



Kompetansesenter rus - region sør

Borgestadklinikken - Blå Kors Sør

PDF-utgave

Aldring og rusmidler

Utviklingstrekk, sykdom, medikamenter, alkoholbruk

Terje Knutheim og Fred Rune Rahm

KoRus - Sør er ett av syv kompetansesentre på rusfeltet som arbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet. Vårt hovedansvar er å sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse og iverksette og implementere statlige føringer på rusområdet. Vi skal styrke praksisfeltet ved å utvikle forståelse, og formidle og implementere forsknings- og/eller kunnskapsbaserte strategier til de 83 kommunene i region sør: Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. I tillegg skal vi bidra overfor spesialisthelsetjenesten i helseregion Sør.

Våre kjerneoppdrag er på følgende hovedområder:

- Rusmiddelforebygging/folkehelsearbeid
- Tidlig Intervensjon
- Rusbehandling

Vår visjon er «KoRus - Sør, en bro mellom kunnskap og praksis».

Vi skal være en tjeneste for tjenestene som bidrar til vedvarende kompetanse med et særlig fokus på familie- og generasjonstenkning. Vårt arbeid skal bidra til:

- Vedvarende kompetanse
- Kvalitativt gode tjenester
- Samhandling og helhetstenkning
- Folkehelsestenkning

KoRus - Sør er tilknyttet Blå Kors Borgestadklinikken.

For mer informasjon om tilbudene våre, se

[www.borgestadklinikken.no/
kompetansesenter](http://www.borgestadklinikken.no/kompetansesenter)

Aldring og rusmidler

Utviklingstrekk, sykdom, medikamenter, alkoholbruk

Terje Knutheim og Fred Rune Rahm

KoRus - Sør, Borgestadklinikken

Copyright 2016 KoRus - Sør

Forsidefoto: Colourbox

ISBN: 978-82-999733-6-6

Kompetansesenter rus - region sør,

Borgestadklinikken

Kongensgate 33

Postboks 1, 3701 Skien

Tlf. 35 90 47 00

E post: korus@borgestadklinikken.no

Innhold

Om KoRus - Sør	2
Forord.....	4
Alkoholbruk hos eldre - om trender og utviklingstrekk	7
Aldring og aldringsprosesser.....	29
Aldring og sykdom	35
Medisinbruk	38
Folkehelse	42
Sykdom, aldring og alkohol.....	44
Aldring, medisiner og alkohol.....	60
Pårørende - deres livssituasjon og dilemma.....	66
Enkle tilnærminger til eldre med risikofyllt alkoholbruk	73
Behandling av eldre med rusmiddelproblemer.....	78
Etterord og referanser	89
Vedlegg	90



Forord

I og med at vi blir så mange eldre i Norge, får samfunnet en økende omsorgsbyrde. Denne byrden fordeles på færre yrkesaktive, i alle fall relativt. Det blir flere gamle som trenger omsorg for hver person som kan gi denne omsorgen, og færre for hver eldre person som kan sikre det økonomiske grunnlaget for et slikt omsorgssamfunn. Utfordringene er så store at mange mener de vil true velferdsstaten slik vi kjenner den i dag. Norge forsøker å møte dette problemet ved å utvikle en stadig bedre folkehelse. I sammenheng med det som mange velger å kalle “eldrebølgen”, vil det være viktig å holde eldre mennesker så friske som mulig til tross for høy alder. Den eldre skal bevare funksjonsnivå og klare seg selv lengst mulig. Dette er jo også sammenfallende med den eldres egen interesse av å unngå å bli pleietrengende tidligere enn nødvendig.

Det er en sammenheng mellom aldring, helse og bruk av rusmidler. Det er også en sammenheng mellom medikamentbruk og bruk av rusmidler. Ønsket er at tilnærmingen til denne tematikken gjøres på en måte som ikke er anklagende, som ikke øker den psykologiske belastningen for den som blir eldre, og som gir økt selvråderett og kontroll over eget liv.

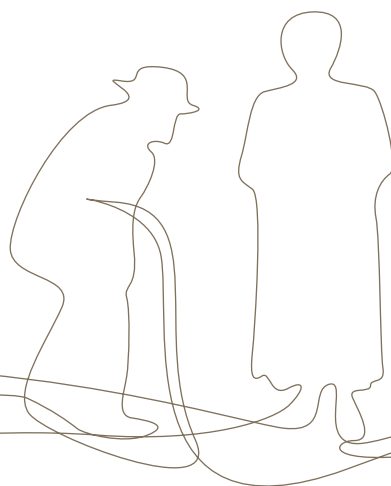
Kompetansesenter rus - region sør (KoRus - Sør) har på oppdrag fra Helsedirektoratet undervist om tematikken i en årrekke. Dette har resultert i flere kommunale satsinger på det området som omfattet de gamle. I denne sammenhengen bestemte vi oss for å gjøre om vårt undervisningsmaterieell til en bok, slik at de som har behov for en innføring eller en enkel håndbok, får anledning til å nyttiggjøre seg vårt materiale. Selve boken er skrevet av Terje Knutheim og Fred Rune Rahm med støtte fra kolleger ved KoRus - Sør. Terje Knutheim har i tillegg skrevet to artikler om aldring og rusmidler.

Boken vil gis ut som gratis e-bok, i formatene epub, mobi og pdf.
E-boken leses best på lesebrett, dedikert e-bokleser eller datamaskin,
mens figurer og illustrasjoner vil bli utydelige på mindre skjermer.
Imidlertid er alle illustrasjoner beskrevet godt i teksten.

Fordi dette er et omskrevet undervisningsmateriale, vil boken kunne framstå som enkel, og med illustrasjoner slik de er brukt i presentasjonene. Kapitlene vil til dels være noe overlappende fordi hvert kapittel skal kunne leses isolert fra de øvrige. Slik vil boken forhåpentlig kunne brukes som en oppslagsbok. Boken vil primært omhandle alkohol ettersom det er den største utfordringen i aldersgruppen, men de kognitive aspektene er også gyldige for andre rusmidler. Medikamenter med ruseffekt behandles, men de omtales ikke som rusmidler i denne sammenhengen.

God lesning!

Rikke S. Raknes
Leder
KoRus - Sør





Alkoholbruk hos eldre – om trender og utviklingstrekk

Terje Knutheim

«Før drakk jeg bare alkohol i helgene. Nå blir det et par glass tre-fire ganger i løpet av uka». Økningen kom etter at både hun og mannen hennes ble pensjonister. «Men vi holder oss til vin. Det er sjelden vi drikker noe sterkere.»

Dette sier en kvinne til Aftenposten i 2007. Hun beskriver en utvikling i de eldres drikkemønster som man i løpet av de siste årene er blitt mer oppmerksom på.

Befolkningen blir eldre

I 2009 satte EU alkohol og eldre på dagsorden på en ekspertkonferanse i Stockholm. På konferansen pekte man på at alkoholmisbruk

- er årsak til 195 000 dødsfall i Europa
- utgjør 10 % av helseutgiftene
- er den tredje største risikofaktoren for sykdom etter røyking og hjerte-karsykdommer

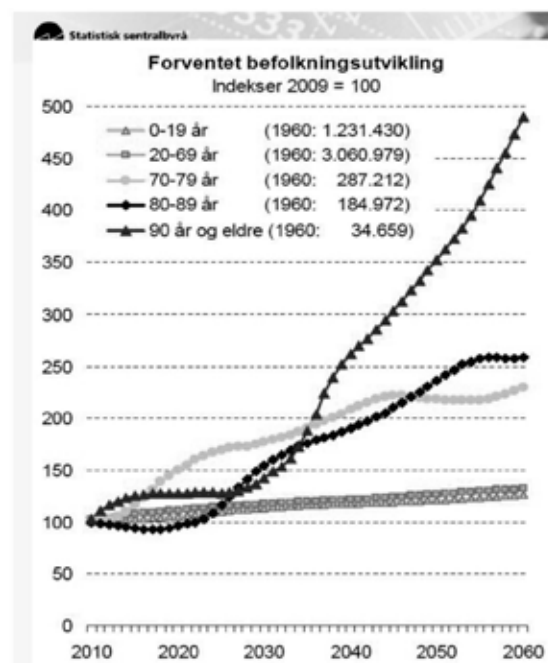
I alle europeiske land skjer det en «forgubbing» eller kanskje heller en «forkjerring» ved at andelen eldre i befolkningen øker. Vi lever alle lenger enn før, men spesielt kvinner.

For EU-landene og Norge vil dette innebære:

- I EU utgjør befolkningen på 65+ i dag 15-17 %. I 2030 vil den utgjøre 30 %
- I Norge vil 17 % eller rundt hver femte person være 67+ i 2030
- Antallet eldre over 80 år vil øke fra 219 000 i dag til 320 000 i 2030

Til høyre gjengis Statistisk sentralbyrås framskriving av befolkningsutviklingen i prosentvis endring.

Grafen viser at det i prosent er aldersgruppen over 90 år som vil øke mest i årene framover. De vil imidlertid ikke utgjøre et stort antall personer. Det er økningen blant 70- til 90-åringene som tallmessig vil bety store utfordringer for offentlige tjenester.



Samtidig med økningen i antall eldre, synker antallet yngre som skal sørge for at vi har ressurser til å betjene eldre som trenger helse- og sosialtjenester. I år 2000 var det 4,5 yrkesaktive pr. person over 80 år. I 2030 vil tallet ha sunket til 3,5.

Dersom vi skal opprettholde samme antall fagfolk til å betjene personer som trenger hjelp fra helse- og sosialsektoren i 2030, vil det kreve at 60 til 70 % av alle nyutdannede nordmenn og tilflyttere fra andre land utdanner seg til jobber innen helse- og sosialsektoren.

I dag har vi ca. 12 000 sengeplasser i somatiske sykehus. I 2030 vil behovet være 5000 flere senger, eller 6 nye sykehus tilsvarende Ullevål sykehus.

Denne sterke økningen i antall eldre i årene som kommer vil i seg selv bety at flere eldre vil drikke risikofyllt, rett og slett fordi det blir flere i denne aldersgruppen.

Alkoholbruk hos eldre

Før vi går videre i å beskrive alkoholbruk hos eldre må vi se på hvem de eldre er. I de fleste studier betrakter man eldre fra de passerer 65 år, noe vi i denne beskrivelsen vil ta utgangspunkt i.

Vi vil imidlertid også se på endringer i drikkevaner i årene før fylte 65 år. Videre er det viktig å være oppmerksom på at aldersspennet i gruppen vi kaller eldre er meget stort, på 20–30 år. Innenfor dette aldersspennet er livssituasjon og helsetilstand svært varierende, noe en må ta høyde for når en tenker på hvordan en skal forholde seg til problematikken.

Av tendenser som gjelder hele den voksne befolkningen, bør en merke seg at vi har fått økt tilgjengelighet til alkohol både ved en sterk økning av skjenkesteder, flere vinmonopol-utsalg, bedre utvalg av øl i forretninger, kjøp av alkohol i utlandet og økning av taxfree-kvotene for kjøp av alkohol på reiser.

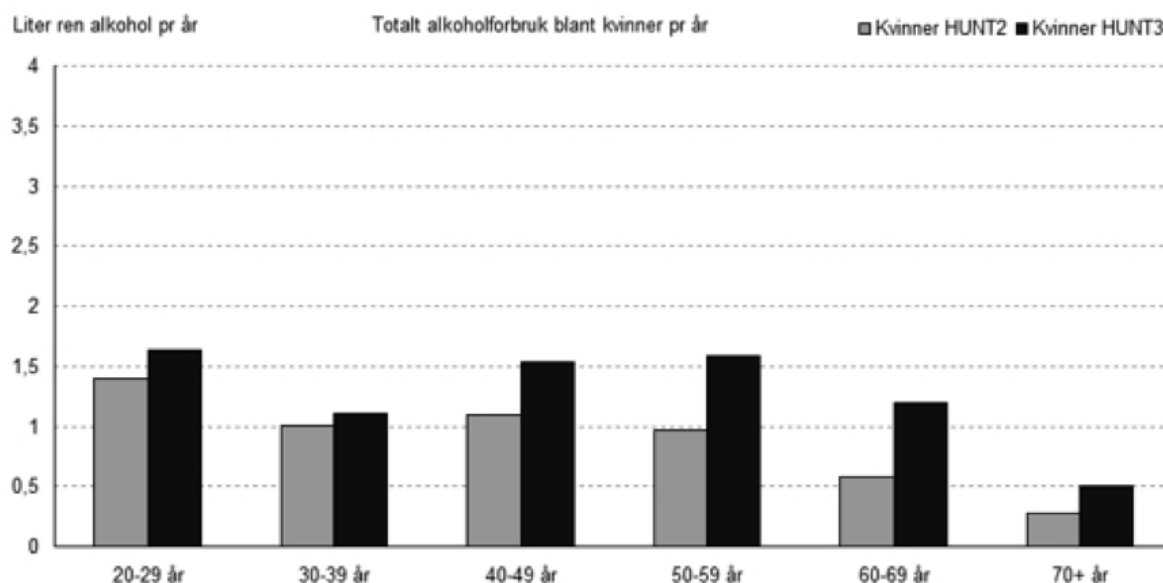
I forhold til folks inntekter er alkohol også blitt betydelig billigere å skaffe seg.

Vi har også fått en endring i type alkohol som drikkes ved at brennevin konsumeres i langt mindre grad enn før, mens vi har fått en sterk økning i bruken av vin.

Vi er fortsatt et land der vi fylledrikker i helgene, men har i tillegg fått drikking i løpet av ukedagene.

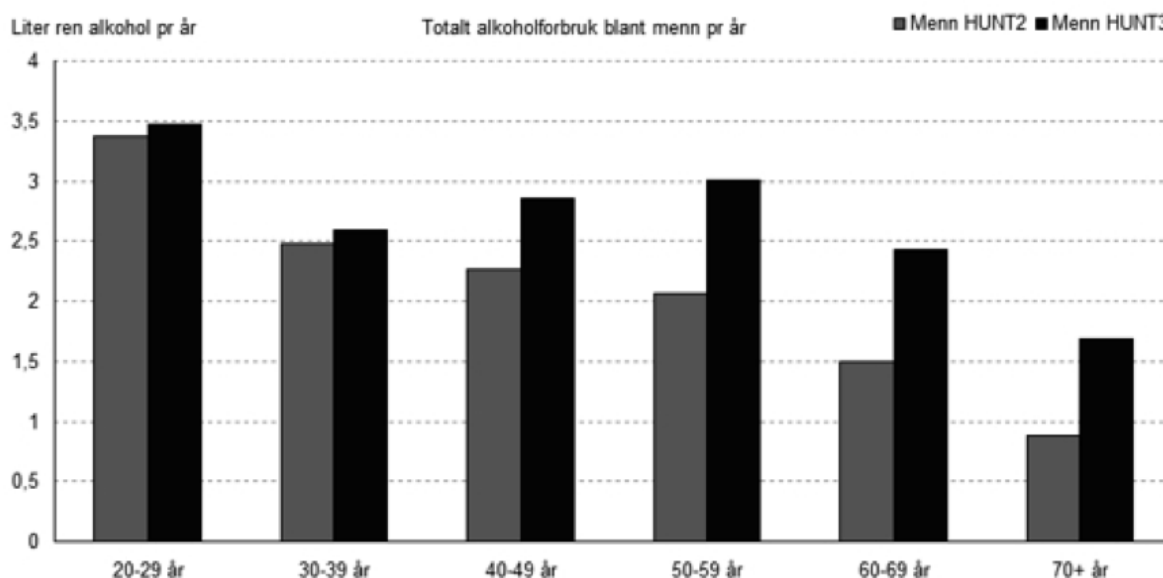
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) har spurt om alkoholforbruket i de to siste undersøkelsene i 1995 – 97 (HUNT 2) og i 2006 – 08 (HUNT 3). Her finner en at både menn og kvinner over 50 år er de aldersgruppene som har økt sitt alkoholforbruk i løpet av denne 10-årsperioden.

Utviklingen i bruk av alkohol blant kvinner



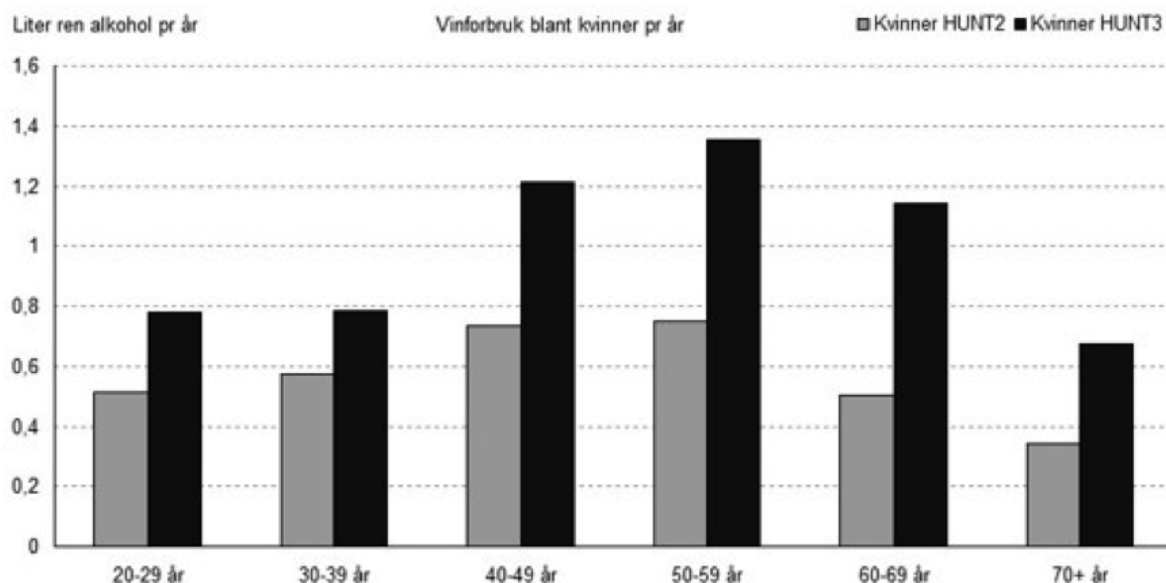
Den lyse og første grafen viser forbruket ved det første tidspunktet på midten av nittitallet, mens den andre og mørke grafen viser forbruket godt og vel 10 år senere. Forbruket av alkohol blant kvinner i denne perioden øker betydelig for dem over 40 år, mens det for 60- til 69-åringene er en fordobling i denne perioden. Det er grunn til å tro at den samme tendensen til økning av forbruket har fortsatt etter 2008, slik at forbruket for kvinnene er ytterligere øket i de påfølgende årene og fram til i dag.

