

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Bør vi gjøre det til en å snakke med eldre

■ TORGEIR GILJE LID • Spesialist i allmennmedisin, phd. Overlege/forskningsleder Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR)

I Norge drikker de fleste alkohol, også eldre. Folkehelseinstituttet angir at 80 prosent i aldersgruppen 65–79 år har drukket alkohol siste år, og i gjennomsnitt drikker de alkohol ukentlig. Alkohol kan medvirke til og komplisere svært mange helseproblemer. Toleransen for alkohol svekkes med økende alder på grunn av normale aldersforandringer, medikamentbruk og andre helseproblemer og tilstander.

Svaret på spørsmålet i overskriften er et tydelig JA. Samtale om alkoholvaner bør være en normal del av diagnostikk, behandling og oppfølging for mange tilstander, særlig for eldre. *Hvorfor* og *hvordan* skal jeg komme tilbake til etter hvert. Hovedpoenget er at alkohol kan samvirke med mange ulike medikamenter og utløse, forverre og komplisere mange tilstander, selv uten tegn på avhengighet eller misbruk (1, 2). I tillegg kan et langvarig høyt forbruk gi ulike symptomer som kan ligne på både generelle aldersforandringer og på mange ulike sykdommer. Jo eldre pasienten er, desto mindre mengder alkohol må til for å påvirke pasientens helse.

Fastlegens viktigste *oppgave* er å bidra til best mulig helse for sine pasienter. Fastlegens *virkemidler* er god diagnostikk, behandling og oppfølging av sykdom og fornuftige tiltak for å forebygge framtidig sykdom. En viktig *forutsetning* for arbeidet er tillit, både til fastlegen og til helsevesenet. Vi kan også gå ut fra at de fleste pasienter ønsker et godt liv med best mulig helse og funksjon og en rimelig grad av trygghet. I tillegg ønsker de fleste å ha kontroll i eget liv, oppleve mestring og tilhørighet. Men selv om pasienter ønsker god helse, opplever alle fastleger iblant at gode forebyggen-

de tiltak blir avvist, motarbeidet eller ignorert. Samtidig vil også alle fastleger oppleve iblant at de selv har oversett muligheter til å forebygge sykdom eller fange opp tidlige tegn på sykdom.

Fastleger er gode til å identifisere økt risiko for sykdom og tidlige tegn på sykdom. I mitt ph.d-arbeid undersøkte vi *hvordan* fastleger tok initiativ til å snakke med pasienter om alkohol, og *hvorfor* de gjorde det (3, 4). Vi fant at de oftest spurte om alkohol på grunn av endringer i helsetilstand, både knyttet til konkrete symptomer og tilstander, men også knyttet til mer vage tegn som at pasienten så ut til å ha det vanskeligere, eller tok mindre vare på seg selv. I tillegg spurte de også noen ganger som ren rutine, for eksempel ved svangerskapskontroller og utfylling av førerkortattester. Dette er en kombinasjon av case finding (lete etter en tilstand der hvor risikoen er økt) og enkle screeningtiltak (kartleg-

ging eller siling, oftest uavhengig av risiko for tilstanden). Vi har kalt dette *pragmatisk case finding* (SE RAMME 1), som innebærer å spørre om alkohol i tilknytning til pasientens helseproblem eller pasientens bestilling, ikke som en rutinemessig screening av alle. Helsemyndigheter i de fleste vestlige land har i flere tiår prøvd å innføre rutinemessig screening i primærhelsetjenesten for risikofylt forbruk, misbruk eller avhengighet, men ingen har lykket. Det *kan* skyldes treghet og uvilje hos allmennleger, men det kan også skyldes at generell kartlegging av alle pasienter med standardiserte spørreskjema passer dårlig med det allmennmedisinske oppdraget eller allmennmedisinsk arbeidsmåte.

