



# Bruk av alkohol og vanedannende legemidler hos eldre norske hjemmetjenestemottakere

*Sammenheng med psykiske lidelser og kognisjon*

## Use of alcohol and addictive pharmacological agents in elderly patients receiving home care service in Norway, and association with psychiatric symptoms and cognition

Sverre Bergh

*Forskningsleder, Forskningscenter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom, Sykehuset Innlandet HF  
Forsker, Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse*

[Sverre.bergh@sykehuset-innlandet.no](mailto:Sverre.bergh@sykehuset-innlandet.no)

Elin Michaelsen

*Fagkonsulent og prosjektleder, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Innlandet (Oppland)*

[Elin.Angen-Michaelsen@gjovik.kommune.no](mailto:Elin.Angen-Michaelsen@gjovik.kommune.no)

Nina Beate Andfossen

*PhD spesialsykepleier, Senter for omsorgsforskning, øst, Institutt for helsevitenskap, NTNU i Gjøvik*

[nina.b.andfossen@ntnu.no](mailto:nina.b.andfossen@ntnu.no)

Bjørn Lichtwarck

*PhD spesiallege, Forskningscenter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom, Sykehuset Innlandet HF*

[Bjorn.Lichtwarck@sykehuset-innlandet.no](mailto:Bjorn.Lichtwarck@sykehuset-innlandet.no)

Geir Selbæk

*Professor, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo  
Forskningsjef, Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse*

[geir.selbaek@aldringoghelse.no](mailto:geir.selbaek@aldringoghelse.no)

Øyvind Kirkevold

*Professor, Institutt for helsevitenskap, NTNU Gjøvik  
Seniorforsker, Forskningscenter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom, Sykehuset Innlandet HF  
ass. Forskningsjef, Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse*

[oyvind.kirkevold@aldringoghelse.no](mailto:oyvind.kirkevold@aldringoghelse.no)

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Alkohol og legemidler kan føre til økt funksjonssvikt, sykkelighet og død, særlig hos personer med høy samsykkelighet. Hensikten med studien var å undersøke bruken av alkohol, tobakk og vanedannende legemidler hos hjemmetjenestemottakere over 60 år i en middels stor kommune og se hvilke faktorer som hadde sammenheng med alkoholbruk.

**Metode:** Tverrsnittsundersøkelse der 210 personer over 60 år som mottok hjemmebaserte tjenester i en norsk kommune, ble intervjuet om deres bruk av alkohol, tobakk og vanedannende legemidler samt deres psykiske symptomer. Sammenhengen mellom alkoholbruk og andre variabler ble undersøkt.

**Resultat:** Hver femte deltaker hadde demens, 38 % hadde depressive symptomer, 16 % hadde angstsymptomer, 57 % brukte alkohol, 11 % brukte angstdempende legemidler, og 31 % brukte vanedannende legemidler mot søvnproblemer. Alkoholbruk hadde sammenheng med lavere alder, å røyke tobakk og færre depresjonssymptomer.

**Konklusjon:** Nesten 60 % brukte alkohol, og alkoholbruken var høyere hos yngre, blant personer som røykte tobakk, og blant deltakere med færre depresjonssymptomer. En av tre brukte vanedannende legemidler mot søvnproblemer. Denne kunnskapen er nyttig for ansatte i hjemmetjenesten og bør påvirke organiseringen tjenestene, hvilke symptomer man skal være oppmerksomme på hos brukerne, og hvilken behandling og oppfølging som skal gis.

### Nøkkelord

Eldre, alkoholbruk, vanedannende legemidler, hjemmeboende

## Abstract

**Introduction:** Use of alcohol and addictive pharmacological agents may lead to functional decline, morbidity, and mortality, especially in persons with multimorbidity. The aim of this study was to describe the use of alcohol, tobacco, anxiolytics and sedatives in elderly receiving home care service in one Norwegian municipality, and characteristics associated with alcohol use.

**Method:** Cross-sectional study of 210 persons >60 years receiving home care service in one Norwegian municipality. Information regarding use of alcohol, tobacco, anxiolytics and sedatives, psychiatric symptoms, and cognition were collected by interviews. The association between alcohol use and other characteristics was analysed.

**Results:** One in five participants had dementia, 38% had depressive symptoms, 16% had anxiety symptoms, 57% used alcohol, 11% used anxiolytics, and 31% used sedatives. Alcohol use was associated with being younger, smoking tobacco, and having fewer depressive symptoms.

**Conclusion:** Nearly 60% of participants used alcohol, and alcohol use was associated with being younger, having fewer depressive symptoms, and using tobacco. One in three used sedatives. This knowledge is useful for employees in the home care service, and should influence the content of the services, what symptoms to be aware of in the users, and how follow-up should be organized.

### Keywords

Older age, alcohol use, anxiolytics and sedatives, home-dwelling

### Hva vet vi allerede om dette emnet?

- Antallet eldre i samfunnet øker, og med det øker behovet for hjemmebaserte tjenester.
- Bruk av alkohol og vanedannende legemidler er lite kjent hos personer som mottar hjemmetjenester i Norge.

