om hva som kan regnes som egnede metoder for å vurdere, definere og måle alkoholforbruket blant eldre. Studien var basert på en gjennomgang av 105 forskningsstudier som ble utgitt i perioden januar 2009 til april 2021. Tevik et al. fant at det var 21 ulike definisjoner av risikofylt bruk av alkohol blant eldre i de analyserte tidsskriftartiklene. Den forståelsen som oftest gikk igjen, innebar å forstå risikofylt alkoholbruk som å drikke sju alkoholenheter eller mer i uken. Forskerne fant også manglende enighet i den gjennomgåtte litteraturen om hva som skal forstås som kraftig episodisk alkoholbruk («heavy episodic drinking»). Den mest brukte definisjonen her var inntak av fem eller flere alkoholenheter ved enhver anledning i løpet av de siste 30 dagene, men flere av de inkluderte studiene kritiserte samtidig en slik definisjon fordi det kunne være vanskelig å forstå hva som ble ment med «enhver anledning» («any occasion»). Forskerne argumenterer for at det bør bli utviklet standardiserte og omforente definisjoner av hva som regnes som risikofylt og kraftig episodisk alkoholbruk. De argumenterer også for at en slik standardisert definisjon bør inneholde et minstetall på antall drinker som skal til for å kunne definere noe som kraftig episodisk alkoholbruk blant eldre. Dette er spesielt viktig fordi alkoholtoleransen for denne aldersgruppen er redusert sammenlignet med da man var yngre, påpeker forskerne.

I en systematisk kunnskapsoppsummering fra 2017 har de danske forskerne Emiliussen, Nielsen og Andersen (2017) undersøkt hvordan risikofaktorer for å utvikle alkoholbrukslidelse (eller «alcohol use disorder» (AUD)) etter fylte 50 år beskrives og forstås i forskningslitteraturen. I studien inkluderte de ni studier. Disse indikerer at stress, tap av rolle/identitet samt venners godtakelse av alkoholbruken er assosiert med økt risiko for sent debuterende AUD eller tung drikking. Forskerne påpeker imidlertid at siden de fant svært få studier om slike risikofaktorer for å utvikle alkoholbrukslidelse etter fulgte 50 år, må funnene i studien leses og brukes med varsomhet.

De samme forskerne, Emiliussen, Andersen og Nielsen (2017), har i en annen studie intervjuet tolv dansker – sju menn og fem kvinner i alderen 60 til 76 år – om hva som gjorde at de begynte å misbruke alkohol etter fylte 60 år. Felles for informantene var at de i yngre alder hadde hatt et forholdsvis uproblematisk (men flere av dem til tider hyppig)

alkoholbruk, men at det først var etter fylte 60 år at de hadde blitt diagnostisert med alkoholbrukslidelse (AUD). En av hovedforklaringene på dette var at alkoholbruken ble sett på som en mestringsstrategi for å møte utfordringer i forbindelse med overganger i livet. Mange av informantene opplevde et markant tap av identitet etter at de ble pensjonister, og de ga også uttrykk for at de hadde få aktiviteter å fylle opp tiden med etter pensjonering. Etter fylte 60 år ble alkohol blant annet brukt for å unngå kjedsomhet og inaktivitet eller for å takle smerter, søvnproblemer, depresjon, lav selvtillit og/eller selvmedlidenhet. For noen av informantene kunne dette også handle om å mestre hverdagen etter dødsfall eller sykdommer i nær familie. Alkoholmisbruket ble videre satt i forbindelse med deltakelse i sosiale aktiviteter og med å ha det hyggelig. Dette ble i studien forklart med at når du møter mennesker i sosiale sammenhenger i Danmark, er alkohol gjerne involvert. Hvis du da ikke ønsker å drikke alkohol, må du ifølge informantene forklare, eventuelt dikte opp en plausibel grunn for, hvorfor du ikke drikker. Tap av identitet, mestring av fysiske og psykiske problemer og sammenhengen mellom sosialt liv, alkoholbruk og mye drikking trådte slik frem som viktige faktorer for å forstå hvorfor informantene hadde fått et problematisk forhold til alkohol i eldre alder.

I en studie av sammenhengen mellom alkoholbruk blant eldre og fallskader analyserte Bye et al. (2022) data fra personer som var 60 år eller mer, og som var innlagt med fallskader på et akuttmottak i Oslo på et tidspunkt mellom desember 2007 og desember 2008. Drikkemønsteret ble vurdert ut fra egenrapporter av drikkerefrekvens og rusfrekvens. Fallskader ble ansett som alkoholrelaterte dersom alkoholkonsentrasjonen i blodet oversteg 0,1 promille og/eller pasienten rapporterte alkoholinntak innen seks timer før skaden. Forskerne fant at risikoen for fallskader var klart høyere blant de som rapporterte å drikke alkohol slik at de ble beruset månedlig eller oftere. De aller fleste som hadde alkoholrelaterte skader, fortalte at de hadde drukket slik at de ble beruset. Forskerne konkluderte med at et drikkemønster blant eldre som fører til beruselse, øker risikoen for fallskader.

Stelander et al. (2022) har i en norsk studie, som en del av den artikkelbaserte doktorgradsavhandlingen til Stelander (2022) om eldre og alkoholbruk, sett nærmere på utbredelsen av problematisk eller risikofyllt alkoholbruk hos 8616 personer over 60 år i Tromsø. I sin analyse av datamaterialet, som ble samlet inn i 2015 og 2016, fant Stelander et al. at både episodisk høyt alkoholinntak og det å oppleve en eller annen form for alkoholrelaterte problemer i særlig grad var forbundet med kategoriene «mann» og «lavere alder». Økende alder, å leve sammen med en ektefelle eller partner, å ha tilstrekkelig sosial støtte og god helse reduserte ifølge forskerne sannsynligheten for alkoholrelaterte problemer hos både eldre kvinner og menn. De fant videre at psykiske plager og bruk av sovemedisin var sterkt forbundet med økt sannsynlighet for alkoholrelaterte problemer, både for kvinner og menn. Forskerne fant også en sterk sammenheng mellom høyere utdanningsnivå og usunt alkoholforbruk. Dette gjaldt særlig for kvinnene. Her var det å ha høyskole- eller universitetsgrad (av minst fire års varighet) forbundet med økt sannsynlighet for alkoholrelaterte problemer. Stelander et al. fant dessuten at eldre menn som rapporterte at de brukte sovemedisin, hadde større sannsynlighet for å overskride tersklene for risikofyllt alkoholbruk.

Tevik et al. (2019b) har undersøkt om høy drikkerefrekvens og bruk av vanedannende legemidler gir indikasjoner på tidlig død blant eldre. Forfatterne brukte, som tidligere omtalt, også her data fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, som ble gjennomført i perioden 2006–2008 (HUNT 3). Totalt ble 11.545 personer i alderen 65 år og eldre inkludert. Informasjon om død blant disse deltakerne ble hentet fra det norske dødsårsaksregisteret fra 2006 til 2013. I studien gikk det frem at eldre som hadde høy drikkerefrekvens i HUNT3, ikke hadde større sannsynlighet for å dø enn de som drakk én til to ganger i året. Menn som

rapporterte at de aldri hadde drukket alkohol eller ikke hadde drukket alkohol det siste året, hadde høyere sannsynlighet for å dø enn de som drakk én til to ganger i året.

Johannessen et al. (2022) har undersøkt hvordan nære familiemedlemmer påvirkes av eldre slektnings alkoholmisbruk. De gjennomførte i 2020 17 individuelle intervjuer med ektefeller og voksne barn til eldre personer med alkohol- og andre rusmiddelproblemer. Forskerne fant at de som ble intervjuet, fortalte om psykologisk stress over tid. Dette resulterte i vedvarende følelser av utrygghet og frykt for egen sikkerhet, noe som igjen kunne gi seg utslag i en rekke problemer. Vanskeligheter med å bygge tillitsfulle relasjoner til andre, utmattelse, tretthet, selvskading, spiseforstyrrelser og posttraumatiske stresslidelser ble identifisert som konsekvenser av at eldre familiemedlemmer misbrukte alkohol. Flere av informantene fortalte videre om angst og usikkerhet for når neste episode med alkoholmisbruk skulle starte. Mange hadde opplevd vold, aggresjon og seksuelle overgrep. Disse erfaringene så ifølge forskerne ikke ut til å avta når personen med alkoholproblemer ble eldre. Intervjuene med familiemedlemmene synliggjorde hvordan problemer med alkoholmisbruk påvirket familieforholdene, ikke bare i nåtiden, men også for fremtidige generasjoner. Informantene fortalte blant annet at de forsøkte å beskytte seg selv og sine egne barn ved å unngå besøk eller kontakt i situasjoner der deres pårørende sannsynligvis var beruset. I studien fant Johannessen et al. også at utfordringene og det psykiske stresset kunne øke etter hvert som de pårørende ble eldre og opplevde andre helserelevante problemer knyttet til aldring.

4.2.4 Oppsummering

Oppsummert viser de inkluderte studiene at skadelig alkoholbruk kan settes i sammenheng med en lang rekke helsetilstander, slik som fordøyelsessykdommer, hjerte- og karsykdommer, infeksjonssykdommer og kreft. Alkoholmengde og drikkefrekvens kan også ha en uheldig innvirkning på menneskers psykiske helse, risikoen for ulykker og for selvmordsrate. Systematiske kunnskapsoppsummeringer viser at å drikke alkohol er en av de viktigste risikofaktorene globalt for tap av friske leveår og for ikke-smittsomme sykdommer. For eldre kan alkoholbruk være spesielt utfordrende siden aldring medfører reduksjon i kroppsvæske og kroppsmasse samt nedsatt metabolisme. Når alkohol akkumuleres i kroppen, oppnår eldre personer lettere rus selv ved lavere inntak. Med en aldersbetinget lavere alkoholtoleranse medfører dette økt følsomhet for alkohol i en aldrende kropp. Studier finner videre at allerede oppståtte helseutfordringer kan forsterkes ved bruk av alkohol og slik utgjøre en fare for organskade, og det blir også vist til en rekke farer og potensielle negative konsekvenser for eldre som drikker alkohol og bruker legemidler. I de inkluderte studiene pekes det på at eldre vanligvis omtaler alkoholrisiko og skade som noe som tilhører andre personer som har et høyere og mer problematisk alkoholforbruk enn dem selv. Studier finner også at eldre personer ofte ikke gjenkjenner eller har manglende kunnskap om risiko forbundet med å drikke alkohol. Til gjengjeld setter eldre pris på alkoholens betydning for å opprettholde sosiale relasjoner og fritidsaktiviteter, noe som igjen blir beskrevet som viktig for livskvalitet, helse og velvære. Alkoholbruk assosieres her gjerne med sosialt engasjement, sosialt samvær og livsglede. Eldre mennesker er imidlertid ingen homogen gruppe, og å drikke alkohol er i flere studier satt i forbindelse med erfarte vanskeligheter som sosial isolasjon, stress og sykdom eller overganger i livet som pensjonering eller dødsfall i nære relasjoner. Nære familiemedlemmer rapporterer om betydelige belastninger i samlivet med eldre slektnings alkoholmisbruk, slik som psykologisk stress over tid, opplevd utrygghet og frykt for egen sikkerhet.

4.3 Helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene

I dette siste delkapitlet identifiseres, beskrives og oppsummeres kunnskap om helse- og omsorgstjenestenes tilbud i kommunene til eldre som drikker alkohol. Også denne presentasjonen er organisert i tre undertemaer og en oppsummerende avslutning: (1) tjenestetilbudet i kommunene; (2) profesjonelles erfaringer; (3) brukererfaringer; (4) oppsummering.

4.3.1 Tjenestetilbudet i kommunene

På oppdrag fra Helsedirektoratet har SINTEF årlig samlet inn data om rusmiddelarbeid og psykisk helsearbeid i kommunene. I det innsamlede datamaterialet for 2021, analysert og presentert av Ose og Kaspersen (2021), svarte 89 prosent av kommunene/bydelene (av i alt 330) på spørsmålene om rus og oppfølging av eldre. Av de som svarte, rapporterte 13 prosent at de hadde kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus. Dette var omtrent det samme som året før. Ose og Kaspersen peker her på at en mulig forklaring på dette lave tallet er at andre tjenester foretar denne kartleggingen uten at psykisk helse- og rustjenestene i kommunene var involvert. Kommunene som svarte positivt på at de hadde kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus, oppga at dette i hovedsak ble gjort gjennom BrukerPlan, gjennom de eldres kontakt med hjemmesykepleien eller gjennom FACT-eldre og helsestasjon for eldre. Hver tredje kommune/bydel oppga at eldre som skulle kartlegges for behov for tjenester, samtidig ble systematisk spurt om sine alkoholvaner. Også dette var det samme som i 2020. Totalt 36 prosent av kommunene eller bydelene som svarte, oppga at de gjennomførte systematiske, forebyggende hjemmebesøk blant eldre. Dette utgjorde en økning på ett prosentpoeng fra 2020. Kompetansehevende tiltak om eldre med rusmiddelproblemer ble gjennomført i 16 prosent av kommunene/bydelene. Det var 13 prosent av kommunene/bydelene som oppga at de hadde gjennomført kompetansehevende tiltak om eldre med ROP-lidelser (samtidig rusmiddellidelse og alvorlige psykiske lidelser). I rapporten konkluderer Ose og Kaspersen med at det er relativt få kommuner som kartlegger behov for tjenester innen psykisk helse- og rusfeltet. Det er også relativt få som har dette som tema i forebyggende hjemmebesøk, og som gjennomfører kompetansehevende tiltak for sine ansatte på dette feltet. Dette er ifølge forskerne bekymringsfullt med tanke på at det i årene som kommer vil bli mange flere eldre i kommunene, og at mange eldre har utfordringer knyttet til psykisk helse og rus. Kommunene ser dermed foreløpig ikke ut til å være godt forberedt på å møte de økende behovene eldre har innen psykisk helse- og rusarbeid, heter det i rapporten.

