

Eldre og bruk av rusmidler – kan eldre «forebygges»?

Av: Terje Knutheim, Psykologspesialist, Kompetansesenter Rus- Region Sør, Borgestadklinikken (2015).

Før drakk jeg alkohol bare i helgen. Nå blir det et par glass tre-fire ganger i løpet av uka, erkjenner Tove Svendsen. Økningen kom etter at hun og mannen ble pensjonister – Men vi holder oss til vin. Det er sjelden vi drikker noe sterkere (Aftenposten 19.5.2007).

Denne uttalelsen viser noe av den endring som er skjedd i forhold til bruk av alkohol i den eldre generasjon – alkohol drikkes flere ganger i uka for å nyte det gode liv, kvinner drikker alkohol mer enn før og vin er den type alkohol som foretrekkes. Mange eldre ser på alkohol som godt for helsen, og få er klar over hvilke helsemessige plager de kan pådra seg ved bruk av alkohol.

Det har skjedd en endring i alkoholbruk, men det har i liten grad ført til større interesse og innsats i hjelpeapparatet for å forebygge risikofylt drikking, eller for å etablere behandlingstilbud for eldre med rusmiddelproblemer. Kunnskapen om hvilke helseplager alkohol kan påføre eldre er også lav.

De samfunnsmessige omkostninger, helseplager og dårligere livskvalitet for den enkelte eldre ved et risikofylt alkoholbruk, gjør det ønskelig med en forebyggende innsats på området. For den enkelte eldre er moderat bruk av alkohol en del av det gode liv, og informasjon om skadelige virkninger av alkoholbruk kan lett oppfattes som en utidig innblanding i deres liv. Det er derfor en utfordring å finne gode strategier for å nå fram med informasjon som gjør at eldre med risikoforbruk av alkohol endrer sine drikkevaner, samtidig som de opplever at de kan bruke alkohol som en del av det «gode liv».

Selv om interessen og kunnskapen om Eldres bruk av alkohol etter min oppfatning er gjennomgående lav, har det de siste 5-6 år blitt mer fokus på tematikken innenfor aktuelle fagmiljøer. De fleste kompetansesentrene for rus har satt temaet på dagsorden, og har gjennomført flere prosjekter og undervisning omkring temaet. Fagmiljøene knyttet til Eldres livssituasjon, som eksempelvis «Aldring og helse – nasjonal kompetansetjeneste», har satt temaet på dagsorden både gjennom forskning og tilbud om undervisning om eldre og bruk av rusmidler. Også flere forskningsinstitusjoner (SIRUS, NOVA, HUNT) har gjennomført kartleggingsundersøkelser. I forbindelse med den nye rusmeldingen fra regjeringen arbeides det med å sette fokus på Eldres rusmiddelbruk.

Utviklingstrekk ved Eldres bruk alkohol

De to klareste tendensene i befolkningens bruk av alkohol er at ungdom drikker mindre, og personer over 50 år drikker mer enn tidligere. Videre har kvinner over 50 økt sin drikking betraktelig.

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag(HUNT) har i de 2 siste undersøkelsene i 1995-97(HUNT 2) og i 2006 – 08(HUNT 3) stilt mange spørsmål om alkoholbruk i den eldre befolkning (Støver et.al 2012).

Her ser man at det i aldersgruppen 50 – 70+ for begge kjønn er en sterk økning i alkoholforbruket. I dette tidsintervallet på rundt 10 år ser vi for de fleste gruppene en økning på rundt 50 %

For kvinnens del er det i første rekke drikking av vin som kan forklare den sterke økningen hos middelaldrende og eldre kvinner.

En studie fra NOVA viser at rundt en tredjedel av 50 og 60-åringene enten drikker daglig eller 2 -3 ganger i uka (B. Slagsvold og G. K. Løset 2014).

Ut fra undersøkelsene ser det ut som denne aldersgruppa drikker oftere enn tidligere, men de drikker seg ikke så ofte beruset som andre aldersgrupper. Dette kan tyde på at eldre har endret sitt drikkemønster bort fra den norske fylledrikkingen, og har beveget seg i retning av det kontinentale drikkemønsteret vi finner i middelhavslandene.