Utviklingen i bruk av alkohol blant menn



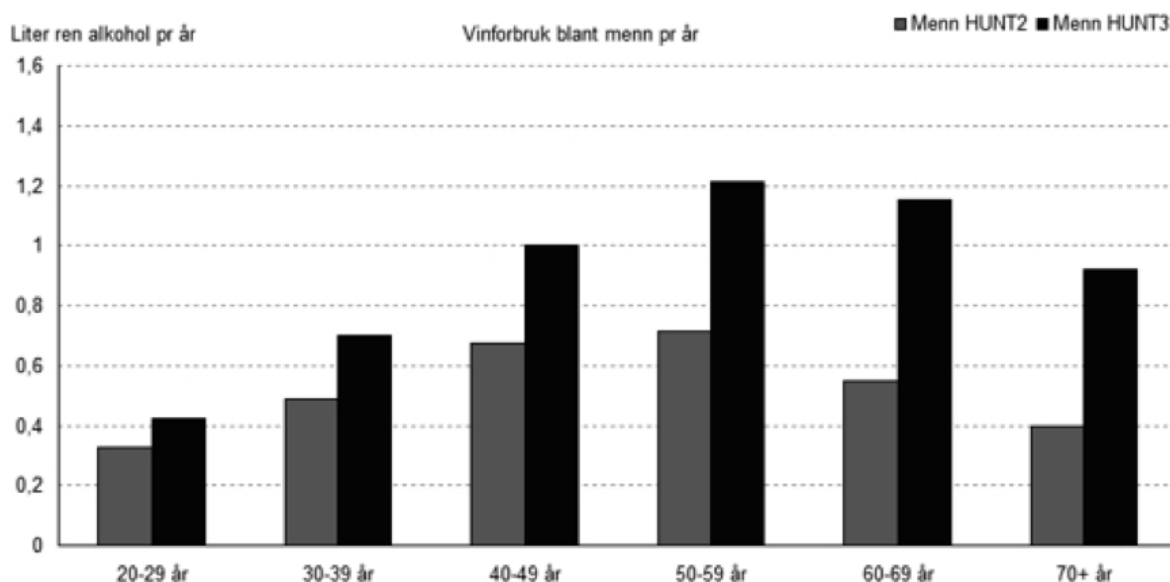
Mennene drikker mer enn kvinnene, men de har ikke hatt en like sterk prosentvis økning i forbruket. Vi ser imidlertid de samme tendensene til økning i 10-årsperioden ved at menn over 50 år drikker betydelig mer i 2006 -08 enn de gjorde midt på 90-tallet.

For kvinner ser vi en særlig sterk økning i vinforbruket



Den andre og mørke grafen viser en sterk økning i vinforbruket for kvinner over 40 år. Vinforbruket er mer enn fordoblet for kvinner mellom 60 og 69 år. Dette forteller oss at det er særlig bruk av vin som forklarer forbruksøkningen av alkohol i den godt voksne og eldre befolkningen.

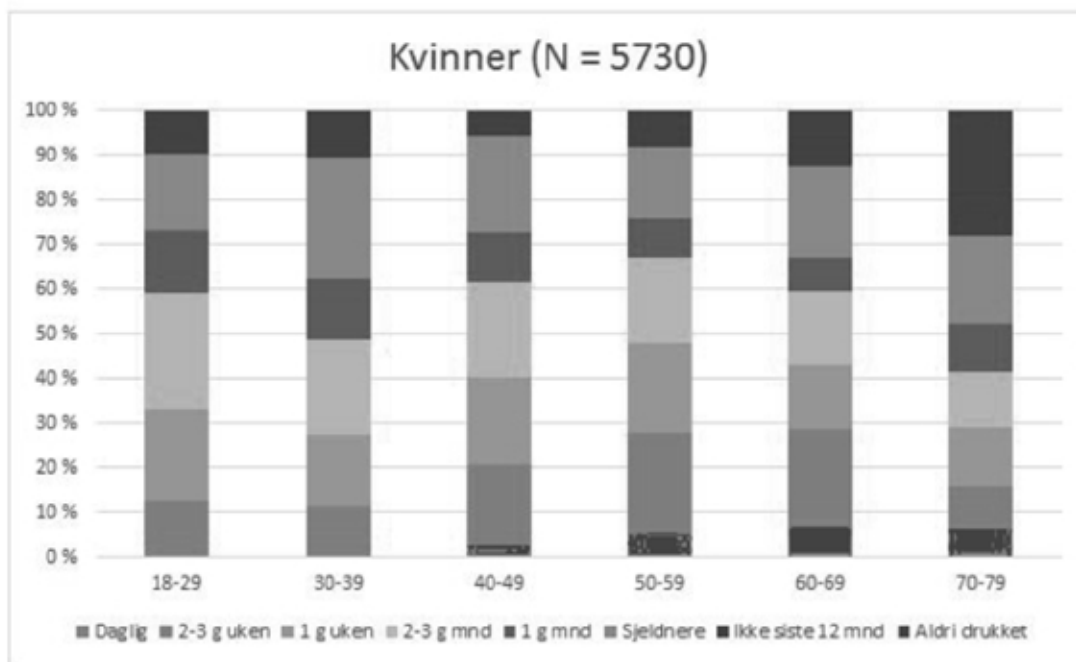
Også hos menn finner vi den samme tendensen til å drikke mer vin



Mennene har også økt sitt vinforbruk i likhet med kvinnene. Dette gjelder særlig når de har passert 50 år.

Mer hverdagsdrikking blant 50- til 70-åringer

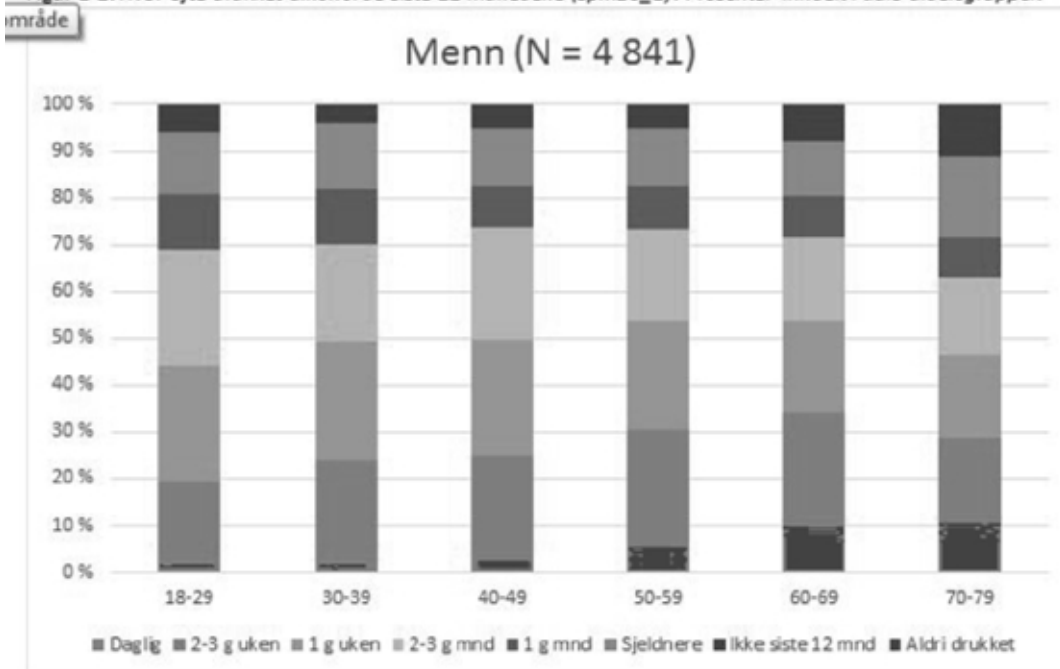
Slagsvold og Løset (www.forebygging.no 2014) viser et annet trekk for 50- til 70-åringer som drikker oftere enn yngre generasjoner. 20 % drikker enten daglig eller 2-3 ganger i uka. Dette sees tydelig for kvinner, slik plansjen viser. De 2 nederste prosentangivelsene - mørkegrå >



daglig drikking og mellomgrå > drikking 2-3 dager i uka - viser dette. For dem over 70 år er dette trekket mindre tydelig, og en stor andel drikker ikke alkohol. Det mørkegrå feltet øverst viser at 20 % av kvinnene over 70 år er avholdne fra alkohol.

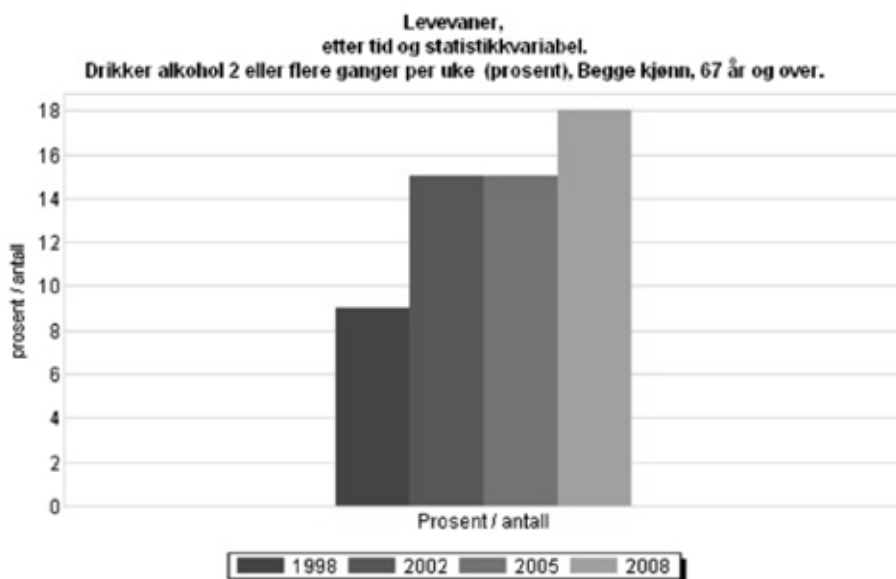
Også flere hverdagsdrikkere blant menn

Figur 1-2. Hvor ofte drukket alkohol de siste 12 månedene (spm16_1)? Prosentar inndelt i tiårs aldersgrupper.



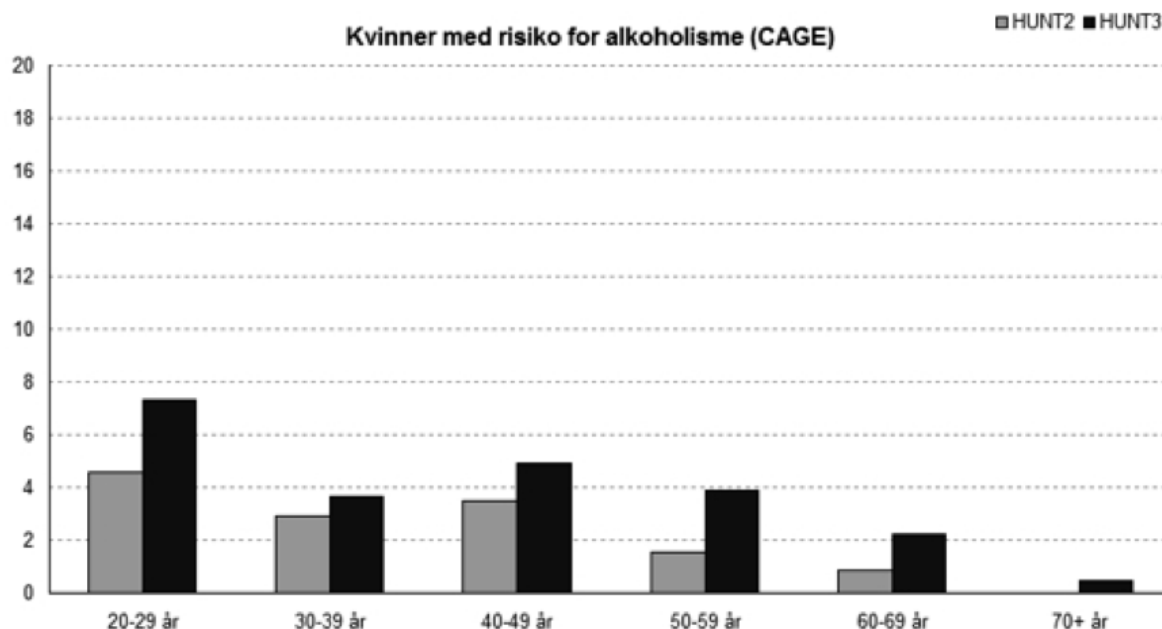
For menn ser en den samme tendensen, men den er mindre utpreget. Det er likevel rundt 30 % av mennene i 50- til 70-årsalderen som drikker enten daglig eller 2 til 3 ganger pr. uke. Det er også mange menn over 70 år som drikker ofte, og få som er avholdne fra alkohol.

Økt risikodrikking



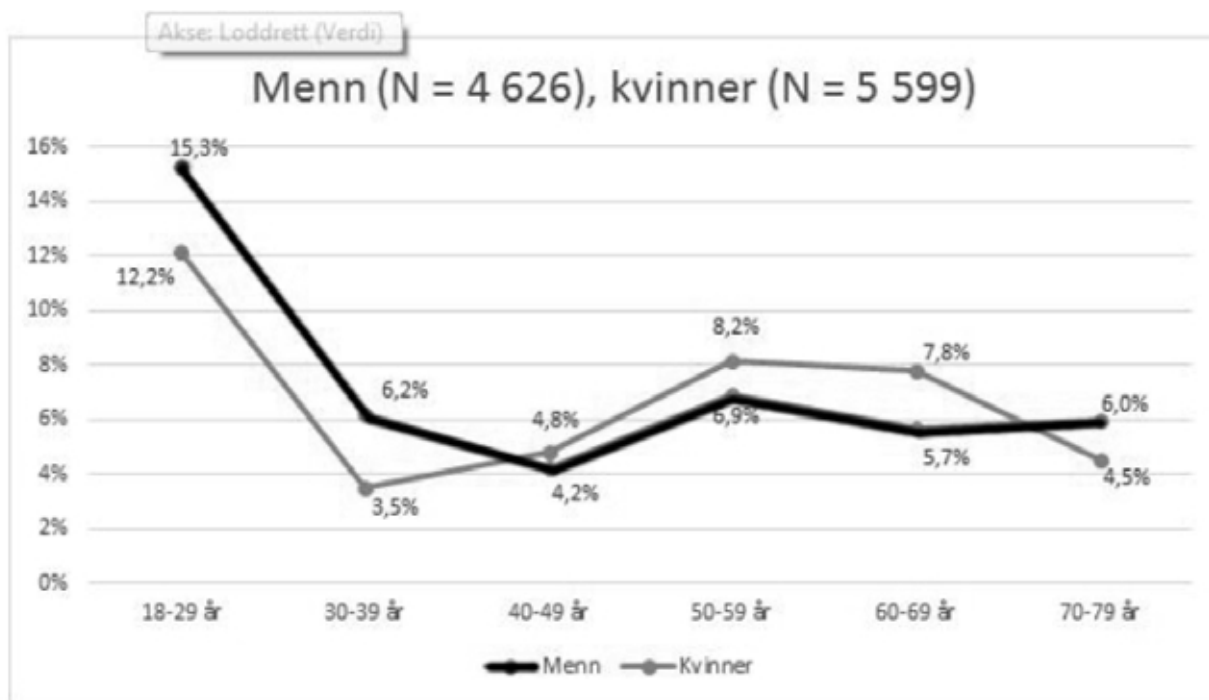
Antall personer som drikker 2 eller flere ganger pr. uke har fordoblet seg fra 1998 til 2008. Dette kan indikere at risikofylt drikking har økt for begge kjønn, selv om en ikke kan si at drikking 2 ganger i uka eller mer nødvendigvis er risikofylt.

Økt risikodrikking blant kvinner



Tall fra HUNT-undersøkelsen viser at det som betegnes som risikodrikking hos kvinner øker gjennom 10-årsperioden. De mørke grafene viser at det særlig blant 50 til 70-årige kvinner er flere som drikker risikofylt, og som står i fare for å pådra seg alkoholavhengighet. At opp til 4 %, eller hver 25. kvinne, står i fare for å utvikle alkoholavhengighet er relativt høye tall.

Kvinner drikker mer risikofylt enn menn



B. Slagsvold og G.K. Løset har i sin undersøkelse tatt utgangspunkt i at risikofylt drikking for kvinner vil være et inntak på 9 alkoholenheter eller mer pr. uke. For menn er risikogrensen 13 alkoholenheter pr. uke.