Nasjonal kompetansetjeneste TSB har utviklet et såkalt helseatlas som gir oversikt over tjenestetilbud og bruk av tjenester innenfor tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) i Norge (Bale et al., 2020). En slik oversikt er blant annet utviklet for å kunne sammenligne og forbedre tilbud og tjenester. Personer med rusmiddellidelse kan få både poliklinisk behandling og døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten. Ifølge Helseatlasen var det i perioden 2014–2018 omkring 1000 eldre personer med rusmiddellidelse hvert år til behandling i poliklinisk behandling ved psykisk helsevern, TSB eller hos avtalespesialist psykisk helsevern. Dette utgjorde til sammen nærmere 7500 polikliniske kontakter per år i Norge. Poliklinisk kontakt forstås da som kontakter der pasienten (eller pårørende) var fysisk til stede og ble skrevet inn og ut samme dato. Helseatlasen viser at det er store geografiske variasjoner i tilbudet til eldre pasienter med rusmiddellidelser. Bale et al. påpeker at en slik geografisk variasjon i bruk av tjenestene er uønsket, siden det ikke er holdepunkter for at bruken alene skyldes pasientenes behov.

Ifølge Helseatlasen hadde eldre med en rusmiddellidelse i gjennomsnitt sju polikliniske

kontakter per år, men tallet varierte i boområdene fra 2,4 til 9,1 polikliniske kontakter per år (Bale et al., 2020). Helseatlasen viser videre at det i samme periode (2014–2018) var 584 pasienter i alderen 75 år og mer med en rusmiddellidelse som var i døgnopphold i psykisk helsevern eller TSB. Dette utgjorde til sammen 854 opphold per år. Døgnopphold er her definert som opphold på mer enn null døgn i psykisk helsevern eller TSB. Opphold for eldre med rusmiddellidelse varte i gjennomsnitt 24 døgn.

Det nasjonale kartleggingsverktøyet BrukerPlan gir informasjon om omfanget av tjenestemottakere med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer i kommunene. I 2020 omfattet registreringen, som ble foretatt i den enkelte kommunen av ansatte innen helse- og velferdstjenestene, kartlegginger fra 264 kommuner med i alt 11.823 tjenestemottakere (Hustvedt et al., 2021). Av disse tjenestemottakerne som var registrert med rusmiddelproblemer (med eller uten samtidige psykiske problemer), var 5 prosent 70 år eller eldre, mens 12 prosent var mellom 60 og 69 år.

I en rapport, skrevet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, har Næss (2015) undersøkt og vurdert tjenestetilbudet og kompetansebehovet når det gjelder alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problemer blant eldre. Datamaterialet besto av informasjonsinnhenting fra elleve fagpersoner som deltok i et elektronisk laboratorium (E-Lab) i Stavanger, BrukerPlans kartlegging av kjente rusmiddelmissbrukere i 201 kommuner samt informasjon fra erfarne fagpersoner og forskere innhentet gjennom telefon og e-postkontakt. På bakgrunn av dette fant Næss at norske helse- og omsorgstjenester på publiseringstidspunktet ikke hadde tilstrekkelig kapasitet eller kompetanse til å identifisere pasienter som har et problemfylt forhold til alkohol. Han fant videre at små kommuner kartlegger flere personer over 60 år med skadelig alkoholbruk enn middels og store kommuner sett i forhold til antall innbyggere.

Aldring og skadelige rusmiddelvaner var temaet for et samarbeidsprosjekt mellom sju kommuner, Kompetansesenter rus, Midt-Norge og det som da het Fylkesmannen i Møre og Romsdal (Woldstad, 2015, 2017). Samarbeidet foregikk fra 2010 til 2015 i form av to kommunenettverk. Det ene nettverket besto av fire kommuner og foregikk i perioden mellom 2010–2012, mens det andre nettverket besto av tre kommuner og foregikk i perioden 2012–2015. Til grunn for nettverkssamarbeidet ble det satt opp et sett med målsettinger: at temaet aldring og skadelige rusmiddelvaner skal settes på dagsordenen i kommunene som deltar; at det blir sett på som en naturlig del av det tverrfaglige folkehelsearbeidet; at aktuelle medarbeidere i kommunen skal få økt kompetanse om eldre og rus gjennom undervisning og refleksjon over sin egen praksis; at medarbeidere skal få trening i å snakke med den det gjelder om dette temaet ved hjelp av enkle samtaleverktøy (for eksempel Alkohol-Audit); at pårørendes behov gis oppmerksomhet. I en rapport og en lettere bearbejdet fagartikkel om nettverksarbeidet skriver Woldstad (2015, 2017) at erfaringene fra nettverket har vært positive. Det nytter å sette seg mål, for eksempel å lage samarbeidsrutiner internt i kommunen og jobbe med disse over tid. Arbeidet synliggjorde videre at kommunene hadde oppmerksomhet på behandling, rehabilitering og omsorg, men at det var uklart for mange hvem som har ansvar for forebygging og tidlig innsats for eldre når det gjelder rusmiddelvaner.

Mejldal et al. (2021) har i en kvantitativ studie undersøkt sammenhengen mellom bruk av helsetjenester de siste 8–15 årene med nåværende alkoholbruksatferd hos eldre danske personer. Utvalget besto av 4000 personer i alderen 60 til 70 år i Danmarks tre største kommuner, og data ble samlet inn for perioden 2013–2016. Mejldal og kollegene fant at pasient- og brukerguppen med høyrisiko alkoholforbruk og alkoholbrukslidelse («alcohol use disorder» (AUD)) gjennom mange år hadde vært i regelmessig og hyppig kontakt med helsevesenet. Dette, hevder forskerne, tyder på at både allmennleger og sykehusmiljøer er viktige instanser for å komme i kontakt med og sette inn målrettede forebyggende tiltak

overfor denne pasientgruppen.

Tingvold og Magnussen (2018) har undersøkt hvordan ledere i norske kommuner oppfatter og beskriver omsorgstjenestens innhold og brukergrupper, deriblant tilbudet til eldre med rusmiddelproblemer. Studien er basert på intervjuer i årsskiftet 2013–2014 med ledelsen i omsorgssektoren i 76 kommuner. Forskerne fant at fem kommuner (7 prosent) oppga å ha øremerkede plasser til personer med rusmiddelproblemer i sykehjem. Alle disse kommunene var store bykommuner. Totalt 58 kommuner (84 prosent) svarte at de ga et tilbud i sykehjem ved behov til personer med rusmiddelproblemer, selv om de ikke hadde øremerket senger. Elleve kommuner (16 prosent) fortalte imidlertid at de ikke i det hele tatt ga noe tilbud til personer med rusmiddelproblemer i sykehjem. Disse henviste i stedet til tilbud i omsorgsbolig eller en annen enhet i kommunen. De fem kommunene som hadde øremerkede senger til personer med rusmiddelproblemer i sykehjem, hadde både lang- og korttids plasser til denne brukergruppen. Et sentralt anliggende var ifølge informantene å styrke beboernes helse og ernæringsmessige tilstand slik at de på sikt kunne klare seg i sine egne boliger. Plassene ble beskrevet som svært ressurskrevende.

4.3.2 Profesjonelles erfaringer

Kompetansesenter rus Oslo (2019) har kartlagt kunnskapsnivået til ansatte i hjemmetjenesten som arbeider med eldre, om bruk av alkohol, legemidler og kombinert bruk av disse. Senteret gjennomførte en spørreundersøkelse blant ansatte ved Bydel Sagenes fire avdelinger for hjemmesykepleie og praktisk bistand. Undersøkelsen ble sendt til 87 ansatte, hvorav 47 personer besvarte spørsmålene, noe som ga en svarprosent på 54 prosent. Et klart flertall – i underkant av sju av ti – mente at de enten hadde svært god eller ganske god kunnskap om hvordan alkohol, legemidler og kombinert bruk av dette påvirker kroppen når brukeren er eldre. Over halvparten av de ansatte oppga imidlertid at de ikke visste eller var usikre på hvor eller hvordan de skulle melde ifra om sine bekymringer for Eldres alkohol- og legemiddelbruk. Av de 47 informantene som svarte, rapporterte fire at det ikke var slike rutiner, mens 30 svarte at de var usikre på dette. Omkring en av tre av de som rapporterte at de hadde meldt sin bekymring videre, svarte at de var usikre på om hvorvidt bekymringene som var blitt meldt, hadde blitt fulgt opp. Det ble her etterlyst mer informasjon om hvilke tjenestetilbud de ansatte kunne henvise til.

Flesland (2014) har i en kvalitativ studie undersøkt hvilke erfaringer åtte sykepleiere som enten jobbet i sykehjem eller i hjemmesykepleie, hadde med eldre pasienter og deres rusmiddelbruk. Informantene mente at rusmiddelbruk blant pasienter i pleie- og omsorgssektoren var relativt vanlig. Alle som ble intervjuet, hadde utført tjenester til pasienter som hadde vært påvirket av rusmidler og/eller hadde rusmiddelrelaterte skader. Rusmiddelpåvirkete pasienter ble imidlertid opplevd som et sjeldnere problem på sykehjem enn i hjemmetjenester. Informanter som jobbet på korttidsavdelinger på sykehjem, hadde mer erfaring med pasienter som fikk abstinenssymptomer som følge av at de hadde brukt rusmidler før innleggelse. Rusmiddelbruken som ble omtalt, handlet i det vesentlige om bruk av alkohol og i noe grad om overforbruk av vanedannende medikamenter. Flere av sykepleierne som ble intervjuet, relaterte rusmiddelbruk blant eldre til noe som ble oppfattet som skambelagt, av de eldre selv og/eller av deres pårørende. De hadde erfaringer med at eldre og/eller deres pårørende prøvde å skjule rusmiddelbruken for omgivelsene og unnlot å kontakte hjelpeapparatet, til tross for relativt omfattende problematikk. Informantene som ble intervjuet, kjente i liten grad til kartleggingsverktøy, og de hadde også selv liten erfaring med systematisk kartlegging av Eldres rusmiddelbruk.

I en svensk studie har Gunnarsson og Karlsson (2017) undersøkt hvilke erfaringer tilsatte

ved ulike bestillerkontor hadde med eldre hjemmeboende som hadde alkoholproblemer. Studien var basert på fokusgruppeintervju med til sammen 23 ansatte – alle kvinner – på bestillerenheter i fem kommuner i Sverige. Deltakerne fra bestillerenhetene vektla at hjemmetjenestens rolle ikke var å drive rusbehandling, men å gi god omsorg og hjelpe eldre mennesker i hverdagen. De var også opptatt av at mange eldre med alkoholproblemer ikke var interessert i å få hjemmehjelp, og at de også unngikk kontakt med rusbehandlende enheter. Etter deres erfaring opplevde mange eldre det som skamfullt å ha rusmiddelproblemer, noe som medførte at de i mange tilfeller forsøkte å skjule avhengigheten sin så mye som mulig. Deltakerne som ble intervjuet, fortalte videre at det ofte var tabu å snakke om alkohol, ikke bare for de eldre selv, men også blant de ansatte i hjemmetjenesten. Det ble her vist til at eldres selvbestemmelse var sterkt vektlagt i lovverket, og at alkoholproblemer dermed ble betraktet som en privatsak av alle parter. Hvis den eldre ikke ønsket hjelp, var det dermed ikke mye bestillerkontoret eller hjemmetjenesten kunne gjøre, mente deltakerne i studien. I studiens avsluttende del spurte Gunnarsson og Karlsson om det ikke er på høy tid å se eldreomsorgen i Sverige, og fremfor alt hjemmetjenesten, som en del av rusbehandlingen for eldre med rusmiddelproblemer.

Johannessen, Helvik et al. (2015) har undersøkt fastlegers erfaringer med og refleksjoner over bruk og misbruk av alkohol og psykotropiske stoffer blant eldre i Norge. I perioden 2013 til 2014 intervjuet de elleve fastleger, og de fant at legene erfarte å ha mange eldre pasienter med eksistensielle behov og psykiske problemer som etter deres syn ikke ble møtt på en tilfredsstillende måte av helse- og omsorgstjenestene eller samfunnet for øvrig. Alkoholbruk og bruk av vanedannende midler ble her forstått som en måte de eldre forsøkte å minimere slike eksistensielle behov og/eller psykiske problemer på. Johannessen, Helvik et al. fant videre at fastlegene i svært begrenset grad vurderte alkoholbruken til sine eldre pasienter i sine konsultasjoner. De spurte ofte om bruken av tobakk, men opplevde det som utfordrende å spørre om alkoholbruk. Denne mangelen på rutiner for å vurdere alkoholkonsum ble blant annet satt i sammenheng med at fastlegene oppfattet temaet som en privatsak, der de opplevde det som umyndiggjørende og fornærmende å spørre om alkoholbruk. Fastlegene mente videre at screening og samtaler om alkoholbruk ville vært lettere dersom de negative konsekvensene av alkoholbruk blant eldre hadde vært diskutert mer åpent i samfunnet for øvrig, slik nikotinbruk har vært.

I en annen studie hvor Johannessen, Engedal et al. (2015) intervjuet helsepersonell i kommunehelsetjenesten, fant forskerne at det i liten grad ble fokusert på bruk og misbruk av alkohol og psykotropiske legemidler i planleggingen og gjennomføringen av helsetjenester for eldre personer (65 år eller mer). Temaet ble oppfattet som krevende å ta opp. Helsepersonellet beskrev manglende oppmerksomhet på området. De ønsket å forbedre rutiner og samarbeid i helsetjenestene, og de etterlyste mer kunnskap om og kompetanse på hvordan de kan håndtere bruk og misbruk av alkohol og psykofarmaka blant eldre.

