



Oslo

# Om aldring, alkohol og legemidler



NERO-prosjektet

Et samarbeid mellom Bydel  
Sagene hjemmetjeneste og  
Kompetansesenter rus Oslo

# Innhold

<b>1.0 Å snakke med eldre om alkoholbruk</b>	<b>4</b>
1.1 Å spørre om alkohol som en fast rutine	5
1.2 Når du er bekymret	7
1.2.1 Helseknaggen	8
1.2.2 Aktiv lytting og Motiverende intervju (MI)	8
1.3 Å dokumentere i fagsystem (Gerica)	10
<b>2.0 Hvorfor er Eldres alkoholbruk viktig å snakke om?</b>	<b>12</b>
2.1 Nasjonale føringer	13
<b>3.0 Om alkohol</b>	<b>16</b>
3.1 Rusmiddel	17
3.2 Hva er en alkoholenhet?	18
3.3 Hva er promille?	19
3.4 Tegn og symptomer på skadelig alkoholbruk	20
3.5 Hvor mye kan man drikke før det er skadelig?	21
3.6 Kvinner og alkohol	22
3.7 Hva menes med risikofyllt og skadelig alkoholbruk?	23
3.8 Avhengighet – alkoholavhengighet – alkoholisme	23
3.9 Hvilken funksjon har alkoholen – hvorfor drikker Jeppe?	24
<b>4.0 Skadevirkninger ved langvarig inntak av alkohol</b>	<b>26</b>
4.1 Alkoholens påvirkning på fordøyelsessystemet	28
4.2 Alkoholens påvirkning på hjertet	29
4.3 Alkohol og kreft	29
4.4 Leversykdom – fettlever – skrumplever	29
4.5 Alkohol og diabetes	30
4.6 Alkohol og søvn	30
4.7 Alkohol og ernæring	31
4.8 Alkohol og psykisk helse	31
4.9 Alkohol og bilkjøring	32
4.10 Pårørende og tredjepartsskader	32
4.11 Abstinenser	32
4.12 Delirium tremens (alkoholisk delirium)	33
4.13 Alkoholisk demens	34
4.14 Akutt tiaminmangel – Wernickes encephalopati	35

<b>5.0 Samtidig bruk av alkohol og legemidler</b>	<b>36</b>
5.1 Legemidler	38
5.1.1 Hvor lenge er legemidler i kroppen?	38
5.1.2 Vanedannende legemidler	38
5.1.3 Benzodiazepiner	39
5.1.4 Legemidler mot høyt blodtrykk	39
5.1.5 Sterke smertestillende legemidler	40
5.1.6 Svake smertestillende, febernedssettende og betennelseshemmende midler	40
5.2 Interaksjonsanalyse	40
5.2.1 Legemiddelgjennomgang	41
5.2.2 Giftinformasjonen	41
<b>6.0 Oppfølging av risikofylt alkoholbruk</b>	<b>42</b>
6.1 Kartleggingsverktøy (screening)	43
6.2 Fastlegen og andre samarbeidspartnere	44
6.2.1 NAV	44
6.3 Behandling for alkohol- og/eller legemiddelavhengighet	45
<b>7.0 Referanser</b>	<b>46</b>

1.0

## Å snakke med eldre om alkoholbruk



Mange eldre vet ikke at alkohol kan ha en negativ innvirkning på helsen deres. Det er særlig tre forhold det bør informeres om, og som du kan lese mer om senere i dette dokumentet:

- › *at eldre er mer sårbare og tåler alkohol dårligere enn da de var yngre*
- › *at alkoholen påvirker både den fysiske og den psykiske helsen*
- › *at alkohol og legemidler kan være en uheldig kombinasjon*

## 1.1 Å spørre om alkohol som en fast rutine

«Når vi som helse- eller sosialfaglig personell spør en eldre person om sitt bruk av alkohol er det ikke for å snoke i noens privatliv eller avdekke misbrukere. Hensikten er å hjelpe den eldre til å se alkohol i sammenheng med aldring, sykdom og legemidler, gi relevant informasjon og på den måten gi den eldre muligheten til å ta gode valg for hans eller hennes helse», skriver Tonje Isabell Sandø, psykiatrisk sykepleier og koordinator rusakutt/tilsynstjeneste rus, ved St. Olavs hospital HF.

Sandø skriver videre at «når en eldre person blir lagt inn på sykehus gjentatte ganger grunnet fall og andre ulykker, forvirring, nedsatt allmenntilstand og diffuse plager kan slike tilstander potensielt være følgetilstander etter høyt alkoholinntak over tid, kanskje også i kombinasjon med ulike medisiner. I tillegg kan høyt forbruk av alkohol i forkant eller etterkant av en operasjon **treoble risikoen for komplikasjoner**<sup>1</sup> som blødninger og infeksjoner ved kirurgiske inngrep.»

### Du kan for eksempel starte samtalen slik

- Jeg pleier å spørre pasientene mine om deres forhold til alkohol fordi det er mange eldre som ikke vet at kroppen tåler alkohol dårligere med alderen. Er det greit for deg om vi snakker litt om dette?
- Er det i orden for deg at jeg sier litt om hvordan alkohol påvirker kroppen når man blir eldre?

Når spørsmål om alkohol gjøres rutinemessig, begrunnet i den eldres generelle helse og autonomi, vil det ikke oppleves som så stigmatiserende og krenkende. Det er viktig å be om tillatelse til å spørre om alkoholvaner og til å gi informasjon. Det gir personen mulighet til å si ja eller nei og minsker sannsynligheten for motstand. Dersom personen takker nei er det viktig å dokumentere at han eller hun har fått tilbudet i journal. Noen vil av ulike årsaker være benektende eller avvisende til spørsmål om alkoholbruk, og vil ikke ønske en samtale. Det at vi spør kan også føre til endring. Der alkoholbruken er liten og sporadisk kan samtalen dreie seg om hvorfor temaet er berørt.

### Om å spørre om alkoholvaner

- Den eldre må få spørsmål om hvor mye alkohol hun drikker og hvor ofte hun eventuelt drikker mye.
- Dersom personen svarer at hun har et normalt forhold til alkohol er det nyttig å vite hva *denne* personen anser som normalt fordi dette vil variere ut i fra hvem som svarer.
- Noen ganger kan det være nyttig å bruke et kartleggings-/screeningverktøy, se eget avsnitt om dette.
- For mange vil det at en lege eller helsepersonell spør om alkoholbruk og gir relevant informasjon være nok til å endre eller moderere sine alkoholvaner og forhindre økte helseplager

For ansatte i hjemmetjenesten er den viktigste innsatsen knyttet til risikofylt alkoholbruk å gi omsorg uten å moralisere. Hvis noen har et problem med alkohol, vil de ofte avvise dette i første omgang når de blir spurt om det. Det er da viktig å opptre respektfullt og tålmodig. I en travel og tidsstyrt arbeidshverdag vil det ha stor nytteverdi at ansatte er oppmerksom på problematikken og vurderer alkoholkonsum som en potensiell faktor når det gjelder sviktende helse.

## 1.2 Når du er bekymret

Noen ganger er man som helsepersonell klar over at en person har utfordringer knyttet til alkohol uten at dette er tatt opp med den det gjelder. Det kan være fordi ansatte i hjemmetjenesten har observert det skadelige alkoholforbruket over tid eller det står i utskrivningsmelding fra sykehuset.

Hvis enten magesfølelsen din, informasjon fra sykehuset eller andre personer gjør at du er bekymret for personens alkoholbruk, gjør du en vurdering av dette med dine kolleger i avdelingen og/eller leder. Enten det konkluderes med grunnlag for bekymring eller ikke, skal dette nedfelles i journal (Geric).a).

### Foreta en vurdering

- Gjør en vurdering. Hvor bekymret er du?
  - *Diskuter bekymringen med en kollega, med gruppa og/eller med leder*
  - *Hva har du sett eller hørt som bidrar til bekymringen?*
  - *Hva har vedkommende sagt eller gjort?*
  - *Hva er det i samspillet mellom vedkommende og omgivelsene som har gjort deg bekymret?*
  - *Hvor lenge har du vært bekymret?*
- Oppsummer og avklar hva dere skal gjøre videre
  - *Kontakte fastlege*
  - *Ta bekymringen opp i samarbeidsmøte i bydelen*
- Dokumenter i journal (Geric)
  - *Se eget avsnitt om dette. Viktig å skille mellom observasjoner og dine egne vurderinger.*
  - *Den vurderingen dere gjør skal dokumenteres;*
    - *kontakt med fastlege, pårørende*
    - *når det konkluderes med at man avventer, men følger dette opp videre*
    - *når det konkluderes med at det ikke er grunn til å være bekymret skal dette også journalføres*
- Kontakt med fastlege, og eventuelt pårørende, gjøres i samråd med brukeren

### 1.2.1 Helseknaggen

Helseknaggen<sup>2</sup> er en metode for å ta opp helseskadelig rusbruk i sammenheng med den aktuelle personens helseutfordringer, som for eksempel etter et nylig fall eller vekttap. De fleste eldre har et helseproblem. Mange vil sette pris på muligheten til å snakke om dette, når det gjøres på en god måte som ikke oppleves moraliserende.

#### Helseknaggen

- Kan vi snakke litt om det at du nylig hadde et fall? Det hadde vært fint om du kunne fortelle meg litt mer om hva som skjedde.
- Kan du si noe om i hvilken sammenheng du falt?

I en del tilfeller vil den eldre uoppfordret fortelle om hun hadde drukket alkohol i forkant av fallet. Hvis det ikke skjer, så spør om hun drakk alkohol i forkant av fallet. Dersom hun bekrefter å ha drukket alkohol, så skal dette følges opp:

#### Helseknaggen

- Du sier at du hadde drukket litt. Kan du si noe om hva som skjer med deg når du drikker? (eks. *svimmel, ustødig, søvnig, oppstemt, nedstemt osv.*)
- Du sier at du ikke drikker så ofte og mye; kan jeg spørre om du drikker hver dag?
- Hva er det positive for deg ved å nyte alkohol?
- Er det noen negative sider? Kan du si litt mer om det?
- Har du snakket med legen din om ditt alkoholbruk? Er det i orden at jeg informerer fastlegen din om denne samtalen vi nå har hatt?

### 1.2.2 Aktiv lytting og Motiverende intervju (MI)

Ved å lytte aktivt er oppmerksomheten din rettet til det vedkommende sier. I tillegg til å lytte, kan du bruke åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer. Les mer om MI på [Helsedirektorates](#)<sup>3</sup> side.



## Åpne spørsmål

Begynner med hvilke, hva, hvem, hvordan og hvor. Spørsmålene kan ikke besvares med enkelt ja/nei.

- Hvilke tanker har du om det vi nå har snakket om?
- Hvilke tanker har du gjort deg når det gjelder...?
- Fortell litt mer om...
- Hvilke erfaringer har du med...?
- Hvordan ser du på mulighetene til å drikke litt mindre?
- Hva ønsker du selv?
- Hva er viktig for deg?

Det motsatte av åpne spørsmål er lukkede spørsmål – ofte besvart med ja eller nei, eller et annet kort svar. Lukkede spørsmål kan virke konfronterende, og tar utgangspunkt i perspektivet til den som spør. Ved å stille mange lukkede spørsmål blir det lett til at den du spør svarer kort på spørsmålet og venter passivt på neste. Åpne spørsmål derimot, inviterer til mer utfyllende svar, signaliserer interesse og stimulerer til å fortelle mer. Det er med på å øke den eldres deltakelse i samtalen.

## Tips

- Husk at mye informasjon ikke nødvendigvis gjør at man blir mer forstått
- Unngå medisinske uttrykk
- Forsikre deg om at den eldre har forstått informasjonen
  - Oppsummer enkeltelementer av det dere har snakket om underveis
  - Oppsummeringer fungerer også fint dersom samtalen går i stå, og du ikke vet hvordan du skal gå videre
- Bruk brosjyren *Aldring og helse – hva med alkohol?*<sup>4</sup>
  - Gå f.eks. gjennom denne sammen med den eldre for å oppsummere det dere har snakket om

## 1.3 Å dokumentere i fagsystem (Geric)

Forhold som påvirker helse, medisiner og pasienten skal dokumenteres i fagsystem, jfr. helsepersonelloven. I følge forskrift om pasientjournal §8 skal det tydelig framkomme hva som er observasjoner og hva pasienten sier. Det skal stå hvilke råd, informasjon og hjelp som er gitt, og om pasienten vegrer seg for å motta det. Konsekvenser av feil-, overforbruk eller misbruk av legemidler skal dokumenteres og tas opp med fastlegen i samråd med pasienten. Se mer under avsnitt om Tegn og symptomer på alkoholbruk.

Vær alltid klar over at symptomer på alkoholbruk også kan være tegn på andre helseutfordringer. Det er derfor viktig at du kun skriver det du observerer, ikke dine antakelser.