Når en tar hensyn til at kvinner tåler alkohol dårligere enn menn, ser en at flere eldre kvinner enn menn drikker risikofylt i 40- til 70-årsalderen. Den lyse linjen viser at 8,2 % av 50- til 59-årige kvinner drikker risikofylt, og at 7,8 % av 60- til 69-årige kvinner gjør det samme. For mennene er tallene henholdsvis 6,9 % og 5,7 %

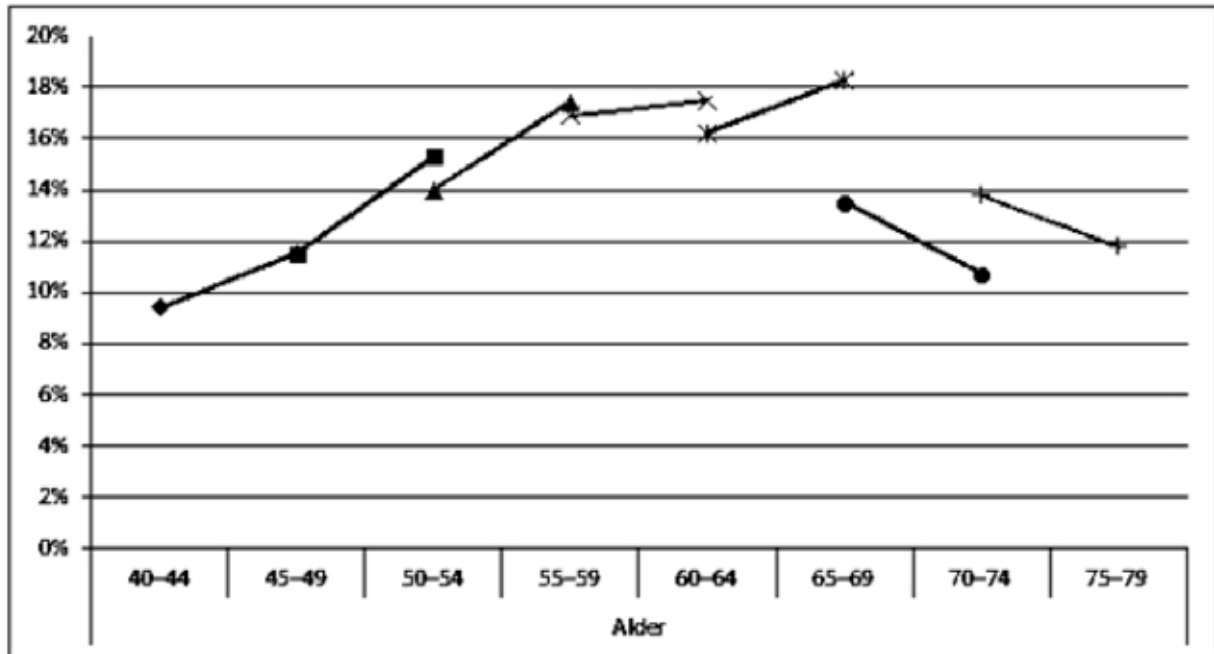
Dersom en i tillegg tar hensyn til at tålegrensen for en risikofri drikking også er lavere for eldre enn yngre mennesker, vil en enda større gruppe eldre drikke risikofylt enn det tallene ovenfor viser.

Alkoholkonsumet har økt også når en ser på drikkingen til de samme personene over tid

Slagsvold og Løset har også fulgt den samme gruppen personer i 5-årsperioden fra 2002/2003 til 2007/2008. I plansjen ovenfor ser en at aldersgruppene fra 40 år og opp til 65-70 år øker sitt forbruk betraktelig. Fra 65-70 år ser vi en nedgang.

Det viktigste funnet i denne undersøkelsen er den sterke økningen i «høyt» konsum av alkohol vi finner i gruppen som beveger inn mot eller inn i, alderdommen. Det at det er de samme personene som er fulgt over tid gir grunnlag for å hevde at vi ser en reell økning.

Nedgangen i høyt konsum for de to eldste gruppene kan være vanskelig å forstå. Det kan dreie seg om et generasjonsskille med hensyn til alkoholbruk. De eldste gruppene er født før 2. verdenskrig, og var godt voksne da de store endringene i alkoholkonsumet fant sted.



Særlig gjelder dette kvinner. De var med andre ord ikke en del av den «våte» generasjonen. Hvis dette er en riktig forklaring på forskjellen, kan vi vente oss at de påfølgende aldersgruppene vil drikke mer risikofylt.

En annen forklaring kan være at en merker at en tåler alkohol dårligere, at en er forsiktig med alkohol på grunn av medisinbruk eller på grunn av sykdom.

Kjønnsperspektivet

Ut fra det som er beskrevet ovenfor er det klart at kvinners bruk av alkohol representerer en spesiell utfordring. Middelaldrende og eldre kvinner har økt sitt alkoholbruk betydelig, samtidig som de tåler alkohol dårligere enn menn. Selv om eldre menn fortsatt drikker mer enn kvinner, og også har økt sitt forbruk, viser tallene fra Slagsvold/Løset at flere kvinner enn menn i de aktuelle aldersgrupper drikker risikofylt.

Runa Frydenlund fra KoRus Oslo gjorde i 2011 en oppsummering av kvinner som risikogruppe, og påpeker følgende elementer:

- Kvinner mellom 50 og 70 år drikker mer enn kvinner i alderen 30 til 40-år
- Drikker mer enn sine mødre
- Flere totalavholdende enn blant menn
- Økt skam og skyldfølelse
- Kvinner har større økonomiske problemer enn menn
- 4 ganger høyere blandingsbruk av legemidler enn hos menn
- Alkohol som sorgdempende middel, klar risiko for økt bruk av alkohol og legemidler blant enker
- Kvinnelig risikokonsument: Røyker, snuser, benytter sovemidler/beroligende legemidler og er fysisk inaktiv

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 ulempene som 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 velstandsøkningen som har funnet sted, samt at alkohol relativt sett er blitt billigere. 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 to faktorer som hadde betydning for hvor mye en drakk? Analysene i materialet deres tydet imidlertid ikke på at disse faktorer hadde noe å bety. En mulig forklaring på at disse faktorene ikke slår ut, kan være at det dreier seg om livsfaseendringer som de aller fleste gjennomgår, og som ikke oppleves som plutselige endringer fra en dag til den neste. Selv om en ikke ser en økning i konsum ved disse endringene i livssituasjonen, 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 bedringen i omdømme som alkoholen har fått i befolkningen. Vi kan stadig lese vinspalter, reportasjer om vindyrking, og vinkurs kombinert med å lære hvilken vin som passer til ulike typer mat, m.m. Øl har fått en renessanse ved at nær sagt hver by skal ha et mikrobryggeri, for ikke å snakke om alle privatpersoner som investerer i å lage sitt eget øl. Mange steder har øl-festivaler etter mønster fra Tyskland dukket opp. I min fødeby Egersund, på det «mørke» Sør-Vestlandet, var det til og med en av byens prester som åpnet en av høstens store kulturelle begivenheter, øl-festivalen, sponset av det lokale bryggeriet. Også når det gjelder sterkere alkoholholdige drikker er det dukket opp lokale initiativ for å få sin egen akevitt eller lignende. Alt dette innebærer at alkohol har blitt en vare som i økende grad forbindes med noe kulturelt høyverdig, eller som er nødvendig for å lykkes med det gode måltidet. Det er ikke lenger den perfekte dessert eller kake som går av med seieren, for å sette det litt på spissen.

Et annet fenomen som er verd å merke seg, er alle de reportasjene om vinens helsebringende virkninger på hjertet, på hukommelse og flere andre medisinske tilstander, som har blitt publisert i løpet av de siste årene. Til tross for at de fleste av disse funnene er tilbakevist av 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, opplever mindre stress, og behovet for beroligende midler blir mindre

Både den sosiale siden ved å drikke og nytelsen knyttet til det, vil for de fleste være legitime og gode grunner til at en velger å drikke alkohol. Når det gjelder de tre siste begrunnelsene er de høyst tvilsomme, og har ingen vitenskapelig støtte.

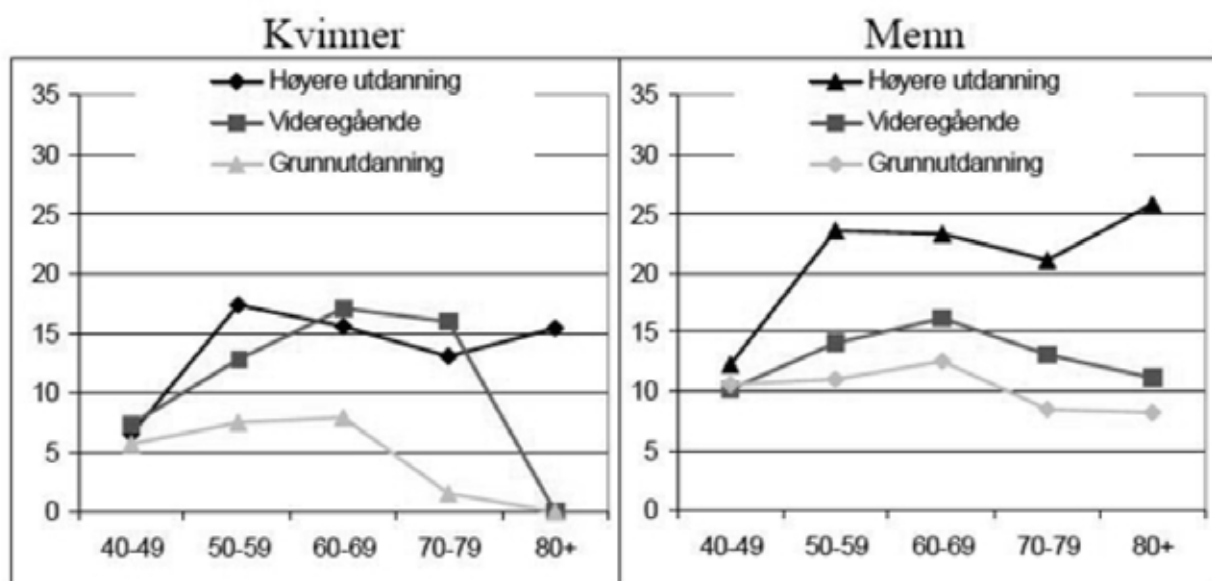
Det er mye som tyder på at store deler av den middelaldrende og eldre befolkningen ser på alkohol som helsebringende, og som bidragsyter til å redusere behovet for sovemedisiner og beroligende midler. Videre virker det som denne delen av befolkningen i liten grad er klar over at de tåler mindre alkohol etter hvert som de blir eldre, og de har liten kunnskap om at mange av de lidelsene som eldre mennesker pådrar seg kan være direkte alkoholrelaterte, eller i det minste påvirkes negativt av alkoholbruk.

Samfunnsendringer og mentalitetsendringer

Slagsvold (2012) peker på to typer samfunnsendringer og to mentalitetsendringer som kan bidra til å forstå endringene i drikkemønsteret hos eldre kvinner spesielt.

- Utdanningsnivå har betydning

Utdanningsforskjeller 'høyt konsum'



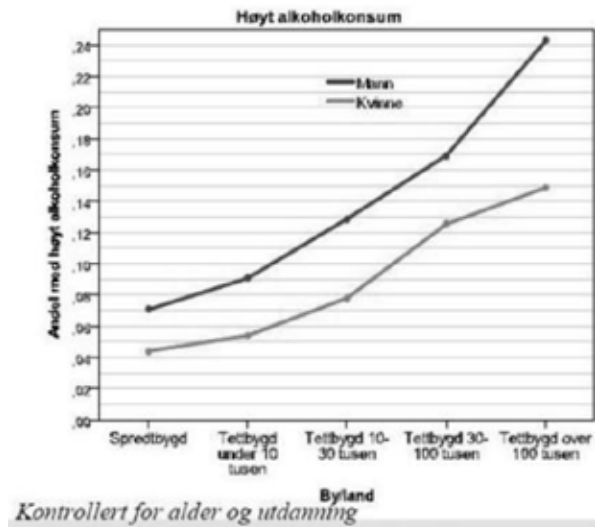
Det å ha høyere utdanning er sterkt forbundet med å drikke mer enn de som har lavere utdanning. Dette gjelder særlig for menn. På den andre siden har flere og flere kvinner tatt høyere utdanning. Blant dagens 40-åringer, morgendagens eldre, er det flere kvinner enn menn som har høy utdannelse.

Ovenfor viser Slagsvold at å ha høy utdanning bidrar til «høyt konsum». Både for menn og kvinner ser en at personer med grunnutdanning, den nederste kurven (trekanter), har klart lavest konsum av alkohol. Kvinner med videregående og høyere utdanning er de som drikker mest når de passerer 50 år. Blant menn drikker de med høyere utdanning klart mer enn personer med lavere utdanning.

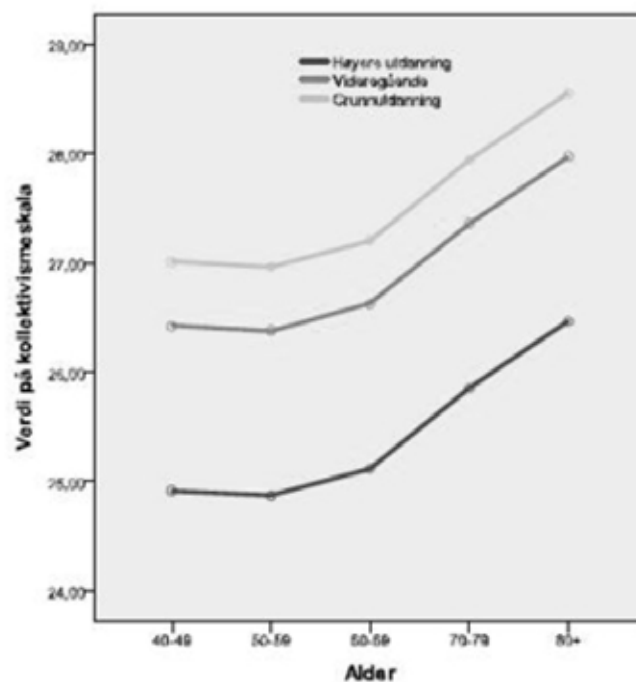
- Grad av urbanisering har betydning

Alkoholkonsum etter kommunestørrelse

Det andre samfunnsendringen Slagsvold peker på er urbaniseringen i samfunnet. Alkoholkonsumet er knyttet til graden av urbanisering, dess flere som bor et sted, dess høyere alkoholkonsum. Kurvene viser at forbruket stiger for begge kjønn med et økende innbyggerantall i en kommune.



Kollektivistiske verdier etter alder i tre utdanningsgrupper



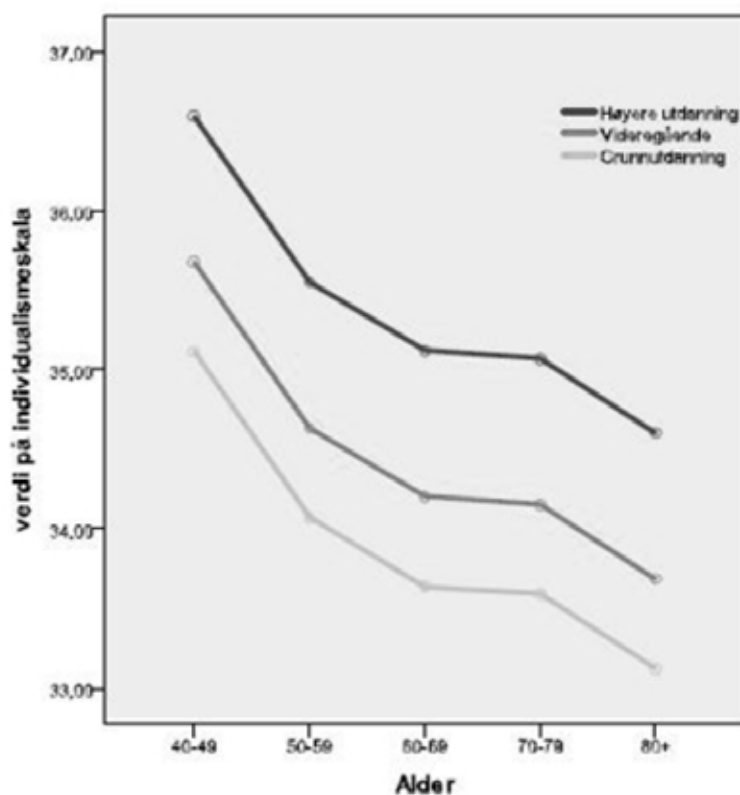
Mentalitetsendringer dreier seg for det første om nye verdier: Det er snakk om kollektivistiske kontra individualistiske verdier. Slagsvold viser i plansjen ovenfor at kollektivistiske verdier blir sterkere dess eldre man blir, og svekkes dess høyere utdanning en har i alle aldersgrupper. Den nederste kurven viser at yngre mennesker med høy utdanning i minst grad er preget av kollektivistiske verdier, men også at disse verdienes betydning stiger med alderen. For personer med grunntdanning er de kollektivistiske verdiene sterkest i alle aldersgrupper.

Den største kontrasten er mellom dagens eldre med liten utdanning og dagens unge middelaldrende med høy utdanning.