Johannessen et al. (2021) har i en senere studie intervjuet 20 ansatte i norske sykehjem om beboernes bruk av alkohol og psykofarmaka. Intervjuene skjedde enten individuelt eller i fokusgrupper, og de fleste informantene var sykepleiere. Forskerne fant at helsepersonellet som ble intervjuet, generelt var lite oppmerksom på farer ved inntak av alkohol så lenge det ble servert til beboere som ikke drakk regelmessig (slik som hver dag) eller i store mengder. Informantene la vekt på beboernes rett til selv å ta beslutninger om å takke ja til alkohol, men ifølge forskerne ble det i varierende grad gjort skille mellom den enkeltes kognitive funksjon og hans eller hennes evne til selv å vurdere hva som var gunstig for egen helse. Johannessen et al. fant også at det sjelden var nedfelt i beboernes journal om de kunne eller ikke kunne drikke eller tilbys alkohol. Helsepersonellet fortalte videre at de serverte alkohol

til beboerne på fredager og lørdager eller ved spesielle anledninger. Dette ble sett på som tiltak for å spre glede, fremme beboernes livskvalitet og skape rom for at hverdagslivet kunne leves så likt som mulig det de hadde før de ble sykehjemsbeboere. Det kom samtidig frem at helsepersonellet ikke hadde spurt beboerne hva disse selv ønsket eller foretrakk. Antakelsen om at alkoholservering i helgen var noe beboerne verdsatte, var i det vesentlige basert på at informantene selv satte pris på en slik helgekost i sitt privatliv. Noen av de som ble intervjuet, uttrykte bekymring for at alkoholservering som et velferdstiltak ved spesielle anledninger kunne utløse et problematisk inntak blant beboere som nå var tørrlagt. Hvis beboere hadde det ansatte oppfattet var et skadelig pågående konsum, fortalte informantene at de prøvde å begrense og kontrollere inntaket. Dette skjedde gjennom samtaler og/eller ved å lage avtaler med beboeren og deres pårørende for å sikre adekvat behandling og pleie og for å begrense at alkoholrelatert atferd kunne gå ut over de andre beboerne. Forskerne fant videre at det var få sykehjem som hadde retningslinjer for servering og forbruk av alkohol.

4.3.3 Brukererfaringer

Kompetansesenter rus, Midt-Norge (2020, 2021) har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en nasjonal undersøkelse av brukererfaringer blant personer med rusmiddelproblemer som mottar kommunale tjenester. Oppdraget var en del av evalueringsprogrammet for Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). En av disse rapportene, delrapport 2 for 2020, omhandler eldre som er 65 år eller mer, og analysen er basert på datamaterialet fra dybdeintervjuer med 23 eldre brukere fra tre større kommuner (Kompetansesenter rus Midt-Norge, 2020). I denne studien fant forskerne at de eldre brukerne gjennomgående opplevde at de fikk god hjelp og oppfølging når de var inne i hjelpeapparatet. Dette gjaldt særlig hvis de hadde en sterk og nær enkeltrelasjon til en ansatt. Noen av dem som ble intervjuet, fortalte at individuelle ressurser var viktige for å få hjelpen de trengte. De pekte også på utfordringer med ensomhet, isolasjon og sosial oppfølging. Forskerne vektla betydningen av sosiale relasjoner og fellesskap for å motvirke følelser av ensomhet, isolasjon, depresjon og utrygghet. Selv om hjelpen gjennomgående ble oppfattet som god når de først «var inne i hjelpeapparatet», ble samtidig inngangen til tjenestene omtalt som utfordrende. Forskerne fant videre at de eldre rapporterte å ha lite kjennskap til tjenesteapparatet på forhånd. Enkeltrelasjoner til ansatte ble omtalt som viktig for gode opplevelser av tilgjengelighet og hjelp. Økende digitalisering av helse- og omsorgstjenestene skapte utfordringer for brukere som manglet digital kompetanse. Informantene hadde blandede erfaringer med å bo i kommunal bolig. Ifølge forskerne kunne et belastet og ruspreget bomiljø bidra til å forsterke den enkeltes problemer og gjøre det vanskeligere å komme seg ut av rusmiddelavhengighet.

Forskerne fra Kompetansesenter rus, Midt-Norge (2020) fant videre at de eldre brukerne som ble intervjuet, beskrev svært forskjellige erfaringer med brukermedvirkning og medbestemmelse. Der noen opplevde at medbestemmelsen deres var godt ivaretatt, hadde andre langt mer ambivalente og negative erfaringer. De opplevde å ha liten påvirkningsmulighet på systemnivå, men mer positive erfaringer med ansatte som jobbet tettere på dem. På bakgrunn av det analyserte datamaterialet kommer forskerne med en rekke anbefalinger. En av disse er å styrke kontinuiteten og kvaliteten i hjemmetjenesten ved å redusere tidspress og utskiftning mellom de ansatte. En annen er å styrke metoder for å avdekke og følge opp alkohol- og rusmiddelproblemer hos eldre i tjenestene. En tredje er å styrke den enkeltes medbestemmelse, mens en fjerde er å sikre at informasjon blir gjort tilgjengelig i en egnet form og språkdrakt.

4.3.4 Oppsummering

Oppsummert viser den inkluderte litteraturen at det er få kommuner og bydeler (omkring én av ni) som kartlegger behov for tjenester innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet. Det er også relativt få kommuner og bydeler som har dette som tema i forebyggende hjemmebesøk, og som gjennomfører kompetansehevende tiltak for helsepersonellet på dette feltet. Flere forfattere kommenterer at dette er bekymringsfullt, dels på grunn av at det i årene fremover vil bli mange flere eldre i kommunene, og dels på grunn av kunnskapen om Eldres alkoholvaner. Litteraturen identifiserer videre store geografiske forskjeller i tilbudet til eldre pasienter med rusmiddellidelser i poliklinisk behandling ved psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) eller hos avtalespesialist psykisk helsevern. I flere studier forteller ansatte i helse- og omsorgstjenestene i kommunen at rusmiddelbruk gjerne blir oppfattet som skambelagt av de eldre selv, men også av deres pårørende. Eldre og/eller deres pårørende prøver ofte å skjule rusmiddelbruken for omgivelsene eller hjelpeapparatet. Det å snakke om alkoholbruk blant eldre eller kombinasjonsbruk av alkohol og vanedannende legemidler ble i flere studier omtalt som tabu eller en privatsak. Det var også krevende å ta det opp. Studier fra sykehjem indikerer at helsepersonellet kunne være lite oppmerksom på farer ved inntak av alkohol så lenge det ble servert til beboere som ikke drakk regelmessig eller i store mengder. Helsepersonellet vektla beboernes rett til selv å ta beslutninger om å takke ja til alkohol. Flere publikasjoner vektlegger imidlertid viktigheten av å ha oppmerksomhet på alkoholbruken, der økt kunnskap om aldring, helse og alkoholbruk samt kompetanse i å gjenkjenne symptomer på forhøyet alkoholkonsum ble løftet frem som betydningsfullt. En slik økt kompetanse kan gjøre det lettere å identifisere og forebygge problematisk alkoholbruk blant eldre og gi bidra til bedre og mer adekvat helse- og omsorgshjelp. Mange eldre brukere opplever god hjelp og oppfølging når de først er inne i hjelpeapparatet, men det få inngang i eller tilgang til tjenestene er utfordrende. Eldre oppga å ha liten eller manglende kjennskap til tjenesteapparatet på forhånd.

5. Verktøy og ressurser

5.1 Brosjyrer og nettsider med nyttig informasjon om alkoholbruk blant eldre

- *Aldring og helse – hva med alkohol? (informasjonsbrosjyre)*
Denne informasjonsbrosjyren er utarbeidet og utgitt av kompetansesentrene for rus i samarbeid med Helsedirektoratet. Den tar kortfattet opp temaer og spørsmål som «hvorfor ha et bevisst forhold til bruk av alkohol?», «kroppens sårbarhet for alkohol og legemidler endres med alderen», «alkohol og legemidler» og «ønsker du å endre alkoholvanene dine?» (Kompetansesentrene rus & Helsedirektoratet, 2023).
- *Alkohol: Informasjonsbrosjyre om aldring, alkohol og legemidler*
Denne brosjyren, som er laget av Kristiansand kommune, henvender seg til eldre med informasjon om aldring, alkohol og legemidler. Brosjyren bygger delvis på informasjonsbrosjyren «Aldring og helse – hva med alkohol?» som er presentert over, men utvider og utdyper deler av denne teksten. Her finnes også råd for hvordan man kan kutte ned på alkoholforbruket, samt en oversikt over nyttige nettsteder og kontaktinstanser (Kristiansand kommune, 2022).
- *Av-og-til*
Av-og-til er en alkoveitorganisasjon. Bak *Av-og-til* står politiske partier, offentlige virksomheter og ideelle organisasjoner med til dels ulikt syn på alkohol. Organisasjonen tar mål av seg å samle aktørene på tvers av politiske og andre skillelinjer, bidra til å redusere de negative følgene av alkoholbruk i samfunnet og gjøre hverdagen tryggere for alle. *Av-og-til* samarbeider med kommunene om lokaltilpasset rusforebygging. Dette er et praktisk og gratis tilbud til kommuner som ønsker å redusere de negative konsekvensene av alkoholbruk. På nettsidene til *Av-og-til* finnes flere artikler om eldre og alkoholbruk. Nettside: <https://avogtil.no>
- *Forebygging.no*
Forebygging.no er nasjonal kunnskapsbase og tidsskrift for helsefremmende og rusforebyggende arbeid. Tjenesten ble åpnet i 2000 og har siden 2010 hatt Helsedirektoratet som oppdragsgiver. Det er for tiden Kompetansesenter rus Nord-Norge (KORUS Nord) som har utviklingsansvaret for tjenesten samt drifts- og redaksjonsansvaret. På *forebygging.no* finner du blant annet nyheter fra feltet, fagartikler, kunnskapsoppsummeringer, rapporter, kronikker, bokomtaler, praksiserfaringer og film fra konferanser. En særlig aktuell artikkel for temaet

alkoholbruk blant eldre, som er publisert på nettsiden, er professor Anne S. Helviks populærvitenskapelige kunnskapsoversikt «Eldre og deres alkoholinntak – et norsk perspektiv» (Helvik, 2020). Kunnskapsoversikten er skrevet for å nå ut til et bredere publikum med resultatene, og den gir en god og kunnskapsrik innføring i temaet alkoholbruk blant eldre. Den inneholder imidlertid ingen redegjørelse for metode og empirivalg, slik som angivelse av søkestrategi, utvalg (herunder inklusjons- og eksklusjonskriterier) og analyse, og den er derfor ikke inkludert blant de analyserte studiene i vår kunnskapsoppsummering.

Nettside: <https://www.forebygging.no>

- *Helsenorge: Alkohol*

Helsenorge er den offentlige nettsiden for informasjon om og tilgang til helsetjenester for innbyggerne i Norge. På Helsenorages temasider om alkohol finnes det informasjon om blant annet alkohol og helse, kalorier i øl, vin og brennevin og hvordan alkohol virker på kroppen. På nettsidene er det også lenker til verktøyet AUDIT C, der du kan få en vurdering av alkoholforbruk og alkoholvanene dine.

Nettside: <https://www.helsenorge.no/alkohol>

- *Helsenorge: Rus og avhengighet*

På Helsenorages temasider om rus og avhengighet finnes det informasjon om kommunens ansvar, plikter og oppfølgingstilbud når det kommer til rusmiddelbruk. Disse sidene retter seg mot alle aldersgrupper, ikke bare eldre. Her er det råd, anbefalinger og en oversikt over tilbud for pårørende til personer med rusmiddelproblemer, og det er informasjon – med relevante lenker – om Nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus.

Nettside: <https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/hjelp-med-rusproblemer>

- *Kompetansesenter rus, Oslo: korusoslo.no*

Kompetansesenter rus, Oslo ble av Helsedirektoratet i 2018 tildelt det nasjonale ansvaret for å koordinere arbeidet med tematikken eldre og rus blant de øvrige regionale kompetansesentrene innen rus. På fagsidene til Korus, Oslo finnes det en oversikt over aktuelle kilder og brosjyrer. Flere av disse er også omtalt andre steder i dette kapitlet.

Nettside: <https://korusoslo.no/aldring-alkohol-og-legemidler-2/aldring-alkohol-og-legemidler>

- *Rusinfo.no*

RUSinfo er en anonym og offentlig informasjons- og veiledningstjeneste for hele Norge. Her er det mulig å chatte eller ringe. De som jobber ved Rusinfo, er ansatt som fagkonsulenter i Velferdsetaten i Oslo kommune. Tjenesten er finansiert av Helsedirektoratet. Alle som jobber ved tjenesten, skal ifølge nettsiden ha høyere utdanning og arbeidserfaring innen rusfeltet. «Vi tilstreber å følge med i utviklingen, og oppdaterer oss stadig på hva som skjer i rusfeltet og innen forskningen», heter det på tjenestens nettsider. På nettsidene finnes det også en side for spørsmål og svar, der det blant annet er publisert informasjon om eldre og alkoholbruk.