### Hva tilfører denne studien?

- I studien fant vi at bruk av alkohol og vanedannende legemidler var vanlig. Nesten 60 % av deltakerne brukte alkohol, men få deltakere brukte alkohol i mengder forbundet med helserisiko.
- Inntak av alkohol hadde sammenheng med lavere alder, å røyke tobakk og færre depresjonssymptomer.

## Introduksjon

I 2019 mottok 78 493 nordmenn hjemmebaserte tjenester til hjelp med praktiske gjøremål, 163 231 mottok helsetjenester i hjemmet, mens det var 39 466 plasser på sykehjem (Statistisk Sentralbyrå, 2020). Det er et politisk ønske å styrke hjemmebaserte tjenester i Norge, slik at

innbyggerne kan bo hjemme lengst mulig. Da er det viktig med økt kunnskap om brukerne av hjemmebaserte tjenester. Sammenhengen mellom bruk av alkohol, vanedannende legemidler og forekomsten av psykiske symptomer har vært lite undersøkt hos personer som får hjemmebaserte tjenester i Norge.

I de siste årene har det vært økende alkoholforbruk i Norge, også blant eldre. Andelen eldre personer som er avholdende, har gått ned, og andelen eldre som drikker alkohol jevnlig, har gått opp (Bratberg et al., 2016). Det antas at økende alkoholbruk hos de eldre skyldes at alkoholbruken i eldre år avspeiler alkoholbruken i yngre år, og dagens eldre har tatt med seg sine alkoholvaner inn i alderdommen. Andre faktorer man antar øker alkoholbruken i alderdommen, er høyt utdanningsnivå i eldrebefolkningen, økt tilgjengelighet og bedre råd blant folk. Dette er bekymringsfullt, da studier viser at personer over 60 år på gruppenivå har mindre kunnskap om hvordan alkohol påvirker helsen enn yngre har (Ahlström & Mäkelä, 2009; Lid et al., 2020). Eldre personer har en lavere toleranse for alkohol enn yngre grunnet kroppens sammensetning av vann og fettvev, lavere omsetning og utskilling av alkohol på grunn av nedsatt funksjon i lever og nyre og interaksjoner grunnet bruk av flere legemidler.

Studier viser at andelen eldre som bruker vanedannende legemidler, er høy i Norge (Tevik et al., 2017), og at det er en fare for interaksjon mellom alkohol og vanedannende legemidler (Ahlström & Mäkelä, 2009). En studie basert på data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) viste at høyt alkoholbruk hos eldre var assosiert med høyere utdanning og røyking, mens bruk av vanedannende legemidler var vanligere blant kvinner enn menn, og var assosiert med å være somatisk syk og å ha angstsymptomer (Tevik et al., 2019).

Samtidig bruk av vanedannende legemidler og alkohol gir økt risiko for bivirkninger av legemidlene og fare for helseskade som økt tretthet, hukommelsesproblemer, nedsatt koordinasjon og nedsatt åndedrett (Moore et al., 2007), noe som øker faren for fall, brudd, andre skader og død (Krokstad et al., 2017).

Med økende alder øker forekomsten av demens (Prince et al., 2013) og depresjon (Stordal et al., 2001). Dette skyldes både endringer i hjernen som følge av sykdommer og alder og endringer i alderdommen som tap, ensomhet og mindre sosial kontakt (Malhi & Mann, 2018). Demens og psykiske lidelser hos eldre kan påvirke bruken av alkohol i denne aldersgruppen.

Målet med studien var derfor å beskrive bruken av alkohol, tobakk og vanedannende legemidler hos mottakere av hjemmebaserte tjenester over 60 år i en middels stor kommune og se hvilke faktorer som var assosiert med alkoholbruk.

## Metode

### Deltakere

Vi foretok en eksplorerende tverrsnittsstudie. En middels stor kommune i Sørøst-Norge ble invitert til å delta i studien. Denne kommunen ble valgt da de ønsket å gjennomføre et kompetansehevende prosjekt om rus og eldre i sin kommune. Kartlegging av mottakere av hjemmebaserte tjenester i kommunen var en del av denne kompetansehevingen. Inklusjonskriterier var personer over 60 år som var mottakere av en eller annen form for hjemmebasert tjeneste, eller som var lagt inn på en korttidsavdeling i sykehjem. Vi sendte brev hjem til mottakere av hjemmebaserte tjenester med informasjon om studien. Dette ble fulgt opp med en telefon fra prosjektsykepleierne for å få bekreftet at informasjonen var mottatt og forstått, at mottakeren av hjemmebaserte tjenester ønsket å delta, og for å avtale tid og sted for kartleggingen. Beboere på korttidsavdelin-

gen ble kontaktet direkte av sin primærsykepleier og fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien. I denne artikkelen beskriver vi kun deltakere som fikk hjemmebaserte tjenester.