Flere eldre slutter seg til kollektivistiske verdier som at det er viktig å:

- «følge reglene og oppføre seg skikkelig og ordentlig»
- «følge skikk og bruk» en har blitt lært opp til»
- «være beskjeden og ikke stikke seg fram»

Individualistiske verdier etter alder i tre utdanningsgrupper



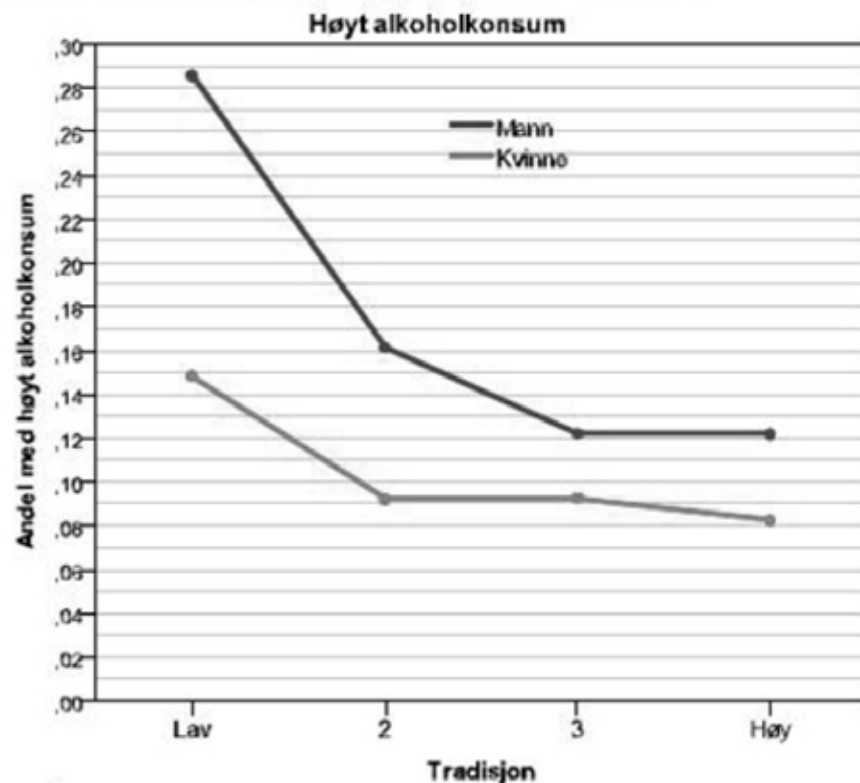
Figurene under viser at det er sammenhenger mellom individuelle, henholdsvis kollektivistiske verdier, og faktorer som utdanningsnivå, kjønn, graden av hedonisme, og rolleforståelse.

Når det gjelder individualistiske verdier ser vi den motsatte tendensen som ovenfor. Yngre med høy utdanning er sterkest individualistisk orienterte og eldre med lav utdanning skårer lavest på disse verdiene.

Her dreier det som individualistiske verdier som å:

- ta ledelsen....
- ha suksess....
- nyte livet....
- ha et spennende liv....
- bestemme selv...

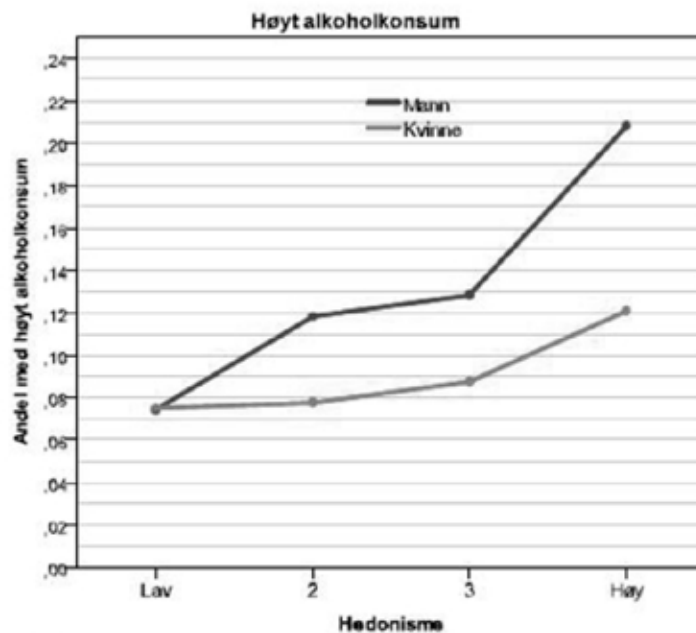
Kollektivistiske verdier: dimensjonen tradisjon – og alkoholkonsum



Å følge den skikk og bruk en har blitt lært opp til
Å være beskjeden og ikke peke seg ut
Kontrollert for alder og utdanning.

Når en ser på disse verdiene i forhold til alkoholkonsum, er det en klar tendens at de med kollektivistiske verdier drikker minst. Når det gjelder eldre, vil det være folk med kollektivistiske verdier som drikker minst risikofylt. Dette gjelder både menn og kvinner. Med andre ord er det de som følger mer tradisjonelle verdier som drikker minst.

Individualistiske verdier: dimensjonen hedonisme – og alkoholkonsum

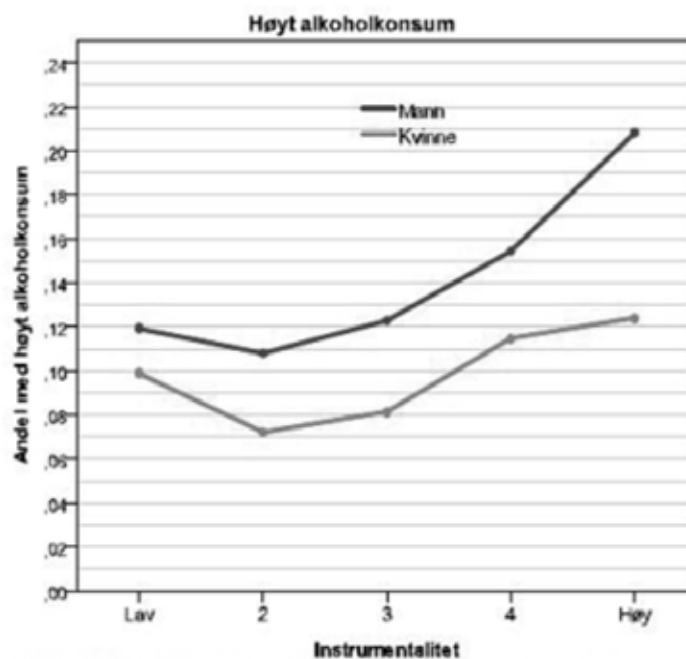


Å ha det moro

Kontrollert for alder og utdanning.

På den andre siden ser vi at de med individualistiske verdier drikker mest. Både menn og kvinner med individualistiske verdier drikker mest. Slagsvold peker på at de som skårer høyt på hedonisme – f.eks. det å ha det moro – drikker mest alkohol. De har også høy utdanning.

Instrumentalitet og alkoholkonsum



Pågående, lederegenskaper, forsvare mine meninger, ta sjanser, selvhevende, viljesterk

Kontrollert for alder og utdanning.

N O V A

Det siste trekket Slagsvold peker på er endringer i kvinners roller. Tradisjonelt er instrumentalitet og mer handlekraftige væremåter knyttet til maskulinitet, mens kvinner tradisjonelt er mer emosjonelt orientert. Blant de kvinnene som har endret seg i retning av mer instrumentelle roller, ser vi en klar sammenheng med høyere alkoholkonsum. Kvinner med instrumentell orientering er også bedre utdannet.

Oppsummert

Oppsummert vil en kvinne som er individualistisk verdiorientert, som er instrumentell, som er godt utdannet og som bor i en større by, være den kvinnetypen som drikker mest.

Også blant menn ser en de samme utviklingstrekkene, men her er ikke avviket så stort når en sammenlikner med det en så for noen år tilbake.

Alkohol, sykdom og avhengighet

Alkohol virker inn på nær sagt alle kroppens organer, og 60 lidelser kan i større eller mindre grad være alkoholrelaterte.

Av disse er de viktigste: Hjernen - hjerte-karsykdommer - leverskader - kreft i fordøyelsessystemet og brystkreft hos kvinner - skjelett - nerver - nyrer - muskler - lunger - mage-tarm - immunforsvaret - større risiko for blødninger og sårddannelser, og skader som skyldes dårligere balanse.

Når det gjelder hjerte- og karsykdommer kommer det ofte oppslag i pressen om at et glass vin er godt for helsen. Flere forskergrupper har tilbakevist dette, blant andre Kay Filmore et.al som sier: «*Man har ikke kunnskaper som tilsier at man skal drikke for helsens skyld*». Mange studier lider av metodefeil primært ved at kontrollgruppen "avholde" også har tatt opp i seg personer som tidligere har brukt alkohol, men som har sluttet eller redusert drikkingen. Mange av disse har allerede pådratt seg alkoholskader.

De som pådrar seg et alkoholproblem deles ofte opp i tre ulike grupper:

- **«Overleverne»** - de som debuterte tidlig. Mange har hatt problemer tidligere, og for noen slår problemene sterkere ut når de blir eldre. Disse anslås å utgjøre 2/3 av dem som får problemer med bruk av alkohol.
- **«Reagererne»** - de som debuterer sent. Disse får problemer sent i livet, ofte på grunn av endringer i livssituasjonen.
- **«Bingedrikkere»** - drikker mye, ofte i kortere perioder, slik at de får problemer

Hos eldre er det «overleverne» som utgjør den største gruppen. Det er personer som har drukket mye tidligere i livet, og som fortsetter med dette når de blir eldre. Ved at de tåler alkohol dårligere enn tidligere, vil de i større grad enn før få problemer knyttet til alkoholbruken.

I gruppen «reagererne» er det mange som bruker alkohol for å døyve sorg. En svensk studie viser at 1/3 av enkene brukte alkohol for å døyve sorgen. En annen studie fra Sverige viser sammenheng mellom alkoholbruk og selvmord for personer over 65 år.

Selvpåførte skader, fall og trafikkulykker er viktige årsaker til død blant eldre. Eksempelvis vil halvparten av kvinner i alderen 75-93 år som bor hjemme, oppleve å falle i løpet av ett år. Alkohol spiller antagelig en stor rolle ved flere av disse fallene. Det er imidlertid få studier på området som bekrefter dette, men rapporter fra det kliniske feltet viser at flere faller i påvirket tilstand.

Se eget kapitel om alkohol og sykdommer.

Alkohol og samtidig bruk av legemidler

Eldre er storforbrukere av de aller fleste typer medisiner. Generelt er det slik at ved omlag 200 av de medikamentene (produkt navn) vi finner i Felleskatalogen, finnes det en samvirkning ved bruk av alkohol. Hver femte 70-åring bruker mer enn 10 reseptbelagte legemidler i løpet av et år, og en finsk studie viser at 87 % av de eldre som drikker alkohol også bruker medisiner.

Ved samtidig bruk av alkohol vil virkningene av medisinene enten svekkes eller forsterkes. Dette vil kunne øke sykdomsrisikoen for de lidelsene medisinene brukes for å lindre.

Benzodiazepiner utgjør et av de største problemene for eldre, både fordi de eldre har et stort forbruk og fordi kombinasjonen gir store virkninger.

Et eksempel på samvirke vises i en studie av Marit Stordal Bakken (2014): Eldre som tar antidepressiva har 70 % større risiko for hoftebrudd enn andre eldre fordi antidepressiva gir mer benskjørhet og dårligere balanseevne. Selv om studien ikke sier noe om kombinasjon med alkohol, vet vi at ved en kombinert bruk av medisiner og alkohol er det sannsynlig at disse virkningene forsterkes.

Se eget kapitel om alkohol og samtidig bruk av medikamenter.

Eldres alkoholbruk og pårørende

Få har vært opptatt av at eldres alkoholbruk også berører de personene som står dem nærmest, det være seg partner, barn, barnebarn eller andre. For mange av disse er det at ens nærmeste bruker alkohol på en måte som påvirker livskvaliteten, en stor belastning både ved at en blir bekymret for den eldre, og ved at en selv får plager som går ut over helse og velvære.

Fra det kliniske feltet rapporteres det at mange pårørende kommer i vanskelige dilemmaer. Det kan være at den eldre ber sine nærmeste om å sørge for å kjøpe inn alkohol, at de synes det er flaut når den eldre møter opp tydelig påvirket ved sosiale anledninger, eller at de synes kontakten mellom besteforeldre og barnebarn kan være vanskelig å få til på en god måte. Noen barn velger å holde barnebarna mest mulig unna besteforeldrene.

I hjelpetjenesten er det viktig å trekke inn de pårørende når det gjelder hvordan en skal håndtere situasjonen. Dette dreier seg både om å tilrettelegge for å gi den eldre hjelp og støtte på en best mulig måte, og for å ivareta den pårørende slik at disse ikke utvikler problemer for egen del.

Se eget kapittel om pårørende.

Utfordringer framover

I det foregående er det beskrevet at eldre, og særlig kvinner, drikker mer alkohol enn tidligere generasjoners eldre. Om denne trenden forsterkes kan en ikke si noe sikkert om, men det er sannsynlig at dette vil skje. Med bakgrunn i HUNT 3-tallene (Støver 2012) anslår en at det i 2012 var 56 000 personer over 60 år som hadde en problematisk drikkeatferd. Med en økning i antallet eldre på 50 % i løpet av 20 år, vil 83 000 ha en problematisk drikkeatferd i 2030. Dette er antagelig, ut fra det som er sagt ovenfor, et forsiktig anslag. Uansett vil det være et betydelig antall eldre som har en problematisk drikkeatferd.

Hva kan gjøres

- Mer forskning

Det er først i de senere årene at det er satt i gang forskningsinnsats for å få mer kunnskap om eldres bruk av rusmidler. En økt forskningsinnsats er viktig for å kunne sette i gang tiltak som treffer den eldre befolkningen.

- Utvikling av screeninginstrument tilpasset eldre

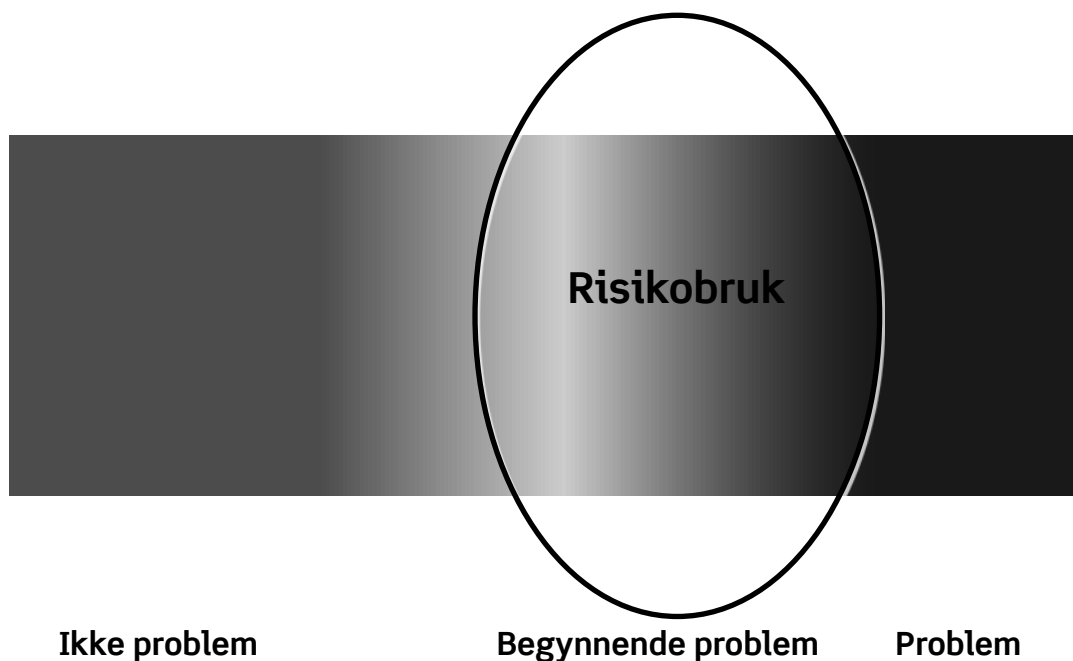
Ingen av de aktuelle screeningsinstrumentene er utviklet med bakgrunn i at eldre tåler mindre alkohol. Inntil videre vil instrumentet AUDIT C være enkelt å bruke. Det er også behov for en samtidig kartlegging av medikamentbruk for å kunne gi gode råd om alkoholbruk.

- Større fokus i utdanning av helsepersonell

Temaet eldre og alkohol, samt kombinasjonen med bruk av medikamenter har i liten grad hatt fokus i utdanning av helsepersonell. Både i utdanning innen sykepleie, og i utdanningen for leger, er det svært viktig at temaet får plass både i grunnutdanningene og i videre- og etterutdanning.



Tidlig intervensjon



Figuren ovenfor illustrerer hvordan en kan forstå graden av problemutvikling hos en person fra å være uten problem til å ha et alkoholproblem.

Det er et uttalt mål å kunne intervenere så tidlig som mulig, før det har blitt et større problem. Store problemer er mer utfordrende å løse.

Informasjon er viktig

Det er åpenbart at få eldre vet at alkohol kan ha en negativ innvirkning på deres helse. Det er særlig tre forhold det bør informeres om:

- Informasjon om at en som eldre er mer sårbar og tåler alkohol dårligere enn da en var yngre.
- Opplysninger om påvirkning på den psykiske og fysiske helsen.
- Informasjon om mulig uheldig kombinasjon av medisinbruk og alkohol.

I tillegg til at eldre vet lite om alkoholens uheldige virkninger på helsen, har mange eldre, som tidligere nevnt, tvert imot den oppfatningen at et par glass vin om dagen er godt for helsen, at en sover bedre og at alkoholen kan roe nervene (Slagsvold/Løset, 2014).

I et oppslag i VG 7. april 2015 står følgende:

«Jo eldre man er, desto større tro har man på at alkohol er positivt for helsen. I en fersk representativ undersøkelse utført av Ipsos MMI på vegne av AV-OG-TIL, svarer 3 av 10 ja på spørsmålet om de tror at det er sunt med et glass vin om dagen».