Nettside: <https://rusinfo.no>

- *Snakkomrus.no*
Denne nettressursen er laget spesielt for ansatte i kommunens helse- og omsorgstjenester, i NAV og i spesialisthelsetjenesten. Her finner du kartleggingsverktøy, praktiske filmer og annet læringsmateriell. Siden er laget av Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP).
Nettside: <https://rop.no/snakkomrus>
- *Veiviseren.no*
På denne nettsiden kan kommuner og andre aktører legge ut eksempler på og erfaringer med ulike tiltak. Et eksempel på dette er langtidsplasser for personer med rusmiddelavhengighet på Stokka sykehjem i Stavanger kommune. Langtidsplassene er forbeholdt kvinner og menn med rusmiddelavhengighet. Tiltaket er integrert i ordinære sykehjem. Beboerne har egne rom, og det legges ifølge nettsiden betydelig vekt på personsentrert omsorg for å opprettholde pasientens autonomi og verdighet. Alkohol er tillatt, men ikke andre rusmidler. Det settes imidlertid ikke sanksjoner mot denne typen rusmiddelbruk, heter det på nettsidene. Ifølge erfaringene Stavanger kommune selv har publisert om tiltaket, har langtidsplassene på Stokka sykehjem resultert i stabilisering av livssituasjonen for beboerne, verdighet og opprettholdelse av autonomi. På denne nettsiden finnes en beskrivelse av tiltaket, relevant lovverk, tips om sikring av brukermedvirkning, beskrivelse av suksessfaktorer og utfordringer.
Nettside: <https://www.veiviseren.no/forstaa-helheten/eksempler-og-erfaringer/langtidsplasser-for-personer-med-rusavhengighet-pa-stokka-sykehjem>

5.2 Videoer og podkaster om alkoholbruk blant eldre

- *Informasjonsfilm om FACT eldre-teamet i Oslo (lengde: 4 min., 33 sek.)*
FACT (Flexible Assertive Community Treatment), eller fleksibel aktiv oppsøkende behandling, som det gjerne oversettes med til norsk, er et ambulant behandlingstilbud til personer med alvorlig psykisk lidelse. Mange har også erfaringer eller utfordringer med bruk av rusmidler. FACT handler om å gi helhetlige og koordinerte helsetjenester til personer med sammensatte behov. Norges første og foreløpig eneste FACT eldre-team finnes i Oslo. Teamet har ansvar for å følge opp hjemmeboende innbyggere over 65 år med alvorlig psykisk lidelse som psykoselidelser og bipolar lidelse. Teamet er tverrfaglig sammensatt med blant annet psykiater, sykepleiere, fysioterapeut og ergoterapeut. Det er laget flere videoer om hvordan oppsøkende FACT-team jobber. En av disse videoene handler om FACT eldre-teamet og er laget for både å informere om tilbudet og inspirere andre til å starte opp slike tilbud.
Se filmen her: <https://vimeo.com/489770457>
- *Video: Aldring og alkohol: «Det gode liv» (lengde: 2 min., 19 sek.)*
Videoen presenteres slik: Eldre i Norge unner seg stadig oftere et glass eller to og har kontroll på inntaket. Eller? Se hvordan det gikk når vi ga våre testpersoner i oppgave å skjenke hverandre én enhet. Filmen er laget i samarbeid mellom Nasjonal kompetansetjeneste TSB og Nasjonalt senter for aldring og helse, med økonomisk støtte fra Dam-stiftelsen gjennom søkerorganisasjonen Mental helse.
Se filmen her: <https://www.youtube.com/watch?v=CQuBZupZD84>

- *Video: Eldre og rus (lengde: 1 min., 38 sek.)*
Denne videoen, som er laget av Nasjonal kompetansetjeneste TSB, presenteres slik: Blir eldre pasienter med rusrelaterte problemer fanget opp av helsetjenestene, hvilke behandling kan de i tilfelle tilbys, og hvem skal følge dem opp?
Se filmen her: <https://www.youtube.com/watch?v=5GYcvV713qQ&list=PLhPmdalwvX7nX9dq1j0OE0Vzv7bVZnqZA&index=4>
 - *Video: Hvorfor er det viktig for helse- og omsorgspersonell å være oppmerksom på bruk av vanedannende legemidler og alkohol hos eldre? (lengde: 4 min., 58 sek.)*
Denne videoen, som er laget av Nasjonalt senter for aldring og helse, er et intervju om dette spørsmålet med Jørgen Bremness. Han er seniorforsker ved Folkehelseinstituttet og professor ved Norges arktiske universitet (UiT).
Se videoen her: <https://www.youtube.com/watch?v=FWmN98oNcTI>
 - *Video: Vendepunktet (lengde: 1 min., 37 sek.)*
Videoen presenteres slik: Det var en del av det gode livet som pensjonist, men også et middel å ty til ved savn og vanskelige overganger. Gradvis ble det mer og mer av det, men så kom vendepunktet. Filmen er laget i samarbeid mellom Nasjonal kompetansetjeneste TSB og Nasjonalt senter for aldring og helse med økonomisk støtte fra Dam-stiftelsen gjennom søkerorganisasjonen Mental helse.
Se filmen her: <https://www.youtube.com/watch?v=pgNXbKffTcl>
 - *Video: Barndomsminner (lengde: 1 min., 22 sek.)*
Videoen presenteres slik: For mange er alkohol en del av det gode livet med større frihet og tid til seg selv. Men lar alt dette seg forene med å være fullt til stede som bestemor? Filmen er laget i samarbeid mellom Nasjonal kompetansetjeneste TSB og Nasjonalt senter for aldring og helse, med økonomisk støtte fra Dam-stiftelsen gjennom søkerorganisasjonen Mental helse.
Se filmen her: https://www.youtube.com/watch?v=U6FX_pjDVIA
 - *Video: Hvordan spørre om og undersøke alkoholbruk hos eldre? (lengde: 21 min., 34 sek.)*
I denne videoen, laget i 2022, belyser forsker Kjersti Tevik ved Nasjonalt senter for aldring og helse spørsmålet: Hvordan spørre om og undersøke alkoholbruk hos eldre? Filmen, som er laget av Nasjonalt senter for aldring og helse, kan ses her: <https://vimeo.com/755551858>
- Video: Eldre og alkohol (lengde: 2 min., 53 sek.)*
I denne videoen, som er laget av alkovevttorganisasjonen Av-og-til, deler lege og forsker Torgeir Gilje Lid kunnskap og råd om hva eldre bør være spesielt oppmerksom på når det kommer til egen alkoholbruk.
Se filmen her: <https://www.youtube.com/watch?v=4GLsP0wETQc>
- Video: Alkohol og det gode eldrelev (lengde: 36 min., 50 sek.)*
I denne videoen, som er fra 2017, tar forskningsleder Sverre Nesvåg ved Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning (KORFOR) for seg temaet alkohol og det gode eldrelev. Filmen, som er laget av Nasjonalt senter for aldring og helse, kan ses her: <https://vimeo.com/295150163>

Video: Eldre og alkoholbruk – hva vet vi? (lengde: 24 min, 27 sek.)

I denne videoen, som er fra 2017, snakker seniorforsker Anne Helvik om eldre og alkoholbruk. Blant temaene hun tar opp, er hvordan alkohol påvirker ved inntak hos eldre og kombinasjonen av alkohol og vanedannende legemidler. Filmen, som er laget av Nasjonalt senter for aldring og helse, kan ses her: <https://vimeo.com/215643133>

- *Podkasten Eldre & Psyken: Om alkohol, piller og aldring (lengde: 24 min., 13 sek.)*
Episoden av podkasten, som er laget av Aldring og helse i samarbeid med Rådet for psykisk helse, presenteres slik: Dagens eldre drikker mer enn eldre gjorde før. Samtidig bruker de mer vanedannende legemidler enn yngre. Hvor mye alkohol er det greit å unne seg, og hva kan være skadelig for helsen? I denne episoden møter vi en eldre dame som fortelle om hvordan hun bruker alkohol for å dempe psykiske plager. Forsker Jørgen Bramness ved Folkehelseinstituttet forklarer hva konsekvensene av skadelig bruk av alkohol kan være, og gir råd om hvordan man kan hjelpe eldre som har problemer med rusmidler.

Hør podkasten her: https://open.spotify.com/episode/3HQGn2fPnQ77Zh9ZpC3iy-n?go=1&sp_cid=2354869d-fe98-47fd-9796-94e3239b0709&utm_source=embed_player_p&utm_medium=desktop&nd=1

5.3 Håndbøker, opplæringsprogram og metodeinnføring

- *Om aldring, alkohol og legemidler (rutinehåndboken)*
Kompetansesenter rus, Oslo har publisert en håndbok med kunnskap om hvorfor det er viktig å snakke om alkohol og medikamentbruk med eldre – og ikke minst hvordan. Rutinehåndboken kan benyttes av ansatte i hjemmetjenesten og andre helse- og omsorgstjenester for eldre og også om man som privatperson ønsker mer kunnskap rundt temaet. Boken gir en oversiktlig innføring i hvorfor og hvordan en kan lage seg faste rutiner for å snakke med eldre om alkohol og medikamentbruk. Håndboken tar blant annet opp: hvordan og hvorfor snakke med eldre om alkoholbruk; fakta om alkohol; hvilken funksjon alkohol kan ha for den enkelte; de vanligste skadevirkningene av alkohol hos eldre; hvilke problemer som kan oppstå når eldre kombinerer medikamenter og alkohol; hva slags oppfølging det kan være hensiktsmessig å gi (Oslo kommune & Kompetansesenter rus Oslo, 2021).
- *«Helseknaggen» – et verktøy i møte med eldre, helse og alkohol*
«Helseknaggen» er en samtalemetodikk som kan brukes for å invitere inn til og åpne opp for samtaler om aldring, alkohol og legemidler. Verktøyet, som springer ut fra NERO-prosjektet ved Kompetansesenter rus, Oslo, tar opp helseskadelig rusmiddelbruk og det aktuelle og individuelle helseproblemet, for eksempel et nylig fall eller vekttap. Helseperspektivet er ment å gjøre det slik at pasienten opplever samtalen som naturlig og ikke stigmatiserende. Helseknaggen skaper en tilnærming til samtalen om alkohol. Ved å bruke Helseknaggen henger man den vanskelige samtalen på en litt mer «ufarlig» knagg, heter det i et informasjonsskriv fra Kompetansesenter rus Oslo (2020, [u.å.]). Metodikken er også nærmere beskrevet hos Løken (2016).

- *Undervisningsopplegget «Aldring og rusmidler»*
Kompetansesenter rus, region sør har, på oppdrag fra Helsedirektoratet i mange år undervist om tematikken aldring og rusmidler. Basert på dette undervisningsmateriellet har Terje Knutheim og Fred Rune Rahm laget en håndbok, der de formidler kunnskap, erfaringer og råd om utviklingstrekk, sykdom, medikamenter og alkoholbruk blant eldre. Håndboken er gitt ut som en gratis elektronisk nettressurs (Knutheim & Rahm, 2016).
- *Eldreomsorgens ABC – rus i eldre år (hefte 9)*
Opplæringsprogrammet *Eldreomsorgens ABC* er opprettet for at ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal få oppdatert fagkunnskap og muligheter for faglig refleksjon. I *Eldreomsorgens ABC* er rus i eldre år tematisert i hefte 9, og det er et mål at ansatte som har gjennomført opplæringen, skal ha drøftet holdninger til rusmiddelbruk hos eldre, ha kunnskap om risikofull bruk av rusmidler hos eldre og kan bevisstgjøre og motivere tjenestemottakere til å ta forebyggende og helsefremmende valg. Du finner mer informasjon om innhold og oppbygning hos Nasjonalt senter for aldring og helse (2021).
- *Verktøy for kartlegging av rusmiddelproblemer*
På nettsidene til Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse finnes en god oversikt over aktuelle verktøy for kartlegging av rusmiddelproblemer og psykisk helseproblematikk. For kommunalt ansatte, skriver kompetansesenteret, er spesielt AUDIT, DUDIT, Alcohol-E, DUDIT-E, ROP-screen, MANSA og PSF aktuelt.
Nettside: <https://rop.no/snakkomrus/kartleggingsverktoy>
- *Motiverende intervju*
Motiverende intervju (MI) er en anbefalt samtalemetode for å motivere til atferdsendring. På nettsiden til Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse kan du finne mer informasjon om denne samtalemetoden, som ifølge kompetansesenteret kan hjelpe deg til å bli en bedre samtalepartner. Det er imidlertid viktig, påpekes det, at bruk av MI ikke blir redusert til å primært være manualisert samtaleteknikk, samt at disse ferdighetene må brukes innenfor rammen av en respektfull og ikke-dømmende holdning. Kompetansesenteret henviser for øvrig til de regionale KORUS – et nettverk av sju sentre innen rusfaglig kompetanse i Norge – for dem som ønsker opplæring og veiledning i MI.
Nettsider: <https://rop.no/snakkomrus/motiverendeintervju>, <https://korus.no> og <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi>

6. Konklusjoner

6.1 Bakgrunn, hensikt og metode

Dette er en oppsummering av kunnskap om alkoholbruk blant eldre. Den presenterer juridiske, politiske og faglige dokumenter som regulerer og legger føringer for den kommunale helse- og omsorgstjenestens oppgaver og ansvar overfor eldre personers alkoholbruk, og den identifiserer, omtaler og sammenfatter forsknings- og utviklingsarbeid som er utgitt i perioden 2014–2022, har empiri fra en skandinavisk kontekst og har relevans for helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Internasjonale kunnskapsoppsummeringer er tatt med hvis de er vurdert å ha særskilt overføringsverdi og relevans for en norsk kontekst. Oppsummeringen har i hovedsak konsentrert seg om alkoholbruk blant eldre som er 65 år eller mer.

I denne studien er 24 offentlige styringsdokumenter presentert og beskrevet, mens 51 publikasjoner er inkludert og analysert i oppsummeringen av forsknings- og utviklingsarbeid. Vi har brukt *scoping review* som metode, basert på Arksey og O'Malleys metodiske rammeverk. I tråd med dette har vi lagt vekt på å gi en etterprøvable oversikt over temaet, inkludert studier av varierte og sammensatte design, og gitt en detaljert og oppsummerende beskrivelse av funn og kjerneelementer fra de inkluderte arbeidene. De inkluderte studiene er dermed ikke kvalitetsvurdert eller undersøkt for systematiske skjevheter, slik det ellers blir gjort i systematiske kunnskapsoppsummeringer (på engelsk omtalt som *systematic reviews*). Vår hensikt med denne oppsummeringen har vært å identifisere, beskrive og sammenfatte kunnskap om alkoholbruk blant eldre med relevans for helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Det er den første oppsummeringen siden 2011 som undersøker alkoholbruk blant eldre i et norsk, kommunalt perspektiv.

6.2 Hovedfunn i oppsummeringen

6.2.1 Alkoholbruk blant eldre som politisk og akademisk tema

Litteraturgjennomgangen viser at det har skjedd en tydelig endring i både myndighetenes og akademias interesse og vektlegging av alkoholbruk blant eldre. Det er først på midten av 2000-tallet at alkoholforbruket til den middelaldrende og eldre generasjonen begynner å bli omtalt i sentrale styringsdokumenter, men da i generelle og lite konkrete ordelag. I *Opptrappingsplan for rusfeltet 2007–2012* er ikke eldre personer eksplisitt omtalt som gruppe. På begynnelsen av 2010-tallet blir imidlertid alkoholbruk blant eldre introdusert og tydelig tematisert. I stortingsmeldingen *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk: Alkohol – narkotika – doping* fra 2012 uttrykkes det bekymring for et økende alkoholkonsum i Norge, særlig blant kvinner over 50 år. Dagens eldre konsumerer totalt mer alkohol og har et annerledes drikkemønster enn hva som har vært vanlig tidligere, påpeker Stoltenberg II-regjeringen i meldingen. I *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)* er eldre gitt langt

større plass enn i den forrige opptrappingsplanen. Solberg-regjeringen uttrykker eksplisitt at den er opptatt av at det blir stadig flere eldre i Norge, og at de eldre også drikker mer alkohol. Den erkjenner samtidig at eldre og rusmiddelproblemer er et område som i liten grad har vært tematisert i tidligere offentlige satsinger. Mye tyder derfor på at alkoholrelaterte sykdommer og problemer blant dagens og morgendagens eldre vil representere en betydelig samfunnsmessig utfordring og føre til ytterligere press på helse- og omsorgstjenestene i fremtiden, heter det i opptrappingsplanen. En lignende bekymring og uro for økende alkoholkonsum blant eldre, ofte i kombinasjon med høyt forbruk av medikamenter, trer frem i en rekke sentrale styringsdokumentene i årene fremover. Både hjemmebaserte tjenester og fastlegetjenesten løftes frem som sentrale kommunale tjenester som kan kartlegge eller fange opp skadelig alkoholbruk hos eldre.