### Hva slags observasjoner dokumenteres?

- Tegn og symptomer på helseskadelig rusbruk
- Flasker/kartonger: Hva, hvor mange, hvor og på hvilket tidspunkt observeres det?
- Drikking på morgenen/dagtid
- Samtidig bruk av alkohol og legemidler
- Påfallende ustødig gange, redusert balanse og koordinasjon
- Pasienten lukter alkohol
- Blanke, «svømmende øyne» og snøvlende, utydelig tale kan være tegn på alkoholpåvirkning
- Tiltakende tap av egenomsorg

Eksempel på hva et journalnotat kan inneholde i forbindelse med et hjemmebesøk:

*Pasienten forteller at hun ikke er i form til å gå på dagsenter i dag. Det står vinglass på bordet og det er vinflekker på gulvet. To tomme vinflasker står på kjøkkenbenken. Hun har nye blåmerker på venstre arm, normal førlighet, men ingen andre synlige tegn på skade. Hun forteller at hun falt mot badevasken i går kveld. Under samtale sier hun at hun hadde besøk i går og at «det ble en del vin». Sier også at hun tok sovemedisin før hun skulle legge seg. Gir pasienten rikelig væske for å forebygge dehydrering og hodepine, legger inn innlegg i inkontinensutstyr, og tilbyr ekstra tilsyn i dag som hun motsetter seg. Avtaler ny samtale i morgen når hun er i bedre form, for å se om det er noe hun kan tenke seg å få hjelp til, eller snakke om.*



2.0

Hvorfor er eldres  
alkoholbruk viktig  
å snakke om?



De store barnekullene i etterkrigstiden, 68-erne, har blitt pensjonister og bringer med seg sine alkohol- og rusvaner med inn i alderdommen. Dagens eldregenerasjon inntar mer og oftere alkohol enn sine foreldre. Samtidig bruker de flere legemidler enn generasjoner før dem. Eldre mennesker har ofte flere sykdommer og derfor større forbruk av legemidler. Polyfarmasi, bruk av flere legemidler samtidig, øker sannsynligheten for bivirkninger og interaksjoner mellom legemidlene. Dette kan hos eldre, som er den mest sårbare gruppen, forårsake u hensiktsmessige effekter av legemiddelbruk. Samtidig ser man at eldre kan ha lite kunnskap om kroppens sårbarhet for alkoholens virkninger og bivirkninger når man blir eldre. Heller ikke at bruk av alkohol og rusmidler er blant de viktigste risikofaktorene for tidlig død og tap av friske leveår. Alkoholproblemer er noe som kan ramme alle, uavhengig av kjønn, alder, utdanning, inntekt og sosial status.

## 2.1 Nasjonale føringer

I Norge har man sett denne utviklingen over tid, og det er nødvendig å være forberedt på tilsvarende økning av helseskader knyttet til helseskadelig forbruk av nettopp alkohol og legemidler. Gjennom kvalitetsreformen **Leve hele livet**<sup>5</sup> legges det opp til at eldre skal få muligheten til å bo hjemme lengst mulig. Det fokuseres på flere gode leveår der *eldre beholder god helse lenger, opplever at de har god livskvalitet, og at de i større grad mestrer eget liv, samtidig som de får den helsehjelpen de trenger når de har behov for den*. **Folkehelsemeldinga Gode liv i et trygt samfunn**<sup>6</sup> omhandler blant annet økt livskvalitet for eldre og befolkningen forøvrig, forebygging av ensomhet og mindre sosial ulikhet i helse. Oslo kommune har laget en **Overordnet standard for hjelp i hjemmet**<sup>7</sup> som stiller krav til den hjelpen som gis. Gjennom **Opptreppingsplanen for rusfeltet**<sup>8</sup> ønsker helsemyndighetene å styrke kompetansen hos helse- og sosialpersonell og øke behandlingstilbudet til eldre med rusproblemer, ved blant annet å forbygge at risikofylte rusvaner utvikler seg til skadelig bruk og avhengighet.





### **Stor variasjon**

Dagens eldre er like ulike som befolkningen for øvrig, både når det kommer til interesser, helse-tilstand, aktivitetsnivå og kulturell bakgrunn. Man skal også huske på at det er et stort aldersspenn mellom de yngste eldre (65 år) og de eldste (100 år). De som har god helse har bedre helse og lever lenger enn tidligere generasjoner. Andre kan ha store helsemessige og sosiale utfordringer. Belastningene er ulikt fordelt. Fordi alle er så ulike, og fordi eldrebefolkningen med sine endrede rusvaner øker betraktelig, er en bevisstgjøring rundt den enkeltes bruk av alkohol og legemidler av betydning. Selv om alkoholforbruket er lavt, kan det utgjøre en viktig faktor for personens helse, funksjonsnivå og mulighet for å klare seg selv.

### **Hjemmetjenestens unike rolle**

I motsetning til mange andre yrkesgrupper, har hjemmetjenesten en unik mulighet til å bevisstgjøre sine brukere på skadelig alkohol- og legemiddelbruk. Tilføring av økt kunnskap til ansatte og eldrebefolkningen kan forebygge skadelig forbruk hos målgruppen. Det er derfor viktig at helse-



personell har tilstrekkelig kunnskap og evne til å informere om mulige konsekvenser av alkoholbruken, tilpasset den det gjelder, uten en moraliserende pekefinger. Samtaler om alkoholvaner bør være like naturlig som samtaler om andre helseutfordringer og livsstilsvaner. Det er flere grunner til at dette i dag ikke er like naturlig. De vanligste årsakene hos helsepersonell er tidspress, mangel på kompetanse og frykten for å blande seg inn i pasientens privatliv, man er redd for å krenke eller støte pasienten fra seg.

Mange tenker at utfordringer rundt alkoholforbruk må tas opp med dem som har et åpenbart problem. Det er lett å glemme at noen kan utvikle risikofylte alkoholvaner i godt voksen alder, etter at de for eksempel har fylt sytti. Å miste en ektefelle, et kollegialt fellesskap gjennom et langt arbeidsliv eller evnen til å klare seg selv er smertefullt for de fleste. Alkohol kan for noen bli en trøst, en form for selvmedisinering mot det vonde. Dette innebærer at det er fullt mulig å jobbe forebyggende, også med eldre mennesker.

3.0

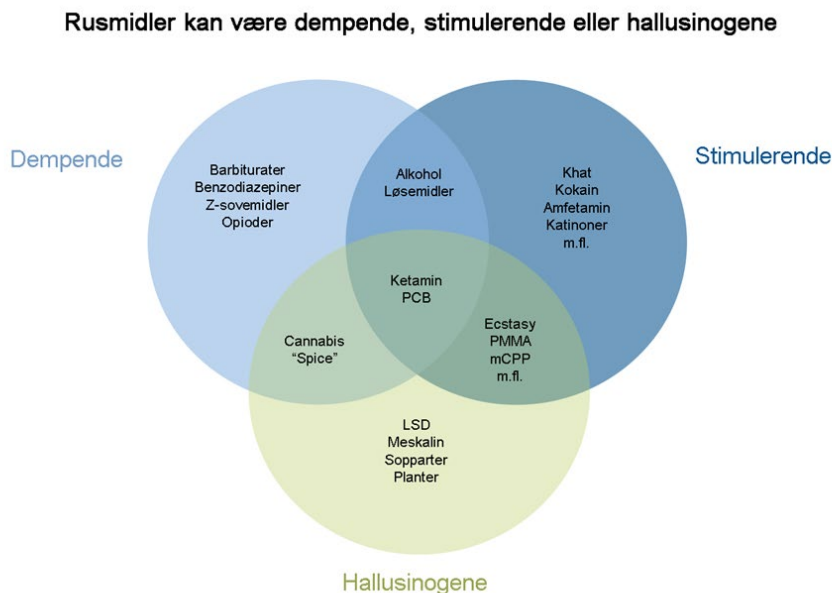
## Om alkohol





## 3.1 Rusmiddel

Rusmidler er stoffer som kort tid etter inntak fører til en form for rus hos brukeren. Det kan være illegale rusmidler (narkotika), men også lovlige stoffer, som for eksempler legemidler, som i utgangspunktet er tiltenkt andre funksjoner. Vanedannende legemidler er hovedsakelig beroligende midler som benzodiazepiner. Effekten av rusmidler kan deles inn i 3 hovedgrupper: dempende, stimulerende og hallusinogene (se figur under). Flere rusmidler har en kombinasjon av disse effektene, som for eksempler alkohol og ecstasy.



Felles for rusmidler er at rusen kjennetegnes av konsentrasjonssvekkelse, hukommelses- og innlæringssvikt, kritikkleshet og endret stemningsleie. Rusen kan ha ulike funksjoner som for eksempel rent nytelsesmiddel som et glass vin til maten, for å lindre plager og smerter eller for å oppnå rusen i seg selv.

Hva slags virkning de ulike rusmidlene har kan du lese om på [helsebiblioteket.no](https://helsebiblioteket.no)<sup>9</sup>.

## 3.2 Hva er en alkoholenhet?

Som mål på bruk av alkohol benyttes alkoholenheter (AE). En alkoholenhet er definert lik 12 gram ren alkohol, for eksempel ved:

- En flaske (33 cl) pils på 4,5 vol %
- Et lite glass vin (12,5 cl) på 12 vol %
- Et lite glass sterkvin (7,5 cl) 20 vol %
- Et lite glass brennevin (4 cl) 40 vol %

Glass har ulike størrelser og kan derfor romme flere enheter. For å vite hvor mange alkoholenheter man drikker, må størrelsen på glasset vurderes. En halvliter øl = 1,5 enheter alkohol. Se mer i denne filmen fra Nasjonal kompetansetjeneste for TSB: [Det gode liv<sup>10</sup>](#).

1 enhet alkohol = ca 12 gram alkohol = opp mot 0,25 promille. Du kan lese mer om enheter og promille på nettsiden [Av-og-til<sup>11</sup>](#).



### 3.3 Hva er promille?

I følge [RUStelefonen](#)<sup>12</sup> blir mengden alkohol i blodet målt i promille. En promille betyr ett gram ren alkohol pr liter blod. Konsentrasjonen av alkohol i blodet (promille) øker raskt, spesielt hvis man ikke har spist på en stund og magesekken er tom. Vanligvis kan man måle alkohol i blodet noen få minutter etter inntak. Det finnes ikke standardiserte grenser for hva som er lav eller høy promille, men følgende i tabell fra [Oslo universitetssykehus](#)<sup>13</sup> er generell oversikt:

Promille		Alkoholens virkning
0 – 0,5	Ubetydelig promille	Man føler seg lett påvirket.
0,5 – 1,0	Lett promille	Man blir mer kritikklos og risikovillig.
1,0 – 1,5	Moderat promille	Balansen blir dårligere, det oppstår snøvlete tale og kontroll med bevegelser forverres. Man blir trøtt, sløv og kan bli kvalm.
Mer enn 1,5	Høy promille	De fleste får problemer med hukommelsen. Hukommelsesproblemene øker med stigende promille.
3,0 og høyere	Svært høy promille – mulig årsak til død	Bevisstheten nedsettes og man kan bli bevisstløs. Pustesenteret i hjernen kan hemmes. Oppkast er vanlig. Promille over 3 kan være dødelig. Risiko for død øker sterkt hvis man samtidig har brukt beroligende midler, sovemidler, smertestillende midler, midler mot epilepsi eller andre medikamenter som har sløvende eller dempende virkning på hjernen.

## 3.4 Tegn og symptomer på skadelig alkoholbruk

Mange lurer på hva de skal se etter for å vurdere om en person er påvirket av alkohol.

**RUStelefonen<sup>14</sup> har laget en oversikt over symptomene du skal være oppmerksom på:**

- Ufokusert blikk, treg reaksjon på stimuli
- Ånden lukter alkohol
- Snøvling, uklar tale
- Koordinasjonsvansker, ustøhet
- Ukritisk atferd, endret personlighet
- Kvalme/oppkast
- Økt innadvendthet eller utadvendthet
- Bevisstløshet, pustestans (ved høyt inntak, evt. i kombinasjon med andre rusmidler)

Identifisering av skadelig alkoholbruk er en prosess. Den begynner med en observasjon, helsepersonell reflekterer så observasjonen videre i en ny fase og innhenter informasjon fra pasientjournalen og pasienten selv. Det er derfor viktig at alle som møter pasienten dokumenterer observasjonene sine i felles fagsystem. Her er det viktig å skille mellom det du observerer og det du vurderer; «Pasienten luktet av alkohol og snøvlet litt (*observasjon*). Jeg spurte om han hadde drukket alkohol, han svarte at han hadde vært på puben og nylig kommet hjem (*oppfølging*). Han fremsto som alkoholpåvirket (*vurdering*)».

Det er ikke uvanlig at en person utvikler et risikofylt alkoholbruk i godt voksen alder. Det kan være en person som har mottatt hjelp over tid, eller det kan være en person som trenger hjelp etter å ha blitt skrevet ut fra sykehuset. De tegn og symptomer som fremgår nedenfor behøver ikke enkeltvis å indikere noe som helst. Men desto flere symptomer som er tilstede, desto større grunn er det til å anta at det kan dreie seg om bruk av alkohol regelmessig og kontinuerlig over tid. Tabellen på neste side er en sammenfatning av symptomer fra blant annet RUStelefonen.