Slagsvold og Løset har i en analyse sett på risikodrikking for menn og kvinner ved å ta utgangspunkt i at kvinner tåler mindre alkohol enn menn. Forskerne definerer risikodrikking fra 9 alkoholenheter for kvinner og 13 alkoholenheter for menn¹. Ut fra en slik definisjon av risikodrikking ser man at kvinner drikker mer risikofylt enn menn. For kvinner mellom 50 og 70 år er det rundt 8 % som drikker risikofylt, mens det for menn dreier seg om ca. 7 % for 50 - 60 åringene, og under 6 % for 60 - 70 åringene. Om man i tillegg tar hensyn til at begge kjønn tåler mindre alkohol dess eldre man blir, vil antall personer som befinner seg på et risikokonsum også bli høyere.

I Hunt 2 og 3 har en brukt instrumentet CAGE der en blir spurt 4 spørsmål om sitt alkoholforbruk. Dette instrumentet har egne normer for det de kaller problematisk drikking. I tiårsperioden (fra 1995-97 – 2006-08) har prosenten med problematisk drikking økt fra 6,5 til 10 % for menn over 60 år. Selv om problematisk drikking i denne undersøkelsen i første rekke er et problem for menn, så har kvinner hatt den høyeste relative økningen (Støver et.al 2012).

Det må også nevnes at konsumet av alkohol avtar når man blir 70 år og eldre (B. Slagsvold og G.K. Løset 2014).

At eldre drikker mer alkohol enn før og at flere drikker risikofylt eller problematisk er bekymringsfylt. Det er grunn til å tro at når dagens 50-60-åringene blir eldre får vi en ytterligere økning av konsumet i forhold til det vi ser i dag i de eldste aldersgruppene. Det vil nok likevel være en viss reduksjon i alkoholbruken for den enkelte sammenlignet med når man er yngre, fordi personene vil merke at de tåler alkohol dårligere dess eldre de blir.

Et siste utviklingstrekk som må nevnes er nedgangen i personer som oppgir at de er avholdende fra alkohol. Her har HUNT-undersøkelsen (Støver et.al 2012) tall for en 20 årsperiode - fra 1984-85(HUNT 1) til 2006-08(HUNT 3). For 60 – 64 årige kvinner var 25 % avholdne i HUNT 1, og 45 % for kvinner over 80 år. I 2006 - 08 var tallene sunket til henholdsvis 6 % og 21 %. For mennene var det langt færre avholdne i 1980 årene, men også for menn er nå avholdsandelen svært lav - 3 % for 60-64 åringene og 7 % for menn over 80 år.

¹ I Norge er en alkoholenhet 12,8 gr. ren alkohol – dvs, en flaske pils, et glass vin eller en drink er en enhet.

Den motkraft som avholdsmennesker tidligere representerte er nå så å si borte. Også avholdsorganisasjonene har endret sin strategi fra å være opptatt av totalt avhold til i stedet oppfordre folk til å drikke ansvarlig og moderat.

Eldres bruk av medikamenter

Bruk av ulike typer medikamenter øker dramatisk dess eldre man blir, samtidig vet vi at de fleste medikamenter er uheldig i kombinasjon med alkohol.

Vi kan skille mellom to måter medikamenter virker på kroppen. De farmadynamiske virkninger dreier seg om det medikamentet gjør med kroppen, mens de farmakinetiske prosesser er det kroppen gjør med medikamentet.

Ved kombinasjonsbruk av alkohol er det særlig de farmadynamiske prosesser som er involvert.

Det årlige forbruk av reseptbelagte legemidler blant individer over 70 år viser: Ca. 90 % får utlevert legemidler, ca. 60 % får utlevert mer enn 5 ulike legemidler og ca. 20 % får utlevert mer enn 10 ulike legemidler, (polyfarmasi). For personer over 65 år bruker 34 % sterke smertestillende midler (opioider), oftest brukt i forbindelse med kroniske smertetilstander og kreftbehandling (Nasjonalt folkehelseinstitutt. Reseptregisteret).