Dette illustrer ytterligere hvor viktig det er at målgruppen får en mer sannferdig

kunnskap om alkoholens virkninger på deres helse etter hvert som de blir eldre. I mange sammenhenger vet vi at kunnskap om et fenomen ikke nødvendigvis fører til at man handler annerledes og mer fornuftig. Likevel ser vi på en del områder at informasjon og kunnskap har positiv effekt. Informasjon om at alkohol kan skade et foster har ført til at de fleste gravide holder seg unna alkohol når de har fått vite at de er gravide. Selv om fortsatt mange røyker, har prosenten røykere blitt halvert (fra 26 til 13 %) etter at en satte i gang informasjon og andre tiltak om tobakkens skadevirkninger.

Eldre er opptatt av å bevare en god helse så lenge som mulig inn i alderdommen. Dette er et godt utgangspunkt for å gi dem kunnskap som kan føre til en mer bevisst bruk av alkohol. Ved siden av helseperspektivet på informasjonen, må det også understrekes at det for de fleste ikke er nødvendig å kutte ut alkoholbruken, men at bruken må tilpasses deres egen helse.

Det er ønskelig med informasjon som retter seg mot hele den aktuelle befolkningen. Den kan gis av de nasjonale helsemyndighetene eller av organisasjoner av typen «AV-OG-TIL», som har god erfaring med nasjonale kampanjer. Denne typen kampanjer kan også støttes opp av kommunale helsetjenester.

Kjønnsforskjeller

Vi vet også at det for voksne generelt er betydelige forskjeller mellom kjønnene når det gjelder å tåle alkohol. Nedenfor gjengis et eksempel på dette:

Mann:

- 80 kg (70 % er vann) som drikker 1 flaske vin får en promille på 1,1

Kvinne:

- 50 kg (60 % vann) som drikker 1 flaske vin får en promille på 2,0

Det er viktig at kvinner blir klar over at de har denne doble sårbarheten, dvs. at de tåler mindre alkohol både fordi de er kvinner og fordi de blir eldre.

Rådgiving vedrørende anbefalt drikking

I mange land gis det anbefalinger om forsiktighet ut over visse grenseverdier for drikking av alkohol i løpet av en uke. Mye tyder på at dette ikke fremmer moderat drikking, og at det for noen fører til at man drikker mer enn man ellers ville ha gjort, ut fra en tanke om at de anbefalte mengdene er det man i alle fall kan drikke.

I Norge har man derfor vært forsiktige med å gå ut med konkrete råd. Likevel foreligger følgende anbefalinger:

Menn 18 til 65 år:

- Maks 4 enheter pr. dag – ikke over 13 pr. uke.

Kvinner 18 til 65 år:

- Maks 3 enheter pr. dag – ikke over 9 pr. uke

Lege Jon Johnsen sier i en forelesning (NHS-konferanse 25.9.2014) følgende om hvordan personer over 65 år bør forholde seg til alkoholkonsum:

- Tre enheter eller mer pr. dag er ansett å være et risikabelt forbruk både hos menn og kvinner.
- Sju enheter pr. uke eller mer er ansett å være et risikabelt forbruk både hos menn og kvinner.

Det er vanskelig å forstå hvorfor det er en lik anbefaling for menn og kvinner. Skal en gi råd, vil nok det mest fornuftige være å si at det for kvinner kan være risikabelt å drikke mer enn 5 alkoholenheter pr. uke. Videre bør det understrekes at eldre bør ha 2-3 hvite dager pr. uke, både for å hindre toleranseutvikling, og for at kroppen trenger alkoholfrie perioder.

Et annet viktig moment er at helsetilstanden for eldre varierer mye mer enn for personer i andre aldersgrupper. En bør derfor være forsiktig med å gi konkrete råd, men heller understreke at den enkelte må ta hensyn til egen helse- og sykdomstilstand, undersøke hvordan bruk av medisiner samvirker med alkohol, og selv kjenne etter hvordan alkoholen virker på en i forhold til tidligere.

En farbar vei å gå, i stedet for å gi konkrete råd om antall enheter, vil være å følge den typen råd de australske helsemyndigheter gir. De anbefaler eldre å drikke mindre enn yngre, og ytterligere redusere eller unngå å drikke, dersom man tar legemidler som kan samvirke med alkohol. Det bør understrekes at eldre som bruker medisiner bør undersøke med lege om, og i tilfelle hvordan, den aktuelle medisinen en bruker virker sammen med alkohol.

En mer myndig eldregenerasjon med mer kunnskap om alkoholens virkninger vil også ha større krav og forventninger til at helsepersonell skal gi informasjon om alkoholens mulige skadevirkninger på deres helse.

Hvor godt rustet er hjelpeapparatet?

Det har vært liten oppmerksomhet i hjelpeapparatet omkring eldres bruk av alkohol, og alkoholbruk kombinert med legemidler. Følgende forhold kan være med på å forklare noe av den manglende interessen for spørsmålet:

- Hva fokuseres det på?
- Er det et ikke-tema, evt. etiske barrierer?
- Tabubelagte holdninger
- Kunnskapshull
- Tidsklemma?
- Ressursøkning?

Hva fokuseres det på

Man kan for det første spørre seg om hvorfor bruken av alkohol ikke blir kartlagt, eller spurt om, hos fastlegen, eller når man blir bruker av helsetjenesten i kommunen.

Mange fastleger tar ikke opp spørsmålet om samvirke med alkohol ved medisinskriving eller når det kan foreligge alkoholrelaterte helseplager. Det er først når det er snakk om en mer alvorlig avhengighetsutvikling at alkoholbruken blir brakt på bane.

I kommunenes helsetjeneste kartlegges en rekke forhold, som eksempelvis ernæringsforhold, røyking, medisinbruk og generell helsetilstand, i forbindelse med at en ønsker eller har behov for helsetjenester fra kommunen. Alkoholbruk er imidlertid ikke noe en kartlegger.

Ikke-tema/etiske barrierer

Bakgrunnen for at det er et ikke-tema kan henge samme med etiske barrierer. Mange opplever spørsmål om drikking av alkohol som noe det ikke bare kan være vanskelig å spørre om, men at det også er en privatsak hvor mye en drikker. Det kan derfor oppleves som å gå over en etisk grense å spørre om alkoholbruken.

Tabubelagte holdninger

Videre kan en hevde at alkohol er et av de siste tabuene i vårt samfunn. Det er skambelagt å ikke ha kontroll over sin alkoholbruk, og den som drikker bruker ofte mye krefter på å skjule at alkoholbruken er omfattende. Også familien og andre nærstående kan oppleve det samme, at det er tabu å snakke om det, og at en derfor skjuler og gjør mye for at andre ikke skal oppdage at ens nærmeste har et alkoholproblem.

Kunnskapshull

I de fleste kommuner, og i helse- og sosialtjenesten for øvrig, har det vært lite oppmerksomhet omkring eldre og deres bruk av alkohol og medikamenter. Det er åpenbart at det er behov for en bred kompetanseheving på dette området. Også den eldre del av befolkningen har behov for mer kunnskap om hvordan alkoholen påvirker deres helse, både gjennom folkehelseopplysning og ved informasjon hos leger og annet helsepersonell.

Tidsklemma

Både hjemmetjenesten og fastleger har stramme tidsskjemaer når de har konsultasjoner med pasienter eller brukere. Det kan derfor være en utfordring å finne plass til å ta opp spørsmålet om bruken av alkohol med sine pasienter. Den mest realistiske veien å gå vil være å innarbeide tematikken så langt det lar seg gjøre i daglige rutiner.

Ressursøkning

I en situasjon med ressursknapphet er det lett å framholde at en ikke kan introdusere et nytt arbeidsområde uten at det stilles ressurser til disposisjon. I dagens kommuneøkonomi er det lite realistisk at dette vil skje. En styrking av det kommunale samarbeidet mellom hjemmetjenesten, rus- og psykiatritjenesten og fastleger vil imidlertid kunne gjøre det lettere å gi eldre med risikofylt forbruk av alkohol et bedre tilbud. Videre vil et samarbeid om personer med et problemfylt forbruk av alkohol, eventuelt kombinert med bruk av medikamenter, også kunne spare ressurser. Så kan en håpe at statlige myndigheter stiller ressurser til rådighet for en satsing på området.

Noen gamle hunder kan lære å sitte

Til slutt kan en stille spørsmål om det er mulig å få til endringer i eldres bruk av alkohol. Her er noen mulige og optimistiske svar:

- Med enkle tiltak kan mange redusere alkoholbruken
- Bruk av AUDIT C, som tar høyde for at eldre tåler mindre, supplert med alkoholhistorie anbefales
- Senstartere og kvinner er lettest å få til å endre bruken

Og husk at den eldre befolkningen utgjør en uensartet gruppe, ikke minst i forhold til helse og funksjonsnivå. Mange eldre har god helse, lever et aktivt liv og bruker alkohol i moderate mengder som en del av det gode liv. Samtidig skal vi huske at de "moderate" alkoholbrukerne vil stå for de fleste alkohol-relaterte skader og sykdommer ettersom de utgjør den største gruppen.



Aldring og aldringsprosesser

Normal aldring:

Normal aldring

- **Biologisk prinsipp: Ressurser allokeres rundt reproduksjon:**
 - Det er viktigere å vokse opp og reprodusere, enn å bli gammel.
- **Aldringsprosessen er multifaktoriell**
 - Oppbygging - vedlikehold - nedbryting

Aldring er i hovedsak noe vi har en dårlig forståelse av. Det som er sikkert er at mennesker eldes, mens det finnes arter som ikke gjør det på samme måte. Teoriene omkring hvorfor vi eldes er mange, men ingen er fullstendige. Og også blant mennesker er aldringsprosessen forskjellig fra individ til individ. Noe er genetisk bestemt gjennom en slags biologisk klokke, mens miljø og levevilkår også har stor betydning.

Det er ikke bare slik at mennesker eldes forskjellig, men også hos enkeltindividet vil forskjellige organer ofte eldes i forskjellig hastighet. Og før eller siden vil ett, eller flere, organsystemer bryte sammen, gi sykdom og til slutt død. Vi dør altså ikke av "aldring", men vi dør av organsvikt. Det som kjennetegner dem som blir veldig gamle, f.eks. 110 år eller eldre, er at de fleste organsystemene eldes omtrent i samme tempo. Dette er i motsetning til de fleste andre, der ett organsystem bryter sammen før de andre organene, noe som igjen fører til døden. De som blir veldig gamle er ofte skjøre, og flere organsystemer er svekket, men de har unngått at ett organsystem "tar de andre med seg". Imidlertid er det også hos dem til sist en organsvikt som fører til døden.

Teoriene bak aldring er flere, og disse ligger utenfor denne bokens tematikk. Jeg nevner likevel noen av de mest vanlige teoriene, mer som et bakteppe for resten av boken. Noen teorier er også oppsummert i figurene nedenfor.

Aldringsprosesser

Aldringsprosesser

- **Akkumulering av genetisk skade i gener, chromosomer og mitochondrier**
- **Epigenetiske forandringer**
- **Opphopning av avfallsstoffer, endringer i proteiner**
- **Frie radikaler forstyrrer metabolismen**
- **Endringer i immunforsvaret**

Noen mener at aldring nesten utelukkende har å gjøre med signaler i eller fra hjernen. Andre igjen hevder at aldring er betinget av signalsystemer i mange forskjellige organsystemer, mens noen mener at enkelte celler er mer avgjørende enn andre, slik som stamceller og stamcelleproduksjon. Og det er slik at de fleste av teoriene ikke utelukker de andre.

Ellers vil teoriene rundt aldring i hovedsak kunne deles i to grupper: **Skader eller programmering**. Men også her er det slik at teoriene ikke utelukker hverandre, slik at det handler mer om hvordan mekanismene vektlegges.

Skadeteoriene handler om at cellene etterhvert skades av metabolismen, med opphopning av skadelige stoffer gjennom hele livet. Det handler om redusert funksjon i cellene, eller om manglende reparasjonsprosesser i organene. Slik blir aldring å forstå som naturlige konsekvenser av et langt liv, og som et resultat av helt normale celleprosesser. Heri ligger også tanker om at de manglende reparasjonsmekanismene kan være genetisk programmert, slik at distinksjonen mellom de to hovedgruppene ikke er så klar som denne klassifiseringen kan gi inntrykk av.

Programmering handler om genetiske mekanismer. Det betyr at aldringen i hovedsak er genetisk programmert, ofte da inn mot bestemte organsystemer. Her snakker vi også om epigenetiske forandringer, et signalsystem som instruerer genene om hva slags uttrykk de skal gi. Ettersom vi vet at miljøet også har stor betydning for aldring, tenkes det at den genetiske koden, i større eller mindre grad, handler om kroppens samvirkning med omgivelsene. Imidlertid vil noen mene at reparasjon av celledskader er en del av den genetiske koden. Slik blir også skadeteoriene en del av programteoriene.

Ellers går diskusjonen, her som ellers, om vektleggingen av arv og miljø. I tillegg vet vi at en sammenheng ikke nødvendigvis innebærer en årsakssammenheng, noe som er en vanlig vitenskapelig utfordring. Med dette mener jeg at dersom vi kan vise at det er sammenfall mellom en celledskade og en bestemt aldring, vet vi ofte ikke om det er denne celledskaden som er årsak til aldringen. Det kan tenkes at det er en bakenforliggende årsak som bestemmer begge deler.

13 mekanismer for aldring

- Reparasjon av DNA
- Forsvar frie radikaler
- Fjerning defekte prot
- Syntese makromolekyl
- Immunforsvaret
- Avgiftning av farlige stoffer i mat
- Tilheling (sår, brudd)
- Homeostase eks. temp.
- Reparasjon av proteiner
- Beskyttelse mot kreft
- Apoptose (fjerning av døde celler)
- Fettlagring reduseres
- Redusert hårvekst (hårvekst fjerner avfall)

Gjennom hele livet skjer det skadelige forandringer i arvematerialet, genene, og helst i forbindelse med celledelinger. Normalt vil kroppen reparere disse skadene, slik at de ikke får lov til å føres videre. Hos eldre **svekkes evnen til reparasjon av DNA**, og resultatet kan bli celler uten effekt, med redusert effekt eller kreftutvikling.

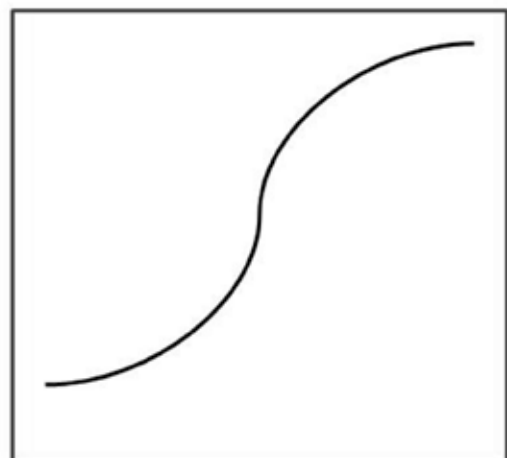
Frie radikaler er atomer eller molekyler som mangler et elektron, og som derfor reagerer lett med andre stoffer. "Andre stoffer" kan også være vårt arvemateriale, slik at det blir skadet. Antioksidanter reagerer med de frie radikalene og nøytraliserer disse, men om antallet frie radikaler overskrider mengden antioksidanter, vil skadene oppstå. Denne **ubalansen mellom frie radikaler og antioksidanter øker med alderen**. I tillegg vil infeksjoner, stråling, eksos, tungmetaller, psykisk stress, røyking og kanskje alkohol, føre til ekstra mange frie radikaler. Det kan føre til kreft, hjerte- og lungesykdommer, samt normale aldringstrekk som rynker i huden.

Proteiner er bærebjelker i kroppen. Med aldring **svekkes både evnen til nydanning av proteiner og evnen til reparasjon av skadde proteiner**. I forlengelsen av dette får vi **dårlig dannelse av makromolekyler**, noe som igjen er årsaken til **det svekkede immunforsvaret** vi ser hos eldre. Proteiner er, sammen med andre faktorer, også nødvendige for å beskytte oss mot giftstoffer i maten, og for å fjerne skadde, eller uvirksomme celler.

Som en konsekvens av ubalansen mellom nedbryting og oppbygging ved økende alder, kommer også **en dårligere tilheling** ved skader, og vanligvis lengre sykdomsforløp. Og noen ganger klarer kroppen ikke å føre prosessene helt fram, slik at det blir et varig funksjonstap som resultat. Dette kan også skje hos yngre mennesker, men risikoen øker med økende alder.

Fettlagrene er kroppens energireserver. Evnen til å sette av slike reserver reduseres med alderen. Den relative andelen fett øker imidlertid, men det skyldes reduksjon i væskevolum i kroppen, samt reduksjon i annet vev som for eksempel muskler.

Det vi kan si med sikkerhet er at aldring er **en multifaktoriell prosess**, der det ikke er en, men mange forhold som har betydning. I naturen er det slik at forplantning går foran evnen til langt liv. Det innebærer at når en art har nådd toppen av sin forplantningsdyktige periode, vil oftest aldringsprosessene starte opp. Hos mennesker ligger denne forplantningstoppen rundt 20-årsalderen. Fram til da har det vært vekst og modning, men etter dette starter aldringsprosessene i kroppen. Så øker hastigheten på aldringen framover, mens hastigheten til sist ser ut til å flate mer ut. De som overlever den hastige aldringen og kommer over en viss alder, har derfor også større sjanse for å bli enda eldre. Kurven for aldring har en S-form.



Illustrasjon aldringskurve

Normale kognitive endringer med økende alder

Vi opplever også normale kognitive endringer når vi blir eldre. Da holder jeg utenfor det vi regner som sykdom, slik som demens, depresjon og angst. Jeg holder også utenfor kognitive forandringer som skjer som en følge av fysisk sykdom, slik som redusert syn og hørsel, nedsatt blodtilførsel til hjernen, ubalanse i salter i blodet, og andre fysiske forandringer som har kognitive konsekvenser. Et resultat av det vi kaller fysisk sykdom kan ikke betraktes som normale endringer.