### Kartlegginger

Deltakerne ble inkludert i tidsrommet januar 2017 til februar 2018. To prosjektsykepleiere gjennomførte kartleggingene etter at de hadde fått opplæring i bruk av kartleggingsverktøyene. Deltakerne ble undersøkt i eget hjem. Vi benyttet følgende standardiserte undersøkelser, spørreskjema og intervjuguider:

- Kjønn, alder, antall år med utdanning.
- Systolisk og diastolisk blodtrykk, puls.
- Somatisk helse ble undersøkt med General Medical Health Rating scale (GMHR) (fire kategorier: dårlig, nokså god, god, svært god) (Lyketsos et al., 1999) og Charlson komorbiditetsindeks (Charlson et al., 1987), der vi regnet ut totalskår etter Quans metode (Quan et al., 2011).
- Vi kartla kognitiv funksjon med Montreal Cognitive Assessment test (MoCA), en skala fra 0–30 der høyere skår indikerer bedre kognitiv funksjon (Nasreddine et al., 2005). En grenseverdi på < 18 ble brukt for å klassifisere deltakere med demens (Milani et al., 2018). Dette er en konservativ tilnærming som reduserer risikoen for å klassifisere deltakere som ikke har demens, til å ha demens, men som øker risikoen for å klassifisere deltakere som har demens, til ikke å ha demens.
- Depresjonssymptomer ble kartlagt med Geriatric Depression Scale, 5-spørsmålsversjonen. Hvert spørsmål kan gi 0 eller 1 poeng. Skåren på hvert spørsmål summeres og gir en totalskår fra 0 til 5 poeng, der en skår på 2 og høyere regnes som en sannsynlig depresjon (Weeks et al., 2003; Yesavage et al., 1982).
- Angstsymptomer kartla vi med Rating Anxiety in Dementia, en skala som går fra 0 til 54 poeng, der høyere skår betyr sterkere angstsymptomer (Shankar et al., 1999). En skår over 10 regnes som sannsynlig generalisert angstlidelse (Goyal et al., 2017).
- Aktiviteter i hverdagen (ADL) kartla vi med Lawton og Brodys skjema for personlig ADL (0–30 poeng, høyere skår er dårligere funksjon) og instrumentell ADL-funksjon (0–27 poeng, høyere skår er dårligere funksjon) (Lawton & Brody, 1969).
- Tobakksrøyking og bruk av snus kartla vi med et egenutviklet spørsmål til deltakeren (Aldri røykt/snust; røykt/snust tidligere, men sluttet; røyker/snuser nå).
- Bruk av vanedannende legemidler ble registrert fra legemiddellisten til deltakerne og kategorisert (Ja/Nei) basert på kodene i Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC).
- Alkoholbruk kartla vi med Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Saunders et al., 1993), en skala med 10 spørsmål som besvares på en skala fra 0–4. Totalt blir det 0–40 poeng, der en høyere sum betyr høyere alkoholinntak. Det finnes ikke validerte grenseverdier på AUDIT for eldre, og grenseverdier for risikofylt alkohol bruk varierer mellom land, så deltakerne ble kategorisert etter en totalskår > 0 (= alkoholbruk), og totalskår > 4 (risikobruk). Denne grenseverdien valgte vi med utgangspunkt i studier av yngre personer om alkoholbruk som gir helserisiko, og en vurdering av hvordan helsen til eldre personer generelt endrer seg med alderen. En skår > 4 på AUDIT tilsvarende 3–4 alkoholenheter 2–3 ganger per uke, tilsvarende >100 gram alkohol i uka, som brukes av Wood et al. som en grenseverdi for helserisiko (Wood et al., 2018).

## Statistikk

Deltakerne ble beskrevet med gjennomsnitt og standardavvik (SD) ved kontinuerlige variabler, og med antall og andeler i prosent ved kategoriske variabler. Videre kategoriserte vi deltakerne i avholdne (AUDIT = 0) og bruk av alkohol (AUDIT > 0), og vi sammenlignet variablene med Student t-test for kontinuerlige variabler / Chi-square for kategoriske data.

Vi gjorde en lineær regresjon med AUDIT sumskår som avhengig variabel. Basert på tidligere studier og en teoretisk tilnærming til hvilke variabler som kunne være assosiert med alkoholbruk, tok vi med følgende variabler i regresjonsmodellen: alder, kjønn, antall år utdanning, somatisk helse (blodtrykk og GMHR), kognisjon (MoCA), depresjons-symptomer (GDS-5), angstsymptomer (RAID), ADL-funksjon, bruk av tobakk og bruk av antidepressive legemidler, angstdempende legemidler og vanedannende legemidler mot søvnproblemer. Vi undersøkte variablene i modellene for kollinearitet med Pearson korrelasjon og Variance Inflation Factor (VIF). Ingen variabler hadde en korrelasjon på > 0,9 eller en VIF > 2,0. De justerte analysene ble kjørt med alle variablene i samme modell. Ujusterte og justerte analyser presenterer vi i tabellform, mens kun justerte analyser presenteres i teksten.

## Forskningsetikk

Studien ble godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK 2016/1134. Prosjektsykepleierne som samlet inn data, var ikke ansatt i hjemmebaserte tjenester, og deltakerne ble informert om at dataene som ble samlet inn, ikke ble formidlet til ansatte i hjemmebaserte tjenester hvis ikke deltakerne selv ønsket det. Dette gjorde vi for å sikre personvernet til deltakerne og gjøre dem trygge på at svarene de gav, ikke skulle innvirke negativt på de tjenestene de fikk tildelt av kommunen.

