

Helt normalt å spørre om alkohol!

Av: Torgeir Gilje Lid, Spesialist i allmennmedisin, phd. Postdoktor ved Stavanger Universitetssjukehus (2018). Om forfatteren: Allmennlege 1993-2017, ved siden av vært bydelsoverlege og jobbet innen psykiatri og behandling av rusproblemer, og undervist på kurs for leger og annet helsepersonell. Våren 2018 forskningsopphold ved Newcastle University og Boston University.

I Norge og i andre vestlige land blir vi stadig flere eldre (1). Dette innebærer flere aktive, friske eldre som lever gode liv opp i høyere alder, men også flere syke eldre, som bruker flere medikamenter for flere lidelser og risikofaktorer enn yngre. Normale aldringsprosesser gjør at kroppens ulike organer, inkludert hjernen, tåler mindre alkohol enn i yngre år. Samtidig har kulturelle endringsprosesser gjort at alkoholforbruket relativt sett har økt mest i de eldre aldersgruppene (2, 3). Listen over alkoholrelaterte helseproblemer er svært lang (4). Det er lite relevant å telle antall diagnoser, det viktige er å tenke på alkohol ved mange ulike helseproblemer. Helsemyndighetene i Norge, og internasjonalt, har derfor i mange år anbefalt generell kartlegging av alkoholforbruk, og gjennomføring av enkle tiltak hvis tegn på risiko eller skade avdekkes. Dette er ekstra relevant hos eldre, nettopp på grunn av at normal aldring, økt forekomst av sykdommer og bruk av flere medikamenter gjør at en tåler dårligere alkohol. Likevel snakkes det (minst) like lite om alkohol i sammenheng med helseproblemer hos eldre som hos den generelle befolkningen.

Ut fra betraktningene ovenfor burde vi i helsevesenet generelt, og fastleger spesielt, snakke mer om alkohol med våre aldrende pasienter. Så hva kan den manglende oppmerksomheten skyldes? Og burde vi gjøre noe for å bli bedre? Fastlegene jeg intervjuet i min egen forskning mente de spurte om alkohol for sjelden, men de ga også mange eksempler på konkrete situasjoner hvor de hadde spurt (5). Eksemplene handlet blant annet om søvnløshet, angst og depresjon, fordøyelsesplager, ulykker, gjentatte sykemeldinger, høyt blodtrykk og forhøyete leverprøver. De opplevde det lettere å spørre (men vanskeligere å huske på det) hvis de kunne koble spørsmålet til slike vanlige helseproblemer. Hvis pasienten var i en vanskelig livssituasjon, eller hadde tegn på alvorligere problemer med alkohol, var det lettere å se at alkohol kunne være relevant. Samtidig var det vanskeligere å spørre, av frykt for å såre eller støte pasienten fra seg. Generelt var det lettere å snakke om alkohol når det var koblet til et relevant helseproblem eller en konkret bekymring, eller hvis det var en rutinesituasjon som for eksempel førerkortvurderinger eller svangerskap. Vi har beskrevet dette som *pragmatisk case-finding* (5).

Pragmatisk case-finding hos fastlegen:

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


Pragmatisk case-finding innebærer først og fremst å snakke om alkohol med pasienter ut fra at det *kan være relevant for akkurat denne pasienten*, ikke som en generell kartlegging. Kartlegging av alle kan høres intuitivt fornuftig ut, men både erfaring og forskning har vist at dette i liten grad fungerer i praksis (6). Men pasientene oppsøker fastlegen og andre aktører i helsetjenesten for å få hjelp, både når de er bekymret for sykdom og når de trenger hjelp til behandling og mestring av helseproblemer. Svært mange helseproblemer kan utløses eller forverres av for høyt alkoholforbruk. Som beskrevet over er dette *enda viktigere* hos eldre, på grunn av de fysiologiske aldersforandringene og økt hyppighet av sykdommer og helseproblemer (7). I tillegg kommer økt mulighet for samvirke mellom alkohol og medikamentbruk. Likevel er det god dekning for å si at vi (fastleger og andre i helsevesenet) snakker *mindre* om alkohol med eldre enn med yngre pasienter. Dette er egentlig paradoksalt, men en viktig årsak er fordommer på ulike plan.