Ifølge RUStelefonen<sup>15</sup> «er det verdt å merke seg at symptomer som utvises som følge av alkoholinntak kan variere sterkt fra person til person. Enkelte symptomer kan i tillegg være typiske for bruk av andre rusmidler enn alkohol, for mennesker med svekket psykisk helse eller andre somatiske tilstander.»

### Symptomer som kan være tegn på bruk av alkohol regelmessig og kontinuerlig over tid:

- Endring i personlighet, rutiner og sosial omgangskrets
- Svekket egenomsorg, synlig dårligere hygiene
- Fallskader
- Lite overskudd/energi, søvnvansker
- Svekket hukommelse, forvirret
- Personen glemmer eller uteblir fra avtaler
- Rødflemmet hud og skjelvende hender
- Uavklarte mageplager (kvalme, oppkast, diarè) eller redusert matlyst
- Tomflasker eller vinkartonger i hjemmet
- Intrikate bortforklaringer og løgner, særlig tilknyttet pengebruk og hvor hun har oppholdt seg i tidsrom som ikke er redegjort for

Dersom personen ikke er kjent for hjelpeapparatet fra tidligere, kan det være vanskelig å vite om vedkommendes atferd har endret seg over tid. Er vurderingen at det kan ha skjedd et funksjonsfall over en relativt kort tidsperiode, kan det være hensiktsmessig, i samråd med den det gjelder, å kontakte for eksempel fastlegen eller pårørende for å få utfyllende informasjon.

## 3.5 Hvor mye kan man drikke før det er skadelig?

Det er vanlig at folk lurer på hvor mye de kan drikke før det er for mye. Det enkle, og kompliserte, svaret på dette er at det er svært individuelt. Det er stor variasjon mellom mennesker, mellom kvinner og menn og hos den enkelte over tid. Alder, livskriser og helseproblemer påvirker grensene våre og gjør at vi tåler mindre etter som tiden går.

Enkelte land har utarbeidet nasjonale anbefalinger for å redusere faren for usunt alkoholinntak, men i Norge er det stor uenighet om nytteverdien av slike anbefalinger. På nettsiden til [Norsk Helseinformatikk](#)<sup>16</sup> kan vi finne en *generell* anbefaling fra Verdens helseorganisasjon (WHO) om grenseverdiinntak på 9 alkoholenheter pr uke for kvinner og maks 14 alkoholenheter pr uke for menn. Klinikere i Norge anbefaler at eldre kvinner ikke drikker mer enn *fem alkoholenheter*<sup>17</sup> pr

uke. Dessuten er det klokt for eldre voksne å ikke drikke hver dag hvis de ønsker å unngå økt risiko for alkoholrelaterte helseproblemer.

Les mer i Torgeir Gilje Lids artikkel på [forebygging.no](https://forebygging.no)<sup>18</sup> og på nettsiden til [KoRusSør](https://www.korusor.no)<sup>19</sup>.

## 3.6 Kvinner og alkohol

Middelaldrende og eldre kvinner har økt sitt alkoholbruk betydelig de siste årene, samtidig som de tåler alkohol langt dårligere enn menn. Grunnet kroppslige forskjeller er det farligere for kvinner å ha et høyt alkoholkonsum enn for menn, og det er for eksempel en tydelig kobling mellom alkohol og brystkreft. I følge Kreftforeningen vil det å drikke litt alkohol hver dag øke

*Hvis en mann og en kvinne skulle dele en flaske vin ut fra samme grad av beruselse, måtte mannen få to tredjedeler og kvinnen en tredjedel av flasken. Dette kommer av at kvinner som oftest er mindre og lettere enn menn. Men det skyldes også at en kvinne har mer fettvev, og dermed mindre kroppsvæske, enn en mann. Kvinner forbrenner alkohol langsommere enn menn. Dette innebærer at kvinner risikerer alkoholskader ved lavere alkoholbruk enn menn.*

Kilde: Alkohol og livsstil- Strategier for moderasjon  
Fanny Duckert

risikoen for brystkreft med 10-12 prosent<sup>20</sup>. Selv om eldre menn har økt sitt forbruk og fortsatt drikker mer enn kvinner, drikker kvinner mer risikofyllt.

Kvinner bruker mer angstdempende legemidler og sovemedisin. De bruker ofte alkohol som et sorgdempende middel og det er en tydelig risiko for økt bruk av alkohol og legemidler blant kvinner. I tillegg er det å ha problemer knyttet til alkohol og legemidler ofte forbundet med skam for kvinner, særlig i aldersgruppen 50 – 70 år.

I følge [Reseptregisteret](#)<sup>21</sup> bruker kvinner mer angstdempende legemidler og sovemedisin enn menn. Kunnskapsoppsummeringen av [Runa Frydenlund](#)<sup>22</sup> nevner undersøkelser som viser at eldre kvinner ofte benytter alkohol som et sorgdempende middel, og at det er en tydelig risiko for økt bruk av alkohol og legemidler blant kvinner. I tillegg er det å ha problemer knyttet til alkohol og legemidler ofte forbundet med skam for kvinner, særlig i aldersgruppen 50 – 70 år.

## 3.7 Hva menes med risikofyllt og skadelig alkoholbruk?

Mange sykdommer og plager er resultat av et høyere alkoholforbruk enn kroppen tåler. Vestre Viken nevner at når noen bruker alkohol i slike mengder eller på en slik måte at det kan gi fysisk og/eller psykisk helseskade eller funksjonssvikt kalles det risikofyllt alkoholbruk. Skadelig alkoholbruk er når alkoholinntaket har gitt fysisk eller psykisk helseskade. Risikofyllt bruk av alkohol kan øke risikoen for skader og sykdom, og forsterke allerede eksisterende helseplager, samt kan bidra til for tidlig død. Les mer på [vestreviken.no](#)<sup>23</sup>.

## 3.8 Avhengighet – alkoholavhengighet – alkoholisme

I følge [RUStelefonen](#)<sup>24</sup> kan tegn på alkoholavhengighet være at «man føler trang til å drikke mer «dagen derpå» for å føle seg bedre, eller at man ikke klarer å slutte å drikke før man blir full. En avhengighet blir særlig problematisk når den begynner å gå på bekostning av andre aktiviteter i hverdagen, når den går på bekostning av fysisk og psykisk helse, og når den går på bekostning av de nærmeste, som f.eks. ektefelle eller barnebarn. Ofte kan det være vanskelig å innse omfanget av egen alkoholbruk.» Toleransen for alkohol øker og noen opplever også abstinensstilstand (se eget avsnitt).

Norsk [Helseinformatikk](#)<sup>25</sup> nevner at «symptomer og tegn vil variere fra person til person, da avhengigheten påvirkes av personlighet og andre faktorer. Det er allikevel visse atferdstrekk og tegn som tyder på at en person har et alkoholproblem. Eksempler på slike trekk er *angst, irritabilitet, søvnvansker, hyppige fall, mange blåflekker, kronisk depresjon, fravær fra arbeid, tap av jobb, skilsmisse eller separasjon, økonomiske problemer, hyppig beruselse, vekttap, ulykker, skader og bilkollisjoner.*»

**Avhengighet (etter ICD-10) defineres ved at 3 eller flere av følgende punkter er erfart eller vist i løpet av det siste året:**

- En sterk trang, eller følelse av trang til å innta alcohol
- Problemer med å kontrollere atferd knyttet til inntak; start/avslutning/mengde
- Fysiologisk abstinensstilstand når inntaket opphører eller reduseres  
Toleranseutvikling (økt dose nødvendig for å oppnå ønsket rus)
- Likegyldighet overfor gleder eller interesser pga alkoholbruk, og stadig mer tid brukes på å skaffe eller innta alkohol, eller på å komme seg etter virkningen
- Fortsatt inntak på tross av klare tegn på åpenbare skadelige konsekvenser

Kilde: [Helsedirektoratet](#)<sup>26</sup>

## 3.9 Hvilken funksjon har alkoholen – hvorfor drikker Jeppe?

Alle har ulike grunner til å drikke alkohol, på samme måte som alle har ulike grunner til å avstå fra alkohol (f.eks. sosiale og religiøse normer, lovregulering, tilgang, økonomi osv.). For mange eldre er «et glass vin i godt lag» forbundet med det gode pensjonistlivet, og vel fortjent etter en travel dag, eller etter et langt yrkesliv. De fleste eldre i Norge i dag har relativt god økonomi når de går av med pensjon, og mye mer fritid enn tidligere, som de ønsker å nyte. Høyt utdannede med god helse drikker mest, i følge [forskning](#)<sup>27</sup>, men disse personene reduserer alkoholinntaket i stor grad når helsen skranter.

Alkoholen oppleves for mange å ha en beroligende effekt og inntas for å «senke skuldrene» eller «roe nervene». Mange klarer å begrense seg til dette ene glasset en gang i blant og har et uproblematisk forhold til alkohol livet igjennom.



Overgangen til pensjonisttilværelsen er en utfordring for mange eldre. Der arbeidslivet har regulert store deler av hverdagen med sine krav og rutiner, melder det seg nå en tilværelse med mer fritid og færre faste rammer. Det er også stor forskjell på om pensjonisttilværelsen er ønsket eller om den har blitt framtvunget på bakgrunn av for eksempel helsetilstand eller nedskjæringer. Har man måttet gå ut av arbeidslivet ufrivillig er det ikke uvanlig at alkoholen fungerer som en slags trøst på flaske.

Etter hvert som vi blir eldre, vil de aller fleste av oss oppleve en rekke tap. En ektefelle dør, en nær venn får demens, helsen blir skrøpeligere. Det man hele livet har klart selv, må man nå ha hjelp fra andre for å få til (tap av autonomi). For å døyve eller distansere seg fra følelsene tilknyttet dette, kan det være lett å betrakte alkohol som et slags vidundermiddel mot smerter, dårlig søvn, ensomhet, uro og bekymringer. Vi kaller det selvmedisinering. For å kunne hjelpe den enkelte best mulig, vil det derfor være av betydning å utforske hvilken funksjon alkoholen har for den enkelte.

Dersom en person har drukket alkohol hver kveld i femten år for å få sove, men fremdeles sover dårlig, kan det være aktuelt å vurdere andre tiltak for å sove bedre. Se *eget avsnitt om alkohol og søvn*.

### **Skam og skyldfølelse**

**Undersøkelser**<sup>28</sup> viser at mange eldre, og særlig kvinner, er svært kritiske og strenge mot seg selv fordi de drikker for mye. I dagens samfunn er det å nyte et glass vin i hyggelig selskap ansett som det gode liv. Men dersom man ofte blir beruset, avviker man fra normen. Dette kan for mange skape en følelse av skyld, dårlig samvittighet og angst; følelser som bidrar til at man drikker mer og går inn i en negativ spiral. Det er derfor viktig å gjøre noe med disse negative og selvkritiske holdningene, de fører aldri noen vei. Ved å gi informasjon og forklare hvorfor man tar opp spørsmål rundt alkohol, jfr. første kapittel, kan vi som helsepersonell bidra til å ta bort noe av denne skamfølelsen og bidra til en positiv endring.

### **Har alkohol noen positive effekter?**

Ordet alkohol har stort sett en positiv klang for den norske befolkningen generelt, men også for den eldre andelen av befolkningen. Alkohol smaker godt, det inntas i sosiale sammenhenger, man har lettere for å prate med andre mennesker, og **antallet totalavholdende**<sup>29</sup> har gått drastisk ned bare de siste ti årene. Mange er av den oppfatning, ofte via media, at mindre mengder med alkohol hver dag er godt for helsa. I følge **forskning.no**<sup>30</sup> hevder den danske Sundhedsstyrelsen at er det lite som tyder på at dette stemmer. Selv om de negative konsekvensene ved å drikke alkohol øker med alderen, som det tydelig fremgår av dette dokumentet, kan allikevel enkelte vurdere at de positive effektene ved å drikke alkohol er større enn de negative. Ifølge Øystein R. Skjælaaen tyder mye på at en person som ellers ville vært hjemme alene, isolert fra omverdenen, vil ha en høyere opplevd livskvalitet ved å møte andre mennesker **over en pils på puben**<sup>31</sup> enn det motsatte.

4.0

## Skadevirkninger ved langvarig inntak av alkohol



Alle kroppens organer påvirkes negativt av alkohol, og mange sykdommer kan utløses eller forverres hvis man drikker mer alkohol enn det kroppen tåler. I følge informasjon fra [Oslo universitetssykehus](#)<sup>32</sup> vil «langvarig høyt alkoholforbruk øke blant annet risikoen for utvikling av sykdommer i hjernen og nervesystemet, leversykdommer, betennelse i bukspyttkjertelen, økt blodtrykk, blødninger (særlig i fordøyelsesorganene), hjerneslag, ulike typer kreft og hemming av immunforsvaret.»