For mange av disse medikamentene fører bruk av alkohol enten til at effekten av medikamentene forsterkes eller svekkes. Virkningen vil blant annet avhenge av om alkoholen treffer på samme sted i kroppen som medikamentet. Ved bruk av noen medikamenter for å redusere høyt blodtrykk, vil bruk av alkohol svekke virkningen av legemiddelet og en får behov for en forhøyet dose. Ved bruk av benzodiazepiner vil alkohol føre til at det skjer en forsterking, ja endog slik at 1 +1 ikke blir 2, men 3. Dette innebærer en økt risiko for avhengighetsutvikling.

Både når det gjelder virkningen av medikamenter og alkohol, og kombinasjon av disse, vil skadevirkninger også avhenge av den ernæringsstatus som den aktuelle personen befinner seg i. En del eldre er enten feil- eller underernærte, noe en må ta hensyn til når en vurderer bruk av alkohol og medikamenter.

Skadevirkninger ved bruk av alkohol

Alkohol påvirker mange organer i kroppen og virker negativt inn i forhold til minst 60 lidelser (WHO 2004). Nedenfor nevnes noen av de viktigste skader alkohol kan føre til.

Viktig er alkoholens virkning på hjernen, eksempelvis dårligere hukommelse og oppmerksomhet, og i de mest ekstreme tilfeller utvikling av Wernicke-Korsakoff syndrom, en psykotisk tilstand med vrangforestillinger.

Når det gjelder hjerte- og karsykdommer sier pressen ofte at et glass vin, er godt for helsen. Flere forskergrupper har tilbakevist dette, blant andre Kay Filmore et.al (2007) som sier at: «*Man har ikke kunnskaper som tilsier at man skal drikke for helsens skyld*» Mange studier lider av metodefeil,

primært ved at mange som registres som "avholde" er personer som har sluttet eller redusert drikkingen.

Det har i de siste årene stadig kommet forskning som ser på sammenhengen mellom kreft og alkoholbruk, særlig brystkreft hos kvinner. I oktober 2014 tikket denne meldingen inn: «*Forbindelsen mellom alkohol og kreft ble påvist i 1987, og nær 25 år senere er folks oppmerksomhet om denne alarmerende lav. Der er «ingen tvil» om at alkohol kan forårsake kreft i munnhulen, svelget, strupehodet, spiserøret, lever, endetarm/tarm og bryst*» (European Alcohol Policy Alliance warmly welcomes the New European Code Against Cancer Brussel 14. oktober 2014).

Høykonsum av alkohol kan føre til skrumplever. Vi vet også at alkohol medfører større risiko for blødninger, sårdannelser og skade på mage og tarm.

Alkoholen gir raskere innsoving, men forringer søvnkvaliteten. Ved høyere konsum vil alkohol kunne føre til mer permanente søvnevansker og etterspørsel etter medikamenter for å sovne.

For eldre vil alkohol også kunne gå ut over balansen og øke risikoen for fall og skader.

Aldringsprosessen fører til at eldre tåler alkohol dårligere enn yngre mennesker. Det er flere forhold som spiller inn, men primært er det mindre væske i kroppen som gjør at alkoholprosenten blir høyere når en bruker samme mengde alkohol som tidligere. Videre svekkes kroppens organer med alderen slik at alkohol fører til en større belastning og dermed blir en mer sårbar for påvirkning fra alkohol. Bruk av medikamenter vil ytterligere øke risikoen for at alkohol kan virke negativt inn på de eldres helse.

Eldre, alkohol og pårørende

Det har vært lite fokus på at eldre også har pårørende som blir berørt av at problematisk rusmiddelbruk. Både partnere, barn og barnebarn kan bli sterkt berørt. Mange har avmaktsfølelser i forhold til den som drikker. Det kan dreie seg om bekymring for hva som kan skje med den eldre i form av fall, brann, sykdommer m.m. Familiemedlemmer kan bli bedt om å kjøpe inn alkohol og synes det er vanskelig å si nei. De kan oppleve flauhet i selskaper når den eldre som drikker blir for full, og for barn kan det være problematisk å ta med barnebarna på besøk.