Noe av problemet er at vi holder oss med noen fastlåste forestillinger eller bilder, enten vi er pasienter, leger eller annet helsepersonell (8-10). Alkohol er vårt vanligste rusmiddel, og i en norsk sammenheng vil de fleste fastleger og pasienter være brukere av alkohol. Men mange, både pasienter og fastleger, tenker ikke på alkohol som et rusmiddel på linje med andre rusmidler. Rus er noe de andre - de få, de med alvorlige problemer, de uten kontroll, de som har falt utenfor - driver med. Mens alkohol er en kilde til hygge, avslapning, og gode fellesskap. En slik forestilling klarer de fleste å opprettholde, selv om alle har noen i sin bekjentskapskrets eller på arbeidsplassen som har utviklet mer alvorlige problemer.

Jeg tror at dette skyldes at vi *for det første* har noen klare fordommer om hvordan alkoholproblemer eller alkoholisme arter seg. Disse bygger på forestillinger om at det er to ulike typer mennesker; vi mange som kan nyte alkohol på forsvarlig vis, og de få som er misbrukere eller avhengige. Men i virkeligheten er dette en glideskala, ikke to ulike kategorier, og de fleste alkoholrelaterte helseproblemer oppstår hos mennesker uten avhengighet eller tradisjonelt misbruk. I en kultur hvor de fleste (utenom tenåringene) drikker mye mer enn tilsvarende aldersgruppe gjorde for en generasjon siden (3, 11), vil en person med alkoholrelaterte helseproblemer til forveksling ligne oss selv. Jo mindre vi reflekterer over eget forbruk, jo dårligere blir vi til å kjenne igjen kliniske situasjoner hos pasienten hvor alkoholforbruket kan være relevant for pasienten. Fordommene våre om hvordan alkoholproblemer arter seg styrer da i stor grad hva vi ser etter hos pasientene, i stedet for at vi ser etter om pasienten har et helseproblem hvor det er *mulig* at alkohol *kan* spille en rolle.

For det andre har vi et sett fordommer overfor eldre (9, 10). Vi har vanskelig for å forestille oss at eldre kan ha et uheldig alkoholforbruk hvis det ikke foreligger tydelige tegn på dette. Hvis det foreligger tydelige tegn, vil ofte både vi og pasienten ha forestillinger om at det er svært vanskelig å få til endring. Disse forestillingene fører til lav oppmerksomhet, taushet og manglende tro på endring. Dette er svært bekymringsfullt, da vi her snakker om en pasientgruppe hvor risikoen for negative effekter er stor. Men det betyr også at potensialet for å oppnå positive effekter av reduksjon eller avhold er stort. Det er alltid viktig å snakke om alkohol med pasienter med for eksempel søvnvansker eller høyt blodtrykk eller fallskader, men det er faktisk enda viktigere hvis pasienten er eldre.

AE = alkoholenheter. En AE = 12.6 g ren alkohol



| Kvinner | Menn |
|--|--|
| Høy risiko: 15 AE eller mer per uke | Høy risiko: 22 AE eller mer per uke |
| Økt risiko: 10-14 AE per uke | Økt risiko: 15-21 AE per uke |
| Lav risiko: Inntil 9 AE per uke | Lav risiko: Inntil 14 AE per uke |

Illustrasjonene er hentet fra brosjyren «Alkohol og helse»¹

Men hvor går egentlig grensen for hva som er et skadelig forbruk? Det kan vi faktisk ikke vite. Anbefalte grenser, som for eksempel grønn sone 14/9 enheter (menn/kvinner) per uke bygger på tilgjengelig forskning og angir grensen for risiko for alkoholrelaterte helseproblemer hos friske voksne, på gruppenivå. Men også på dette området er det stor variasjon mellom mennesker, og stor variasjon hos den enkelte over tid. Alle vet at det kan være stor forskjell på hva jeg tåler og hva du tåler, og ved nærmere ettertanke vet også de fleste at det som går bra ved en anledning kan være alt for mye ved en annen anledning. Alder, livskriser og helseproblemer påvirker våre egne grenser, og gjør at vi tåler mindre etter som tiden går. I England og Wales har de redusert anbefalingene for menn til samme nivå som for kvinner, og de anbefaler nå en grense for begge kjønn på max 8 alkoholenheter per uke. De reduserte til 12 UK-enheter (8 g ren alkohol) som tilsvarer ca 8 alkoholenheter (12.6 g ren alkohol) på norsk. Ved en del helseproblemer og svekkelser kan også forbruk på dette nivået være uheldig. Et svært viktig poeng er at vi ikke kun ser etter helseproblemer som *kan skyldes alkohol*, men også helseproblemer av andre årsaker hvor *alkohol kan være en kompliserende faktor*. Alt dette kan vi sammenfatte som mulige alkoholrelaterte helseproblemer.