Omtrent samtidig med vår forskning i Stavanger, startet et prosjekt for hjemmesykepleien og fastleger i bydel St. Hanshaugen i Oslo om eldre og alkoholvaner (Nettverk eldre og rusbruk Oslo (NERO)) (5). Bydel Gamle Oslo, Grünerløkka og Sagene var også med. I dette prosjektet brukte de begrepet *Helseknaggen*, som beskriver det å spørre eldre om alkoholvaner knyttet til aktuell situasjon og helseproblem (nylig restartet etter noen års dvale). Stavanger Universitets-sjukehus har i et tiår hatt en ruskonsulent-ordning i somatikken, basert på de samme

PRAGMATISK CASE-FINDING HOS FASTLEGEN

RAMME 1

- Når det er klinisk relevant – noe har allerede skjedd, eksempelvis *søvnvansker, angst/depresjon, tapsopplevelser, ulykker, svimmelhet, slapphet, ensomhet, hjerterytmeforstyrrelser, høyt blodtrykk, gjentatte infeksjoner, forhøyete leverprøver*
- Når det er relevant av andre grunner – forebyggende, eksempelvis *myndighetsutøvelse (førerkort), samtaler om helse og livsstil, livsfaseendringer (pensjonering, tapsopplevelser)*

vane om alkohol?



Det kan være mange positive årsaker til at friske eldre har et høyt alkoholkonsum...

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



... samtidig som det også finnes mange negative grunner til at eldre drikker for mye.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

prinsippene. I KORFOR i Stavanger er vi nå i gang med et forskningsprosjekt (i skrivende stund i 'korona-pause') på utprøving av bedre strategier for diagnostikk, behandling og oppfølging av alkoholrelaterte helseproblemer i allmennpraksis. Dette skal prøves ut på fire legekontorer i Stavanger og Oslo.

Hvorfor bør vi være spesielt opptatt av de eldres alkoholforbruk?

Den korte forklaringen er at eldre har større risiko for at alkoholvanene medvirker til økte helseproblemer, og derfor også har

større sannsynlighet for å oppleve nytte av å redusere alkoholforbruket (6).

Den litt lengre forklaringen handler om fysiologiske aldersforandringer, somatiske tilstander som kan forverres av for høyt alkoholforbruk, samt polyfarmasi, særlig ved samtidig bruk av a- og/eller b-preparater. I tillegg er etterkrigsgenerasjonen (de store årskullene født 1946–1964) alkoholforbruk grunn til bekymring. I denne alderskohorten har alkoholforbruket økt mest (7).

Alkohol er for mange en viktig del av det gode liv og har en naturlig plass i de fleste nordmenns liv. Å kunne drikke alkohol

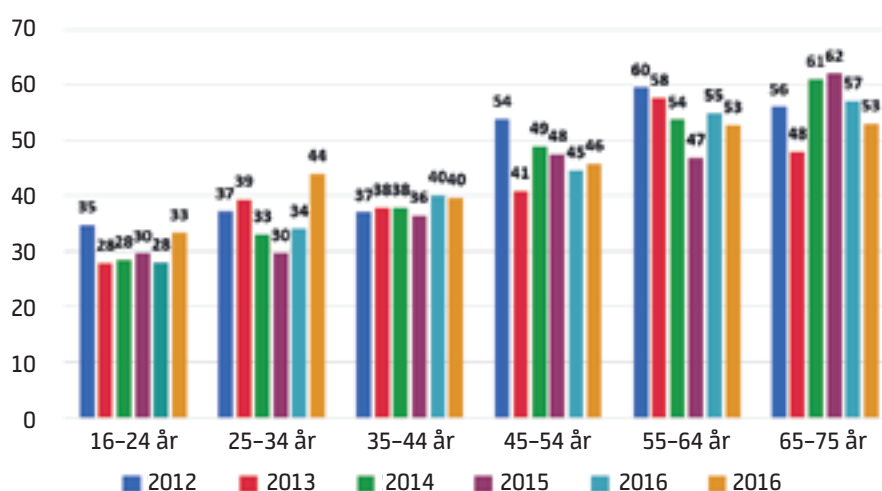
handler både om autonomi, det å ha kontroll over eget liv og opplevelsen av tilhørighet. For noen er det å kunne fortsette å nyte alkohol som pensjonist på lignende måte som en gjorde før, et tegn på at en fortsatt er frisk og aktiv (8). I norsk drikkekultur er det å drikke alkohol ofte et felles prosjekt, som mange kan oppleve det vanskelig å melde seg ut av. De fleste i Norge drikker alkohol. Avhengig av hvilke undersøkelser en refererer til, har fra 80–90 prosent av befolkningen drukket alkohol i løpet av de siste 12 måneder. Alkoholforbruket er litt høyere for menn enn for

kvinner. Studier viser at eldre drikker oftere enn yngre, med en lineær stigning i antall 'drikkedager' fra 20-åringene til 70-åringene (TABELL 1).