Pårørende kan også pådra seg store helseplager, og har ofte behov for hjelp. I en pårørendeundersøkelse på Borgestadklinikken (Kristiansen. R og Myhra A. B 2012) som ikke spesifikk skiller på alder til den pårørende kommer følgende frem:

Pårørende pasienter har svært høye forekomster av nedstemthet (79,9 %), utmattelse (71,5 %), søvnproblemer (68,8 %) og angst (66 %). Disse pasientene rapporterer ofte om muskel- og skjelettplager (64,7 %), hodepine (52,5 %) og mageproblemer (43,9 %). Videre er det kun 15,8 % som oppgir at de aldri har hatt kroppslige plager knyttet til det å være pårørende. Det er så få som 2,8 % som oppgir at de aldri har hatt psykiske plager som de mener er knyttet til det å være pårørende. Hele 60 % sier at de av lege har fått foreskrevet enten angstdempende medikamenter, sovemidler, antidepressiva eller sterke smertestillende midler.

Hva er grunnen til økning av rusbruk?

Eldre tåler alkohol dårligere enn yngre, og de er mer utsatt for alkoholrelaterte skader og sykdommer enn yngre. De er storforbrukere av medikamenter og mange kombinerer alkohol med medikamenter. Med de ulemper drikking av alkohol medfører for eldre skulle en tro på en sterk reduksjon i forbruk snarere enn en økning.

En åpenbar grunn til økning i konsum kan være den velstandsøkning som er funnet sted, samt at alkohol relativt sett er blitt billigere å skaffe seg. Å kjøpe en god vin eller ta et glass vin på en restaurant en formiddag, er ikke lenger noe som gjør et stort innhogg i økonomien.

Slagsvold og Løset (2014) stilte i sitt materiale to sentrale spørsmål. Kunne det å pensjonere seg, og det at barn flyttet hjemmefra, være faktorer som hadde betydning for hvor mye en drakk. Analysene i deres materiale tydet imidlertid ikke på at disse faktorer hadde betydning.

En mulig forklaring på at disse endringene i livssituasjon ikke slår ut, kan være at det dreier seg om livsfaseendringer som de aller fleste gjennomgår. De opplever ikke som plutselige endringer fra en dag til neste. Selv om en ikke ser en økning i konsum ved disse endringene i livssituasjon, gir begge hendelsene muligheter for oftere bruk av alkohol ved at en tilegner seg et mer kontinentalt drikkemønster med mer «hverdagsdrikking».

En annen tendens i samfunnet som få nevner, er den endringen i omdømme alkoholen har fått hos befolkningen. Vi kan stadig lese vinspalter, reportasjer om vindyrking, vinkurs kombinert med å lære hvilken vin som passer til ulike typer mat m.m. Øl har fått en renessanse ved at det i nær sagt hver by dukker opp et mikrobryggeri, for ikke å snakke om alle privatpersoner som investerer i å lage sitt eget øl. Mange steder har ølfestivaler etter mønster fra Tyskland dukket opp. I min fødeby Egersund, på det «mørke» Sør-Vestlandet, var det endog en av byens prester som for et par år siden åpnet en av høstens store kulturelle begivenheter, øl festivalen sponset av det lokale bryggeri. Når det gjelder de mer sterke saker er det også dukket opp lokale initiativ for å få sin egen akevitt eller lignende. Alt dette innebærer at alkohol er blitt en vare som i større og større grad forbindes med noe kulturelt høyverdig eller som er nødvendig for å lykkes med det gode måltid. Det er ikke lenger den perfekte dessert eller kake som går av med seieren for å sette det litt på spissen. At denne utvikling for mange oppleves som positivt og beriker livet er åpenbart. Det bidrar imidlertid til en legitimering av alkohol som noe som hører til, og for eldre som ofte står i spissen for denne type aktiviteter kan det innebære risiko for egen helse.