¹ Brosjyren deles ut ved SUS, fra prosjektet "Tverrfaglig alkoholintervensjon i primærhelsetjenesten", Prosjektleder Kristian Oppedal, KORFOR. Utarbeidet av Jan Tore Daltveit/KORFOR/Haukeland universitetssjukehus, juli 2010.

Eksempler på mulige alkoholrelaterte helseproblemer:

- Depresjon
- Kognitiv svikt
- Livskriser
- Høyt blodtrykk
- Svimmelhet
- Dårlig regulert diabetes
- Søvnforstyrrelser
- Angst
- Skader
- Samlivsproblemer
- Fordøyelsesplager
- Hjerterytmeforstyrrelser
- Legemiddelbruk – mange legemidler og/eller vanedannende legemidler

Listen over alkoholrelaterte helseproblemer er lang, og det er derfor viktig å tenke på alkohol ved mange ulike helseproblemer. Med andre ord, hvis pasienten drikker alkohol, kan det være verdt å avklare om alkohol kan spille en rolle. Jo høyere forbruket er over anbefalte grenser, jo større sannsynlighet er det for at alkohol kan ha betydning for pasientens helseproblem. Da kan det være verdt å prøve å kutte ut eller redusere betydelig en periode. Desto eldre og svakere pasienten er, desto lavere forbruk kan spille en rolle, også når forbruket ligger lavere enn anbefalte grenser. Det er viktig å huske på at de anbefalte grensene handler om friske voksne.

Det er vanskelig å gi konkrete oppskrifter for hvordan en skal spørre om alkohol. Gode, praktiske eksempler finnes, både generelle og mer spesifikt for eldre (12, 13). Det helt sentrale er at en faktisk spør om alkohol, og jo oftere en gjør det, jo flinkere blir en til å spørre på en åpen, ikke-fordømmende måte. Det viktigste er å få en god samtale med pasienten, ikke å få alle til å drikke mindre. Pasientene som opplever at dette ble snakket om på en god måte, vil også i større grad tenke videre selv. Alt som bidrar til reduserte helseplager hos den eldre er positivt. Vi må gjøre det til noe helt normalt å spørre om alkohol. Det vil over tid bidra til økt kunnskap hos eldre, og hos befolkningen generelt, om sammenhenger mellom alkoholforbruk og helse. En kombinasjon av nyansert offentlig debatt om temaet og gode samtaler på legekantorene, vil sammen bidra til endring over tid i hvordan vi tenker om alkohol og helse.

En tidligere versjon av kronikken er publisert i Demens og Alderspsykiatri nr 3. 2017

Referanser:

1. Norway S. Population and population changes, 1. Januar 2016 Statistics Norway: Statistics Norway; 2016 [<http://ssb.no/en/befolkning/statistikker/folkemengde/aar-per-1-januar/2016-02-19>]:[
2. Nesvåg S, Lunde LH, Næss O, Alpers SE, Carlsen S-EL, Daltveit JT, et al. Eldres rusmiddelbruk. Stavanger: Stavanger University Hospital; 2015.
3. Krokstad Se, Knudtsen MSe. Public health development The HUNT Study Norway. Levanger Norway: NTNU; 2011.
4. 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.
5. 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.
6. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol*. 2014;49(1):66-78.
7. Rehm J, Anderson P, Manthey J, Shield KD, Struzzo P, Wojnar M, et al. Alcohol Use Disorders in Primary Health Care: What Do We Know and Where Do We Go? *Alcohol Alcohol*. 2015.
8. Wilson GB, Kaner EF, Crosland A, Ling J, McCabe K, Haighton CA. A qualitative study of alcohol, health and identities among UK adults in later life. *PLoS One*. 2013;8(8):e71792.
9. Crome I, Rao R. Substance misuse and older people - Our invisible addicts. *Mental Health and Substance Use*. 2011;4(4):267-9.
10. O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor B. Alcohol use disorders in elderly people--redefining an age old problem in old age. *BMJ*. 2003;327(7416):664-7.
11. Rossow I. Changes in an affluent society. Trends in alcohol consumption, harms and policy: Norway 1990-2010. *Nordic studies on alcohol and drugs*. 2010;27:449-63.
12. Wåhlin S. Alkohol : en fråga för oss i vården. 2. uppl. ed. Lund: Studentlitteratur; 2015. 335 s. p.
13. Ivarsson BHO, L. MI - Motiverende samtaler. En praktisk håndbok for eldreomsorgen. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2016.