Alle vet at det er store individuelle forskjeller på hvor mye alkohol en tåler. Det vi ofte glemmer, er at det også er store forskjeller på hvor mye den enkelte tåler i ulike faser av livet. Når livet butter imot for deg, når hverdagen er tung og søvnen uteblir, så tåler du mindre alkohol enn i gode faser når kropp og sjel fungerer. Det er også lett å glemme at det forbruket du tålte godt som førtiåring, kanskje er alt for mye når du er sekstifem. Og selv om sekstifemåringen drikker mindre pr. gang, drikker altså den eldre versjonen av deg mye oftere enn den yngre.

For friske eldre er det mange *positive* årsaker til at alkoholforbruket er høyt. Det kan indikere at du har god helse, god tid, god råd, og at du har mye sosialt samvær og reiser med gode venner. For andre kan det være mange *negative* grunner til et høyt alkoholforbruk, som tap av nettverk og mestring, ensomhet, angst og søvnvansker. Verden er urettferdig. Vi vet at mennesker med dårlig råd og lav utdanning er mer utsatt for negative helseeffekter av alkohol (9). Studier har vist at ved depresjon, så tenderer høyt utdannede til å redusere alkoholforbruket, mens det motsatte skjer hos de med lav utdanning (10). Det er ekstra viktig å snakke om alkohol med pasienter som er mer sårbare, og å gjøre det med respekt og omtanke. Men det er misforstått omtanke å la være å ta det opp fordi vi er redde for å støte pasienten.

Det er svært mange kliniske situasjoner hvor alkoholvaner kan være relevant (11). Det er godt dokumenterte sammenhenger mellom alkohol og hypertensjon, angst, de-



TABELL 1. Gjennomsnittlig ganger drukket siste år. GRAF: FOLKEHELSEINSTITUTTET. KILDE: SIRUS/FHI

presjon, søvnvansker, forverring av psoriasis, ulike mage/tarmplager og kirurgiske komplikasjoner, med redusert tilheling og økt infeksjonsrisiko (1, 2). Det siste poenget er særlig aktuelt ved protesekirurgi, fordi det er relativt vanlig hos eldre. Alderen i seg selv, svekket helse generelt og polyfarmasi gir redusert tilheling og økt infeksjonsrisiko (12). En «hvit» periode i fire uker før operasjonen er et enkelt tiltak for å redusere risikoen. Pasienten vil også ønske et best mulig resultat av operasjonen og derfor være motivert. I Tyskland har de valgt ut hypertensjon som et klinisk område særlig egnet for kartlegging av alkoholvaner (13). Ved hypertensjon kan reduksjon i alkoholforbruk være et alternativ til medikamentell behandling eller til å legge til et nytt medikament ved manglende effekt.

For angst, depresjon og søvnvansker går forholdet begge veier. Alkohol kan forårsake disse tilstandene, men et høyt forbruk

kan også skyldes at en har slike plager, og over tid har utviklet og forsterket uheldige vaner, kanskje som en mestringsstrategi når ting er vanskelige. Det er derfor viktig å være oppmerksom på mulige sammenhenger i stedet for årsak-virkning. Selv om depresjonen, angsttilstanden eller søvnplagene ikke skyldes et høyt alkoholforbruk, tåler pasienter med slike plager alkohol dårligere. Da kan det å redusere alkoholinntaket helt eller delvis, være ett blant flere fornuftige tiltak for å bli bedre.