De viktigste kognitive endringene hos eldre:

Når oppmerksomheten svekkes er det ikke evnen til å være fokusert på ett tema over tid

Oppmerksomhet (Elisabeth L. Glisky 2007)

- **Oppmerksomhet svekkes**
 - Selektiv oppmerksomhet trolig normal, men langsom informasjonsprosessering
 - Delt oppmerksomhet/skifte av fokus svekkes pga. reduserte ressurser til delt allokering. Påvirkelig av mental og *aerob* trening.
- **Vedvarende oppmerksomhet ikke svekket**

som er utfordringen. Problemer oppstår når livet krever at vi må skifte fokus ofte, eller det vi ofte kaller delt oppmerksomhet. I virkeligheten er delt oppmerksomhet ("multitasking"), det fenomenet at vi skifter fokus så fort at det virker som om vi har flere ting i hodet på en gang. Vi kan imidlertid bare ha oppmerksomhet på en ting om gangen.

Det siste klarer eldre like godt som yngre, noen ganger ofte bedre på grunn av en form for mental ro. Men skiftene mellom flere fokusområder vil gå tregere. Eldre har en mindre mental kapasitet til å dele mellom flere formål. De bruker lengre tid på å gå ut av en "oppmerksomhet", og inn i en annen "oppmerksomhet". I en virkelighet som krever hurtig skifte av fokus, vil eldre lettere falle ut. Evnen til å skifte raskt kan imidlertid opprettholdes bedre med både mental trening (ny innlæring, kryssord, språk, mindfulness og meditasjon), og fysisk trening der pulsen og pusten settes under press.

Hukommelse

- **Nedsatt arbeidsminne (normal korttidshukommelse)**
 - Eksekutive funksjoner: Beslutninger, problemløsning, planlegging

Arbeidsminne er den delen av hukommelsen som gjør at vi kan utføre arbeid, det vil si prosesser som innebærer at elementer planlegges, holdes styr på og utføres på riktig måte. Og underveis må vi også holde målet for øyet. Spørsmål som «hva var det nå jeg

skulle gjøre?”, eller “har jeg nå gjort det?” kan alle oppleve, uansett alder, men om disse spørsmålene stykker opp arbeidsoppgavene for mye, blir sammenhengen borte, feilene skjer og målene kan glippe.

Eldre er mer utsatt for å oppleve dette på grunn av den reduserte mentale kapasiteten. Konsekvensene kan bli plagsomme, fordi det rammer evnen til å utføre ting, planlegge gjøremål og løse hverdagens problemer. Dette nedsatte arbeidsminnet henger sammen med punktet ovenfor om konsentrasjon, for også arbeidsminne handler om å fordele ressurser riktig. Verdt å merke seg er at korttidsminnet oftest ikke er rammet, i motsetning til det som sies om eldre. Korttidsminne forveksles med det å holde mange «korttidsminner» i hodet samtidig.

Langtidshukommelse

- **Svekket episodisk hukommelse**
 - Koding og gjenhenting. «Cues» kan gjøre denne nesten normal.
- **Semantisk hukommelse ofte bedre enn hos yngre, men langsommere opphenting**
- **Prospektiv hukommelse svekkes**
- **Prosedural og autobiografisk hukommelse oftest intakt (men hukommelsen er en utro tjener.)**

Langtidshukommelsen blir mindre sammenhengende med økende alder, og enkeltepisoder går oftere i glemmeboken. Særlig er dette uttalt der enkeltepisodene ikke kan settes inn i en betydningsfull sammenheng. Hukommelsen blir altså mer hulllete, men dette kan til en viss grad skjules gjennom det som heter konfabulering, det at man “finner opp” historier som gjør at det blir sammenhenger. Det kan imidlertid tenkes at denne svekkede episodiske hukommelsen ikke nødvendigvis betyr at hendelsene er borte, men heller at det er opphenting som er rammet. Bakgrunnen for dette er å finne i at påminnelser, stikkord, lignende opplevelser og andre oppfriskere gjør at de episodene som virket glemt likevel kan gjenskapes i hukommelsen. Ordforrådet er oftest større enn hos yngre, og disse ordene holdes ved like bedre enn hos yngre, men det kan ta litt tid å hente dem fram. “Hva var det nå det het?” kan ofte være en slags pause før ordet kommer på tungen.

Det er altså ikke riktig at langtidshukommelsen er like god når alderen øker. Den blir vanligvis svekket, men ofte med unntak for den autobiografiske delen - historien om eget liv. Også hukommelsen om hvordan ting utføres holder seg vanligvis intakt. Imidlertid gjelder det for all langtidshukommelse at den er påvirket av det som har skjedd i ettertid. Hukommelsen behøver altså ikke være “riktig”, men den gir mening. Dette er et fenomen som ikke bare gjelder eldre. Også yngre har en slags “flytende” og påvirkbar langtidshukommelse. Men hos eldre strekker langtidshukommelsen over lengre tid, slik at fenomenet kan bli mer uttalt.

Høyere kognitive funksjoner

- **Språk og tale oftest intakt**
- **Beslutninger tas med bakgrunn i erfaringer**
 - Mer påvirkelig av «eksperter»
- **Eksekutiv kontroll ofte svekket**
 - Skaper vansker for innlæring av nye vaner

I tråd med at den semantiske (språklige) hukommelsen er intakt, vil også språk og tale fungere greit. Der er det ingen svekkelse med årene. Fordi evnen til problemløsning er svekket, samtidig som eldre har en langtidshukommelse som er full av tidligere erfaringer, vil de imidlertid oftere støtte seg til erfaringene enn da de var yngre. Det at de velger erfaringer framfor aktiv problemløsning her og nå, gjør at de også blir mer påvirket av andres meninger. "Dette kan du sikkert bedre enn meg" vil ofte bli en utvei når en avgjørelse skal tas. Nå har nok eldre også en intuitiv opplevelse av at å lære nytt går litt tregere, og at det går tyngre å utføre oppgaver og gjøremål. Dette gjør det også mer bekvemt å støtte seg til andre.

Positive kognitive aldersforandringer

- **Finner motivasjon i det å dele erfaringer og tilegne visdom**
- **Mer opptatt med å finne mening med tilværelsen, gjøre opp status**
- **Følt behov for å ordne opp i konflikter etc.**
 - Ønske om å leve godt med familie og samfunn
- **Blir mer opptatt av å utforske viktige livstemaer**
- **Hjerneforandring som promoterer positive emosjoner og moral**



Aldring og sykdom

Fred Rune Rahm

Med økende alder følger for de fleste også en økende sykdomsbelastning. Og, som nevnt i avsnittet om aldringsprosesser, kan dette forstås som at vi får en reduksjon i vår evne til å tilpasse oss belastninger. Belastningene kan komme innenfra gjennom celleprosesser (for eksempel diabetes), eller ved endringer i arveanlegget (for eksempel det som skjer ved utvikling av forskjellige kreftformer). Eller vi får en svekkelse i immunforsvaret som gjør at vi ikke lenger klarer å håndtere sykdomsfremkallende mikrober slik som tidligere. Vår evne til næringsopptak kan bli svekket, samtidig som kapasiteten i forskjellige organsystemer samlet sett går ned.

Hva kan øke belastningen?

- Sykdom
- Medisiner
- Gradvise livsforandringer
- Brå livsforandringer
- Uforholdsmessige krav til fysisk aktivitet
- Alkohol?

Men **belastningene kan også komme utenfra**. **Smitte** griper rett inn i det svekkede immunsystemet, det kan være psykologiske belastninger som tap, sorg, isolasjon og depresjon, og det kan være fall og ulykker. Fordi den biologiske kapasiteten reduseres, og noen ganger også den psykologiske kapasiteten, vil belastninger som tidligere ble håndtert greit, kunne bli i største laget når en blir eldre. Så den ytre påkjenningen behøver ikke være unormalt stor, men den møter redusert mestring, og resultatet kan bli sykdom og ytterligere nedsatt funksjon. Det kan bli en vond sirkel, for vår evne til å reparere den skaden som gir en funksjonsnedsettelse blir også mindre, slik at en skade fort kan føre til flere skader.

Sykdom er en slik ekstra belastning, likeledes medisiner.

Mens **medisiner** er viktige for å kurere sykdom eller for å unngå at sykdom utvikler seg, vil de fleste medisiner samtidig også medføre en belastning på forskjellige organsystemer.

Alkohol kan også være en slik ytre belastning.

Heldigvis er det slik at de fleste organer i kroppen har en **betydelig reservekapasitet**. Reservekapasiteten er individuell og henger sammen med hvor stor kapasitet vi hadde fra fødselen av, hva vi har blitt utsatt for gjennom livet av belastninger og sykdommer, i hvilken grad vi har lagt vekt på å ivareta helse og funksjon, av kjønn - men altså også av alder. **Det som i siste omgang gjør at vi dør, er at belastningen overgår reservekapasiteten i ett eller flere organsystem.**

Størst tap i reservekapasitet finner vi i organer som:

- Hjerne
- Lunger
- Nyrer
- Muskler
- Nervesystem

Det er altså de organsystemene som er helt sentrale for vår funksjon som også svekkes mest med alderen, og som derfor også er mest sårbare for belastninger og utvikling av svikt og sykdom. Mens vi vanligvis tenker på hjernen som målområde for rusmidler, vil alle organsystemene over også være målorganer for alkohol. Om vi ser på en oversikt over de vanligste sykdomsgruppene hos eldre, finner vi igjen organsystemene fra punktene over:

Vanligste kliniske tilstander 65+

- | | |
|------------------------|------------------|
| • Muskel-skjelett | • Kreft |
| • Hormonelle | • Immunsykdommer |
| • Nevrologi | • Mage-tarm |
| • Øyesykdommer | • Inkontinens |
| • Hjerne-kar-sykdommer | • Infeksjoner |
| • Lungesykdommer | • Psykisk helse |
| • Nyresykdommer | |

I **muskel-skjelett** systemet opplever vi sykdommer som leddbetennelser (arthritter), slitasjegikt (arthroser), bensjorhet (osteoporose) muskelsvinn (atrofier) og brudd.

Hormonelt betinget sykdom kan være diabetes, stoffskiftesykdommer (thyroidea), økning i kolesterolnivå og en endring i den generelle stoffomsetning (metabolismen).

Nevrologiske utfall kan dreie seg om forskjellige former for demens, om parkinsonisme, hjerneslag, endringer i syn og hørsel, langsommere nerveledningshastighet og svekket balanse. Hos eldre finner vi **øyesykdommer** som grå og grønn stær (cataract/glaucom), samt maculadegenerasjon som er en øyesykdom som angriper skarphetsområdet i øyet. Maculadegenerasjon er den viktigste årsaken til varig synstap hos de eldre i den vestlige verden.

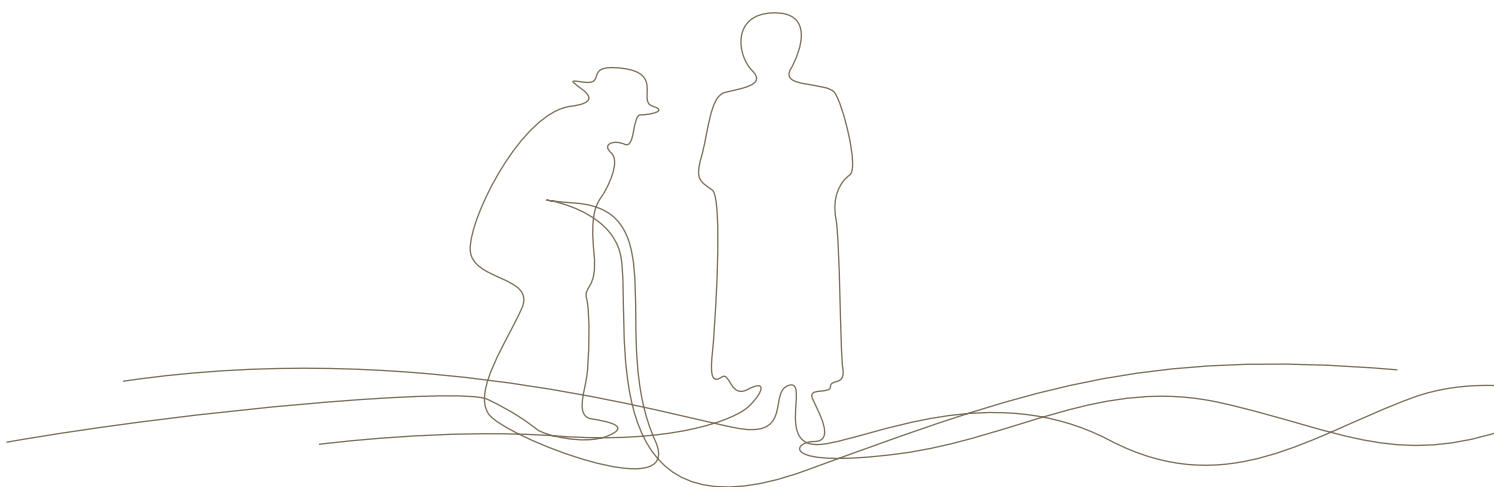
Vi fortsetter videre med **hjerne/kar-sykdommer** som angina pectoris, hjerteinfarkt, hjertesvikt, høyt blodtrykk (hypertensjon), og i vår sammenheng også alkoholisk cardiomyopati. I **lungene** ser vi kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), redusert lungekapasitet og flere lungebetennelser på grunn av redusert generelt og lokalt immunforsvar. I forbindelse med alkoholbruk kan vi se den akutte lungesvikten som går under forkortelsen ARDS.

Nyrene svikter i økende grad, noe som har betydning for utskillelse av avfallsstoffer, men

også for omsetningen av medisiner. Nyrerne har dessuten en indirekte effekt på blodtrykket. Vi vet også at **krefttrisikoen** øker med alderen, der de bakenforliggende mekanismene er mange. Flere kreftformer er satt i sammenheng med bruk av alkohol. **Immunforsvaret** svekkes på flere måter, blant annet gjennom redusert produksjon av hvite blodlegemer, og en forlenget svartid om kroppen blir angrepet av virus og bakterier. I **fordøyelsessystemet** er eldre mer utsatt for betennelser både i magesekk og tarm, noe som gir dårligere fordøyelse, ubehag og eventuelt magesår. En finner også økt forekomst av tarmkreft.

Det som understrekes i denne boken er at alle disse organsystemene, og alle sykdommene, samvirker med alkoholbruk. Sammenhengene er mengdeavhengige, men om vi ser aldring i et adaptjonsperspektiv, vil alkohol som hovedregel svekke tilpasningsevnen til belastningene, og derfor forsterke forløperen til sykdom og forverre sykdommen dersom den har oppstått.

Dersom det brukes alkohol og medisiner samtidig, bør dette tas opp med legen. Medisiner og alkohol kan samvirke på mange forskjellige måter. Alkohol kan forsterke effekten av medisinene, alkohol kan gi dårligere effekt av medisinene som brukes, alkohol kan forsterke bivirkninger av medisinene, og alkohol kan forsterke den sykdommen medisinene brukes for. Eldre bruker mest medisiner, samtidig som eldre tåler alkohol dårligere enn da de var yngre.



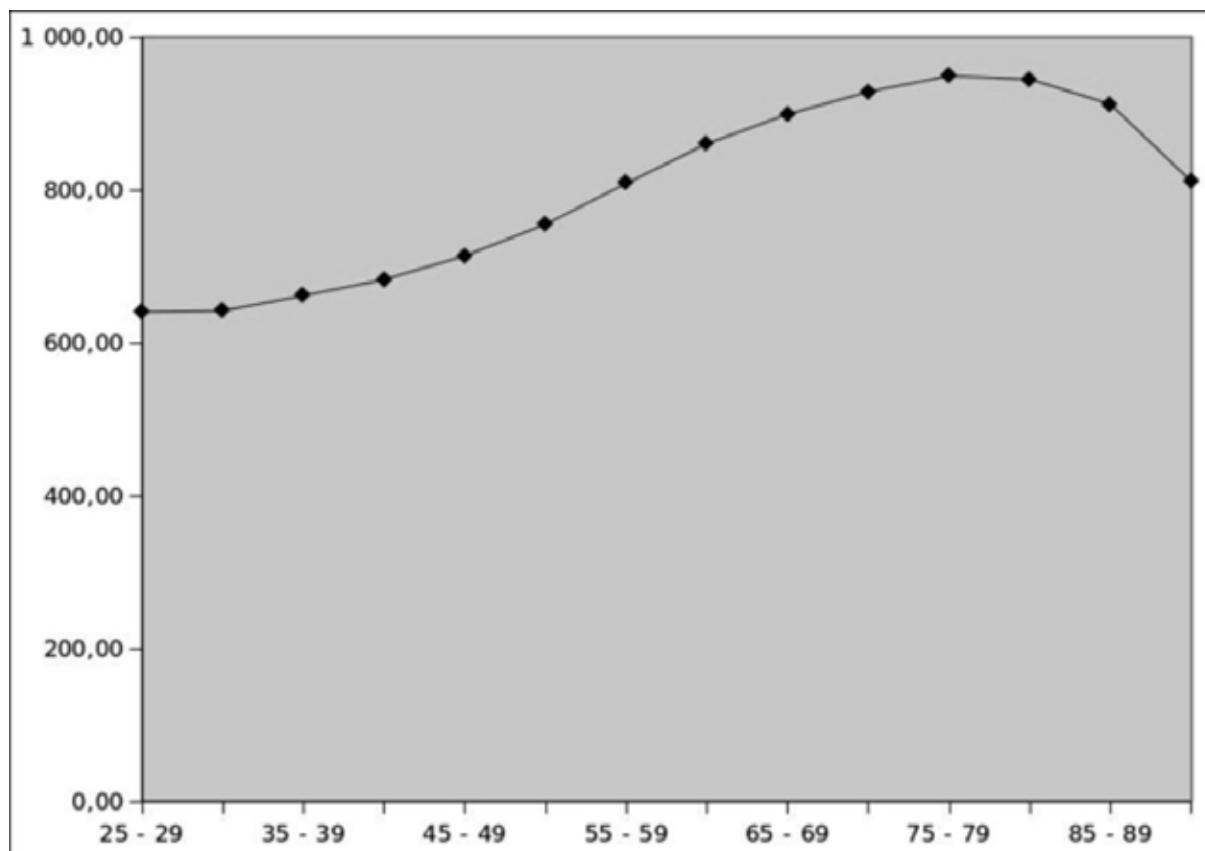
Medisinbruk

Fred Rune Rahm

Farmakologi er læren om effektene av kjemiske substanser i levende systemer. Vanligvis tenker vi da på medisiner, men rusmidler er også kjemiske substanser som har effekter i menneskekroppen. I det daglige er det lett å ikke tenke på at et rusmiddel som alkohol har egne farmakologiske egenskaper. Og mens vi vanligvis er opptatt av hvordan medikamenter samvirker med hverandre, er det lettere å glemme at også alkohol samvirker med en rekke medikamenter når de inntas samtidig. I tillegg kan alkohol i seg selv forverre tilstanden som en person får medisiner for, slik at effekten av medisinene blir dårligere.