En slik økende oppmerksomhet mot alkoholbruk blant eldre er også fremme i den skandinaviske forskningen på temaet, men både forskningsmiljøene og studiene er fremdeles små og begrensede – selv om omfanget av studier altså har økt betraktelig.

6.2.2 Alkoholbruk og trender blant eldre

Oppsummert viser de inkluderte forsknings- og utviklingsarbeidene at alkoholbruken blant eldre har økt de siste tiårene – både i Norge og i våre skandinaviske naboland. I de skandinaviske landene startet denne utviklingen først i Danmark på 1970-tallet. I Sverige og Norge skjedde den samme utviklingen i hovedsak et tiår senere, der økningen var størst i perioden frem til omkring 2005. I Norge oppgir omkring åtte av ti eldre mellom 60 og 79 år at de drikker alkohol. Omkring én av fire eldre mellom 60 og 79 år svarer at de drikker alkohol to ganger i uken eller oftere.

Kjønnsforskjellene i alkoholbruk har blitt mindre i løpet av de siste 35 årene, men det er fremdeles en større andel eldre menn som drikker – og som drikker ofte – sammenlignet med eldre kvinner. Når eldre drikker alkohol, er det som oftest vin, og det er også vanligst å drikke én til to enheter i en normal drikkesituasjon. To tredjedeler av kvinnene over 60 år oppgir dette, mens omkring halvparten av mennene rapporterer det samme. Det er forholdsvis få eldre som rapporterer høykonsumsituasjoner månedlig eller oftere. Omkring 7 prosent oppga dette i 2019, noe som var omtrent det samme som i 2013. Generelt sett peker dette mot at eldre i Norge drikker alkohol oftere enn før, men at det skjer i forholdsvis små mengder.

Litt under én av tre personer over 65 år i Norge som rapporterer at de drikker alkohol én gang eller mer per uke, forteller at de også bruker vanedannende legemidler. Bruken av vanedannende legemidler blant eldre ser ut til å øke noe mer med økende drikkefrekvens. Litteraturen peker her på at andelen eldre som rapporterte å drikke alkohol fire dager i uken eller mer, og som også brukte vanedannende legemidler, økte fra perioden 1995–1997 til perioden 2006–2008. Intervjuer med eldre indikerer at det kan være manglende kunnskap om risiko ved bruk av alkohol og psykofarmaka. I disse intervjuene ble forbruket blant annet bagatellisert og forklart med at dette er noe eldre mennesker gjør.

6.2.3 Alkoholbruk, aldring og helse

De inkluderte studiene viser videre at skadelig alkoholbruk kan settes i sammenheng med en lang rekke helsetilstander, slik som fordøyelsessykdommer, hjerte- og karsykdommer, infeksjonssykdommer og kreft. Alkoholmengde og drikkefrekvens kan også ha en uheldig innvirkning på menneskers psykiske helse, risikoen for ulykker og selvmordsrate.

Systematiske kunnskapsoppsummeringer viser at å drikke alkohol er en av de viktigste risikofaktorene globalt for tap av friske leveår og for ikke-smittsomme sykdommer. For eldre

kan alkoholbruk være spesielt utfordrende siden aldri medfører nedsatt metabolisme og reduksjon i kroppsvæske og kroppsmasse. Når alkohol akkumuleres i kroppen, oppnår eldre personer lettere rus selv ved lavere inntak. Med en aldersbetinget lavere alkoholtoleranse medfører dette økt følsomhet for alkohol i en aldrende kropp.

Studier finner at allerede oppståtte helseutfordringer kan forsterkes ved bruk av alkohol og slik utgjøre en fare for organskade, og det blir også vist til en rekke farer og potensielle negative konsekvenser for eldre som drikker alkohol og bruker legemidler. I inkluderte studier påpekes det at eldre ofte kan omtale alkoholrisiko og skade som noe som tilhører andre personer som har et høyere og mer problematisk alkoholforbruk enn dem selv. Studier peker også på at eldre personer ofte ikke gjenkjenner eller har manglende kunnskap om risiko forbundet med å drikke alkohol. De setter til gjengjeld pris på dens rolle i å opprettholde sosiale relasjoner og fritidsaktiviteter, noe som igjen blir beskrevet som viktig for livskvalitet, helse og velvære. Alkohol assosieres her gjerne med sosialt engasjement, sosialt samvær og livsglede. Eldre mennesker er imidlertid ingen homogen gruppe, og å drikke alkohol er i flere studier satt i forbindelse med erfarte vanskeligheter som sosial isolasjon, stress og sykdom eller overganger i livet som pensjonering eller dødsfall i nære relasjoner. Nære familiemedlemmer rapporterer om betydelige belastninger i samlivet med eldre slektningers alkoholmisbruk, slik som psykologisk stress over tid, opplevd utrygghet og frykt for egen sikkerhet.

6.2.4 Helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene

På tjenestenivå viser de inkluderte studiene at det er få kommuner og bydeler (omkring én av ni) som kartlegger behov for tjenester innen rusmiddel- og psykisk helsefeltet. Det er også relativt få kommuner og bydeler som har dette som tema i forebyggende hjemmebesøk, og som gjennomfører kompetansehevede tiltak for helsepersonellet på dette feltet. Dette kommenteres av flere forfattere som bekymringsfullt, dels på grunn av at det i årene fremover vil bli mange flere eldre i kommunene, og dels på grunn av kunnskapen om eldres alkoholvaner.

Litteraturen identifiserer videre store geografiske forskjeller i tilbudet til eldre pasienter med rusmiddellidelser i poliklinisk behandling ved psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) eller hos avtalespesialist psykisk helsevern.

Studier som har undersøkt erfaringer fra ansatte i helse- og omsorgstjenestene i kommuner, finner at rusmiddelbruk gjerne blir oppfattet som skambelagt av de eldre selv, men også av deres pårørende. Eldre og/eller deres pårørende prøver ofte å skjule rusmiddelbruken for omgivelsene eller hjelpeapparatet. Det å snakke om alkoholbruk blant eldre eller kombinasjonsbruk av alkohol og vanedannende legemidler ble i flere studier omtalt som tabu eller en privatsak. Det ble også beskrevet som krevende å ta opp. Studier fra sykehjem indikerer at helsepersonellet kunne være lite oppmerksom på farer ved å innta alkohol så lenge det ble servert til beboere som ikke drakk regelmessig eller i store mengder. Beboernes rett til selv å ta beslutninger om å takke ja til alkohol ble vektlagt. Flere studier vektlegger imidlertid viktigheten av å ha oppmerksomhet på alkoholbruken, der økt kunnskap om aldring, helse og alkoholbruk, samt kompetanse i å gjenkjenne symptomer på forhøyet alkoholkonsum, ble løftet frem som betydningsfullt. En slik økt kompetanse kan gjøre det lettere å identifisere og forebygge problematisk alkoholbruk blant eldre og bidra til bedre og mer adekvat helse- og omsorgshjelp. Mange eldre brukere opplever god hjelp og oppfølging når de først er inne i hjelpeapparatet, men det å få inngang i eller tilgang til tjenestene ble beskrevet som utfordrende. Eldre oppga i flere studier å ha liten eller manglende kjennskap til tjenesteapparatet på forhånd.

7. Referanser

- Agahi, N., Dahlberg, L. & Lennartsson, C. (2019). Social integration and alcohol consumption among older people: A four-year follow-up of a Swedish national sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 196, 40–45. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.011>
- Agahi, N., Kelfve, S., Hassing, L.B. & Lindwall, M. (2021). Alcohol Consumption Over the Retirement Transition in Sweden: Different Trajectories Based on Education. *Work, Aging and Retirement*, 8(1), 74–81. <https://doi.org/10.1093/workar/waab004>
- Alkoholloven. (1989). *Lov om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. (alkoholloven)* (LOV-1989-06-02-27). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1989-06-02-27>
- Anderson, P., Scafato, E. & Galluzzo, L. (2012). Alcohol and older people from a public health perspective. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 48(3), 232–247. https://doi.org/10.4415/ann_12_03_04
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/136455703200119616>
- Bale, M., Holsen, M., Osvoll, K.I., Bedane, H.K. & Skrede, O. (2020). *Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling: Oversikt og analyse i bruk av psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar i Noreg for åra 2014–2018*. <https://www.skde.no/helseatlas/files/psykiskhelsevernogrus.pdf>
- Bareham, B.K., Kaner, E., Spencer, L.P. & Hanratty, B. (2019). Drinking in later life: A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies exploring older people's perceptions and experiences. *Age Ageing*, 48(1), 134–146. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy069>
- Bergh, S., Michaelsen, E., Andfossen, N.B., Lichtwarck, B., Selbæk, G. & Kirkevold, Ø. (2021). Bruk av alkohol og vanedannende legemidler hos eldre norske hjemmetjenestemottakere. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(3). <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-03-03>
- Bergsvik, D. (2022). *Alkoholomsetningen i Norge*. <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholomsetningen-i-norge/>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2016). (Mis)conceptualising themes, thematic analysis, and other problems with Fugard and Potts' (2015) sample-size tool for thematic analysis. *International Journal of Social Research Methodology*, 19(6), 739–743. <https://doi.org/10.1080/13645579.2016.1195588>
- Bye, E.K. & Moan, I.S. (2020). Trends in older adults' alcohol use in Norway 1985–2019. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 37(5), 444–458. <https://doi.org/10.1177/1455072520954325>

- Bye, E.K. & Rossow, I. (2017). Concomitant alcohol and sedative-hypnotic drug use among the elderly in Norway. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34(1), 18–27. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1455072516683896>
- Bye, E.K. & Rossow, I.M. (2022). *Alkoholbruk i den voksne befolkningen*. <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/>
- Bye, E.K., Bogstrand, S.T. & Rossow, I. (2022). The importance of alcohol in elderly's hospital admissions for fall injuries: A population case-control study. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 39(1), 38–49. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/14550725211015836>
- Chang, A.Y., Skirbekk, V.F., Tyrovolas, S., Kassebaum, N.J. & Dieleman, J.L. (2019). Measuring population ageing: An analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Public Health*, 4(3), e159–e167. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30019-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30019-2)
- Departementene. (2016). *Flere år – flere muligheter: Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn*. https://www.regjeringen.no/contentassets/c8a8b14aadf14f179a9b70bc62ba2b37/strategi_eldrepolitikk_110316.pdf
- Departementene. (2021). *Nasjonal alkoholstrategi: En helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk: 2021–2025*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7517d7f5a9d34a9ba-5954a21a8317803/alkoholstrategien-til-nett.pdf>
- Emiliussen, J., Andersen, K. & Nielsen, A.S. (2017). Why do some older adults start drinking excessively late in life? Results from an Interpretative Phenomenological Study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(4), 974–983. <https://doi.org/10.1111/scs.12421>
- Emiliussen, J., Nielsen, A.S. & Andersen, K. (2017). Identifying Risk Factors for Late-Onset (50+) Alcohol Use Disorder and Heavy Drinking: A Systematic Review. *Substance Use & Misuse*, 52(12), 1575–1588. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1293102>
- Flesland, L. (2014). Sykepleiere i pleie- og omsorgssektorens erfaringer med eldre, rusmidler og hjelpebehov. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 4(1), 43–58. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-01-05>
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge* (Rapport 2014:4). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/folkehelse-rapporten-2014-pdf.pdf>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene* (FOR-2012-08-29-842). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
- Frydenlund, R. (2011). *Eldre, alkohol og legemiddelbruk: En kunnskapsoppsummering*. https://www.forebygging.no/globalassets/eldre_kunnskapsoppsummering_-_web.pdf
- Galluzzo, L., Scafato, E., Martire, S., Anderson, P., Colom, J., Segura, L., . . . Ahlström, S. (2012). Alcohol and older people: The European project VINTAGE: Good health into older age: Design, methods and major results. *Ann Ist Super Sanita*, 48(3), 221–231. https://doi.org/10.4415/ann_12_03_03
- Griswold, M.G., Fullman, N., Hawley, C., Arian, N., Zimsen, S.R.M., Tymeson, H.D., . . . Gakidou, E. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 392(10152), 1015–1035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)

- Gunnarsson, E. & Karlsson, L.-B. (2017). Äldre, alkohol och omsorgsbehov: Biståndshandläggare om arbetet med äldre personer med missbruksproblem. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34(1), 43–56. <https://doi.org/10.1177/1455072516682439>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). Opptappingsplan for rusfeltet (2007–2012). I Helse- og omsorgsdepartementet (red.), *St.prp. nr. 1 (2007–2008): For budsjettåret 2008* (s. 269–303). <https://www.regjeringen.no/contentassets/85525252792944f1951cfb1dbf026927/no/pdfs/stp200720080001hodddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020*. https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Rundskriv I-2/2016: Om forebyggende hjemmebesøk i kommunene*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-22016-om-forebyggen-de-hjemmebesok-i-kommunene/id2503186/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*. https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f-5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Omsorgstjenesten*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/omsorgstjenesten/id426407/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Grunnstrukturen i helsetjenesten*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser: Sammensatte tjenester – samtidig behandling (IS-1948)*. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten (IS-2076)*. Helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017a). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Behandling%20og%20rehabilitering%20av%20rusmiddelproblemer%20og%20avhengighet.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017b). *Pårørendeveileder*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/paroren-deveileder>
- Helsedirektoratet. (2017c). *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20store%20og%20sammensatte%20behov.pdf>
- Helsedirektoratet. (2019a). *Forebyggende hjemmebesøk i kommunen*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen>
- Helsedirektoratet. (2019b). *Nasjonale faglige råd for psykiske lidelser hos eldre*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre>