Deltakernes samtykkekompetanse ble vurdert av prosjektsykepleierne med veiledning av prosjektleder ved behov. Deltakere som ble vurdert å være samtykkekompetente, samtykket til deltakelse ved å signere et samtykkeskriv. Pårørende samtykket på vegne av deltakere som ble vurdert til ikke å være samtykkekompetente.

## Resultater

Vi inviterte til sammen 462 personer til å delta i studien; 210 deltakere fra hjemmebaserte tjenester takket ja til deltakelse, 22 var innlagt på korttidsavdeling, og 230 personer takket nei til deltakelse. Årsaker til ikke deltakelse er oppsummert under.

• <i>Pasient takket nei:</i>	172
• <i>Pårørende takket nei:</i>	5
• <i>Død:</i>	22
• <i>Nedsatt kommunikasjonssevne (språk, ikke norsk, demens):</i>	18
• <i>Flyttet (omsorgsnivå, bort fra kommunen, ingen tjenester):</i>	5
• <i>Annet:</i>	8

Tabell 1 beskriver deltakerne. Gjennomsnittsalder var 80,8 år, 67,6 % var kvinner, og deltakerne hadde ofte flere sykdommer. Basert på en grenseverdi på MoCA på < 18 hadde 18,9 % demens. Depresjonssymptomer forekom hos 37,6 %, mens 15,7 % hadde angstsymptomer.

**Tabell 1** Demografiske og kliniske data

	Alle deltakere (N=210)	Avholdende, AUDIT=0 (N=90)	Ikke avholdende, AUDIT>0 (N=120)	p-verdi*
Kvinner, antall (%)	142 (67,6)	66 (73,3)	76 (63,3)	0,138
Alder, år, gjennomsnitt (SD)	80,8 (8,8)	82,0 (8,7)	79,9 (8,9)	0,097
Utdanningsår, gjennomsnitt (SD)	10,2 (3,1)	9,8 (3,2)	10,6 (3,0)	0,059
Sivilstand, antall (%)				0,626
Ugift	12 (5,7)	5 (5,6)	7 (5,8)	
Gift	41 (19,5)	14 (15,6)	27 (22,5)	
Enke	117 (55,7)	52 (57,8)	65 (54,2)	
Skilt	40 (19,0)	19 (21,1)	21 (17,5)	
Dårlig/moderat dårlig helse (GMHR), antall (%)	155 (73,8)	72 (80,0)	83 (69,2)	0,083
Charlsons komorbiditet indeks, gjennomsnitt (SD)	1,8 (1,8), n=199	1,7 (1,4), n=85	1,8 (1,9), n=114	0,509
Systolisk blodtrykk, gjennomsnitt (SD)	147,6 (26,3), n=204	149,7 (23,3), n=87	146,1 (28,3), n=117	0,314
Diastolisk blodtrykk, gjennomsnitt (SD)	80,7 (13,4), n=204	81,5 (11,5), n=87	80,1 (14,6), n=117	0,471
Montreal Cognitive Assessment test, gjennomsnitt (SD)	21,5 (6,6), n=206	20,7 (6,7), n=88	22,0 (6,5), n=118	0,142
Montreal Cognitive Assessment test < 18, antall (%)	39 (18,9), n=206	20 (22,7), n=88	19 (16,1), n=118	0,230
Geriatric Depression Scale – 5 spørsmålsversjon, gjennomsnitt (SD)	1,4 (1,4)	1,7 (1,4)	1,3 (1,3)	<b>0,023</b>
Geriatric Depression Scale – 5 spørsmålsversjon, totalskår > 1, antall (%)	79 (37,6)	39 (43,3)	40 (33,3)	0,139
Rating Anxiety in Dementia, gjennomsnitt (SD)	5,8 (5,4)	6,0 (6,0)	5,8 (4,9)	0,774
Rating Anxiety in Dementia, total skår > 10, antall (%)	33 (15,7)	13 (14,4)	20 (16,7)	0,661
Personlig ADL funksjon (PSMS), gjennomsnitt (SD)	8,7 (3,0)	9,1 (3,0)	8,4 (3,0)	0,108
Instrumentell ADL funksjon, gjennomsnitt (SD)	13,7 (5,3)	14,6 (5,7)	13,1 (5,0)	<b>0,033</b>

SD=standardavvik, GMHR=General Medical Health Rating scale, ADL=Activity of Daily Living, PSMS=Physical Self-maintenance scale, AUDIT=Alcohol use Disorder Identification Test, \*Student t-test for kontinuerlige variabler/Chi-square for kategoriske data.

På spørsmål om bruk av rusmidler svarte 57,1 % av deltakerne at de brukte alkohol (> 0 på AUDIT), mens 3,8 % av deltakerne hadde et alkoholinntak som var forenlig med helserisiko (> 4 på AUDIT). Totalt 15,7 % var tobakksrøykere (røykte ved undersøkelsestidspunktet), se tabell 2.