Bedre økonomi muliggjør mye reising og bosetting i utlandet, og kan forklare høyere forbruk og en mer liberal holdning til bruk av alkohol blant eldre. 73 år gamle Solveig Hatling sier det slik i et oppslag i NRK (NRK 13.02 2014): «Det kan jo ha med å gjøre at veldig mange i vår aldersgruppe farter rundt i hele verden, og bor mange måneder i leiligheter og hus i utlandet hvor varene er billige og tilgjengelige»

Et annet fenomen som er verd å merke seg, er medias fokus om vinens helsebringende virkninger på hjertet, på hukommelse og flere andre medisinske tilstander. Til tross for at de fleste av disse funn er tilbakevist av de fleste forskningsmiljøene, har reportasjene ført til en oppfatning hos mange eldre om at alkohol er bra for helsen.

Slagsvold og Løset(2014) har også spurt eldre om hvorfor de drikker. Følgende begrunnelser gis:

- Det er sosialt å drikke alkohol.
- Alkohol gir nytelse.
- Det er godt for helsen å drikke et glass vin eller to om dagen.
- Ved å drikke om kvelden sover en bedre og en bruker mindre sovemedisin.
- Ved å drikke alkohol roer en nervene, får mindre stress og behovet for beroligende midler blir mindre.

Både den sosiale siden ved å drikke og nytelsen knyttet til det, er ut fra min oppfatning legitime og gode grunner til at en velger å drikke. Når det gjelder de 3 siste begrunnelser er de høyst tvilsomme og har ingen bred vitenskapelig støtte.

Ut fra de begrunnelsene eldre gir for å drikke i Slagsvold og Løsets undersøkelse, er det mye som tyder på at store deler av den middelaldrende og eldre befolkning ser på alkohol som helsebringende og som bidragsyter til å redusere behovet for sovemedisiner og beroligende midler. Videre virker det for meg som om denne del av befolkningen i liten grad er klar over at de tåler mindre alkohol ettersom de blir eldre. De har liten kunnskap om at mange av de lidelser som eldre mennesker pådrar seg kan være direkte alkoholrelaterte, eller i det minste påvirkes negativt av alkoholbruk.

Slagsvold (2012) peker på 2 typer mentalitetsendringer og 2 samfunnsendringer som kan bidra til å forstå endringene i drikking, særlig hos eldre kvinner.

Mentalitetsendringer dreier seg for det første om nye verdier, i form av at morgensdagens kvinner er mer individualistisk orientert i motsetning til sine formødre som var mer kollektivistiske.

Kjønnsrollene har også beveget seg mer i retning av instrumentelle kvinneroller, og en svekkelse av den mer tradisjonelt emosjonelt orienterte kvinnerollen.

Samfunnsendringene de peker på dreier seg om mer utdanning blant kvinner og en stadig sterkere urbanisering i samfunnet. Oppsummert vil en kvinne som er individualistisk verdiorientert, som er instrumentell, som er godt utdannet og som bor i en større by, utgjør den kvinnetypen som drikker mest.

Hva kan gjøres? - kan Eldres drikking forebygges?

Med det bilde som er skissert ovenfor er det utfordrende å gi klare råd og anbefalinger for å oppnå en større bevissthet i forhold til risikofylt drikking, og for å hindre at eldre pådrar seg alkoholrelaterte helseskader. Det er mange variabler en må ta hensyn til når en skal gi råd. Gruppen eldre varierer stort i alder, helsetilstanden for den enkelte er svært forskjellig, tålegrense ut fra biologiske forutsetninger varierer, og bruk av medisiner vil for mange ha stor betydning for hva en bør konsumere av alkohol.

Det å nyte alkohol er dypt fundamentert i vår kultur, og vi nyter det fordi vi ser på det som et gode. Dobbelttheten ved å både representere et gode og et potensielt problem, gjør det vanskelig å komme med et tydelig budskap.