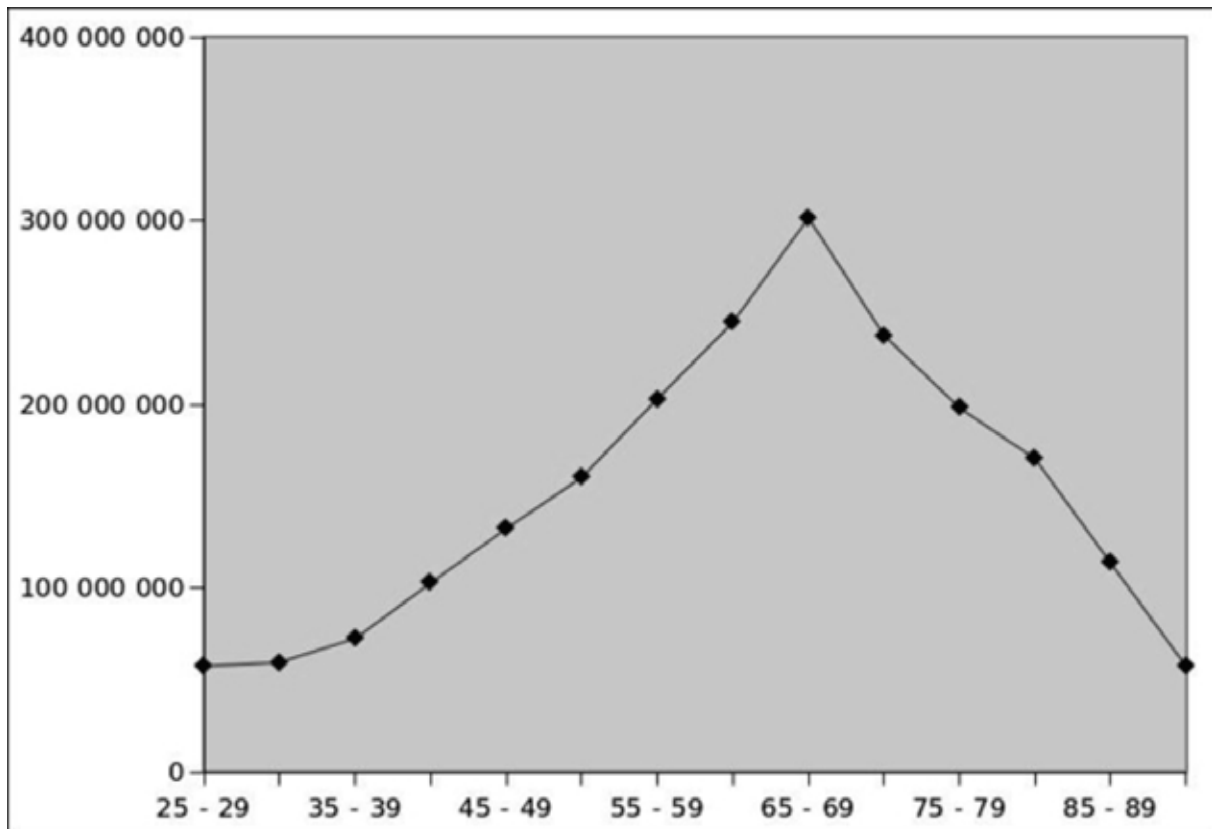
Om vi legger Felleskatalogen for 2015 til grunn, vil alkohol samvirke med 48 mye brukte legemiddelsubstanser. Det dreier seg altså om samvirkningen med innholdsstoffet, men siden det samme innholdsstoffet kan finnes i mange preparater fra mange produsenter, vil alkohol samvirke med noe rundt 200 av de medisinpreparatene som er omtalt i Felleskatalogen. Samvirkningen mellom alkohol og medisiner inntreffer ved svært lavt inntak av alkohol, beregnet til 1-2 enheter alkohol. Trolig kommer effekten ved enda mindre inntak hos eldre, av årsaker som omtales senere. 1-2 enheter alkohol er 1-2 desiliter vin eller 1-2 flasker øl.

Som vi har sett på tidligere, øker sykdomsbelastningene med økende alder. Det er eldre mennesker som opplever mest sykdom. Av samme grunn er det også eldre mennesker som bruker mest medisiner. Forbruket av medisiner, uansett gruppe og fordelt på alder, vises under. Tallene er fra Reseptregisteret i 2013. Jeg har lagt til grunn antall brukere pr. 1000 innbyggere.



Stigningen er helt klar, det er flest eldre som bruker medisiner i Norge. Legg forøvrig merke til at kurven faller litt fra alderen 80 år. Dette henger sammen med at de som oppnår så høy alder gjør det nettopp fordi de er friskere enn normalbefolkningen, og derfor også har mindre behov for medisiner.

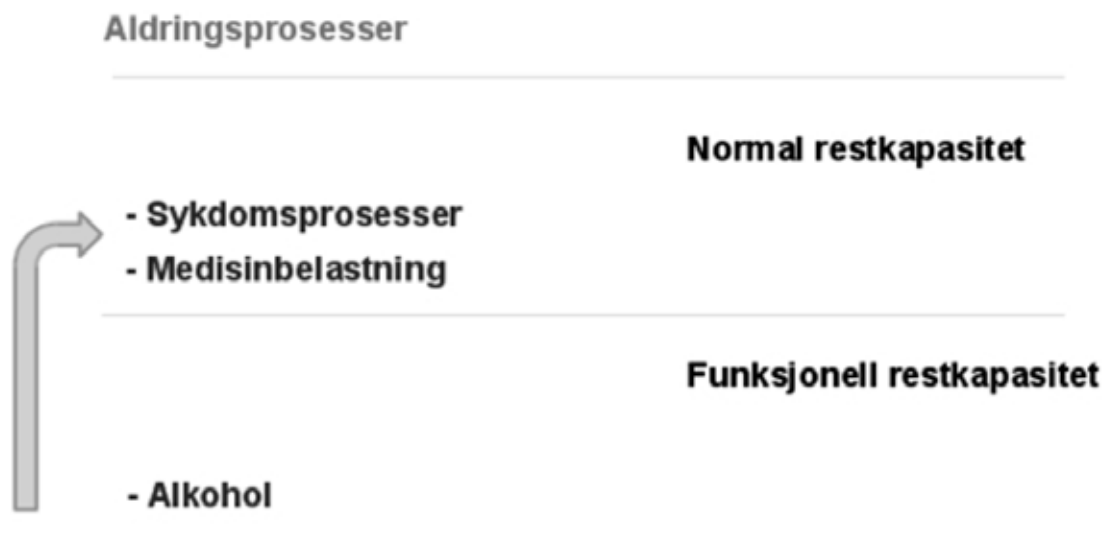
Enda mer slående blir kurven om vi ikke bare ser på hvor mange som bruker medisiner, men også hvor mye medisiner som brukes i de forskjellige aldersgruppene. I den neste figuren har jeg lagt til grunn noe som kalles definerte døgndoser. Det er et teknisk mål som gjør slike sammenligninger mulige, men som ikke sier hva som er riktig dosering for den enkelte pasienten.



Økningen med alder blir da enda brattere enn når vi sammenligner antall brukere. Det betyr at det ikke bare er flest eldre som bruker medisiner, men det er også de eldre som bruker størst doser av medisiner. Fallet i medisinbruk hos dem som blir riktig gamle, er også brattere enn kurven for antall brukere. Forklaringen er den samme som for forrige kurve. Det er verdt å merke seg at den bratte stigningen i forbruket av medisiner sammenfaller med de aldersgruppene som også bruker mest alkohol i Norge, og der økningen er størst. Se kapittelet om utviklingen i alkoholkonsumet, der dette kommer klart til syne.

Alkoholbruken i seg selv er av liten interesse. Det er alkoholens konsekvenser på bakgrunn av helse, medisinbruk og funksjonsnivå som gjør at vi skal holde et fokus på dette. Og med funksjonsnivå tenker jeg også på sosial fungering, og dessuten på de pårørendes situasjon. Sammenhengene har jeg forsøkt å illustrere i figuren under.

Biologisk maksimal kapasitet



Bunnlinje helse og funksjonsnivå

Vi starter ut med et visst funksjonsnivå. Vanligvis når vi vår maksimale kapasitet rundt 30-års alderen. Dette illustreres godt når vi tenker på at toppidrettsutøvere yter best når det er pluss/minus 30 år. Men hvor godt utgangspunkt vi har handler om både arv og miljø. For noen kan den maksimale kapasiteten være betydelig bedre enn for et gjennomsnitt, mens den for andre kan være betydelig dårligere. Kapasiteten er altså individuell, men uansett er det dette som er vårt utgangspunkt.

Etterhvert må vi så trekke fra det som kommer med aldring, og kapasiteten vår synker. Hvordan dette skjer omtales mer i kapittelet om generell aldring. Utgangspunktet er individuelt, men det er også selve aldringen. Til en viss grad kan vi påvirke denne gjennom livsstil, men mye har vi ikke kontroll over. Alle svekkes med årene. Til enhver tid har vi altså en restkapasitet som kan være stor eller liten, men som reduseres.

På toppen av dette kommer sykdommer som svekker oss ytterligere. Noen er friskere enn andre, men et fåtall slipper berøring med sykdommer i en eller annen form. Og sykdomsbelastningene vil, som vi har sett, øke med alderen. Så den reservekapasiteten vi har som følge av en normal aldringsprosess, svekkes ytterligere av sykdom.

I tillegg har jeg nevnt medisiner som en belastning. For mens medisiner har effekter, har de også mindre ønskede sideeffekter. Medisinering er et tveegget sverd, for mens den på noen områder bremser sykdom og forfall, vil medisiner på andre områder kunne øke belastningen og svekke reservekapasiteten.

Til slutt sitter vi altså igjen med en høyst variabel funksjonell restkapasitet. Og det er i den sammenhengen vi må vurdere alkoholbruken. For alkohol kan være en belastning som svekker kapasiteten ytterligere. Den kan forsterke aldringen, være sykdomsdrivende, ha samvirkning med medisiner og øke ulykkesrisikoen. Alkohol vil jevnt over være en belastning på den kapasiteten vi har igjen etter at aldring, sykdom og medisiner har tatt sitt.

Det vil føre for langt å lage en fullstendig liste over medisiner som på en eller annen måte samvirker med alkohol. Men noen grupper av medisiner fortjener spesiell omtale:

Alle medisiner som virker på hjernen, slik som beroligende og angstdempende medisiner, sovemedisin, allergimedisin og medisiner mot annen psykisk lidelse. Den vanligste virkningen er at alkohol og medisiner forsterker hverandre, slik at man blir mer sløv, mer trett, får dårligere konsentrasjon og hukommelse, og blir mer ustø til bens. Det er vist at kombinasjonen kan føre til tidlige demenssymptomer. I denne gruppen finner vi medisiner som Vival, Valium, Stesolid, Sobril, Alopam, Mogadon, Apodorm, Imovane, Zoplicone, Stilnoct og Zolpidem. Vi finner også Phenergan, Klemastin og andre tabletter mot allergi, vi finner Truxal og Nozinan, vi finner tabletter mot depresjon, og vi finner også smertestillende som inneholder kodein, slik som Paralgin Forte og Pinex Forte.

Men også flere typer antibiotika, midler som brukes mot arthrose og leddgikt, samt blodfortynnende midler samvirker uheldig med alkohol. Noen kan gi allergiske reaksjoner, andre øker faren for blødninger i mage og tarm. Vi finner i denne gruppen medikamenter som Naproxen, Ibuprofen og Diclofenac med flere. Det blodfortynnende medikamentet Warfarin (Marevan) vil i sammenheng med inntak av alkohol kunne gi økt blødningsfare, mens det ved kronisk høyt alkoholforbruk øker risikoen for blodpropp.

Ellers kan **et vanlig preparat som Nitroglycerin** i sammenheng med alkohol gi hjertebank, blodtrykksfall, svimmelhet og fallrisiko. Flere typer **medisiner som brukes mot diabetes** samvirker uheldig med alkohol, likeledes **flere medisiner som brukes mot høyt blodtrykk**. Også **medisiner som brukes mot syreproduksjon i magen** samvirker med alkohol, ved siden av at alkohol i seg selv øker syreproduksjonen.

Listen kan gjøres veldig lang. Og de medisinene som er framhevet her er et litt tilfeldig utvalg. Noen samvirkninger er mer alvorlige enn andre. Det viktigste er at pasienten bør snakke med legen om hvordan medisinene virker sammen med inntak av alkohol, og at legen tar alkoholinntaket med i betraktningen når det skrives ut medisiner. På samme måte som det fokuseres på hvordan medisiner interagerer med hverandre, skal også interaksjon med alkohol vurderes og drøftes.

Det er i denne sammenhengen vi skal vurdere alkoholbruken. For det som opptar mennesker er bunnlinjen når det kommer til helse og funksjonsnivå. For noen vil alkohol ha liten innvirkning på bunnlinjen, mens den for andre kan være helt avgjørende for helse, funksjon, og evnen til å klare seg selv. Alle må gjøre sine valg når det kommer til bruk av alkohol. Men de bør ha kunnskap nok til å ta de riktige valgene for seg selv, og det er helsepersonell som kan hjelpe dem med denne kunnskapen.

Folkehelse

Fred Rune Rahm

Når vi blir så mange gamle i Norge og i hele verden, er det viktig at vi holder oss friske så lenge som mulig. Selv rike land som Norge vil ikke klare alle omsorgsoppgaver på en god måte dersom det blir for mange som har behov for pleie og stell. Helsevesenet kan heller ikke behandle alle på tilstrekkelig vis, dersom vi som nasjon ikke gjør noe for holde oss friske. Vi kan ikke behandle oss ut av en økende omsorgsbyrde dersom folkehelsen blir for dårlig.

Bakgrunnen for folkehelseloven av 2012 er at vi må tenke folkehelse i alt vi gjør. Og mens helse er noe som angår den enkelte gjennom sykdom, diagnoser og medisiner, vil folkehelse være vår felles helsetilstand som samfunn. Ettersom det er så mange faktorer som bestemmer hvordan folkehelseutviklingen skal bli, må folkehelsen vurderes i sammenheng med alt vi foretar oss. Alle forhold som bidrar til å holde eldre mennesker friske og funksjonsdyktige, vil derfor omfattes av folkehelsetenkningen.

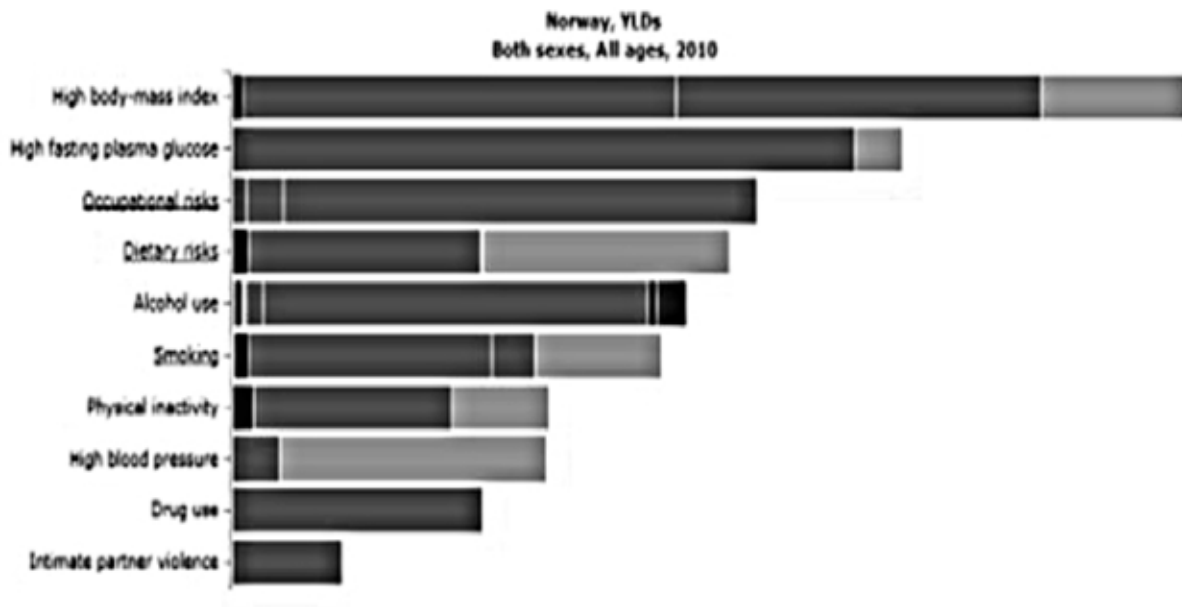
Aldring er i seg selv en prosess som gjør oss mer skjøre, mer mottagelige for sykdom og funksjonssvikt. Mye kan likevel bremse denne sårbarheten. Fysisk og mental aktivitet, gode sosiale forhold, gode boligforhold og godt kosthold er eksempler på faktorer som er vesentlige for at eldre mennesker skal fungerer best mulig, og mest mulig autonomt. Med det siste mener jeg at hver enkelt kan opprettholde sin uavhengighet og selvbestemmelse i livet. Det forutsetter imidlertid best mulig psykisk, fysisk og sosial fungering.