**Tabell 2** Bruk av tobakk, alkohol og legemidler

Tobakk, antall (%)				<b>0,011</b>
Aldri røykt	82 (39,0)	44 (48,9)	38 (31,7)	
Røykt tidligere/røyker nå	128 (61,0)	46 (51,1)	82 (68,3)	
Snus, antall (%)				0,114
Aldri snust	202 (96,1)	87 (96,7)	115 (95,8)	
Snust tidligere, sluttet/Snuser nå	8 (3,9)	3 (3,3)	5 (4,2)	
AUDIT				
Gjennomsnitt totalskår (SD)	1,5 (2,5)	–	2,6 (2,9)	–
Alkoholbruk (Totalskår >0), antall (%)	120 (57,1)	–	120 (100)	–
Alkoholbruk forbundet med helserisiko (Totalskår >4), antall (%)	8 (3,8)	–	8 (6,7)	–
Andel som bruker, antall (%)				
Totalt antipsykotika	17 (8,1)	10 (11,1)	7 (5,8)	0,165
Atypiske antipsykotika	9 (4,3)	5 (5,6)	4 (3,3)	0,431
Typiske antipsykotika	8 (3,8)	5 (5,6)	3 (2,5)	0,252
Antidepressiva	52 (24,8)	30 (33,3)	22 (18,3)	<b>0,013</b>
Angstdempende legemidler	24 (11,4)	10 (11,1)	14 (11,7)	0,900
Vanedannende legemidler mot søvnproblemer	64 (30,5)	37 (41,1)	27 (22,5)	<b>0,004</b>
Tar du legemidler eller andre stoffer ift. problemer med, antall (%)				
Uro/ubehag?	53 (25,7), n=206	21 (23,9), n=88	32 (27,1), n=118	0,597
Søvn?	103 (49,5), n=208	53 (60,2), n=88	50 (41,7), n=120	<b>0,008</b>
Smerte?	152 (73,1), n=208	61 (69,3), n=88	91 (75,8), n=120	0,295
Uro/ubehag eller søvn?	124 (59,6), n=208	58 (65,9), n=88	66 (55,0), n=120	0,113
Både uro/ubehag og søvn	32 (15,5), n=206	16 (18,2), n=88	16 (13,6), n=118	0,365
Har du opplevd nedsatt virkning av legemiddelet? antall (%)	20 (9,5)	6 (6,7)	14 (11,7)	0,404
Har du prøvd å slutte? antall (%)	25 (11,9)	12 (13,3)	13 (10,8)	0,794

SD=standardavvik, AUDIT=Alcohol use Disorder Identification Test, \*Student t-test for kontinuerlige variabler/Chi-square for kategoriske data.

Tabell 2 viser også at ifølge deltakernes medisiner brukte 8,1 % antipsykotika, 24,8 % brukte antidepressiva, 11,4 % brukte angstdempende legemidler, og 30,5 % brukte vanedannende legemidler mot søvnproblemer.

Tabell 1 og 2 viser også en kategorisering av deltakerne som avholdende (AUDIT skår = 0) og de som brukte alkohol (AUDIT skår > 0). Ujusterte analyser viste at de som var avholdne for alkohol, hadde flere depresjonssymptomer, dårligere IADL-funksjon og i mindre grad røykte tobakk, og en større andel brukte antidepressive legemidler og vanedannende legemidler mot søvnproblemer.

Tabell 3 viser ujusterte og justerte analyser i den lineære regresjonsmodellen med alkoholbruk som utfallsmål. Den justerte analysen viser at høyere alkoholbruk er assosiert med lavere alder og å røyke tobakk, mens et lavere alkoholbruk er assosiert med økte depresjonssymptomer. Modellen forklarte 20,3 % av variansen i alkoholbruk.



**Tabell 3** Lineær regresjon med AUDIT sum som utfallsvariabel, presentert med ujusterte og justerte analyser (N=200)

	Ujustert analyser		Justerte analyser		
	Regresjonskoeffisient	P-verdi	Regresjonskoeffisient	p-verdi	95,0 % Konfidensintervall
Alder	-0,090	<0,001	-0,084	<0,001	(-0,132; -0,037)
Kjønn (Ref. = kvinne)	0,796	0,032	0,180	0,659	(-0,621; 0,980)
Utdanning	0,058	0,307	-0,011	0,854	(-0,130; 0,108)
Systolisk blodtrykk	-0,013	0,074	-0,011	0,185	(-0,027; 0,055)
GMHR dikotomisert dårlig/moderat vs. god/svært god (Ref. = dårlig/moderat)	-0,182	0,645	-0,172	0,678	(-0,990; 0,645)
Montreal Cognitive Assessment test	0,007	0,806	-0,022	0,474	(-0,082; 0,038)
Geriatric Depression Scale – 5 spørsmålsversjon	-0,141	0,263	-0,374	0,018	(-0,682; -0,066)
Rating Anxiety in Dementia	0,001	0,971	0,007	0,853	(-0,070; 0,084)
Instrumental ADL	-0,037	0,254	-0,021	0,622	(-0,104; 0,062)
Tobakk Ikke røykt vs. nåværende eller tidligere røyker (Ref. = Ikke røykt)	1,258	<0,001	0,969	<0,008	(0,259; 1,678)
Bruker antidepressive legemidler	-0,154	0,703	-0,238	0,580	(-1,084; 0,609)
Bruker angstdempende legemidler	1,219	0,025	1,032	0,072	(-0,094; 2,159)
Bruker vanedannende legemidler mot søvnproblemer	-0,17	0,653	0,129	0,745	(-0,655; 0,914)