Det er også en viktig pedagogisk oppgave å snakke om alkoholvaner ved tilstander hvor alkohol kan spille en rolle, selv om det ikke gjelder for alle pasientene. Men det vet du ikke på forhånd. Ved å spørre om alkohol og gi en god forklaring på *hvorfor* du spør, får pasienten nyttig informasjon og kanskje noen nye tanker. Fornuftig og relevant informasjon påvirker både hvordan de selv tenker om et fenomen, og hvordan de snakker med andre om det. Her kan den store endringen i folks forståelse av antibiotikabruk og antibiotikaresistens være en aktuell sammenligning. Antibiotika er nyttig når det er indisert, men farlig ved feil bruk eller overforbruk. Folk flest forstår dette i dag, fordi informasjonen i media rimer med det fastlegen eller legevaktlegen forteller når de er i en situasjon hvor de kanskje trenger antibiotika.

Det å snakke ofte om alkohol gir god mengdetrening, men det kan være lurt å velge noen tilstander hvor du prøver å gjøre det til en hovedregel å snakke om alkoholvaner. I ramme tre følger mitt forslag til en slik liste.

Hvor mye er for mye?

All alkoholbruk innebærer mulig risiko. Jo mer du drikker på det jevne, desto mer

FORSLAG TIL KJØREREGLER

Hvordan kan vi snakke om alkohol med pasienter på en respektfull og ivaretagende måte?
Skill mellom rene forebyggingstiltak, og pasienter med helseproblem eller livskriser

- Det er enkelt å snakke om alkohol relatert til livsstil og helse generelt, men helseproblemer og livskriser kan skyldes mange ting, alkohol er bare en av mange mulige faktorer
- Hold fokus på pasientens problem og på mulige løsninger av dette, hvor reduksjon/avhold kan være ett av flere alternativ
 - Husk hva pasienten trenger hjelp med, alkohol var det du som brakte på banen
- Gi gode begrunnelser for hvorfor det er viktig å snakke om alkohol
- Unngå enkle forestillinger om årsak-virkning
 - Reduksjon av alkoholforbruk kan ofte være et fornuftig tiltak, selv om alkohol ikke forårsaket helseproblemet i utgangspunktet
- Ikke spekuler i om pasienten lyver om forbruket, folk er så ærlige som de klarer å være
- Forutsett at pasienten ønsker både god helse og kontroll i eget liv
- Husk de opplevde positive effektene av alkohol
 - Hvorfor drikker du selv?
- Husk på ansvaret for andre (førerkort, omsorg for barn eller andre)
 - Husk også rommet for skjønn som førerkortforskriften gir

RAMME 2

LISTE OVER TILSTANDER DER ALKOHOLBRUK BØR ADRESSERES

TILSTANDER OG SYMPTOMER

Psykisk helse	Angst og depresjon Søvnforstyrrelser Redusert kognitiv funksjon hos eldre
Mage/tarm	Magesmerter og diaré
Hjerte/kar	Hypertensjon
Ortopedisk	Planlagt protesekirurgi kne eller hofte
Diverse	Svimmelhet, ustøhet, fall og falltendens

SITUASJONER

Medikamentbruk	Bruk av vanedannende medikamenter
Livsfaseendringer	Pensjonering, tap av nærstående
Livsstil og helse	Samtaler om livsstil og helse generelt, og ved oppfølging av kroniske tilstander, som diabetes

RAMME 3

Øker risikoen for helse- og sosiale problemer. Jo mer du drikker pr. gang, desto mer øker risikoen for akutte hendelser, som ulykker eller vold. Norske helsemyndigheter har begrenset seg til å anbefale å drikke mindre og sjeldnere. Verdens helseorganisasjon har anbefalt at friske voksne (ikke eldre) holder seg under 14 enheter for menn og ni enheter for kvinner pr. uke, og under fem enheter for menn og fire enheter for kvinner pr. gang (en enhet er ca. 12 g alkohol, tilsvarende 33 cl pils eller et vanlig glass vin). De siste årene har stadig mer forskning om alkoholens helseeffekter spent beina under J-kurven, som indikerte at moderat forbruk var sunnere enn avhold. Dagens oppsummerte forskning indikerer at det ikke finnes en sikker nedre grense, men at mange av helseeffektene begynner å gi seg utslag over 7 enheter pr. uke. Dette har resultert i at britiske og svenske helsemyndigheter anbefaler både kvinner og menn å ikke drikke mer enn ni enheter pr. uke. Internasjonalt diskuteres syv enheter i uka som en fornuftig grense for friske eldre, med to til tre enheter som grense pr. gang, mens eldre med svekket helse bør drikke minst mulig.