- Helsedirektoratet. (2021). *Nasjonal veileder om vanedannende legemidler*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler>
- Helsedirektoratet. (2022). *Helsepersonelloven med kommentarer*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/taushetsplikt-og-opplysningsrett#paragraf-29-opplysninger-til-forskning-mv-lovtekst>
- Helsenorge. (2021). *Retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten*. <https://www.helsenorge.no/rettigheter/sykehus-og-spesialist/rett-til-nodvendig-helsehjelp/>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helvik, A.-S. (2020). Eldre og deres alkoholinntak – et norsk perspektiv. *Forebygging.no*. <https://doi.org/https://doi.org/10.21340/6dth-b113>
- Helvik, A.-S., Engedal, K. & Johannessen, A. (2020). Elevated alcohol consumption among geriatric psychiatric in-patients. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 37(4), 400–410. <https://doi.org/10.1177/1455072520936813>
- Hustvedt, I.B., Bosnic, H. & Håland, M.E. (2021). *BrukerPlan: Årsrapport 2020*. <https://brukerplan.no/BrukerPlan%20A%CC%8Arsrapport%202020.pdf>
- Innst. 206 S (2015–2016). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2015-2016/inns-201516-206.pdf>
- Innst. 207 S (2012–2013). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk: alkohol – narkotika – doping*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/inns-201213-207.pdf>
- Innst. 212 S (2009–2010). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2009-2010/inns-200910-212.pdf>
- Innst. 240 S (2015–2016). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2015-2016/inns-201516-240.pdf>
- Innst. 380 S (2014–2015). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Folkehelsemeldingen – mestrings- og muligheter*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2014-2015/inns-201415-380.pdf>
- Innst. 40 S (2015–2016). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2015-2016/inns-201516-040.pdf>
- Innst. 43 S (2018–2019). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2018-2019/inns-201819-043s.pdf>
- Innst. O. nr. 4 (2003–2004). *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. og lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (Rusreform II og rett til individuell plan)*. Sosialkomiteen. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/odelstinget/2003-2004/inno-200304-004.pdf>

- Innst. O. nr. 51 (2002–2003). *Innstilling til odelstinget fra sosialkomiteen. Sosialkomiteen*. https://stortinget.no/nn/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=2002-2003&paid=6&wid=bia&psid=DIVL542&pgid=bia_0485
- Innst. S. nr. 150 (2006–2007). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om framtidens omsorgsutfordringer (Mestring, muligheter og mening)*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2006-2007/inns-200607-150.pdf>
- Johannessen, A., Engedal, K. & Helvik, A.S. (2015). Use and misuse of alcohol and psychotropic drugs among older people: Is that an issue when services are planned for and implemented? *Scandinavian journal of caring sciences*, 29(2), 325–332. <https://doi.org/doi:10.1111/scs.12166>
- Johannessen, A., Helvik, A.S., Engedal, K. & Sørli, V.M. (2016). Older peoples' narratives of use and misuse of alcohol and psychotropic drugs. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(3), 586–593. <https://doi.org/10.1111/scs.12282>
- Johannessen, A., Helvik, A.-S., Engedal, K., Ulstein, I. & Sørli, V. (2015). Prescribers' of psychotropic drugs experiences and reflections on use and misuse of alcohol and psychotropic drugs among older people: A qualitative study. *Quality in Primary Care*, 23(3), 134–140. <http://primarycare.imedpub.com/prescribers-of-psychotropic-drugs-experiencesand-reflections-on-use-and-misuse-of-alcoholand-psychotropic-drugs-among-older-people-a-qualitative-study.pdf>
- Johannessen, A., Tevik, K. & Helvik, A.-S. (2021). Health professionals' experience of nursing home residents' consumption of alcohol and use of psychotropic drugs. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 38(2), 161–174. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1455072520961890>
- Johannessen, A., Tevik, K., Engedal, K., Tjelta, T. & Helvik, A.-S. (2022). Family' members experiences of their older relative's alcohol and substance misuse. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 17(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2094059>
- Kamsvaag, B., Bergh, S., Šaltytė Benth, J., Selbaek, G., Tevik, K. & Helvik, A.-S. (2022). Alcohol consumption among older adults with symptoms of cognitive decline consulting specialist health care. *Aging & Mental Health*, 26(9), 1756–1764. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1950618>
- Kelly, S., Olanrewaju, O., Cowan, A., Brayne, C. & Lafortune, L. (2018). Alcohol and older people: A systematic review of barriers, facilitators and context of drinking in older people and implications for intervention design. *PLOS ONE*, 13(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191189>
- Knutheim, T. & Rahm, F.R. (2016). *Aldring og rusmidler: Utviklingstrekk, sykdom, medikamenter, alkoholbruk*. <https://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2016/10/Eldre-og-Rus.pdf>
- Kompetansesenter rus Midt-Norge. (2020). *Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester blant personer med rusmiddelproblemer: Delrapport 2: Kvalitativ rapport, eldre 65+*. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/brukertilfredshetsevalueringen-kommunale-tjenester-rus/Brukertilfredshetsevaluering%202020%20-%20kommunale%20tjenester%20rus%20-%2065pluss%20C3%A5r%20-%20delrapport%20%20\(kvalitativ%20rapport\).pdf?download=false](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/brukertilfredshetsevalueringen-kommunale-tjenester-rus/Brukertilfredshetsevaluering%202020%20-%20kommunale%20tjenester%20rus%20-%2065pluss%20C3%A5r%20-%20delrapport%20%20(kvalitativ%20rapport).pdf?download=false)
- Kompetansesenter rus Midt-Norge. (2021). *Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester blant personer med rusmiddelproblemer: Samlet sluttrapport for Brukertilfredshetsevaluering 2017–2021*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/brukertilfredshetsevalueringen-kommunale-tjenester-rus/Brukertilfredshetsevaluering%202021%20-%20kommunale%20tjenester%20rus%20-%20samlet%20sluttrapport%202017-2021.pdf?download=false>

- Kompetansesenter rus Oslo. ([u.å.]). *Om prosjekt Nero og helseknaggen*. <https://www.forebygging.no/globalassets/om-prosjekt-nero-og-helseknaggen.docx>
- Kompetansesenter rus Oslo. (2019). *Kartleggingsrapport: Kompetanse om eldre, alkohol og legemidler i hjemmetjenesten, Bydel Sagene* <https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2021/01/Kartlegging-hjemmetjenestene-i-Bydel-Sagene.pdf>
- Kompetansesenter rus Oslo. (2020). *Nettverk for eldre og rus – NERO*. <https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2020/01/NERO.pdf>
- Kompetansesenter rus Oslo. (2021). *Aldring, alkohol og legemidler: Rapport fra seks fokusgruppeintervjuer*. <https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2021/01/20201126-Rapport-Aldring-alkohol-og-legemidler-digital-versjon.pdf>
- Kompetansesentrene rus & Helsedirektoratet. (2023). *Aldring og helse – hva med alkohol?* <https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2023/01/Felles-KORUS-brosjyre.pdf>
- Kristiansand kommune. (2022). *Alkohol: Informasjonsbrosjyre om aldring, alkohol og legemidler*. <https://www.kristiansand.kommune.no/contentassets/62a976cbc1d54761aacc7dcbb1885186/alkohol---digital.pdf>
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* (FOR-2003-06-27-792). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Langballe, E.M., Ask, H., Holmen, J., Stordal, E., Saltvedt, I., Selbæk, G., . . . Tambs, K. (2015). Alcohol consumption and risk of dementia up to 27 years later in a large, population-based sample: The HUNT study, Norway. *European Journal of Epidemiology*, 30(9), 1049–1056. <https://doi.org/10.1007/s10654-015-0029-2>
- Løken, R.M. (2016). «Helseknaggen» – et verktøy i møte med eldre, helse og alkohol. <https://www.forebygging.no/Praksis/2015-2017/Helseknaggen---et-verktoy-i-mote-med-eldre-helse-og-alkohol/>
- Lunde, L.-H. (2015). Alkoholvaner og problematisk alkoholbruk blant eldre – kunnskapsstatus. I R. Mobæk & S. Nesvåg (red.), *Eldres rusmiddelbruk: Alkoholbruk og alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problemer blant eldre og helsemessige og sosiale problemer blant eldre i LAR: Utredning til Helse- og omsorgsdepartementet* (s. 10–31). <https://helse-stavanger.no/seksjon/korfor/documents/rapporter/publrapport%20hod-eldres%20rusmiddelbruk.pdf>
- Mejldal, A., Andersen, K., Behrendt, S., Bilberg, R., Christensen, A.I., Lau, C. J., . . . Nielsen, A.S. (2021). History of healthcare use and disease burden in older adults with different levels of alcohol use: A register-based cohort study. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 45(6), 1237–1248. <https://doi.org/10.1111/acer.14615>
- Meld. St. 30 (2011–2012). *Se meg!: En helhetlig rusmiddelpolitikk: Alkohol – narkotika – doping*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/bba17f176efc40269984ef0de3dc48e5/no/pdfs/stm201120120030000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 19 (2014–2015). *Folkehelsemeldingen - mestring og muligheter*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

- Meld. St. 11 (2015–2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/sec1>
- Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 19 (2018–2019). *Melding til Stortinget: Folkehelsemeldinga: Gode liv i eit trygt samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e-94660bb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>
- Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Universitetsforlaget.
- Næss, O. (2015). Alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problem blant eldre – vurdering av tjenestetilbud og kompetansebehov. I R. Mobæk & S. Nesvåg (red.), *Eldres rusmiddelbruk: Alkoholbruk og alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problemer blant eldre og helsemessige og sosiale problemer blant eldre i LAR: Utredning til Helse- og omsorgsdepartementet* (s. 32–48). <https://www.korusoslo.no/wp-content/uploads/publrapport-HOD-Eldres-rusmiddelbruk.pdf>
- Nasjonalt senter for aldring og helse. (2021). *Eldreomsorgens ABC [informasjonsmateriale]*. <https://www.aldringoghelse.no/wp-content/uploads/2021/07/dm-abc-kurs-eldreomsorgens-abc-062021-web.pdf>
- National Library of Medicine. (1966). *Aged*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68000368>
- NIFU. (2015). *FoU-statistikk 2015: Måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus*. http://www.nifu.no/files/2015/11/Vedlegg2015-HF_v1.pdf
- Nordfjærn, T. (2018). Religiosity and Alcohol Use: Is Religiosity Important for Abstinence and Consumption Levels in the Second Half of Life? *Subst Use Misuse*, 53(14), 2271–2280. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1473431>
- OECD & Norges forskningsråd. (2021). *Frascati-manualen 2015: Retningslinjer for innhenting og rapportering av data om forskning og eksperimentell utvikling: Utdrag*. <https://www.nifu.no/wp-content/uploads/2021/03/Frascati-2015-norsk.pdf>
- Ormstad, H., Rosness, T.A., Bergem, A.L.M., Bjertness, E. & Strand, B.H. (2016). Alcohol consumption in the elderly and risk of dementia related death: A Norwegian prospective study with a 17-year follow-up. *International Journal of Neuroscience*, 126(2), 135–144. <https://doi.org/10.3109/00207454.2014.997876>
- Ose, S.O. & Kaspersen, S.L. (2021). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2021: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-%C3%A5rsrapporter/Kommunalt%20psykisk%20helse-%20og%20rusarbeid%202021.pdf>
- Oslo kommune & Kompetansesenter rus Oslo. (2021). *Om aldring, alkohol og legemidler*. https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2021/01/2021-Rutineha%CC%8Andbok_Aldring-alkohol-og-legemidler_digital_oppslag.pdf
- Ot.prp. nr. 3 (2002–2003). *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere)*. Sosialdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/a026e62e98e64db7b83639cce7f388d8/no/pdfs/otp200220030003000dddpdfs.pdf>
- Ot.prp. nr. 54 (2002–2003). *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)*. Sosialdepartementet. <https://www.regjeringen.no>

[no/no/dokumenter/otprp-nr-54-2002-2003-/id173487/](https://lovdata.no/dokumenter/otprp-nr-54-2002-2003-/id173487/)

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Prop. 15 S (2015–2016). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>
- Prop. 91 L (2010–2011). *Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak): Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/6aaaa5e4b6b34d9581e4c0e34d8eabeb/no/pdfs/prp201020110091000dddpdfs.pdf>
- Skretting, A. & Storvoll, E.E. (2011). *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet: Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken*. <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/276010/sirusrap.3.11.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Skretting, A., Vedøy, T.F., Lund, K.E. & Bye, E.K. (red.) (2016). *Rusmidler i Norge 2016: Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing, doping og tjenestetilbudet*. Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/rusmidler_i_norge_2016.pdf
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- St.meld. nr. 25 (2005–2006). *Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer: Omsorgsplan 2015*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/16e39820de5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm200520060025000dddpdfs.pdf>
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd-8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Stelander, L.T. (2022). *Alcohol and aging: A longitudinal study of alcohol habits and health effects due to alcohol consumption in old adulthood*. [Doktorgradsavhandling, UiT – Norges arktiske universitet]. <https://hdl.handle.net/10037/27485>
- Stelander, L.T., Høye, A., Bramness, J.G., Selbæk, G., Lunde, L.-H., Wynn, R. & Grønli, O.K. (2021). The changing alcohol drinking patterns among older adults show that women are closing the gender gap in more frequent drinking: The Tromsø study, 1994–2016. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00376-9>
- Stelander, L.T., Høye, A., Bramness, J.G., Wynn, R. & Grønli, O.K. (2022). Sex differences in at-risk drinking and associated factors: A cross-sectional study of 8,616 community-dwelling adults 60 years and older: The Tromsø study, 2015–16. *BMC Geriatrics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02842-w>
- Storeng, S.H., Sund, E.R. & Krokstad, S. (2020). Prevalence, clustering and combined effects of lifestyle behaviours and their association with health after retirement age in a prospective cohort study, the Nord-Trøndelag Health Study, Norway. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08993-y>
- Tevik, K. (2019). *Alcohol consumption and use of drugs with addiction potential in older adults: A population-based study*. [Doktorgradsavhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)]. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2020071448737 [begrenset tilgang]