GMHR=General Medical Health Rating scale, ADL=Activity of Daily Living.  $R^2 = .203$

## Diskusjon

Våre hovedfunn viser at nesten 60 % av hjemmetjenestemottakerne drakk alkohol, men bruk av alkohol i mengder forbundet med helserisiko var sjelden. Alkoholbruk var assosiert med lavere alder, tobakksrøyking og færre depressive symptomer. Vi vil diskutere disse funnene i lys av tidligere litteratur på området og samtidig drøfte hvilke konsekvenser funnene kan ha for tjenestemottakerne og hjemmetjenestene.

### Alkoholbruk

Selv om nesten 60 % av deltakerne brukte alkohol (totalskår > 0 på AUDIT), hadde kun 4 % et alkoholbruk som innebar en helserisiko (totalskår > 4 på AUDIT). Det er ikke enighet om noen definert grenseverdi på AUDIT for risikofylt alkoholbruk for eldre, og grenseverdier er forskjellig mellom ulike land og kulturer. For yngre personer er grenseverdien på AUDIT for risikofylt alkoholbruk > 8 for menn og > 6 for kvinner (Saunders et al., 1993), mens ifølge Wood og kollegaer er bruk av alkohol i større mengder enn 100 gram per uke assosiert med somatisk sykdom som hjerte-/karsykdom og kreft (Wood et al., 2018). Hundre gram alkohol i uken er ca. 6 alkoholenheter, noe som tilsvarer 4 poeng på AUDIT (3–4 enheter alkohol per drikkedag, 2–3 ganger i uken). Sett i lys av deltakernes multimorbiditet, demens og bruk av vanedannende legemidler kan det være at grenseverdien skulle vært satt lavere, og at en større andel av deltakerne har et alkoholbruk som innebærer en helserisiko.

Økt bruk av alkohol er i vår lineære regresjonsanalyse assosiert med lavere alder, tobakksrøyking og lite depresjonssymptomer. Flere tidligere studier har beskrevet at eldre genera-



sjoner drikker mindre alkohol enn yngre generasjoner (Chaiyasong et al., 2018; Lunde, 2013; Tevik et al., 2019), og selv om dette gjelder den generelle befolkningen, er det grunn til å tro at disse resultatene er overførbare til hjemmetjenestemottakere. De samme studiene fant en assosiasjon mellom tobakksrøyking og høyere alkoholbruk (Tevik et al., 2019), noe som ble bekreftet i vår studie. Det er grunn til å tro at dette har bakgrunn i et generelt mer liberalt forhold til rus- og nytelsesmidler hos de som både røyker tobakk og drikker alkohol, men også at tobakksrøyking er assosiert med dårligere helse, flere sykehjeminnleggelser og ensomhet (Tevik et al., 2019). Våre analyser er justert for somatisk helse (blodtrykk og GMHR), men ikke for andre konfunderende faktorer som sykehusinnleggelser, ensomhet og sosioøkonomisk status.

En tidligere studie rapporterte at eldre personer drikker oftere enn yngre personer, men mindre hver gang (Chaiyasong et al., 2018). Dette kan være fordi eldre personer helst drikker alkohol i sosiale sammenhenger og sammen med mat, og kan bidra til å forklare det overraskende resultatet at økte depresjonssymptomer var assosiert med mindre alkoholinntak. Eldre personer med depresjonssymptomer tar muligens i mindre grad del i sosiale sammenkomster og kan av den grunn rapportere om mindre bruk av alkohol. Det er likevel grunn til å påpeke at dette resultatet er motsatt av hva Boden et al. har beskrevet, der høyere alkoholbruk er assosiert med mer depressive symptomer (Boden & Fergusson, 2011). Vi vil likevel poengtere at resultatene til Boden et al. er for personer med et svært høyt forbruk av alkohol, og derfor sannsynligvis ikke er like gyldige for våre deltakere.

### Bruk av legemidler

I vår studie brukte hver fjerde deltaker antidepressiva, 1 av 10 brukte angstdempende legemidler, og 3 av 10 brukte vanedannende legemidler mot søvnproblemer. I en studie fra HUNT kom det frem at 32,4 % av den generelle befolkningen over 65 år brukte z-hypnotika, benzodiazepiner og/eller opiatere (Tevik et al., 2017). Potensielle bivirkninger av angstdempende legemidler og vanedannende legemidler mot søvnproblemer er ustøhet, nedsatt kognisjon, fall og trøtthet, og vanedannende legemidler er i mange tilfeller kontraindisert hos multimorbide eldre (Tevik et al., 2017). Samtidig bruk av vanedannende legemidler og alkohol kan forsterke de negative effektene av begge og gjør at tjenestene må være ekstra oppmerksomme på pasienter som både bruker alkohol og benytter vanedannende legemidler. Det er også en risiko for at samtidig bruk av (flere) legemidler og alkohol kan gi andre interaksjoner som gir en økt eller redusert effekt av legemiddelet. Dette bør man være oppmerksomhet på ved forskriving til eldre.