Kan vi finne ut om alkoholforbruket spiller en rolle for akkurat min pasient i akkurat den-

ne situasjonen? Ja, det er enkle måter å nærme seg dette på. Det aller enkleste er å gjennomføre en «hvit» periode på fire til seks uker. Dette er oftest tilstrekkelig for å se om det har effekt på for eksempel blodtrykk, søvnforstyrrelse eller andre helseplager. Det er også lurt å følge målbare parametre, både uspesifikke prøver som GGT (gamma-glutamyltransferase), og spesifikke prøver som CDT (carbohydrate deficient transferrin) og PEth (phosphatidylethanol). En verdi i øvre normalområde eller lett forhøyet GGT som reduseres tydelig etter en «hvit» periode, kan være en vekker for pasienten om at alkoholvanene har hatt en effekt på kroppen. De fleste klarer å gjennomføre en «hvit» periode. For de som ikke kan eller vil, kan en prøve halvering i samme tidsperiode og følge opp pasienten på samme måte. Disse strategiene er godt beskrevet i boken *Alkohol – en fråga for oss i vården* (11).

Til syvende og sist handler dette om at i et samfunn hvor det å drikke alkohol er helt normalt, og alkohol kan bidra på mange ulike måter i mange ulike helseproblemer, så må det også være helt normalt å snakke med pasienter om alkohol. Og dette gjelder særlig den generasjonen som har økt forbruket mest.

REFERANSER

1. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*. 2010; 105(5): 817–43.
2. Collaborators GBDA. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018; 392(10152): 1015–35.
3. Lid TG, Malterud K. General practitioners' strategies to identify alcohol problems: a focus group study. *Scand J Prim Health Care*. 2012; 30(2): 64–9.
4. Lid TG, Nesvåg S, Meland E. When general practitioners talk about Alcohol: Exploring facilitating and hampering factors for pragmatic case finding. *Scand J Public Health*. 2015; 43(2): 153–8.
5. Løken RM. «Helseknaggen» - et verktøy i møte med eldre, helse og alkohol Oslo: Forebygging.no; 2016 [cited 2020. Available from: <http://tidliginnsats.forebygging.no/Praksiserfaringer/Helseknaggen--et-verktoy-i-mote-med-eldre-helse-og-alkohol/>.
6. Taylor C, Jones KA, Denning T. Detecting alcohol problems in older adults: can we do better? *Int Psychogeriatr*. 2014; 26(11): 1755–66.
7. Folkehelseinstituttet. Alkoholbruk i den voksne befolkningen Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021 [cited 2020. Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/>.
8. Bareham BK, Kaner E, Spencer LP, Hanratty B. Drinking in later life: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies exploring older people's perceptions and experiences. *Age and ageing*. 2018.
9. Smith K, Foster J. Alcohol, Health Inequalities and the Harm Paradox: Why some groups face greater problems despite consuming less alcohol. *Institute of Alcohol Studies*; 2014.
10. Martinez P, Neupane SP, Perlestenbakken B, Toutoungi C, Bramness JGJBph. The association between alcohol use and depressive symptoms across socioeconomic status among 40-and 45-year-old Norwegian adults. 2015; 15(1): 1146.
11. Wählin S. Alkohol: en fråga for oss i vården. 2. oppl. ed. Lund: Studentlitteratur; 2015. 335 s. p.
12. Wählin S, Tønnesen H. Dags för »alkoholfri operation«. Två standardglas per dag fördubblar risken för postoperativa komplikationer *Läkartidningen*. 2014; 111.
13. Rehm J, Anderson P, Prieto JAA, Armstrong I, Aubin H-J, Bachmann M, et al. Towards new recommendations to reduce the burden of alcohol-induced hypertension in the European Union. 2017; 15(1): 173.

■ GILJELID@GMAIL.COM

Verdens helseorganisasjon har anbefalt at friske voksne (ikke eldre) holder seg under 14 enheter for menn og ni enheter for kvinner pr. uke, og under fem enheter for menn og fire enheter for kvinner pr. gang.