- Tevik, K., Bergh, S., Selbæk, G., Johannessen, A. & Helvik, A.-S. (2021). A systematic review of self-report measures used in epidemiological studies to assess alcohol consumption among older adults. *PLOS ONE*, 16(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261292>
- 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>
- Tevik, K., Selbæk, G., Engedal, K., Seim, A., Krokstad, S. & Helvik, A.-S. (2019a). Factors associated with alcohol consumption and prescribed drugs with addiction potential among older women and men – the Nord-Trøndelag health study (HUNT2 and HUNT3), Norway, a population-based longitudinal study. *BMC Geriatrics*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1114-2>
- Tevik, K., Selbæk, G., Engedal, K., Seim, A., Krokstad, S. & Helvik, A.-S. (2019b). Mortality in older adults with frequent alcohol consumption and use of drugs with addiction potential – The Nord Trøndelag Health Study 2006–2008 (HUNT3), Norway, a population-based study. *PLOS ONE*, 14(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214813>
- Tigerstedt, C., Agahi, N., K Bye, E., Ekholm, O., Härkönen, J., Jensen, H. R., . . . Bloomfield, K. (2020). Comparing older people's drinking habits in four Nordic countries: Summary of the thematic issue. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 37(5), 434–443. <https://doi.org/10.1177/1455072520954326>
- Tingvold, L. & Magnussen, S. (2018). Økt spesialisering og differensiering i sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(2), 153–164. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-11>
- Wiegmann, C., Mick, I., Brandl, E.J., Heinz, A. & Gutwinski, S. (2020). Alcohol and Dementia - What is the Link? A Systematic Review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 87–99. <https://doi.org/10.2147/ndt.S198772>
- Woldstad, I. (2015). *Eldre med skadelige rusmiddelvaner – muligheter og utfordringer: Rapport fra samarbeidsprosjekt 2010–2015: Et samarbeid mellom kommunene Fræna, Herøy, Haram, Ålesund, Molde, Midsund og Averøy i Møre og Romsdal, Kompetansesenter rus – Midt-Norge og Fylkesmannen*. <https://stolav.no/Documents/KoRus/Erfaringsrapport%20Eldre%20og%20Rus%20150831-08%20Rapport%20kommunenettverk%20LR.pdf>
- Woldstad, I. (2017). Aldring og skadelige rusmiddelvaner – muligheter og utfordringer. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34(1), 97–102. <https://doi.org/10.1177/1455072516682644>
- World Health Organization. (2002). *Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project*. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- World Health Organization. (2015). *Ageing and health*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>
- World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf>

Om forfatterne

Terje Emil Fredwall er professor ved Senter for omsorgsforskning, sør, Universitetet i Agder. Han har skrevet en rekke artikler, bokkapitler og rapporter om etikk, rus- og psykisk helsearbeid og omsorgstjenesteforskning. Han har også utgitt bøkene *Straffens etikk* (2022) (medredaktør), *Verdier i konflikt* (2020, medredaktør) og *Murer og moral* (2015). Fredwall er ansvarlig redaktør for Omsorgsbiblioteket, hvor han også har publisert flere kunnskapsoppsummeringer.

Anne Jørstad Antonsen er stipendiat og universitetslektor ved Senter for omsorgsforskning, sør, Universitetet i Agder. Hun arbeider nå på en doktorgradsavhandling om hjemmeboende eldre og samtidig bruk av alkohol og vanedannende medikamenter. Hun har også publisert vitenskapelige artikler om kreft og livsstilsendringer, samt forebygging av overvekt og fedme hos barn. Antonsen er utdannet sykepleier og har jobbet ved sykepleierutdanningen ved UiA siden 2017. Før det var hun ansatt ved Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Aust-Agder.

Vedlegg 1. Søk i databaser

Database: Ovid MEDLINE

Database: Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to January 05, 2023> Search Strategy:

1. Alcohol Drinking/ (74590)
2. heavy episodic drinking.mp. (1069)
3. misuse.mp. (28875)
4. Substance-Related Disorders/ (104682)
5. substance abuse.mp. (57718)
6. Alcoholism/ (79748)
7. alcohol drinking patterns.mp. (187)
8. sobriety.mp. (1196)
9. older adults.mp. (111043)
10. "Aged, 80 and over"/ or Aged/ (3437876)
11. elderly.mp. (299216)
12. older people.mp. (38584)
13. senior citizens.mp. (1427)
14. Age Factors/ (472062)
15. Norway/ (41652)
16. Denmark/ (53487)
17. Sweden/ (81092)
18. Alcohol-Related Disorders/ (5739)
19. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 18 (291577)
20. 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 (3833171)
21. 15 or 16 or 17 (172105)
22. 19 and 20 and 21 (1653)
23. limit 22 to yr="2014 - 2022" (476)

Database: Ovid MEDLINE (søk inkludert systematiske oppsummeringer)

Database: Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to January 05, 2023> Search Strategy:

1. Alcohol Drinking/ (74590)
2. heavy episodic drinking.mp. (1069)
3. misuse.mp. (28875)
4. Substance-Related Disorders/ (104682)
5. substance abuse.mp. (57718)
6. Alcoholism/ (79748)
7. alcohol drinking patterns.mp. (187)
8. sobriety.mp. (1196)
9. older adults.mp. (111043)
10. "Aged, 80 and over"/ or Aged/ (3437876)
11. elderly.mp. (299216)
12. older people.mp. (38584)
13. senior citizens.mp. (1427)
14. Age Factors/ (472062)
15. Alcohol-Related Disorders/ (5739)
16. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 15 (291577)
17. 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 (3833171)
18. 16 and 17 (45550)
19. limit 18 to (yr="2014 - 2022" and "systematic review") (140)

Database: Ovid PsycInfo

Database: APA PsycInfo <1806 to January Week 1 2023> Search Strategy:

1. heavy episodic drinking.mp. (1003)
2. misuse.mp. (15176)
3. substance abuse.mp. (45531)
4. Alcoholism/ (30932)
5. alcohol drinking patterns.mp. (3980)
6. sobriety.mp. (3252)
7. older adults.mp. (60503)
8. "Aged, 80 and over"/ or Aged/ (1821)
9. elderly.mp. (71236)
10. 10older people.mp. (16966)
11. senior citizens.mp. (987)
12. alcohol drinking patterns.mp. or exp Alcohol Drinking Patterns/ (8691)
13. denmark.mp. (9216)
14. sweden.mp. (20872)
15. norway.mp. (12301)
16. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 12 (96712)
17. 7 or 8 or 9 or 10 or 11 (134352)
18. 13 or 14 or 15 (40041)

19. 16 and 17 and 18 (48)
20. limit 19 to ("0110 peer-reviewed journal" and yr="2014 - 2022") (27)

Database: Ovid PsycInfo (søk inkludert systematiske oppsummeringer)

Database: APA PsycInfo <1806 to January Week 1 2023> Search Strategy:

1. heavy episodic drinking.mp. (1003)
2. misuse.mp. (15176)
3. substance abuse.mp. (45531)
4. Alcoholism/ (30932)
5. alcohol drinking patterns.mp. (3980)
6. sobriety.mp. (3252)
7. older adults.mp. (60503)
8. "Aged, 80 and over"/ or Aged/ (1821)
9. elderly.mp. (71236)
10. older people.mp. (16966)
11. senior citizens.mp. (987)
12. alcohol drinking patterns.mp. or exp Alcohol Drinking Patterns/ (8691)
13. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 12 (96712)
14. 7 or 8 or 9 or 10 or 11 (134352)
15. 13 and 14 (1990)
16. limit 15 to (("0800 literature review" or "0830 systematic review") and "0110 peer-reviewed journal" and yr="2014 - 2022") (38)

Database: EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews

Database: EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews <2005 to January 02, 2023> Search Strategy:

1. elderly.mp. [mp=title, abstract, full text, keywords, caption text] (1280)
2. older people.mp. [mp=title, abstract, full text, keywords, caption text] (709)
3. heavy episode drinking.mp. [mp=title, abstract, full text, keywords, caption text] (0)
4. substance abuse.mp. [mp=title, abstract, full text, keywords, caption text] (345)
5. alcohol abuse.mp. [mp=title, abstract, full text, keywords, caption text] (172)
6. alcohol drinking patterns.mp. [mp=title, abstract, full text, keywords, caption text] (13)
7. sobriety.mp. [mp=title, abstract, full text, keywords, caption text] (12)
8. alcohol drinking.mp. [mp=title, abstract, full text, keywords, caption text] (56)
9. 1 or 2 or 3 (1843)
10. 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 (481)
11. 10 and 11 (118)
12. limit 12 to last 9 years (54)

Database: Ebsco Cinahl

(alcoholism OR misuse* OR sobriety OR ("alcohol drinking") OR ("heavy episodic drinking") OR ("substance-related drinking") OR ("substance abuse") OR ("alcohol drinking pattern*") OR ("alcohol-related disorders")) AND (("older adult*") OR aged OR ("aged, 80 and over") OR elderl* OR ("older people*") OR ("senior citizen*")) AND (norway OR sweden OR denmark)

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S1	(alcoholism OR misuse* OR sobriety OR („alcohol drinking“) OR („heavy episodic drinking“) OR („substance-related drinking“) OR („substance abuse“) OR („alcohol drinking pattern*“) OR („alcohol-related disorders*)) AND ((„older adult*“) OR aged OR („aged, 80 and over“) OR elderl* OR („older people*“) OR („senior citizen*“) AND (norway OR sweden OR denmark)	Limiters - Published Date: 20140101-20221231 Search modes - Boolean/ Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	341

Database: SveMed+

Nr	Söksträng	Antal träffar
1	exp:"alcohol drinking"	1323
2	exp:"heavy episodic drinking"	83
3	exp:"Substance-Related Disorders"	3284
4	exp:"substance abuse"	3284
5	exp:"misuse"	120
6	exp:"Alcoholism"	708
7	exp:"alcohol drinking patterns"	1323
8	exp:"sobriety"	2
9	exp:"older adults"	36005
10	exp:"Aged"	17616
11	exp:"Aged, 80 and over"	3118
12	exp:"elderly"	17616
13	exp:"older people"	156
14	alkohol	1388
15	eldre	2071
16	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 14	4206
17	9 OR 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 15	36334
18	16 AND 17	1449
19	16 AND 17 Limits: granskning:"peer reviewed"	1223
20	16 AND 17 Limits: granskning:"peer reviewed" AND year:[2014 TO 2019]	215

Vedlegg 2. Inkluderte forsknings- og utviklingsarbeider – en oversikt

Nr	Referanse (forfatternavn, utgivelsesår, tittel, doi/nettlenke)	Publikasjons-type	Kategorisering
1	Agahi, N., Dahlberg, L. & Lennartsson, C. (2019). Social integration and alcohol consumption among older people: A four-year follow-up of a Swedish national sample. <i>Drug and Alcohol Dependence</i> , 196, 40–45. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.011	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)
2	Agahi, N., Kelfve, S., Hassing, L.B. & Lindwall, M. (2021). Alcohol Consumption Over the Retirement Transition in Sweden: Different Trajectories Based on Education. <i>Work, Aging and Retirement</i> , 8(1), 74–81. https://doi.org/10.1093/workar/waab004	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk og trender blant eldre (4.1)
3	Anderson, P., Scafato, E. & Galluzzo, L. (2012). Alcohol and older people from a public health perspective. <i>Annali dell'Istituto superiore di sanita</i> , 48(3), 232–247. https://doi.org/10.4415/ann_12_03_04	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)
4	Bale, M., Holsen, M., Osvoll, K.I., Bedane, H.K. & Skrede, O. (2020). <i>Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling: Oversikt og analyse i bruk av psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar i Noreg for åra 2014–2018</i> . https://www.skde.no/helseatlas/files/psykiskhelsevernogrus.pdf	Rapport	Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)
5	Bareham, B.K., Kaner, E., Spencer, L.P. & Hanratty, B. (2019). Drinking in later life: A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies exploring older people's perceptions and experiences. <i>Age Ageing</i> , 48(1), 134–146. https://doi.org/10.1093/ageing/afy069	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)
6	Bergh, S., Michaelsen, E., Andfossen, N.B., Lichtwarck, B., Selbæk, G. & Kirkevold, Ø. (2021). Bruk av alkohol og vanedannende legemidler hos eldre norske hjemmetjenestemottakere. <i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i> , 7(3). https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-03-03	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk og trender blant eldre (4.1)
7	Bergsvik, D. (2022). <i>Alkoholomsetningen i Norge</i> . https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholomsetningen-i-norge/	Rapport	Alkoholbruk og trender blant eldre (4.1)
8	Bye, E.K., Bogstrand, S.T. & Rossow, I. (2022). The importance of alcohol in elderly's hospital admissions for fall injuries: A population case-control study. <i>Nordic Studies on Alcohol and Drugs</i> , 39(1), 38–49. https://doi.org/https://doi.org/10.1177/145507252110158	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)
9	Bye, E.K. & Moan, I.S. (2020). Trends in older adults' alcohol use in Norway 1985–2019. <i>Nordic Studies on Alcohol and Drugs</i> , 37(5), 444–458. https://doi.org/10.1177/1455072520954325	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk og trender blant eldre (4.1)