### Tobakk

Totalt 60 % av deltakerne var enten tidligere (45 %) eller nåværende (15 %) røykere. Bare 40 % av deltakerne i studien hadde aldri røykt tobakk. Vi har dessverre ikke data om hvor mange sigaretter daglig, hvor ofte, og hvor lenge røykerne hadde røykt, så vi kan ikke si noe om den totale tobakkseksposeringen gjennom livet. Likevel er denne bruken av tobakk noe man må ta med i forståelsen av deltakernes helse og rusmiddelvaner i eldre år.

### Styrker og svakheter

En styrke ved studien er at vi benyttet standardiserte og internasjonalt anerkjente spørreskjema og kartleggingsskjema ved innsamlingen av data. Alle data ble innsamlet av to prosjektsykepleiere, som hadde opplæring i bruk av kartleggingsverktøyene på forhånd. Dette sikret at kartleggingene ble gjennomført på samme måte hos alle deltakerne. Alle mottakere av hjemmebaserte tjenester i kommunen ble forespurt om å delta.

En svakhet er at utvalget representerer kun én kommune, og vi vil derfor være forsiktig med å generalisere resultatene. I tillegg takket nær halvparten av mulige deltakere nei til å delta, noe som kan gi skjevheter i resultatene og vanskeliggjøre overføringen til den generelle gruppen av eldre personer som mottar hjemmebaserte tjenester. Det er mulig at de som takket nei til deltakelse hadde høyere bruk av alkohol enn de som deltok eller hadde mer psykiske symptomer, slik at resultatene fra denne studien underestimerer alkoholbruk og forekomst av psykisk lidelse. Å takke nei til deltakelse kan blant annet skyldes en bekymring for at opplysninger om eget rusbruk skulle føre til endrede tjenester fra kommunen, men også skamfullhet rundt sitt eget rusbruk. Deltakerne ble bedt om å besvare mange spørsmål og kartleggingsverktøy, og dette kan for noen ha gjort at de takket nei til deltakelse, eller at de avbrøt underveis i datainnsamlingen.

### Kliniske implikasjoner

Vår studie viser at bruken av rusmidler og vanedannende legemidler hos eldre mottakere av hjemmetjenester er noe som de ansatte i hjemmetjenesten må være oppmerksomme på. For å oppdage slik bruk må de ansatte lære seg å se etter tegn hos brukerne som kan ha sammenheng med risikofylt bruk av rusmidler. Om slik bruk oppdages, bør de ansatte ta dette opp med brukeren. Eksempler på gode kliniske verktøy for å starte en samtale om rus er helseknaggen og motiverende intervju. Hvis ikke de ansatte i hjemmetjenesten er trygge på å ta opp temaet med brukeren, bør de benytte seg av andre tjenester i kommunen som fastlege, rusmiddelteam eller psykisk helse-team.

### Konklusjon

Vi fant at nesten 60 % av mottakerne av hjemmebaserte tjenester drakk alkohol, men bruk av alkohol i mengder forbundet med helserisiko var sjelden. Alkoholbruk var assosiert med lavere alder, røyking og mindre depressive symptomer. En av tre brukte vanedannende legemidler mot søvnproblemer. Denne kunnskapen er nyttig for ansatte i hjemmetjenesten og bør påvirke organiseringen av tjenestene, hvilke symptomer man skal være oppmerksomme på hos brukerne, og hvilken behandling og oppfølging som skal gis. De ansatte i hjemmetjenesten bør lære seg verktøy for å ta opp rusbruk med brukerne, som motiverende intervju og helseknaggen.

*Vi ønsker å rette en takk til deltakerne i studien og deres pårørende for at de stilte opp i studien, og til hjemmetjenesten i kommunen for å tilrettelegge for datainnsamlingen.*

*Datainnsamlingen ble finansiert av tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennom tilskuddsordningen, kommunalt rusarbeid kap. 765, post 62, i tillegg til interne midler ved Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Innlandet (Oppland), Senter for omsorgsforskning, øst, og Forskningscenter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom, Sykehuset Innlandet HF.*

### Referanser

- Ahlström, S. & Mäkelä, P. (2009). Alkoholen och äldre i Finland. *Nordisk alkohol och narkotikatidskrift*, 26(5), 427–438. <https://doi.org/10.1177%2F145507250802600502>
- Boden, J. M. & Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, 106(5), 906–914. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x>