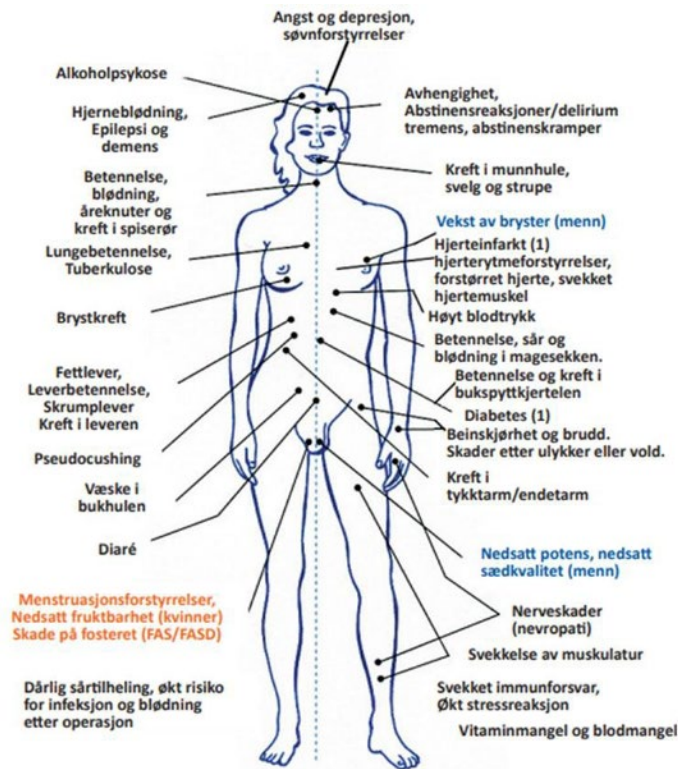
Punkter i tabellen under er hentet fra blant annet Norsk helseinformatikk:

**Eldre gjennomgår fysiologiske forandringer knyttet til aldringsprosessen som gjør dem enda mer følsomme for alkoholens virkninger og bivirkninger:**

- Aldringsprosessen fører til endringer i stoffskiftet
- Mindre kroppsvæske i forhold til fett gjør at eldre har mindre vannvolum i kroppen som alkoholen kan løses ut i (mindre naturlig blandevann i kroppen)
- Endringene gir høyere alkoholkonsentrasjon i blodet, og effektene av alkohol varer lenger enn ved tilsvarende mengde alkohol hos en som er yngre
- Redusert blodgjennomstrømning i leveren utsetter dette organet for mer skade hos en som er gammel
- Endret reaksjonstid i hjernen gjør at alkoholen vil ha en raskere negativ effekt hos eldre enn hos yngre (mer utsatt for fall, dårligere hukommelse, forsterket følelsesregister mv.)

Personer som drikker mye og ofte vil være mer utsatt for ulykker. Etter lengre tids drikking kan det oppstå *toleranse*, det vil si at man må drikke større mengder for å oppnå samme effekt. Toleranseutviklingen og de akutte abstinensplagene vil forsvinne etter noen ukers avholdenhet.

Ved langvarig bruk kan man derimot uventet begynne å reagere sterkt på små mengder alkohol. Dette kan skyldes alvorlige skader på lever og hjerne. Noen av de mest vanlige sykdomstilstandene er beskrevet i det videre.



Kilde: Alkohol og helse, brosjyre, KORFOR og Helse Stavanger HF, 2010

## 4.1 Alkoholens påvirkning på fordøyelsessystemet

Vestre Viken helseforetak påpeker at høyt alkoholforbruk kan påvirke alle organer i [fordøyelseskanalen](#)<sup>33</sup>:

- ✦ Mage- og tarmsplager. Sure oppstøt og betennelse i spiserør kan være en direkte følge av alkohol.
- ✦ Økt forekomst av spiserørsbetennelse og kreft i spiserøret.
- ✦ Betennelse i magesekken (alkoholisk gastritt) blant annet på grunn av økt syreproduksjon.
- ✦ Økt risiko for magesår da forekomsten av bakterien *Helicobacter pylori* (som forårsaker magesår) øker.
- ✦ Kronisk diaré blant annet på grunn av redusert proteininntak (fordi alkohol foretrekkes fremfor et balansert kosthold) og mangel på vitaminer, mineraler og sporstoffer (grunnet redusert opptak av væske og næringsstoffer i tarmen og økt utskillelse).
- ✦ Mangelsykdom, for eksempel relatert til økt nedbrytning og redusert opptak av vitamin B.
- ✦ Alkohol er sammen med gallestesykdom den viktigste årsak til akutt betennelse i bukspyttkjertelen (pankreatitt), og hele 60-80 prosent av kroniske pankreatitt er relatert til et vedvarende høyt alkoholforbruk.

## 4.2 Alkoholens påvirkning på hjertet

Alkohol påvirker hjertet på flere måter. Når man drikker alkohol, øker pulsen og blodtrykket. På lang sikt er det en tydelig sammenheng mellom alkoholinntak og hjerte- og karsykdommer. Generelt er det slik at jo mer alkohol man drikker, jo større blir sjansen for å bli syk. Blant annet øker risikoen for høyt blodtrykk, forstyrret hjerterytm, skade på hjertemusklene og hjertesvikt.

*Av-og-til*<sup>34</sup> påpeker på sine nettsider at «De fleste pasienter som allerede lever med en hjerte- og karsykdom tar en eller flere medisiner, og de bør være obs på at en kombinasjon av medisiner og alkohol kan være uheldig. Spesielt gjelder dette ved stort inntak av alkohol. Å redusere alkoholinntaket vil ha en positiv effekt på blodtrykket.»

## 4.3 Alkohol og kreft

I følge Verdens helseorganisasjon, *WHO*<sup>35</sup> er alkohol en ledende risikofaktor for utvikling av kreft med dødelig utgang i Norge, resten av Norden, samt andre høyinntektsland som Frankrike, Storbritannia, USA og Australia. Jevnlig bruk av alkohol øker risikoen for utvikling av kreft, spesielt i munn og svelg, spiserør, strupe, tykktarm, endetarm, lever og bryst. Det gjelder både dersom man drikker ofte og mye, eller litt av gangen.

Risikoen for kreft i munnhule, svelg og strupe mangedobles dersom man røyker samtidig som man drikker alkohol, sammenlignet med om man verken røyker eller drikker.

Les mer på [kreftforeningen.no](http://kreftforeningen.no)<sup>36</sup> og [nhi.no](http://nhi.no)<sup>37</sup>.

## 4.4 Leversykdom – fettlever – skrumplever

Leversykdom er relativt vanlig hos langvarige storkonsumenter av alkohol, og den mest alvorlige formen fører til leversvikt og død. Leveren er organet som bryter ned alkoholen, og er et godt eksempel på et organ som kan få alvorlig skade som følge av alkoholforbruk.

*Av-og-til*<sup>38</sup> skriver på sine nettsider at «det er særlig fem tilstander eller sykdommer i lever som helt eller delvis skyldes alkohol: *fettlever* (steatose), *arrdannelse* (fibrose), *alkoholisk leverbetennelse* (hepatitt), *skrumplever* (levercirrose) og *leverkreft* (hepatocellulært carsinom). Nesten alle som drikker for mye alkohol over tid får fettlever, men bare en liten del utvikler leverbetennelse, og enda færre får skrumplever.»

Videre nevner de at «å ha fettlever vil si å ha et høyt innhold av fett i selve leveren. Fettlever gir i seg selv ingen tydelige symptomer, man «føler ikke på kroppen» at man har mye fett i leveren. Tilstanden kan reverseres, og den er derfor isolert sett ikke kritisk skadelig, men det er et alvorlig signal om at kroppen er i ubalanse.»

«Over tid vil en alvorlig leverfibrose videreutvikle seg til *skrumplever (levercirrose)*. Ved alkohol-indusert skrumplever blir levervevet hardt og knudrete, leverfunksjoner som nedbrytning og produksjon av viktige stoffer blir stadig dårligere, og leveren svikter. Dette er en gradvis utvikling. Symptomer på skrumplever, uavhengig av årsaken, er at håndflatene kan bli svært røde og at man får små blodpunkter i huden. Men mer alvorligere komplikasjoner er at man får man væske i bukhulen, åreknuter og blødninger i spiserøret, og man kan også gå i leverkoma fordi det blir for høyt nivå av giftstoffer i kroppen. Det er heldigvis mulig å bremse utviklingen slik at ikke hele leveren blir ødelagt. Men det betyr at det er livsnødvendig å klare å kutte ut alkoholen i tilfeller der skrumpleveren skyldes alkoholavhengighet. Er skrumpleveren svært uttalt og kritisk vil man måtte vurdere om det er mulig med levertransplantasjon.»

## 4.5 Alkohol og diabetes

Det er i utgangspunktet viktig å være klar over at bruk av alkohol og alkoholholdige drikkevarer kan forstyrre reguleringen av blodsukkeret og øker risikoen for forskjellige komplikasjoner hos diabetespasienter, uansett hva slags behandling de bruker for sykdommen. Alkohol kan føre til lavt blodsukker, hypoglykemi, fra noen få timer etter at du har drukket og så lenge som i 8-12 timer etter alkoholinntak. Når man har drukket alkohol, vil leveren være opptatt med å bryte ned alkoholen, og kapasiteten til å produsere sukker er nedsatt.

Norsk Helseinformatikk<sup>39</sup> påpeker at «symptomer på for høyt alkoholinntak og for lavt blodsukker kan likne på hverandre, for eksempel søvnlighet, svimmelhet og desorientering. Det er derfor en fare for å mistolke et lavt blodsukker og tro at det er alkoholorus, særlig hvis det dunster alkohol av vedkommende. Dermed kan man overse et lavt blodsukker, og man griper ikke inn og justerer blodsukkeret.»

## 4.6 Alkohol og søvn

Det er en vanlig bekymring hos eldre at de ikke får sove. Søvn mønsteret endrer seg i takt med aldringsprosessen, og ettersom den umiddelbare effekten av litt alkohol er døsighet, er det lett å oppfatte alkoholen som et middel for å bedre søvnen. Nedbrytningen av alkohol har imidlertid en ødeleggende effekt på søvnen. Å gå til sengs med promille har vist seg å føre til flere oppvåkninger og mer urolig søvn, i tillegg til at det gir dårligere søvnkvalitet. Har man søvn-

problemer er det altså lurt å begrense inntaket av alkohol. Ved kronisk alkoholbruk reduseres gradvis den beroligende effekten av alkohol og søvnproblemer kan vedvare i uker og måneder etter at personen er tørrlagt. Man har betydelig økt sjanse for tilbakefall av sitt alkoholmisbruk dersom man sliter med søvnforstyrrelser.

Søvnvansker, eller insomni, kan forebygges med bedre søvnvaner. Enkelte kommunale frisklivs-sentraler tilbyr veiledning om gode søvnvaner gjennom kurset [Sov Godt](#)<sup>40</sup>, der utgangspunktet er å oppnå bedre søvn med relativt enkle grep og uten å bruke legemidler.

Les mer om søvnproblemer og behandling på [Helsedirektoratet](#)<sup>41</sup> og [KoRus Sør](#)<sup>42</sup>.

## 4.7 Alkohol og ernæring

Det er knyttet utfordringer både til overvekt og underernæring for personer med høyt alkoholinntak.

**Kalorier og overvekt**<sup>43</sup>: Nettsiden Helse Norge skriver at alkohol lages ved å omdanne sukker til alkohol ved bruk av gjær, derfor inneholder drikkevarene mange kalorier. En gjennomsnittlig halvliter med øl inneholder ca 200 kalorier og et glass rødvin ca 119 kalorier. En som er glad i øl, og drikker fem halvlitere i uka, får i seg 44.200 kalorier i året. Mange sliter derfor med overvekt ved jevnt moderat inntak av alkohol, noe som igjen gir økt fare for blant annet høyt blodtrykk og diabetes.

**Feil- og underernæring**: Eldre spiser generelt mindre mat og trenger mer energi. Ved inntak av alkohol prioriterer kroppen å forbrenne alkoholen og slutter å forbrenne alt annet. Dette skjer fordi alkohol, til forskjell fra karbohydrater, protein og fett, ikke kan lagres i kroppen. En del eldre med høyt alkoholinntak risikerer derfor mangeltilstander, under- og feilernæring. Mange har diaré hele tiden, slik at mat og drikke ikke blir sugd opp i tarmen. Av de næringsstoffene som kommer inn i blodet, blir kun en del utnyttet fordi leveren ofte er skadet.

Les mer på [Uptodate.com](#)<sup>44</sup> og i [Nasjonalfaglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring](#)<sup>45</sup>.

## 4.8 Alkohol og psykisk helse

Alkoholbruk kan både være utløst av, og føre til, psykiske helseplager. Angst og depresjon er særlig hyppige følgetilstander ved overforbruk av alkohol. [Linn-Heidi Lunde](#)<sup>46</sup> skriver at «risikofylt alkoholbruk forsterker eksisterende psykiske lidelser og kan være en selvstendig faktor for selvmord hos eldre. Vedvarende drikking kan påvirke kognitiv fungering og være en faktor i

utvikling av demens. Hos eldre er forekomsten av demens nesten fem ganger høyere hos alkohol-avhengige enn hos personer med demens som ikke har et alkoholproblem.» Se eget avsnitt om alkoholdemens.