10	Bye, E.K. & Rossow, I. (2017). Concomitant alcohol and sedative-hypnotic drug use among the elderly in Norway. <i>Nordic Studies on Alcohol and Drugs</i> , 34(1), 18–27. https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1455072516683	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk og trender blant eldre (4.1)
11	Bye, E.K. & Rossow, I.M. (2022). <i>Alkoholbruk i den voksne befolkningen</i> . https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/	Rapport	Alkoholbruk og trender blant eldre (4.1)
12	Emiliussen, J., Andersen, K. & Nielsen, A.S. (2017). Why do some older adults start drinking excessively late in life? Results from an Interpretative Phenomenological Study. <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> , 31(4), 974–983. https://doi.org/10.1111/scs.12421	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)
13	Emiliussen, J., Nielsen, A.S. & Andersen, K. (2017). Identifying Risk Factors for Late-Onset (50+) Alcohol Use Disorder and Heavy Drinking: A Systematic Review. <i>Substance Use & Misuse</i> , 52(12), 1575–1588. https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1293102	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)
14	Flesland, L. (2014). Sykepleiere i pleie- og omsorgssektorens erfaringer med eldre, rusmidler og hjelpebehov. <i>Nordisk Sygeplejeforskning</i> , 4(1), 43–58. https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-01-05	Vitenskapelig artikkel	Helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene (4.3)
15	Griswold, M.G., Fullman, N., Hawley, C., Arian, N., Zimsen, S.R.M., Tymeson, H.D., . . . Gakidou, E. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. <i>The Lancet</i> , 392(10152), 1015–1035. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)
16	Gunnarsson, E. & Karlsson, L.-B. (2017). Äldre, alkohol och omsorgsbehov: Biståndshandläggare om arbetet med äldre personer med missbruksproblem. <i>Nordic Studies on Alcohol and Drugs</i> , 34(1), 43–56. https://doi.org/10.1177/1455072516682439	Vitenskapelig artikkel	Helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene (4.3)
17	Helvik, A.-S., Engedal, K. & Johannessen, A. (2020). Elevated alcohol consumption among geriatric psychiatric in-patients. <i>Nordic Studies on Alcohol and Drugs</i> , 37(4), 400–410. https://doi.org/10.1177/1455072520936813	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)
18	Hustvedt, I.B., Bosnic, H. & Håland, M.E. (2021). <i>BrukerPlan: Årsrapport 2020</i> . https://brugerplan.no/BrukerPlan%20A%CC%8Arsrapport%202020.pdf	Rapport	Helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene (4.3)
19	Johannessen, A., Engedal, K. & Helvik, A.S. (2015). Use and misuse of alcohol and psychotropic drugs among older people: Is that an issue when services are planned for and implemented? <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> , 29(2), 325–332. https://doi.org/doi:10.1111/scs.12166	Vitenskapelig artikkel	Helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene (4.3)

20	Johannessen, A., Helvik, A.-S., Engedal, K., Ulstein, I. & Sørli, V. (2015). Prescribers' of psychotropic drugs experiences and reflections on use and misuse of alcohol and psychotropic drugs among older people: A qualitative study. <i>Quality in Primary Care</i> , 23(3), 134–140. http://primarycare.imedpub.com/prescribers-of-psychotropic-drugs-experiencesand-reflections-on-use-and-misuse-of-alcoholand-psychotropic-drugs-among-older-people-a-qualitative-study.pdf	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk og trender blant eldre (4.1)
21	Johannessen, A., Helvik, A.S., Engedal, K. & Sørli, V.M. (2016). Older peoples' narratives of use and misuse of alcohol and psychotropic drugs. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 30(3), 586–593. https://doi.org/10.1111/scs.12282	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk og trender blant eldre (4.1)
22	Johannessen, A., Tevik, K., Engedal, K., Tjelta, T. & Helvik, A.-S. (2022). Family' members experiences of their older relative's alcohol and substance misuse. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i> , 17(1). https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2094059	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)
23	Johannessen, A., Tevik, K. & Helvik, A.-S. (2021). Health professionals' experience of nursing home residents' consumption of alcohol and use of psychotropic drugs. <i>Nordic Studies on Alcohol and Drugs</i> , 38(2), 161–174. https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1455072520961890	Vitenskapelig artikkel	Helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene (4.3)
24	Kamsvaag, B., Bergh, S., Šaltytė Benth, J., Selbaek, G., Tevik, K. & Helvik, A.-S. (2022). Alcohol consumption among older adults with symptoms of cognitive decline consulting specialist health care. <i>Aging & Mental Health</i> , 26(9), 1756–1764. https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1950618	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)
25	Kelly, S., Olanrewaju, O., Cowan, A., Brayne, C. & Lafortune, L. (2018). Alcohol and older people: A systematic review of barriers, facilitators and context of drinking in older people and implications for intervention design. <i>PLOS ONE</i> , 13(1). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191189	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)
26	Kompetansesenter rus Midt-Norge. (2020). <i>Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester blant personer med rusmiddelproblemer: Delrapport 2: Kvalitativ rapport, eldre 65+.</i> https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/brukertilfredshetsevalueringen-kommunale-tjenester-rus/Brukertilfredshetsevaluering%202020%20-%20kommunale%20tjenester%20rus%20-%2065pluss%20%C3%A5r%20-%20delrapport%20%20(kvalitativ%20rapport).pdf?download=false	Rapport	Helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene (4.3)

27	Kompetansesenter rus Midt-Norge. (2021). <i>Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester blant personer med rusmiddelproblemer: Samlet sluttrapport for Brukertilfredshetsevaluering 2017–2021</i> . https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/brukertilfredshetsevalueringen-kommunale-tjenester-rus/Brukertilfredshetsevaluering%202021%20-%20kommunale%20tjenester%20rus%20-%20samlet%20sluttrapport%202017-2021.pdf?download=false	Rapport	Helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene (4.3)
28	Kompetansesenter rus Oslo. (2019). <i>Kartleggingsrapport: Kompetanse om eldre, alkohol og legemidler i hjemmetjenesten, Bydel Sagene</i> . https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2021/01/Kartlegging-hjemmetjenestene-i-Bydel-Sagene.pdf	Rapport	Helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene (4.3)
29	Kompetansesenter rus Oslo. (2021). <i>Aldring, alkohol og legemidler: Rapport fra seks fokusgruppeintervjuer</i> . https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2021/01/20201126-Rapport-Aldring-alkohol-og-legemidler-digital-versjon.pdf	Rapport	Helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene (4.3)
30	Langballe, E.M., Ask, H., Holmen, J., Stordal, E., Saltvedt, I., Selbæk, G., . . . Tambs, K. (2015). Alcohol consumption and risk of dementia up to 27 years later in a large, population-based sample: The HUNT study, Norway. <i>European Journal of Epidemiology</i> , 30(9), 1049–1056. https://doi.org/10.1007/s10654-015-0029-2	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)
31	Lunde, L.-H. (2015). Alkoholvaner og problematisk alkoholbruk blant eldre – kunnskapsstatus. I R. Mobæk & S. Nesvåg (red.), <i>Eldres rusmiddelbruk: Alkoholbruk og alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problemer blant eldre og helsemessige og sosiale problemer blant eldre i LAR: Utredning til Helse- og omsorgsdepartementet</i> (s. 10–31). https://helse-stavanger.no/seksjon/korfor/documents/rapporter/publrapport%20hod-eldres%20rusmiddelbruk.pdf	Bokkapittel i rapport	Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)
32	Mejldal, A., Andersen, K., Behrendt, S., Bilberg, R., Christensen, A. I., Lau, C.J., . . . Nielsen, A. S. (2021). History of healthcare use and disease burden in older adults with different levels of alcohol use: A register-based cohort study. <i>Alcohol: Clinical and Experimental Research</i> , 45(6), 1237–1248. https://doi.org/10.1111/acer.14615	Vitenskapelig artikkel	Helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene (4.3)
33	Nordfjærn, T. (2018). Religiosity and Alcohol Use: Is Religiosity Important for Abstinence and Consumption Levels in the Second Half of Life? <i>Substance Use & Misuse</i> , 53(14), 2271–2280. https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1473431	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)

34	Næss, O. (2015). Alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problem blant eldre – vurdering av tjenestetilbud og kompetansebehov. I R. Mobæk & S. Nesvåg (red.), <i>Eldres rusmiddelbruk: Alkoholbruk og alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problemer blant eldre og helsemessige og sosiale problemer blant eldre i LAR: Utredning til Helse- og omsorgsdepartementet</i> (s. 32–48). https://www.korusoslo.no/wp-content/uploads/publrapport-HOD-Eldres-rusmiddelbruk.pdf	Bokkapittel i rapport	Helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene (4.3)
35	Ormstad, H., Rosness, T.A., Bergem, A.L.M., Bjertness, E. & Strand, B.H. (2016). Alcohol consumption in the elderly and risk of dementia related death: A Norwegian prospective study with a 17-year follow-up. <i>International Journal of Neuroscience</i> , 126(2), 135–144. https://doi.org/10.3109/00207454.2014.997876	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)
36	Ose, S.O. & Kaspersen, S.L. (2021). <i>Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2021: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene</i> . https://www.hesledirektoratet.no/rapporter/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-%C3%A5rsrapporter/Kommunalt%20psykisk%20helse-%20og%20rusarbeid%202021.pdf	Rapport	Helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene (4.3)
37	Stelander, L.T. (2022). <i>Alcohol and aging: A longitudinal study of alcohol habits and health effects due to alcohol consumption in old adulthood</i> [Doktorgradsavhandling, UiT – Norges arktiske universitet]. https://hdl.handle.net/10037/27485	Doktorgradsavhandling	Alkoholbruk og trender blant eldre (4.1) Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)
38	Stelander, L.T., Høye, A., Bramness, J.G., Selbæk, G., Lunde, L.-H., Wynn, R. & Grønli, O.K. (2021). The changing alcohol drinking patterns among older adults show that women are closing the gender gap in more frequent drinking: The Tromsø study, 1994–2016. <i>Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy</i> , 16(1). https://doi.org/10.1186/s13011-021-00376-9	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk og trender blant eldre (4.1)
39	Stelander, L.T., Høye, A., Bramness, J.G., Wynn, R. & Grønli, O.K. (2022). Sex differences in at-risk drinking and associated factors: A cross-sectional study of 8,616 community-dwelling adults 60 years and older: The Tromsø study, 2015–16. <i>BMC Geriatrics</i> , 22(1). https://doi.org/10.1186/s12877-022-02842-w	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)
40	Storeng, S.H., Sund, E.R. & Krokstad, S. (2020). Prevalence, clustering and combined effects of lifestyle behaviours and their association with health after retirement age in a prospective cohort study, the Nord-Trøndelag Health Study, Norway. <i>BMC Public Health</i> , 20(1). https://doi.org/10.1186/s12889-020-08993-y	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)

41	Tevik, K. (2019). <i>Alcohol consumption and use of drugs with addiction potential in older adults: A population-based study</i> . [Doktorgradsavhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)]. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2020071448737 [begrenset tilgang]	Doktorgradsavhandling	Alkoholbruk og trender blant eldre (4.1) Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)
42	Tevik, K., Bergh, S., Selbæk, G., Johannessen, A. & Helvik, A.-S. (2021). A systematic review of self-report measures used in epidemiological studies to assess alcohol consumption among older adults. <i>PLOS ONE</i> , 16(12). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261292	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)
43	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). <i>PLOS ONE</i> , 12(9). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184428	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk og trender blant eldre (4.1)
44	Tevik, K., Selbæk, G., Engedal, K., Seim, A., Krokstad, S. & Helvik, A.-S. (2019a). Factors associated with alcohol consumption and prescribed drugs with addiction potential among older women and men – the Nord-Trøndelag health study (HUNT2 and HUNT3), Norway, a population-based longitudinal study. <i>BMC Geriatrics</i> , 19(1). https://doi.org/10.1186/s12877-019-1114-2	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk og trender blant eldre (4.1)
45	Tevik, K., Selbæk, G., Engedal, K., Seim, A., Krokstad, S. & Helvik, A.-S. (2019b). Mortality in older adults with frequent alcohol consumption and use of drugs with addiction potential – The Nord Trøndelag Health Study 2006–2008 (HUNT3), Norway, a population-based study. <i>PLOS ONE</i> , 14(4). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214813	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk og trender blant eldre (4.1) Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)
46	Tigerstedt, C., Agahi, N., K Bye, E., Ekholm, O., Härkönen, J., Jensen, H.R., . . . Bloomfield, K. (2020). Comparing older people's drinking habits in four Nordic countries: Summary of the thematic issue. <i>Nordic Studies on Alcohol and Drugs</i> , 37(5), 434–443. https://doi.org/10.1177/1455072520954326	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk og trender blant eldre (4.1)
47	Tingvold, L. & Magnussen, S. (2018). Økt spesialisering og differensiering i sykehjem. <i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i> , 4(2), 153–164. https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-11	Vitenskapelig artikkel	Helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene (4.3)
48	Wiegmann, C., Mick, I., Brandl, E. J., Heinz, A. & Gutwinski, S. (2020). Alcohol and Dementia - What is the Link? A Systematic Review. <i>Neuropsychiatr Dis Treat</i> , 16, 87–99. https://doi.org/10.2147/ndt.S198772	Vitenskapelig artikkel	Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)

49	Woldstad, I. (2015). <i>Eldre med skadelige rusmiddelvaner – muligheter og utfordringer: Rapport fra samarbeidsprosjekt 2010–2015: Et samarbeid mellom kommunene Fræna, Herøy, Haram, Ålesund, Molde, Midsund og Averøy i Møre og Romsdal, Kompetansesenter rus – Midt-Norge og Fylkesmannen</i> . https://stolav.no/Documents/KoRus/Erfaringsrapport%20Eldre%20og%20Rus%20150831-08%20Rapport%20kommunenettverk%20LR.pdf	Rapport	Helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene (4.3)
50	Woldstad, I. (2017). Aldring og skadelige rusmiddelvaner – muligheter og utfordringer. <i>Nordic Studies on Alcohol and Drugs</i> , 34(1), 97–102. https://doi.org/10.1177/1455072516682644	Vitenskapelig artikkel	Helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene (4.3)
51	World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf	Rapport	Alkoholbruk, aldring og helse (4.2)



Senter for
omsorgsforskning

Omsorgsbiblioteket er et nasjonalt elektronisk bibliotek som samler, oppsummerer og tilgjengeliggjør forskning, utviklingsarbeid og andre kunnskapsbidrag om helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Biblioteket har fått sitt mandat av Helse- og omsorgsdepartementet og driftes av Senter for omsorgsforskning.

Dette er en oppsummering av kunnskap om alkoholbruk blant eldre. Den presenterer relevante lover, forskrifter og sentrale offentlige dokumenter, og den beskriver og sammenfatter 51 forsknings- og utviklingsarbeider om temaene «alkoholbruk og trender blant eldre», «alkoholbruk, aldring og helse» og «helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene». De inkluderte studiene er utgitt i perioden 2014–2022, er relevante for helse- og omsorgstjenesten i kommunene og har i hovedsak empiri fra Skandinavia.

Kunnskapsoppsummeringen er skrevet av professor Terje Emil Fredwall og stipendiat/universitetslektor Anne Jørstad Antonsen, begge tilknyttet Senter for omsorgsforskning, sør ved Universitetet i Agder.

omsorgsbiblioteket.no