- Bratberg, G. H., Wilsnack, S. C., Wilsnack, R., Haugland, S. H., Krokstad, S., Sund, E. R. & Bjørngaard, J. H. (2016). Gender differences and gender convergence in alcohol use over the past three decades (1984–2008), The HUNT Study, Norway. *BMC Public Health*, 16, 723–723. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3384-3>
- Chaiyasong, S., Huckle, T., Mackintosh, A.-M., Meier, P., Parry, C. D. H., Callinan, S., ... Casswell, S. (2018). Drinking patterns vary by gender, age and country-level income: Cross-country analysis of the International Alcohol Control Study. *Drug and alcohol review*, 37(Suppl 2), S53–S62. <https://doi.org/10.1111/dar.12820>
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L. & Mackenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40(5), 373–383. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Goyal, A. R., Bergh, S., Engedal, K., Kirkevold, M. & Kirkevold, O. (2017). Norwegian version of the rating anxiety in dementia scale (RAID-N): a validity and reliability study. *Aging & Mental Health*, 21(12), 1256–1261. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1220921>
- Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W. L., Coben, L. A. & Martin, R. L. (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. *The British Journal of Psychiatry*, 140, 566–572. <https://doi.org/10.1192/bjp.140.6.566>
- Jeurung, H. W., Stek, M. L., Huisman, M., Oude Voshaar, R. C., Naarding, P., Collard, R. M., ... Comijs, H. C. (2018). A Six-Year Prospective Study of the Prognosis and Predictors in Patients With Late-Life Depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(9), 985–997. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.05.005>
- Jorm, A. F. & Jacomb, P. A. (1989). The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychological Medicine*, 19(4), 1015–1022. <https://doi.org/10.1017/s0033291700005742>
- Krokstad, S., Ding, D., Grunseit, A. C., Sund, E. R., Holmen, T. L., Rangul, V. & Bauman, A. (2017). Multiple lifestyle behaviours and mortality, findings from a large population-based Norwegian cohort study – The HUNT Study. *BMC Public Health*, 17(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3993-x>
- Lawton, M. P. & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179–186. [https://doi.org/10.1093/geront/9.3.part\\_1.179](https://doi.org/10.1093/geront/9.3.part_1.179)
- Lid, T. G., Tvedt, H., Idsøe, B. N., Hustvedt, I. B. & Nesvag, S. (2020). Innlagt på somatisk avdeling – er det greit å bli spurt om alkoholvaner? *Sykepleien forskning*, 15. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2020.80932>
- Lunde, L. H. (2013). [Substance abuse in the elderly]. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133(3), 318–319. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1189>
- Lyketsos, C. G., Galik, E., Steele, C., Steinberg, M., Rosenblatt, A., Warren, A., ... Brandt, J. (1999). The General Medical Health Rating: a bedside global rating of medical comorbidity in patients with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(4), 487–491. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb07245.x>
- Malhi, G. S. & Mann, J. J. (2018). Depression. *The Lancet*, 392(10161), 2299–2312. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)
- Milani, S. A., Marsiske, M., Cottler, L. B., Chen, X. & Striley, C. W. (2018). Optimal cutoffs for the Montreal Cognitive Assessment vary by race and ethnicity. *Alzheimers Dement (Amst)*, 10, 773–781. <https://doi.org/10.1016/j.dadm.2018.09.003>

- Moore, A. A., Whiteman, E. J. & Ward, K. T. (2007). Risks of combined alcohol/medication use in older adults. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 5(1), 64–74. <https://doi.org/10.1016/j.amjopharm.2007.03.006>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W. & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement*, 9(1), 63–75 e62. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007>
- Quan, H., Li, B., Couris, C. M., Fushimi, K., Graham, P., Hider, P., ... Sundararajan, V. (2011). Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. *American Journal of Epidemiology*, 173(6), 676–682. <https://doi.org/10.1093/aje/kwq433>
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R. & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption–II. *Addiction*, 88(6), 791–804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>
- Shankar, K. H., Walker, M., Frost, D. & Orrell, M. (1999). The development of a valid and reliable scale for rating anxiety in dementia (RAID). *Aging & Mental Health*, 3(1), 39–49. <https://doi.org/10.1080/13607869956424>
- Statistisk Sentralbyrå. (2020). *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester*. <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar>
- Stordal, E., Bjartveit, K. M., Dahl, N. H., Kruger, O., Mykletun, A. & Dahl, A. A. (2001). Depression in relation to age and gender in the general population: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(3), 210–216. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00130.x>
- Tevik, K., Selbaek, G., Engedal, K., Seim, A., Krokstad, S. & Helvik, A. S. (2017). Use of alcohol and drugs with addiction potential among older women and men in a population-based study. The Nord-Trøndelag Health Study 2006–2008 (HUNT3). *PLoS One*, 12(9), e0184428. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184428>
- Tevik, K., Selbaek, G., Engedal, K., Seim, A., Krokstad, S. & Helvik, A. S. (2019). 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), 113. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1114-2>
- Weeks, S. K., McGann, P. E., Michaels, T. K. & Penninx, B. W. (2003). Comparing various short-form Geriatric Depression Scales leads to the GDS-5/15. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), 133–137. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00133.x>
- Wood, A. M., Kaptoge, S., Butterworth, A. S., Willeit, P., Warnakula, S., Bolton, T., ... Emerging Risk Factors Collaboration, E.-C. V. D. U. K. B. A. S. G. (2018). Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet*, 391(10129), 1513–1523. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30134-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30134-X)
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)