## 4.9 Alkohol og bilkjøring

Linn-Heidi Lunde (ibid) nevner videre at «alkoholpåvirkning er en betydelig årsak til trafikkulykker. Det er lite alkohol som skal til for å påvirke kjøreferdighetene hos eldre grunnet aldersrelaterte svekkelser i sanseapparat, koordinasjon og reaksjonstid. Legemidler forsterker denne effekten.»

## 4.10 Pårørende og tredjepartsskader

Risikofylt alkoholbruk påvirker mellommenneskelige relasjoner, særlig nærstående personer som partner, barn, barnebarn og andre. Det at en nærstående bruker alkohol på en måte som påvirker livskvaliteten er en stor belastning, og mange får selv plager som går ut over helse og velvære.

Pårørende opplever ofte vanskelige dilemmaer knyttet til alkoholbruken. Dette kan blant annet dreie seg om at den eldre ber sine nærmeste om å handle inn alkohol, eller at pårørende synes det er flaut når den eldre er synlig påvirket i sosiale anledninger. Noen barn velger å skjerme barnebarna mest mulig fra besteforeldre med høyt alkoholforbruk.

Alkoholbruk kan være en risikofaktor for utøvelse av vold blant eldre. Eldre som utsettes for vold kan bruke alkohol for å takle situasjonen, og eldre som har et alkoholproblem, er spesielt sårbare for å bli utsatt for vold fordi de i mindre grad kan være i stand til å forsvare seg eller søke hjelp.

Les mer på [vernforeldre.no](http://vernforeldre.no)<sup>47</sup> og [KoRus Sør](#)<sup>48</sup>.

## 4.11 Abstinenser

Vestre Viken skriver på sine nettsider at «når en person som har drukket mye alkohol plutselig slutter å drikke vil vedkommende oppleve en rekke fysiske og psykiske plager, kalt abstinenser. Abstinenser som følge av alkoholinntak kan variere fra lette til svært alvorlige. Noen personer søker hjelp etter problematisk/langvarig alkoholbruk, men det er også vanlig å plutselig slutte å drikke, enten fordi en har gått tom for drikkevarer eller på grunn av innleggelse på sykehus som følge av en annen tilstand. Dersom man ikke har kjennskap til personens alkoholbruk, kan



tilstanden være vanskelig for andre å skjønne. Alvorlige og kompliserte abstinenser kan medføre risiko for død, det er derfor nødvendig med behandling av helsevesenet».

**Vestre Viken nevner at følgende symptomer på abstinens kan være:**

- *Mild:* Uro, angst, søvnløshet
- *Moderat:* Mer uttalte psykiske symptomer, skjelving, svetting, hodepine, kvalme, hjertebank og høyt blodtrykk
- *Alvorlig:* Sterk uro, forbigående hallusinasjoner (f.eks. syns- og hørselsbedrag), sterk skjelving, kvalme og oppkast. Pasientens allmentilstand er klart nedsatt
- *Komplisert:* Tilstedeværelsen av delir (akutt forstyrrelse av bevissthetsnivå) eller komplikasjoner som generelle kramper, høy kroppstemperatur eller påvirkning av hjertekretsløpet

Les mer på [helsedirektoratet.no](https://helsedirektoratet.no)<sup>49</sup> og [vestreviken.no](https://vestreviken.no)<sup>50</sup>.

## 4.12 Delirium tremens (alkoholisk delirium)

Delirium er en tilstand med akutt forstyrrelse av bevissthetsnivå, som forårsakes av ulike medisinske tilstander, hvorav høyt alkoholinntak kan være en årsak. *Delirium tremens*<sup>51</sup> er i følge NHL.no, «en medisinsk betegnelse på en alvorlig tilstand som kan oppstå hos alkoholikere som brått stopper å drikke. Tilstanden oppstår som regel etter en abstinensperiode på 2-4 dager etter siste inntak av alkohol. Typisk for disse personene er at de opplever akutte sinnsforstyrrelser, kraftige skjelvinger og angst. Tilstanden forekommer hos 5 prosent av alkoholikere som innlegges i sykehus. Vanligvis utvikles tilstanden hos personer i 30-40 års alderen som har misbrukt alkohol i minst 5 år. Jo flere alvorlige abstinensperioder man har hatt, jo høyere tilbøyelighet har man for å utvikle delirium tremens. Delirium tremens kjennetegnes av redusert bevissthet, kognitiv svikt, kraftig skjelvinger og angst. Ofte forekommer hallusinasjoner og vrangforestillinger, agitasjon, kramper, høy kroppstemperatur, alvorlig rask hjerterytme og høyt blodtrykk. Tilstanden kan være livstruende og skal behandles på sykehus.»

## 4.13 Alkoholisk demens

Kognitiv svekkelse er en normal del av aldringsprosessen, og kan forsterkes ved bruk av alkohol og/eller av legemidler som virker inn på sentralnervesystemet. Fred Rune Rahm<sup>52</sup> skriver i e-læringsheftet Aldring og rusmidler at «symptomer på den vanligste formen for demens, Alzheimers sykdom, forsterkes også ved bruk av rusmidler. Mer spesielt er det i de tilfellene der alkohol isolert sett skaper demens som et resultat av alkoholens direkte virkninger, det som kalles alkoholisk demens, eller kanskje rettere «alkoholisk hjerneskade». Vi kan se alkoholens direkte sykdomsskapende effekter i hjernen og nervesystemet på flere måter.

Rahm sier videre at «det som kjennetegner alkoholisk demens er gjerne atferdsforandringer som en vanligvis finner ved frontallappdemens. Hukommelsesproblemene behøver ikke å være de mest framtreddende slik som ved Alzheimers sykdom, og tilstanden kan derfor lett oppfattes som en psykisk lidelse, ikke som demens. Dette er pasienter som pleie- og omsorgstjenester finner det vanskelig å forholde seg til, nettopp fordi atferden kan bli så upassende og aparte:

### Symptomer på alkoholisk demens:

- Impulsiv adferd
- Manglende hemninger
- Grovt språk, forskjellige språkvansker
- Upassende seksuell adferd
- Repetitiv verbal og fysisk adferd
- Putter ukritisk ting i munnen
- Endringer i spisevaner
- Svekket personlig hygiene

Ved denne typen problematikk bør alkoholbruken kartlegges. Da er det viktig å huske at de opplysningene personen selv kommer med ikke behøver å være riktige, nettopp på grunn av de kognitive endringene som selve den alkoholiske demensen medfører. Nedenfor står en oppstilling av forskjellene mellom alkoholisk demens og Alzheimers sykdom. En må imidlertid også tenke på at disse to demenstilstandene kan eksistere samtidig, og derfor skape et enda mer forvirrende bilde:

**Alkohol:**

- Manglende abstraksjonsevne
- Moderat tap av korttidshukommelse
- Mister executive funksjoner (tale, skrive, lese)
- Oppmerksomhetsvansker
- Adferdsvansker
- Fanges ikke av vanlige demenstester
- Progresjonen stanser ved abstinens fra alkohol

**Alzheimer:**

- Rammer primært hukommelsen
- Fanges av vanlige demenstester
- Progressivt forløp

**Blandede former**

Rahm/Knutheim 2016

Når demenssykdommen fører til kronisk mentalsvikt kalles den *Korsakoff psykose*, som er en alvorlig psykisk sykdom som skyldes skade på hjernen og nervesystemet, vanligvis på grunn av langvarig alkoholmisbruk. «Tilstanden kjennetegnes blant annet av alvorlig hukommelsessvikt, usammenhengede fantasier, manglende innsikt og apati. Mange husker derfor ikke sin egen livshistorie, men dikter den opp. Denne tilstanden er i mindre grad reversibel, og pasienten vil kunne bli avhengig av pleie og støtte resten av livet.» Alkoholisk demens opptrer vanligvis etter tiår med høyt alkoholbruk og er ikke avhengig av alder.

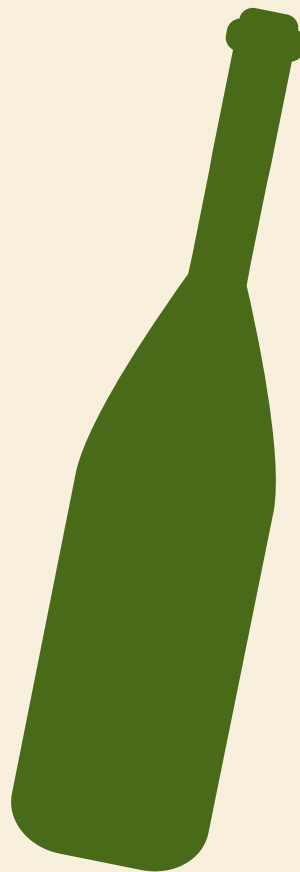
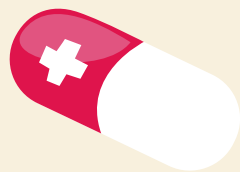
## 4.14 Akutt tiaminmangel – Wernickes encephalopati

Fred Rune Rahm<sup>53</sup> sier videre at «reversibel Wernickes encephalopati er en hjernesykdom som skyldes mangel på B-vitaminer (dårlig ernæring) på grunn av alkoholinntak. Særlig er det mangelen på vitaminet Tiamin som utgjør problemet. Tilstanden kjennetegnes av øyemuskellammelser, en stabbende gange (ataxi) og/eller forvirring. Tilstanden er reversibel, dvs. lar seg korrigere når alkoholinntaket begrenses og det samtidig tilføres B-vitaminer. Imidlertid kan det bli varige skader, særlig på perifere nerver, slik at gange, balanse og følsomhet forblir svekket. Nettopp fordi det kan bli varige skader er behandling en hastesak, og det viktigste er å tilføre vitaminer. Risikoen forsterkes med økt alkoholinntak, og er i tillegg en arvelig komponent i utviklingen av dette sykdomsbildet.»

En spesiell form av dette syndromet er det som kalles **Korsakoff psykose**, se avsnittet over.

5.0

## Samtidig bruk av alkohol og legemidler



Eldre er storforbrukere av mange typer legemidler. Hver femte 70-åring bruker mer enn 10 reseptbelagte legemidler i løpet av et år (polyfarmasi). En stor andel av eldre som drikker alkohol bruker i tillegg legemidler. Samtidig bruk av legemidler og alkohol kan føre til en svakere virkning av legemidlet, og risikoen for bivirkninger kan øke.

Kombinasjonen kan også føre til negative konsekvenser som økt risiko for fall, flere sykehusinnleggelseser og dødsfall. I tillegg kan enkelte legemidler forsterke alkoholens rusvirkning. Dette vil kunne øke sykdomsrisikoen for de lidelsene medisinene brukes for å lindre.

Det er vanlig at eldre mennesker ikke kjenner til faren ved å drikke alkohol samtidig som man bruker visse legemidler, og mange anser det ikke som noe problem å kombinere for eksempel alkohol med beroligende eller angstdempende medisiner.

Noen legemidler kan være i kroppen på samme tid som alkohol uten at verken legemidlene eller alkoholen virker annerledes enn om de hadde vært i bruk hver for seg. I mange tilfeller vil imidlertid effekten av legemiddelet endres når alkoholen er til stede, og alkoholrusen kan bli annerledes ved samtidig bruk av visse legemidler.

***Som hovedregel bør man ikke innta alkohol i løpet av de første 2-3 timer etter at legemidlet sist er inntatt. Dette innebærer også at all alkohol bør være ute av kroppen før man inntar et legemiddel.***

Det er i løpet av denne perioden hovedreglen over nevner, at man for svært mange legemidler, vil oppnå den kraftigste virkningen, og i denne perioden vil også mulighetene for uheldige reaksjoner i forbindelse med alkohol være størst. Effekten av et legemiddel avtar med tiden etter inntak, da det brytes ned i leveren til inaktive stoffer. Er alkohol til stede i kroppen, og dermed i leveren, kan nedbrytningen av legemidlene forstyrres. Det som oftest skjer da, er at nedbrytningen forsinkes og legemidlene vil virke i lengre tid og kraftigere enn vanlig. Alkoholen brytes også ned i leveren. Enkelte legemidler kan gripe forstyrrende inn i denne prosessen.

Les mer på [forebygging.no](https://forebygging.no)<sup>54</sup> og [KoRus Sør](#)<sup>55</sup>.

## 5.1 Legemidler

### 5.1.1 Hvor lenge er legemidler i kroppen?

Legemidler holder seg lengre i kroppen enn man kanskje tenker seg, men det er stor variasjon. Hos de fleste eldre vil legemidlet være lengre i kroppen. Jørg Mørland<sup>56</sup> har skrevet en veileder om alkohol og legemidler, og her informeres det på s. 18 om at «*halveringstiden* er mer enn 5 timer for svært mange legemidler. Med halveringstid menes den tiden det tar før mengden i kroppen eller konsentrasjonen i blodet synker til det halve». For eksempel har Valium (beroligende medisin) en halveringstid på 70-100 timer (3-4 døgn) hos eldre og pasienter med leversvikt, mens den hos voksne mennesker generelt halveres på 20-50 timer. Til sammenligning har Sobril en halveringstid på 10-15 timer for voksne (kan være lengre for eldre over 75 år).