Når vi sammenligner denne type forebygging med den innsats som er gjort i forhold til røyking er det likheter, men også klare ulikheter. Røyking har åpenbare helseskader og det har vært mulig å gi et

klart budskap om skadevirkninger uten store motforestillinger. Det har også vært mulig å sette inn restriksjoner i form av røykfrie områder, skjuling av sigaretter på utsalgssteder m.m. Vi har fått en betydelig nedgang i antallet røykere, men til tross for sterke virkemidler er det fortsatt en stor gruppe mennesker som røyker.

Når det gjelder alkoholens skadevirkninger på et foster dreier det seg om at alkohol kan skade fosterets helse. Her ser vi at informasjon og økt kunnskap har gjort at majoriteten av gravide kvinner slutter å drikke alkohol når de vet de er gravide. Utfordringen er å få kvinner (og partnere) til å avstå fra å drikke alkohol når de forsøker å bli gravide. Alkohol og seksuell aktivitet er sterkt forbundet med hverandre, og man prøver ofte over lang tid før en lykkes med å bli gravid.

Når det gjelder kunnskapsøkning i forhold til tobakk, helseskader og alkoholens mulige skadevirkninger på et foster, er kunnskapsnivået om skadevirkninger relativt høyt. Et høyt kunnskapsnivå sammen med andre tiltak har bidratt til å senke bruken av tobakk i befolkningen, og fått gravide kvinner til å gjennomføre et situasjonsbestemt avhold fra alkohol.

Erfaringer fra disse områdene tilsier at det vil være mulig å få til en kunnskaps økning om alkoholens mulige skadevirkninger hos eldre mennesker, og i neste omgang til et mer bevisst bruk av alkohol hos den enkelte eldre. Det er imidlertid ikke like lett å gi et tydelig budskap om avhold, siden det på dette området også må inkludere at alkohol kan være et gode brukt moderat.

Nasjonale kampanjer vil kunne ha stor betydning dersom det gis med et helsefokus. De fleste tenker kun på alkoholbruk som uheldig dersom det fører til store problemer og avhengighet. Selvsagt er dette et perspektiv en også må ha med. Det er for de fleste imidlertid ikke en aktuell problemstilling. Anlegger man imidlertid et helsefokus vil det være lettere å få igjennom et budskap der en må tilstrebe en risikofri drikking. En betydelig gruppe eldre står i fare for å drikke risikofyllt, og kan dermed redusere muligheten for å leve det gode liv som de ønsker i alderdommen.

Budskapet må ha fokus på at man tåler alkohol dårligere med alderen, vesentlig på grunn av mindre væske til å blande alkohol med, men også at kroppens ulike organer er mer sårbare med alderen. Den uheldige sammenhengen mellom bruk av alkohol og medikamenter bør også være mulig å formidle; at alkohol svekker virkningen av visse medisiner, at det er svært uheldig kombinert med f.eks. sovemedisiner og med nerveberoligende midler.

Ved siden av nasjonale kampanjer initiert av helsemyndighetene, vil også reportasjer i ukeblad, riks- og lokalaviser, andre medier, informasjonsbrosjyrer på legekontorer, apotek, bibliotek m.m. kunne bidra til å øke eldre menneskers kunnskap om at alkohol kan være risikofyllt å bruke.

Selv om avhold fra alkohol er det beste for å bevare helsen, vil målet ved slike kampanjer ikke være avhold, som ved røyking og alkoholbruk under graviditet. Et mer kunnskapsbasert forhold til alkohol må være målet, der eldre med en større bevissthet søker informasjon om hvilken risiko de kan utsette seg for ved et høyt forbruk av alkohol.

En del land har satset på å gi råd om en risikogrense en bør holde seg under på ukebasis. I Norge har man vært forsiktig med denne type råd, siden en del kan oppfatte det som en grense man i alle fall kan drikke opp til. Dermed kan man komme i skade for å øke snarere enn å redusere inntaket. Til tross for at man har vært forsiktig med å igangsette kampanjer og lignende om risikogrense for

drikking, har helsemyndighetene likevel sagt at i den voksne befolkning bør menn ikke drikke mer enn 13 alkoholenheter og kvinner 9 enheter pr. uke.