Videre skriver Mørland at «en hovedregel er at legemidlet ikke er helt ute av kroppen før det er gått en periode på anslagsvis fire- fem ganger halveringstiden. De fleste legemidler vil derfor kunne være igjen i kroppen ca. ett døgn etter siste inntak. Med legemidler med lang halveringstid, for eksempel over 24 timer, som enkelte nerveberoligende midler og sovemidler, kan det altså gå nærmere 4-5 døgn før legemidlet er ute av kroppen. Dette innebærer at man skal tenke noe bakover i tid med hensyn til hvilke legemidler man har brukt for å unngå overraskelser i forbindelse med alkohol».

Les mer i fagartikkel om Bruk av alkohol og vanedannende legemidler blant eldre på [aldringoghelse.no](http://aldringoghelse.no)<sup>57</sup>.

### 5.1.2 Vanedannende legemidler

Med vanedannende medikamenter menes legemidler som påvirker sentralnervesystemet, og som kan gi tilvenning og avhengighet. Dette er sterke smertestillende-, beroligende- og krampestillende medikamenter og sovetabletter.

#### Vanedannende legemidler deles i A og B preparater

- *A-preparater* er i hovedsak opioider; morfinlignende medikamenter som brukes som smertestillende eller bedøvende, og defineres
- *B-preparater* defineres som legemidler med misbruksfare. De brukes mot angstproblemer eller søvnvansker, revmatisme eller kreft med kroniske smerter, mot epilepsi og/eller kramper.

Både A- og B- preparater har en potensiell ruseffekt og kan blant annet fremkalle uro, søvnløshet og ustøhet. Fred Rune Rahm<sup>58</sup> skriver at «det vil føre for langt å lage en fullstendig liste over medisiner som på en eller annen måte samvirker med alkohol. Men noen grupper av medisiner fortjener spesiell omtale: *Alle legemidler som virker på hjernen, slik som beroligende og angst-dempende medisiner, sovemedisin, allergimedisin og medisiner mot annen psykisk lidelse.* Den vanligste virkningen er at alkohol og medisiner forsterker hverandre, slik at man blir mer sløv, mer trøtt, får dårligere konsentrasjon og blir mer ustø til bens. Det er vist at kombinasjonen kan føre til tidlige demenssymptomer».

### 5.1.3 Benzodiazepiner

NHI.no<sup>59</sup> informerer om at «benzodiazepiner utgjør to grupper legemidler: angstdempende midler og sovemidler». Det informeres videre om at «ved korttidsbruk reduserer de angst og aggresjon, virker beroligende, virker søvnfremkallende og gir muskelavslapning. Virkningen kommer raskt, ofte etter inntak av første dose, og den er sterk. Den alvorligste ulempen med benzodiazepiner er at de kan medføre avhengighet, og at enkelte misbraker dem som rusmiddel».

I følge informasjon fra RUSTelefonen<sup>60</sup> vil «alkohol og benzodiazepiner forsterke hverandres dempende virkning. Både alkohol og benzodiazepiner brytes ned i leveren. Derfor vil disse stoffene nedbrytes saktere, noe som kan føre til en for høy konsentrasjon av medisinen i blodet. Som følge kan det oppstå bivirkninger som orienteringsproblemer, trøtthet og alvorlige puste-problemer. Det kan også føre til koma og død. På lang sikt øker det sjansen på hukommelsestap, toleranse og avhengighet».

### 5.1.4 Legemidler mot høyt blodtrykk

I Mørlands<sup>61</sup> veileder om alkohol og legemidler informeres det på side 12 om at «det er viktig å være klar over at alkoholbruk, særlig jevnlig bruk av mer enn 2-4 alkoholenheter per døgn, kan øke risikoen for utvikling av høyt blodtrykk. Forsiktighet med alkohol er derfor viktig for pasienter som har forhøyet blodtrykk. Flere medikamenter som brukes i behandling av høyt blodtrykk virker slik at visse blodkar utvides. *Dette kan under gitte betingelser føre til at blodtrykket forbigående blir for lavt, for eksempel i forbindelse med at man reiser seg fort fra sittende stilling. Alkohol kan øke denne tendensen, noe som kan føre til ubehag og i verste fall besvimelse.*».

### 5.1.5 Sterke smertestillende legemidler

Videre skriver Mørland (ibid) på side 16-17 at «bruk av alle slike legemidler medfører en viss risiko for sløvende og søvndyssende bivirkninger, og legemidlene vil i høye doser gi pustevansker, til dels av alvorlig karakter. Samtlige av disse bivirkningene kan forsterkes ved bruk av alkohol, og man frykter særlig pustevansker. Det er mange tragiske eksempler på at bruk av slike legemidler i normaldosering sammen med alkohol i ikke spesielt høye doser har ført til alvorlig pustehegning, og i noen tilfeller til åndedrettsstans og død. *Man tilrår derfor at sterke smertestillende legemidler og alkohol aldri kombineres*».

### 5.1.6 Svake smertestillende, febernedsettende og betennelses-hemmende midler

Mørland (ibid) informerer videre på side 17 om at «mange legemidler i denne gruppen gir økt risiko for blødning, først og fremst fra slimhinner i mage-/tarmkanalen. *Denne blødningsrisikoen vil øke ved samtidig bruk av alkohol*. Dette vil antakelig først og fremst gjelde acetylsalisylsyrepreparater og alkohol». Mørland skriver også at «paracetamol, som vanligvis tåles relativt godt sammen med alkohol, gir økt risiko for svært alvorlige leverskader hos risikobrukere av alkohol».

## 5.2 Interaksjonsanalyse

Når man er usikker på hvordan legemidler påvirker hverandre, eller sammen med inntak av alkohol, er digital interaksjonsanalyse et nyttig verktøy. Interaksjonsanalyse er for eksempel tilgjengelig på [Felleskatalogen](#)<sup>62</sup>.

Begynn å skrive inn et preparatnavn, virkestoff eller en ATC-kode i det øverste feltet, og velg fra listen som kommer opp. Dette gjentas inntil alle ønskede preparat, virkestoff og/eller ATC-koder er valgt. Enkeltoppslag kan slettes ved å klikke på det blå minustegnet bak oppslaget. Trykk deretter på *Analyser* for å utføre selve analysen.



### 5.2.1 Legemiddelgjennomgang

Legemiddelgjennomgang<sup>63</sup> (LMG) er en systematisk vurdering av pasientens legemiddelbruk for å sikre god behandling og forebygge pasientskader. Man kan selv be om LMG hos fastlegen eller på apotek.

### 5.2.2 Giftinformasjonen

Giftinformasjonen<sup>64</sup> er det nasjonale rådgivnings- og kompetanseorganet vedrørende akutte forgiftninger og forgiftningsfare.

#### Giftinformasjonen

Kontakt Giftinformasjonen på telefon 22 59 13 00 for å få hjelp og råd ved akutte forgiftninger og forgiftningsfare. Giftinformasjonen er i beredskap hele døgnet, alle dager i året.

6.0

## Oppfølging av risikofylt alkoholbruk



## 6.1 Kartleggingsverktøy (screening)

Det er vanlig å tenke at vi har et lavere alkoholforbruk enn det vi egentlig har. På internett finnes kvalitetssikrede tester tilgjengelig for hjelpere og for folk som ønsker å kartlegge sitt eget forbruk. Slike kartlegginger, eller screeninger som det ofte kalles i behandlingsapparatet, gir en pekepinn på om noen drikker for mye. Det har vist seg at mange har endret sine alkoholvaner etter å ha sett resultatene av en slik test.

Digitale screeningsverktøy	Beskrivelse
AUDIT <sup>65</sup> (Alcohol Use Disorder Identification Test)	Et screeningsverktøy for å identifisere problemfylt bruk av alkohol siste 12 måneder. AUDIT- C er en forenklet versjon med tre spørsmål om alkoholbruk siste 12 måneder. AUDIT har ingen spørsmål knyttet til samtidig legemiddelbruk, noe som er svært viktig å kartlegge i møte med eldre personer. Supplert med slike spørsmål anses AUDIT for å være et godt screeningverktøy også for eldre.
CAGE <sup>66</sup> (Cut down Annoyed Guilty og Eye opener)	Selvrapporteringskjema for å identifisere problemfylt bruk av alkohol. Skjemaet inneholder 4 spørsmål: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har du noensinne følt at du trengte å kutte ned på drikkingen?</li> <li>• Har du ergret deg over at noen kritiserte drikkingen din?</li> <li>• Har du noensinne hatt skyldfølelse på grunn av drikking?</li> <li>• Har du noen gang følt behov for å ta en drink som det første du gjør om morgenen, for å roe nervene eller bli kvitt bakrus?</li> </ul>
Alcohol-E <sup>67</sup> (Alcohol Use Disorders Identification Test Extended Version)	Kartlegger bruk av ulike typer alkohol, alkoholens funksjon og eventuell motivasjon for endring og behandling. Inneholder 52 spørsmål og tar utgangspunkt i personens situasjon her og nå.
Egenkartleggings- tester/promille- kalkulator	<a href="https://www.trasoppklinikken.no/drikerjegformye/">https://www.trasoppklinikken.no/drikerjegformye/</a> <a href="https://avogtil.no/promillekalkulator/">https://avogtil.no/promillekalkulator/</a>

Digitale screeningsverktøy	Beskrivelse
Alkoholmarkører i biologisk materiale <sup>68</sup> (biomarkører)	Analyse av biomarkører kan også brukes for å kartlegge alkoholforbruket hos en pasient. Det finnes en rekke alkoholmarkører som kan si noe om alkoholinntak. Blodprøven kan tas f.eks. hos fastlegen.
CDT <sup>69</sup> (Carbohydrate Deficient Transferrin)	En indirekte alkoholmarkør for utredning av helseskadelig bruk av alkohol de siste 2-4 uker. Høye verdier vil vanligvis bety at pasienten har hatt et alkoholinntak på mer enn 50-80 g etanol per dag i minst en uke (60 g tilsvarer en flaske vin/dag). Grunnet lav sensitivitet bør diagnostikk av alkoholmisbruk ikke gjøres med CDT alene.
PEth <sup>70</sup> (fosfatidyletanol)	En direkte alkoholmarkør som kan påvise etanolinntak inntil 14 dager etter siste inntak. Et enkelt alkoholinntak gir ingen økning i PEth, men ved regelmessig alkoholbruk vil verdien stige med økende alkoholforbruk. PEth anses å være en langt mer sensitiv prøve for å avdekke alkoholoverforbruk enn CDT.

## 6.2 Fastlegen og andre samarbeidspartnere

Fastlegen har en sentral funksjon i tilknytning til feil- eller overforbruk av legemidler og alkoholbruk. Allikevel blir temaet alt for sjelden tatt opp i møte med eldre pasienter<sup>71</sup>. Når pasienten bruker vanedannende legemidler i kombinasjon med alkohol har legen en viktig rolle for å finne et egnet legemiddel for pasienten. Dersom fastlegen ikke har kjennskap til pasientens alkoholbruk, kan konsekvensene av foreskrevet legemiddel bli svært uheldige.

Fastlegen har også mulighet til å henvise pasienten til annen oppfølging, for eksempel avrusning, behandling i spesialisthelsetjenesten, psykologtjeneste eller frisklivssentral.

### 6.2.1 NAV

Dersom brukeren har aktiv sak hos NAV, kan dette være en viktig samarbeidspartner for hjemmetjenesten. Mange NAV-kontor har en ruskonsulent eller andre som jobber spesifikt med rusrelatert oppfølging. Også kommunalt rus- og psykisk helseteam kan være aktuelle å samarbeide med. Spør pasienten om hvilken oppfølging han eller hun har, og be om tillatelse til å snakke med eventuelt andre ansatte.

Oslo kommune har ulike typer institusjoner for personer med rusproblematikk som administreres av Velferdsetaten (VEL), se oversikt<sup>72</sup> på Oslo kommunes intranett. Dette er kostnadskrevede plasser, og det er kun det lokale NAV-kontoret som kan søke inn pasienter til disse plassene.

## 6.3 Behandling for alkohol- og/eller legemiddelavhengighet

Med unntak av enkelte private stiftelser krever de fleste avrusnings- og behandlingssteder henvisning fra fastlege, NAV sosialtjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Disse stedene har avtale med Helse Sør Øst, og pasienten betaler kun egenandel. Det er viktig å være klar over at eldre personer også har god effekt av avrusning og behandling for rusproblematikk.

Merk at det ofte er ventelister på behandling og avrusning, noe som er viktig å kommunisere til den som trenger hjelp. Det er heller ikke alle behandlingssteder som tar imot eldre mennesker (noen har en aldersgrense på 67 år) eller personer med pleiebehov.