Få land gir anbefalinger i forhold til Eldres drikking. I Italia anbefales det at eldre drikker 35 % mindre enn yngre, mens rådene i Australia er at eldre bør vurdere å drikke mindre enn yngre, og ytterligere redusere, eller unngå å drikke om man tar legemidler som kan samvirke med alkohol (Støver et. al.).

Jon Johnsen sier i en forelesning (NHS-konferanse 25.9.2014) følgende om Eldres drikking: *Tre enheter eller mer per dag er ansett å være et risikabelt forbruk både hos menn og kvinner. Syv enheter per uke eller mer er ansett å være et risikabelt forbruk både hos menn og kvinner.*

På bakgrunn av at det er stor variasjon i hvor mye hver enkelt eldre tåler av alkohol, er det neppe lurt å gå ut med konkrete råd om antall enheter eldre anbefales å drikke. Den australske rådgivning synes mer fornuftig der en anbefaler eldre å drikke mindre enn yngre, og ytterligere redusere, eller unngå å drikke om man tar legemidler som ikke er bra sammen med alkohol. Det bør understrekes at eldre som bruker medisiner bør undersøke med lege hvordan den aktuelle medisin virker sammen med alkohol.

En mer myndig Eldregenerasjon med mer kunnskap om alkoholens virkninger vil også ha større krav og forventninger til helsepersonell. De vil ha informasjon om alkoholens mulige skadevirkninger for deres helse. Da vil det også være enklere for helsepersonell, eksempelvis i hjemmetjenesten, å stille spørsmål om alkoholbruk som en naturlig del av en helsekartlegging.

Ut fra egne erfaringer med arbeid i enkelte kommuner oppleves det som vanskelig for helsepersonell å stille spørsmål omkring alkohol, mye fordi de er redd for at den aktuelle person vil tenke at man mistenker at de har et avhengighetsproblem og at spørsmål om alkoholbruk fortsatt er tabubelagt.

KoRus -Sør, Borgestadklinikken, har hatt flere prosjekter i kommuner i regionen. Erfaringene våre viser at kunnskap om alkohol og eldre, alkohol og medikamentbruk, og opplæring i samtaleteknikk i kommunens hjemmetjenester har blitt godt mottatt. Det er imidlertid en lang vei å gå før kunnskapen er implementert i det daglige arbeidet.

Et tiltak som er anbefalt og delvis prøvd ut, er utdeling av en enkel informasjonsbrosjyre til eldre som er brukere av hjemmetjenesten, samt å legge ut brosjyren der eldre ferdes. F.eks på legekontor, apotek, bibliotek m.m. Videre er det gitt intervjuer i aviser, på regionalt TV og i radio.

I noen kommuner legges bruk av kartleggingsinstrumentet Audit-C inn som en del av helsekartleggingen for nye brukere. Det må imidlertid legges til at bruk av denne type kartleggingsinstrumenter kan være krevende å få til. Ved siden av den konkrete kartlegging bør det gis informasjon om den helsemessige risiko ved å drikke alkohol som eldre, og det bør følges opp ved at trent personell kan bistå med videre oppfølging.

Mer lovende kan det være å utvide allerede eksisterende kartlegginger. Eksempler på dette kan være ernæringskartlegging og kartlegging i forbindelse med fall. Her vil man mer konkret få et bilde om alkohol spiller en rolle ved mangelfull ernæring eller fall. Også kartlegging og informasjon om alkoholbruk i forbindelse med medikamentbruk vil være et sentralt område. Her må en imidlertid samarbeide med fastlege om informasjon og videre oppfølging.

Fastlegen utgjør den viktigste gruppen helsepersonell for å gi informasjon om alkoholens potensielt uheldige virkninger for den enkelte. Fastlegen treffer mange eldre før de har utviklet betydelige helseskader, og har stor troverdighet blant eldre. Et budskap fra legen vil kunne bidra til endring av alkoholvaner der det er ønskelig.