### Selvhjelpsgrupper/interesseorganisasjoner

[Anonyme alkoholikere](#)<sup>73</sup>

[Anonyme narkomane](#)<sup>74</sup>

[De norske lenker Oslo](#)<sup>75</sup>

[Rusmisbrukernes interesseorganisasjon](#)<sup>76</sup>

[A-larm](#)<sup>77</sup>

[Ivareta](#)<sup>78</sup>

### Dagtilbud og oppfølgingstjenester i VEL

Her finner du mer info om dagtilbud i Velferdsetaten

<https://vel.intranett.oslo.kommune.no/rus/dagtilbud-og-oppfolgingstjenester/>

### Fyll dagene

Oversikt over tilbud og aktiviteter som kan hjelpe personer som har eller har hatt rusproblemer. Oslo kommune og frivillige aktører tilbyr rådgiving, fellesskap, arbeid og aktiviteter som kan bidra på veien til en mer meningsfylt og stabil hverdag.

<https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/rusomsorg/fyll-dagene-arbeidstilbud-og-aktiviteter/>

### Ønsker du mer info?

[www.rustelefonen.no/fakta-om-alkohol/](http://www.rustelefonen.no/fakta-om-alkohol/)

[www.avogtil.no](http://www.avogtil.no)

[www.forebygging.no](http://www.forebygging.no)

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

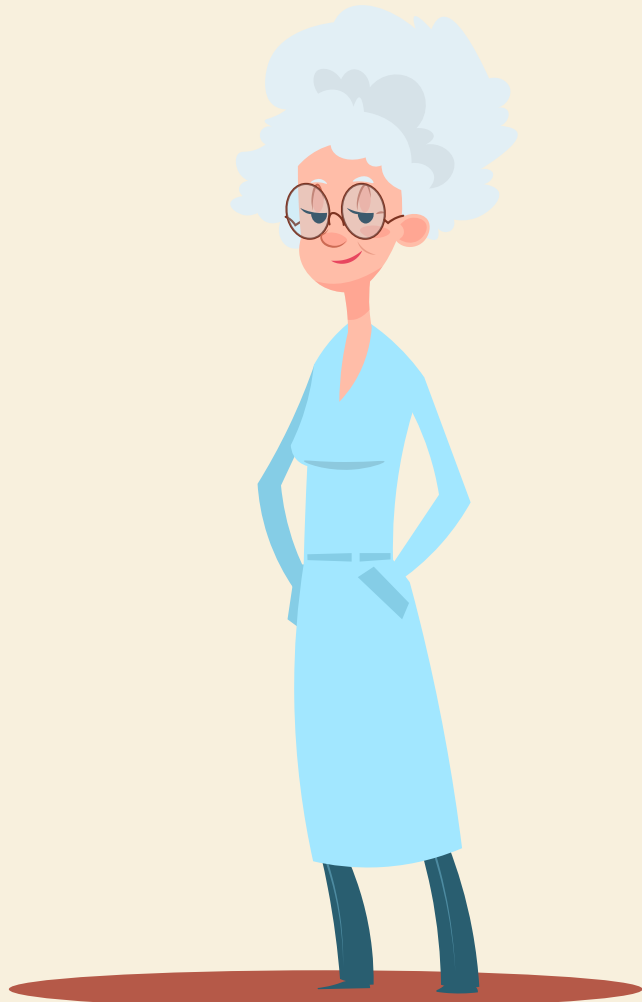
[www.mestrerus.no](http://www.mestrerus.no)

[www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no)

[www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no)

7.0

## Referanser



<sup>1</sup> Sandø, T. I., (2019, 11.11). *Derfor spør vi om du drikker alkohol*. Hentet mars 2020, fra: <https://www.midtnorskdebatt.no/meninger/ordetfritt/2019/11/11/Derfor-sp%C3%B8r-vi-om-du-drikker-alkohol-20349453.ece>

<sup>2</sup> Løken.M.R. (2016), «Helseknaggen» - et verktøy i møte med eldre, helse og alkohol. Forebygging.no, 2016. Hentet mars 2020, fra: <http://tidliginnsats.forebygging.no/Praksiserfaringer/Helseknaggen---et-verktoy-i-mote-med-eldre-helse-og-alkohol/>

<sup>3</sup> Helsedirektoratet: Hentet mars 2020, fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi>

<sup>4</sup> Kompetansesenter rus Oslo, *Aldring og helse - hva med alkohol?* Brosjyre. Velferdsetaten, Oslo kommune. Hentet mars 2020, fra: <https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2020/01/Folder-Alder-og-alkohol-Oslo2-humor.pdf>

<sup>5</sup> Regjeringen, Helse- og omsorgsdep, Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*. Hentet mars 2020, fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

<sup>6</sup> Regjeringen, Helse- og omsorgsdep, Meld. St. 19 (2018–2019). *Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn*. Hentet mars 2020, fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>

<sup>7</sup> Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid, (2019). *Overordnet standard for tjenester i hjemmet*. Oslo kommune. Hentet mars 2020, fra: [https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/133303401561028526/Tjenester%20og%20tilbud/Helse%20og%20omsorg/Tjenester%20til%20eldre/Aldersvennlig%20by/Overordnet%20standard%20for%20tjenester%20i%20hjemmet\\_%20publikasjon.pdf](https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/133303401561028526/Tjenester%20og%20tilbud/Helse%20og%20omsorg/Tjenester%20til%20eldre/Aldersvennlig%20by/Overordnet%20standard%20for%20tjenester%20i%20hjemmet_%20publikasjon.pdf)

<sup>8</sup> Regjeringen, Helse- og omsorgsdep, *Prop. 15 S (2015–2016) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. Hentet mars 2020, fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>

<sup>9</sup> Helsebiblioteket. *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Hentet mars 2020, fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/vedlegg/virkning-av-ulike-rusmidler>

<sup>10</sup> Nasjonal kompetansetjeneste for TSB, (2018.06.07). *Aldring og alkohol: Det gode liv (fullversjon)*. Hentet mars 2020, fra: [https://www.youtube.com/watch?v=CQuBZupZD84&feature=youtu.be&list=PLhPmdalwvX7mJgfy\\_59\\_pkIMJJBc5qN6Q](https://www.youtube.com/watch?v=CQuBZupZD84&feature=youtu.be&list=PLhPmdalwvX7mJgfy_59_pkIMJJBc5qN6Q)

<sup>11</sup> Av-og-til, (2019). *En alkoholenhet*. Hentet 15.11.2020 fra: [https://avogtil.no/en-alkoholenhet/?gclid=EAlalQobChMliY\\_78P745glVxqwYCh3ijAltEAAAYASAAEgKJnPD\\_BwE](https://avogtil.no/en-alkoholenhet/?gclid=EAlalQobChMliY_78P745glVxqwYCh3ijAltEAAAYASAAEgKJnPD_BwE)

<sup>12</sup> RUStelefonen, Velferdsetaten, Oslo kommune. Hentet mars 2020, fra: <https://www.rustelefonen.no/fakta-om-alkohol/virkninger-bivirkninger-alkohol/>

<sup>13</sup> Oslo Universitetssykehus, Avdeling for rettsmedisinske fag. *Virkninger av alkohol på sentralnervesystemet og kroppen forøvrig*. Hentet nov. 2020 fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/rettsmedisinske-fag/alkohol-og-rusmidler/virkninger-av-alkohol-pa-sentralnervesystemet-og-kroppen-forovrig>

<sup>14</sup> RUStelefonen, ibid. Hentet nov. 2020, fra: <https://www.rustelefonen.no/fakta-om-alkohol/tegn-symptomer-pa-alkoholbruk/>

<sup>15</sup> RUStelefonen, ibid. Hentet nov. 2020, fra: <https://www.rustelefonen.no/fakta-om-alkohol/tegn-symptomer-pa-alkoholbruk/>

<sup>16</sup> Norsk Helseinformatikk, (2020, 09.18). Hentet nov. 2020, fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/alkohol/alkohol-risikoser/>

<sup>17</sup> Knutheim T., Rahm F.R (2016). *Aldring og rusmidler. Utviklingstrekk, sykdom, medikamenter, alkoholbruk*. Kompetansesenter rus Sør, Borgestadklinikken, Blå Kors, Hentet nov. 2020, s. 26 fra: <https://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2016/10/Eldre-og-Rus.pdf>

<sup>18</sup> Gilje Lid T. (2018, 06.02). *Helt normalt å spørre om alkohol!* Hentet okt. 2020, fra: <http://handling.forebygging.no/Artikler--Kronikker/Helt-normalt-a-sporre-om-alkohol/>

<sup>19</sup> Knutheim T., Rahm F.R (2016). bid <https://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2016/10/Eldre-og-Rus.pdf>

<sup>20</sup> Kreftforeningen. *Alkohol og kreft*. Hentet nov. 2020, fra: <https://kreftforeningen.no/forebygging/alkohol-og-kreft/>

<sup>21</sup> Folkehelseinstituttet. (2019. 26, 06). *Rapport fra Reseptregisteret 2014–2018: Flere kvinner enn menn får reseptbelagte legemidler*. Hentet okt. 2020, fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2019/flere-kvinner-enn-menn-far-reseptbelagte-legemidler/>

<sup>22</sup> Frydenlund, R. (2012, 2 opplag). *Eldre, alkohol og legemiddelbruk – En kunnskapsoppsummering*. Kompetansesenter rus Oslo, Velferdsetaten, Oslo kommune. Hentet sept. 2020, fra: <https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2020/01/2-opptrykk-eldre.pdf>

<sup>23</sup> Vestre Viken. *Alkohol og helse*. Hentet aug. 2020, fra: <https://vestreviken.no/behandlinger/alkohol-og-helse#hva-er-risikofyllt-alkoholbruk>



- <sup>24</sup> RUStelefonen. Ibid. Hentet aug. 2020, fra: <https://www.rustelefonen.no/fakta-om-alkohol/alkohol-og-avhengighet/>
- <sup>25</sup> Norsk Helseinformatikk. (2020, 04.06). *Symptomer og tegn på alkoholisme*. Hentet aug. 2020, fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/alkohol/alkoholisme-symptomer/>
- <sup>26</sup> Helsedirektoratet. (2018, 08.08). Definisjoner. Hentet mars 2020, fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler/grunnleggende-om-vanedannende-legemidler/definisjoner>
- <sup>27</sup> Slagsvold, B., Løset, G.K. (2014). *Eldres alkoholkonsum. Utviklingstrekk og årsaker. Hva forteller NorLAG-studien?* NOVA. Hentet nov. 2020, fra: <http://www.forebygging.no/Artikler/2014-2012/Eldres-alkoholkonsum-Utviklingstrekk-og-arsaker-Hva-forteller-NorLAG-studien/>
- <sup>28</sup> Frydenlund, R. Ibid <https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2020/01/2-opptrykk-eldre.pdf>
- <sup>29</sup> Helvik, A.S. (2020,14.01). *Eldre og deres alkoholinntak – et norsk perspektiv*. NTNU. Hentet nov. 2020, fra: <http://tidliginnsats.forebygging.no/Artikler--Kronikker/Eldre-og-deres-alkoholinntak--et-norsk-perspektiv/>
- <sup>30</sup> Persson, C.P. (2018,14.10). *En gang for alle: Er det sunt å drikke litt alkohol?* Forskning. no. Hentet nov. 2020 fra: <https://forskning.no/hjertet-alkohol-og-narkotika-sykdommer/en-gang-for-alle-er-det-sunt-a-drikke-litt-alkohol/1248644>
- <sup>31</sup> Skjælaaen R.Ø. (2017). *Alene, sammen. Om former for fellesskap rundt morgenpilsen*. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 04/2017 (Volum 58). Hentet nov. 2020, fra: [https://www.idunn.no/tfs/2017/04/alene\\_sammen\\_om\\_former\\_for\\_fellesskap\\_rundt\\_morgenpilsen](https://www.idunn.no/tfs/2017/04/alene_sammen_om_former_for_fellesskap_rundt_morgenpilsen)
- <sup>32</sup> Oslo Universitetssykehus. (2017, 08.01). *Virkninger av alkohol på sentralnervesystemet og kroppen forøvrig*. Faktaark fra avdeling for rettsmedisinske fag. Hentet nov. 2020, fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/rettsmedisinske-fag/alkohol-og-rusmidler/virkninger-av-alkohol-pa-sentralnervesystemet-og-kroppen-forovrig>
- <sup>33</sup> Veste Viken. *Sykdommer som kan bli utløst eller forverret av alkohol*. Hentet nov. 2020, fra: <https://vestreviken.no/behandlinger/alkohol-og-helse#sykdommer-som-kan-bli-utlost-eller-forverret-av-alkohol>
- <sup>34</sup> Av-og-til. (2019, 10.07). *Hvordan påvirkes hjertet av alkoholen?* Hentet okt. 2020, fra: <https://avogtil.no/hvordan-pavirkes-hjertet-av-alkoholen/>
- <sup>35</sup> WHO. (2020,03.02). *Report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all*. Hentet mars 2020, fra: <https://www.who.int/publications/i/item/who-report-on-cancer-setting-priorities-investing-wisely-and-providing-care-for-all>

<sup>36</sup> Kreftforeningen. *ibid.* Hentet nov. 2020, fra:

<https://kreftforeningen.no/forebygging/alkohol-og-kreft/>

<sup>37</sup> Norsk Helseinformatikk. (2014, 05.14). *Alkohol*. Hentet okt. 2020, fra:

<https://nhi.no/sykdommer/kreft/vis-kreftvett/var-forsiktig-med-alkohol/>

<sup>38</sup> Av-og-til. (2019, 07.11). *Alkohol og leversykdom*. Hentet okt. 2020, fra:

<https://avogtil.no/alkohol-og-leversykdom/>

<sup>39</sup> Norsk Helseinformatikk. (2017.12. 20). *Diabetes og alkohol*. Hentet nov. 2020, fra:

<https://nhi.no/sykdommer/hormoner-og-naring/diabetes-generelt/diabetes-og-alkohol/>

<sup>40</sup> Helsedirektoratet. (2018,10.29). *Sov godt – Mal for søvnkurs for deg som jobber på frisklivssentralen*. Hentet feb. 2020, fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/sov-godt-mal-for-sovnkurs-for-deg-som-jobber-pa-frisklivssentralen>

<sup>41</sup> Helsedirektoratet. (2018, 11.30). *Oppfølging ved søvnvansker hos pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer*. Hentet mars 2020, fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/ernaering-fysisk-aktivitet-og-sovn-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/oppfolging-ved-sovnvansker-hos-pasienter-med-psykiske-lidelser-ogeller-rusmiddelproblemer>

<sup>42</sup> Knutheim, T., Rahm, F.R (2016). *Ibid.* s. 49-50. Hentet okt. 2020, fra:

<https://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2016/10/Eldre-og-Rus.pdf>

<sup>43</sup> Helsenorge. (2019, 07.14). *Kalorier i øl, vin og brennevin*. Hentet nov. 2020 fra:

<https://www.helsenorge.no/alkohol/kalorier-i-ol-vin-brennevin/>

<sup>44</sup> Gramlich, L., Tandon, P., Rahman, A., (2019, 01.31). *Nutritional status in patients with sustained heavy alcohol use*. UpToDate. Hentet mars 2020, fra:

<https://www.uptodate.com/contents/nutritional-status-in-patients-with-sustained-heavy-alcohol-use?search=alcohol%20nutrition&anchor=H196779549&language=en-US&source=preview&H196779549>

<sup>45</sup> Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Hentet mars 2020, fra:

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/underernaering/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underern%C3%A6ring%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/\\_/attachment/inline/a69263ffb40e-4d23-a7c6-67acce28a88e:48ba11770eaa7f7a1d18145aa0e1f30086ca5dcd/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underern%C3%A6ring%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/underernaering/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underern%C3%A6ring%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_/attachment/inline/a69263ffb40e-4d23-a7c6-67acce28a88e:48ba11770eaa7f7a1d18145aa0e1f30086ca5dcd/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underern%C3%A6ring%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf)

<sup>46</sup> Lunde, L.H. (2017, 04.25). *Risikofylt alkohol- og legemiddelbruk blant eldre – implikasjoner for klinisk praksis*. Psykologisk.no. Hentet nov. 2020 fra:

<https://psykologisk.no/sp/2017/04/e7/>

<sup>47</sup> Vern for eldre - Nasjonal kontakttelefon, brosjyre. Hentet mars 2020, fra:

<https://www.vernforeldre.no/info/>

<sup>48</sup> Knutheim, T., Rahm, F.R (2016). Ibid. s.66. Hentet mars 2020, fra:

<https://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2016/10/Eldre-og-Rus.pdf>

<sup>49</sup> Helsedirektoratet. (2016, 03.05). *Generelt om alkohol - virkninger og grader av abstinens*.

Hentet mars 2020, fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler/avrusning-fra-alkohol/generelt-om-alkohol-virkninger-og-grader-av-abstinens>

<sup>50</sup> Veste Viken. *Alkoholabstinens*. Hentet mars 2020, fra:

<https://vestreviken.no/behandlinger/alkohol-og-helse#alkoholabstinens>

<sup>51</sup> Norsk Helseinformatikk. (2020.07.24). *Delirium tremens*. Hentet i mars 2020, fra:

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/alkohol/delirium-tremens/>

<sup>52</sup> Knutheim, T., Rahm, F.R. (2016). Ibid, s.44. Hentet mars 2020, fra:

<https://www.korus-sor.no/publikasjoner/aldring-og-rus/>

<sup>53</sup> Knutheim,T., Rahm, F.R. (2016). Ibid, s.44. Hentet mars 2020, fra:

<https://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2016/10/Eldre-og-Rus.pdf>

<sup>54</sup> Helvik, A.S. (2020,14.01). Ibid. Hentet nov. 2020, fra:

<http://www.forebygging.no/Artikler/2020/Eldre-og-deres-alkoholinntak--et-norsk-perspektiv/>

<sup>55</sup> Knutheim, T., Rahm, F.R (2016). Ibid, s 60. Hentet mars 2020, fra:

<https://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2016/10/Eldre-og-Rus.pdf>

<sup>56</sup> Mørland, J. (2003/01). *Alkohol og legemidler*. Brosjyre. Helse- og sosialdirektoratet. Hentet

i mars 2020, fra: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler/grunnleggende-om-vanedannende-legemidler/flere-vanedannende-legemidler-samtidig/det-bor-ikke-rekvireres-mer-enn-ett-legemiddel-i-gruppen-benzodiazepin-z-hypnotikum-til-samme-pasient-da-de-i-klinisk-bruk-er-tilnaermet-like/Alkohol-og-legemidler-IS-1075-bokmal.pdf/\\_/attachment/inline/63382adb-17e0-496b-8eb5-22f8fd80b6a9:ec17951c79cf869b186da3e5364230a73d8a2c0d/Alkohol-og-legemidler-IS-1075-bokmal.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler/grunnleggende-om-vanedannende-legemidler/flere-vanedannende-legemidler-samtidig/det-bor-ikke-rekvireres-mer-enn-ett-legemiddel-i-gruppen-benzodiazepin-z-hypnotikum-til-samme-pasient-da-de-i-klinisk-bruk-er-tilnaermet-like/Alkohol-og-legemidler-IS-1075-bokmal.pdf/_/attachment/inline/63382adb-17e0-496b-8eb5-22f8fd80b6a9:ec17951c79cf869b186da3e5364230a73d8a2c0d/Alkohol-og-legemidler-IS-1075-bokmal.pdf)

<sup>57</sup> Tevik, K., Selbæk, G., Engedal, K., Seim, A., Krokstad, S., Helvik, A.S. (2017). *Bruk av alkohol*

*og vanedannende legemidler blant eldre*. Fagartikkel: Demens & alderspsykiatri / vol. 21 - nr. 4 - 2017. [https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/Bruk\\_av\\_alkohol\\_og\\_vanedannende\\_legemidler\\_blant\\_eldre.pdf](https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/Bruk_av_alkohol_og_vanedannende_legemidler_blant_eldre.pdf)

<sup>58</sup> Knutheim, T., Rahm, F.R (2016). Ibid, s 41. Hentet mars 2020, fra:

<https://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2016/10/Eldre-og-Rus.pdf>

<sup>59</sup> Norsk Helseinformatikk. (2018.02.05). *Benzodiazepiner*. Hentet i mars 2020, fra:

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/legemidler/benzodiazepiner/>

<sup>60</sup> RUStelefonen. *Blande benzodiazepiner med andre rusmidler eller legemidler*.

Hentet aug. 2020, fra: <https://www.rustelefonen.no/fakta-om-benzodiazepiner-2/blande-benzodiazepiner-rusmidler-legemidler/>

<sup>61</sup> Mørland, J. (2003/01). Ibid. *Legemidler mot blodtrykk*. Hentet i mars 2020, fra:

[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler/grunnleggende-om-vanedannende-legemidler/flere-vanedannende-legemidler-samtidig/det-bor-ikke-rekvireres-mer-enn-ett-legemiddel-i-gruppen-benzodiazepin-z-hypnotikum-til-samme-pasient-da-de-i-klinisk-bruk-er-tilnaermet-like/Alkohol-og-legemidler-IS-1075-bokmal.pdf/\\_/attachment/inline/63382adb-17e0-496b-8eb5-22f8fd80b6a9:ec17951c79cf869b186da3e5364230a73d8a2c0d/Alkohol-og-legemidler-IS-1075-bokmal.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler/grunnleggende-om-vanedannende-legemidler/flere-vanedannende-legemidler-samtidig/det-bor-ikke-rekvireres-mer-enn-ett-legemiddel-i-gruppen-benzodiazepin-z-hypnotikum-til-samme-pasient-da-de-i-klinisk-bruk-er-tilnaermet-like/Alkohol-og-legemidler-IS-1075-bokmal.pdf/_/attachment/inline/63382adb-17e0-496b-8eb5-22f8fd80b6a9:ec17951c79cf869b186da3e5364230a73d8a2c0d/Alkohol-og-legemidler-IS-1075-bokmal.pdf)

<sup>62</sup> Felleskatalogen. *Interaksjonsanalyse*. Hentet nov. 2020, fra:

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/interaksjon>

<sup>63</sup> Statens legemiddelverk. (2018.04.20). *Legemiddelgjennomgang*. Hentet okt. 2020, fra:

<https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/legemiddelgjennomgang>

<sup>64</sup> Helsenorge. *Giftinformasjon*. Hentet mars 2020, fra:

<https://www.helsenorge.no/Giftinformasjon>

<sup>65</sup> Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. (2007). *AUDIT. Alcohol Use Disorder Identification Test*. Hentet mars 2020, fra:

<https://rop.no/snakkomrus/rammeverk/index.html?formname=AUDIT&formname=AUDIT>

<sup>66</sup> Helsebiblioteket. (2011.12.19). *CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener)*. Hentet mars 2020, fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/6-utredning/cage>

<sup>67</sup> Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. *Alcohol-E*. Hentet mars 2020, fra:

<https://rop.no/kartleggingsverktoy/alkohol-e/>

<sup>68</sup> Nygaard, I.L. Oslo universitetssykehus. (2018.05.14). *Hvordan avdekker vi overforbruk av alkohol?* Hentet mars 2020, fra:

<https://ekspertsykehusetblog.wordpress.com/2018/05/14/hvordan-avdekker-vi-overforbruk-av-alkohol/>

<sup>69</sup> Helse Møre og Romsdal. (2019.03.28). *CDT (Carbohydrate Deficient Transferrin)*. Hentet mars 2020, fra: <https://helse-mr.no/fag-og-forsking/tenester/medisinsk-biokjemi/analyser-og-undersokelser-molde-og-kristiansund/cdt-carbohydrate-deficient-transferrin>

<sup>70</sup> Norsk elektronisk legehåndbok  
<https://legehandboka.no/handboken/laboratoriemedisin/medisinsk-biokjemi/blodprover/peth/>

<sup>71</sup> Gilje Lid T. (2018, 06.02). *Helt normalt å spørre om alkohol!* Hentet okt. 2020, fra: <http://tidliginnsats.forebygging.no/Artikler--Kronikker/Helt-normalt-a-sporre-om-alkohol/>

<sup>72</sup> Velferdsetaten, Rusinstitusjoner. Hentet des. 2020, fra: <https://vel.intranett.oslo.kommune.no/rus/rusinstitusjoner/>

<sup>74</sup> <https://www.anonymealkoholikere.no/2/>

<sup>75</sup> <https://nanorge.org/>

<sup>74</sup> <http://denorskelenkeroslo.no/>

<sup>76</sup> <https://rio.no/>

<sup>77</sup> <https://www.a-larm.no/>

<sup>78</sup> <https://www.ivareta.no/>

Dagens eldre generasjon har et annet forhold til alkohol enn tidligere generasjoner og bruker også mer legemidler. Samtidig ser man at eldre har liten kunnskap om kroppens sårbarhet for alkoholens virkning etter hvert som de blir eldre, og bruk av alkohol og rusmidler er blant de viktigste risikofaktorene for tidlig død og tap av friske leveår. For at eldre skal få mulighet til å klare seg selv og bo hjemme lengst mulig er det blant annet viktig med kunnskap om temaet for å forebygge helseskader som følge av risikofylt alkohol- og legemiddelbruk.

I dette dokumentet lærer du blant annet mer om hvordan du snakker med eldre om alkoholbruk, hva du skal se etter og dokumentere, og hvorfor det er viktig å spørre eldre om deres alkohol- og legemiddelbruk.

NERO står for Nettverk Eldre og Rus Oslo og baserer seg på et prosjekt i perioden 2009-2012 i fire sentrumsbydeler sammen med Lovisenberg sykehus. I 2019 tok Korus Oslo initiativ til å starte opp et nytt prosjekt i samarbeid med hjemmetjenesten i Bydel Sagene, der målet er kompetanseheving av ansatte i bydelens hjemmetjeneste knyttet til alkohol og legemidler. Prosjektet avsluttes 31.12.2020.

Prosjektleder og forfatter: Iren Moen, Korus Oslo  
Korrektur: Nina Langmyr og Runa Frydenlund, Korus Oslo

Se også:  
[www.korusoslo.no](http://www.korusoslo.no)

ISBN: 978-82-92717-36-3