Mye tyder på at svært få fastleger ser denne muligheten, og at de først tar opp spørsmålet om bruk av alkohol når en ser at pasienten kan ha et alkohol- eller avhengighetsproblem.

Fastlegen har en unik mulighet til tidlig å ta opp helsemessige konsekvenser av alkoholbruk både ved konkrete lidelser eller knyttet til bruk av medisiner. En av grunnene til at dette ikke blir gjort er åpenbart at det å snakke om mulig uheldig bruk av alkohol er et ømtålig spørsmål. Legen er redd for hvordan pasienten kan reagere. Det å anlegge et helseperspektiv framfor et problemperspektiv vil gjøre det lettere for legen å fokusere på alkohol i sin praksis. Videre er det også viktig å gi legene et kompetanseløft på området, både ved at det blir tema i grunnutdannelsen og ved at det inkluderes i allmennlegenes videreutdanninger.

Fastlegen har to ulike områder i sin kontakt med pasienten hvor informasjon og råd om alkoholbruk kan gis. Den mest åpenbare er å knytte informasjonen til utskriving av medikamenter. Det å si at bruk av alkohol ved en aktuell blodtryksmedisin svekker medisinenes virkning vil være et konkret eksempel. Et slikt råd betyr nødvendigvis ikke at en anbefaler avhold, men en mer forsiktig bruk av alkohol.

Det andre området fastleger kan knytte informasjon og gi råd om alkoholbruk er ved sykdommer som kan være alkoholrelatert. Dette kan være mer krevende, da det kan være vanskelig å si noe om hvilken rolle alkohol har spilt ved utviklingen av en aktuell sykdom. Det å be om avhold i tiden før planlagte operasjoner vil også være nyttig. Det kan hindre komplikasjoner og bidra til hurtigere bedring etter operasjon.

Et annet virkemiddel vil være at helsemyndighetene pålegger legemiddelprodusenter å gi konkret og enkel informasjonen om hvordan det enkelte medikament virker dersom det kombineres med bruk av alkohol.

Det er viktig å ha et perspektiv der pårørende også trekkes inn i forhold til behandlingen der det er snakk om mulige helseskader og utvikling av avhengighetsproblemer. Pårørende vil kunne være en viktig støtte når en skal endre bruken av alkohol. Der det er snakk om problematisk alkoholbruk hos den eldre, vil et viktig forebyggende tiltak være å gi hjelp og støtte også til pårørende.

Det er ønskelig med kompetanseheving i forhold til eldre og bruk av alkohol og medikamenter. Et godt tiltak vil være å inkludere temaet i ulike utdanninger og videreutdanninger både for helse- og sosialpersonell.

Litteratur

Morten Støver, Grete Bratberg, Trond Nordfjæran og Steinar Krokstad: Bruk av alkohol og medikamenter blant eldre (60+)i Norge. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag – rapport. HUNT forskningscenter, NTNU 2012.

Britt Slagsvold og Gøril K. Løset: Eldres alkoholkonsum. Utviklingstrekk og årsaker. Hva forteller NorLAG studien? www.forebygging.no 2014.

Nasjonalt folkehelseinstitutt. Reseptregisteret.

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5565:0:15,3791:1:0:0)

Global status report on alcohol, Geneva: World Health Organization 2004

Fillmore KM, Stockwell T, Chikritzhs T, Boostrom A, Kerr W: Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies and new hypotheses. *Annals of Epidemiology* 2007; 17: s. 16-23. doi 10.1016/j.annepidem. 2007.01.05.

European Alcohol Policy Alliance warmly welcomes the New European Code Against Cancer Brussel 14. October 2014.

Kristiansen. R og Myhra AB (2012) Hvem er de pårørende som søker behandling, og hva slags belastninger rapporterer de om? Kartlegging av pårørendepasienter ved Borgestadklinikken 2009-2011