I dette bildet hører også rus og rusmidler inn. Rusmidler vil gjennom sin virkning i utgangspunktet utgjøre en ekstra belastning på en aldrendes funksjon, og derfor kunne stå i veien for god helse, autonomi og selvråderett. Selv om rusmidler også kan ha positive virkninger og av enkelte oppleves som et gode, vil rusmiddelbruk ut over et visst nivå alltid bli mer en belastning enn det godet det kunne ha vært. Og dette kritiske nivået for rusmiddelbruk faller med økende alder, sykdom og medisinbruk, faktorer som tilsammen gjør sårbarheten for rusmidler større.

Fra et folkehelseperspektiv er det viktig å styrke alle forhold som holder oss friske og førlige, og samtidig ha en bevissthet om hvilke forhold som kan forrykke en god balanse og føre oss i feil retning. Samfunnet har et ansvar for politikk og struktur som vedlikeholder en god folkehelse, og den enkelte har et ansvar for på best mulig måte å ta vare på seg selv og de deler av livet som er helsebringende. Med dette som et positivt utgangspunkt, skal vi samtidig være bevisste på de faktorene som utgjør en risiko for god folkehelse. Bevisstheten gjelder både samfunnet i sin helhet, helse- og omsorgstjenester, samt den enkelte eldre. Det forutsetter kunnskap, slik at alle parter kan ta fornuftige valg. Som en faktor blant mange, gjelder dette også rusmidler og rusmiddelbruk.

Som en illustrasjon viser jeg til en oversikt utarbeidet av Universitet i Washington, basert på innrapporterte tall fra Norge. Kurven viser antall år levd med funksjonsnedsettelse og sykdom, fordelt på flere helsefaktorer. Antall år med funksjonsnedsettelse kan kanskje være et godt mål på hvordan faktorene virker inn på folkehelsen. Tallene er fra 2010, og selv om

Norge i europeisk sammenheng har et mindre totalt alkoholkonsum, vil alkohol komme høyt opp på listen over faktorene som bestemmer vår folkehelse. Samtidig skal vi også ta med at alkohol forsterker mange av de andre faktorene som listes opp i denne oversikten. Alkohol alene kommer som nummer fem på listen. Den rangeres over faktorer som røyking og liten fysisk aktivitet. Det er altså liten tvil om rusens betydning for folkehelsestanden i Norge. (De forskjellige gråfargene illustrerer på hvilken måte risikofaktorene slår ut i helsestatistikken. I denne sammenhengen er jeg imidlertid opptatt av det samlede utslaget.)



Sykdom, aldring og alkohol

Fred Rune Rahm

Alkoholbruk er isolert sett av mindre interesse. Som beskrevet tidligere i denne boken, er det alkohol i sammenheng med naturlige aldringsprosesser, sykdom og medisiner som er av interesse. Generelt er det jo slik at rusmidler i seg selv bare har betydning gjennom de konsekvenser rusmiddelbruken skaper.

Aldring som fenomen er beskrevet tidligere. Her ser vi på hvordan alkoholbruk kan gripe inn i aldringsprosessen, slik at risiko for sykdom og/eller dårligere funksjonsnivå øker.

Alkohol og utvikling av demens

Når alkohol brukes i større mengder over tid, griper alkohol rett inn i en demensproblematikk. Tidligere er det beskrevet hvordan eldre har en normal kognitiv svekkelse som i seg selv forsterkes ved bruk av rusmidler, eller også av medikamenter som har virkninger i sentralnervesystemet. Symptomer på den vanligste formen for demens, Alzheimers sykdom, forsterkes også ved bruk av rusmidler. Mer spesielt er det i de tilfellene der alkohol isolert sett skaper demens som et resultat av alkoholens direkte virkninger, det som kalles alkoholisk demens, eller kanskje rettere «alkoholisk hjerneskade». Vi kan se alkoholens direkte sykdomsskapende effekter i hjernen og nervesystemet på flere måter.

- **Reversibel Wernickes encephalopati**
 - Avhenger av hvor lenge tilstanden har vart
- **Karsakoff psykose**
- **Muligens andre årsaker (direkte giftvirkning)**
- **Kumulativ effekt av inntak**
- **Genetisk komponent**
- **Alkoholisk demens ligner frontallappsdemens**

Reversibel Wernickes encephalopati er en hjernesykdom som skyldes mangel på B-vitaminer (dårlig ernæring) på grunn av alkoholinntak. Særlig er det mangelen på vitaminet Tiamin som utgjør problemet. Tilstanden kjennetegnes av øyemuskellammelser, en stabbende gange (ataxi) og forvirring. Imidlertid er det et fåtall som utviser alle symptomene på en gang. Når det heter “reversibel” betyr det at tilstanden lar seg korrigere når alkoholinntaket begrenses, og det samtidig tilføres B-vitaminer. Imidlertid kan det bli varige skader, særlig på perifere nerver, slik at gange, balanse og følsomhet forblir svekket. Nettopp fordi det kan bli varige skader, også i selve hjernen, er behandling en hastesak. Og det viktigste er å tilføre vitaminer. Risikoen øker med økning av alkoholinntaket, og det er i tillegg en arvelig komponent i utviklingen av dette sykdomsbildet.

En spesiell form av dette syndromet er det som kalles **Korsakoff psykose**. Dette er en tilstand kjennetegnet av alvorlig hukommelsessvikt, både om det som har skjedd og om det som skal skje, sammen med usammenhengende fantasier (konfabulering), manglende innsikt og apati. Denne tilstanden er i mindre grad reversibel, og behandlingen tar i alle tilfeller lang tid. Pasientene vil oftest bli avhengig av pleie og støtte resten av livet.

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

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

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

Alkohol:

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

Alzheimer:

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

Blandede former

Normalt skjer det endringer i hjernens anatomi med økende alder. Hjernens får mindre vekt og volum. Og en viktig side ved dette er at overflaten blir mindre ved at den blir tynnere, og ved at hjernen blir glattere. Det er i denne overflaten mange av de viktige kognitive funksjonene skjer, slik som oppfattelse, problemløsning, osv. Hjernens fungerer dessuten som store nettverk av nerveceller som tilsammen har viktige funksjoner. Med en normal aldring vil også ledningshastigheten mellom disse hjernecellene og mellom disse nettverkene gå ned. Resultatet er at det kan bli sviktsoner, men det viktigste er at mye går litt langsommere enn da personen var yngre. Verdt å merke seg er imidlertid at det er en økende grad av betennelsesforandringer i hjernen som rammer kognisjonen mest, ikke nødvendigvis tapet av hjerneceller. Betennelsesforandringer rammer samarbeidet mellom hjerneceller og hjernenettverk.

Nedenfor angis de viktigste forandringene som skjer i hjernen med økende alder. Vi skal imidlertid huske på at hjernen er plastisk, og at volumreduksjonen fra 20-årsalderen også skyldes tilpasning og modning.

- **Hjernens volum og vekt minsker med alderen**
 - 5-10% mellom 20 og 90
- **Hjernebarken får bredere furer og tynnere overflate**
- **Det dannes fibrøse nettverk**
- **Det dannes «senile plaque»**
- **Nedsatt ledningshastighet**
- **NB: Aldersrelaterte kognitive forandringer skyldes ikke tap av hjerneceller, men betennelsesforandringer**

Alkohol kan gripe inn i alle disse hjerneforandringene på en avgjørende måte:

- **Hjernen minsker mer enn alderen skulle tilsi (tolkes som økt hjerneskode)**
- **Hippocampus krymper proporsjonalt med resten av hjernen, og med mengden inntatt alkohol.**
- **Frontallappene (hjernebarken) krymper særlig mye**
- **Alkohol hindrer regenerering av hjerneceller**
- **Påvirkes bl.a. av leverforandringer som skyldes alkohol**
- **Alkohol virker særlig via GABA-systemet**
- **Cerebellum påvirkes ofte indirekte**
- **Myelinforandringer (nedsatt ledningshastighet)**

Ettersom alkohol fungerer som en giftig substans på hjernen, vil hjernens volum og vekt forandre seg mer enn ved aldring alene. Det forstås som en hjerneskada på toppen av de endringene som skjer ved en normal aldring. Hippocampus heter den hjernestrukturen som særlig forbindes med vår hukommelse. Hippocampus blir vesentlig mindre ved for stort alkoholkonsum, noe som rammer hukommelsen direkte, uavhengig av demensutvikling som sådan. Enda større er endringene i den fremre delen av hjernen, frontallappene, ved for stort alkoholinntak. Den fremre delen av hjernen er den operasjonelle "kommandosentralen" i hjernen, og styrer konkret vår evne til å planlegge, gjennomføre daglige gjøremål, se sammenhenger, og delvis hele vår personlighet. Deler av den fremre hjernebarken, særlig den delen som ligger inne mellom hjernehalvdelene, er også bestemmende for vår selvoppfattelse, historien om oss selv.

Det at den fremre delen av hjernen forandres spesielt mye ved for stort alkoholinntak, kan altså få store konsekvenser for en eldre persons funksjonsevne i det daglige. Dette gjelder daglige gjøremål, men også oppfølging av egen helse og egen medisiner.

Mens vi tidligere trodde at hjernen ble utviklet til noe som var mer eller mindre konstant, med det antallet hjerneceller vi skulle ha, vet vi nå at hjernen er et svært foranderlig (plastisk) organ. Celler dør, og nye celler dannes. Det er mye som påvirker disse prosessene, men i denne sammenhengen er det viktig å understreke at alkohol hindrer nydannelsen av hjerneceller. Hjernen blir altså mindre fleksibel med hensyn til endringer i kravene til funksjon, og skader på hjernen repareres dårligere. Myelin er et slags isolasjonsmateriale rundt nervene, og bidrar til at nerveledningen går raskt og uforstyrret. Som beskrevet ovenfor, vil nerveledningshastigheten i utgangspunktet bli nedsatt med økende alder. Alkohol ødelegger i tillegg myelinet, slik at ledningshastigheten blir enda dårligere, og i noen tilfeller fører dette til at nerveledningene må finne andre og mindre effektive veier. Forandringene kan også ramme lillehjernen, cerebellum, og gjennom denne også balanse og gangfunksjon.

På figuren over er det nevnt at alkohol går over det som kalles GABA-systemet i hjernen. Det er nevnt fordi medisiner i bensodiazepingruppen, som valium, Vival, Sobril, osv. går over det samme systemet, og disse medisinene forsterker de problematiske konsekvensene av alkoholbruken. Mer om dette i avsnittet om medisinbruk i kombinasjon med aldring og alkohol.

Imidlertid er det subjektive forskjeller med hensyn til hvor sårbar hjernen er for påvirkning for alkohol. Det gjelder generelt, men slår sterkere ut i en aldrende hjerne på grunn av de forandringene som ellers skjer i denne aldersgruppen.

De viktigste faktorene er:

- **Hvor mye, og hvor ofte, drikkes det?**
- **Debutalder for drikking, og i hvor mange år?**
- **Alder, utdannelse, kjønn, arv**
- **Prenatal alkoholpåvirkning (FASD)**
- **Generell helsetilstand, inklusiv ernæring**

Alkohol har det som kalles en kumulativ effekt på hjernen. Med det menes at totalkonsumet av alkohol opp gjennom livet vil avgjøre i hvilken grad vi finner hjerneforandringer. Faktisk er det slik at mors alkoholbruk under svangerskapet er med på å øke sårbarheten for senere hjerneforandringer hos den eldre, selv om inntaket under svangerskapet i seg selv ikke ble årsak til fosterskader slik vi ser dem ved føtalt alkoholsyndrom (FASD). Det har betydning når den som nå er eldre først begynte å bruke alkohol, hvor ofte dette skjedde, og graden av beruselse ved den enkelte anledning. Sårbarheten for bruk av alkohol i alderdommen varierer derfor mye. I tillegg spiller faktorer som kjønn og utdannelse med i dette bildet, ved siden av at det er en dokumentert arvelig komponent. Generell helsetilstand er også styrende for hjernens sårbarhet for alkohol.

Prognose etter lang tids overforbruk:

- **Indikasjon på strukturell patologi forsvinner ofte fullstendig ved lang tids abstinens**
- **Hyper-følsomhet i sentralnervesystemet vedvarer over måneder etter abstinens, men vil så normalisere seg.**
- **Blodstrømmen til frontallappene begynner å øke ved abstinens, ofte til normale nivåer etter 4-5 år**
- **Ferdigheter som krever ny, kompleks og rask prosessering bruker lang tid på å bedre seg. Ny verbal læring er oftest det første som kommer seg.**
- **Vansker med syn og romfølelse, abstraksjon, problemløsning og kort-tidshukommelse vil ofte vedvare, selv om problemene kan bli mindre**

Prognosen etter lang tids overforbruk vil være noe varierende, slik det beskrives i figuren over. Selv om det på flere områder kan spores bedring, vil dette ta tid. Tid er en knapp faktor for mange i den aldersgruppen vi nå snakker om, og mange vil på grunn av sin alder bare i liten grad oppleve bedring. I tillegg er det noen helt sentrale funksjonsområder som i noen grad vil forbli varig skadet, og det gjelder viktige funksjoner som hukommelse og vår evne til problemløsning. Dersom det i utgangspunktet er problemer på disse områdene, for eksempel en begynnende demensutvikling, vil alkoholbruken kunne bli helt avgjørende for evnen til autonomi og egenomsorg.

Perifere nerver vil også kunne bli rammet på samme måten som sentralnervesystemet.

- **Perifer nevropati**

- Følelsesløshet
- Parastesier
- Dysetesi (eks: lett nålestikk kan kjennes som brannsårl)
- Tap av vibrasjonssans
- Tap av posisjonssans
- Nedsatt kraft

- **Indirekte effekter av alkoholbruk**

Også i perifere nerver finner vi dårligere nydannelse og dårligere utvikling av nerveutløpere. Vi finner de samme problemene som i sentralnervesystemet ved at det blir mindre "isolasjon" rundt nervene, langsommere ledningshastighet, og mindre følsomhet for ubalanse. Kombinasjonen av dårligere blodtilførsel til nervene (grunnet alkohol), svekket muskelkraft (på grunn av alkohol), og langsommere ledningshastighet i nervene, vil kunne øke risikoen for fall. Alkoholens påvirkning på hjerne og nervesystem kan få store konsekvenser generelt, men de kan bli ekstra store i sammenheng med normale aldersforandringer.

Søvn

Søvn og søvnmønster endrer seg hos eldre mennesker. Det er en vanlig bekymring hos eldre at de ikke får sove. Ofte betyr det dårligere innsovning, men også søvnmønsteret gjennom natten blir annerledes enn hos yngre.

Alkohol påvirker søvnen:

- **Vanlige søvnendringer ved aldring:**

- Vanskeligere innsovning
- Mer overfladisk søvn (REM-søvn)
- Hyppige oppvåkninger

- **Vanlige søvnendringer ved lett alkoholbruk:**

- Letter innsovning
- Oppvåkning etter kort tid, deretter hyppige oppvåkninger

- **Større alkoholkonsum:**

- Vanskelig innsovning
- uttalt endring i søvnmønsteret, varige endringer

Fordi innsovningen vanligvis naturlig blir dårligere med økende alder, av og til også på grunn av dårlig søvnhygiene med søvn på dagen, mindre fysisk aktivitet, kaffe og te, vil alkohol lett kunne bli et hjelpemiddel. I tillegg blir søvnen mer overflatisk, med korte og hyppige oppvåkninger i løpet av natten.

Den umiddelbare **effekten av litt alkohol** er døsighet. Det er en effekt av at alkohol utløser det beroligende signalstoffet dopamin i hjernen. Og ettersom eldre ofte er mer opptatt av innsovningen enn av søvnkvaliteten, vil alkohol oppfattes som noe som bedrer søvnen. Imidlertid vil innsovning på alkohol vanligvis resultere i en dårligere søvnkvalitet. Den forsterker tendensen til hyppige oppvåkninger, og selv med en opplevelse av god søvn (på grunn av innsovningen), vil den eldre våkne opp uten å være uthvilt. Og et søvnunderskudd etter natten vil lettere føre til søvn i løpet av dagen. Igjen øker innsovningsvanskene, og behovet for mer alkohol om kvelden. Dette kan bli en vond sirkel.

Med **større inntak av alkohol** vil den søvndyssende dopamineffekten kunne overskygges av et annet, men oppkvikkende, signalstoff som heter noradrenalin. Da blir det også vanskelig å sovne inn uten at inntaket blir veldig stort, og dopamin igjen klarer å overstyre noradrenalineffekten. Resultatet blir da varige endringer i søvnmønsteret, og det er skapt en søvnsykdom som ikke var der opprinnelig.

Hormonelle forhold og konsekvenser

Med stigende alder skjer det hormonelle forandringer. De mest omtalte er jo endringer i østrogen og testosteronnivåene, men mindre kjent er endringer som illustreres i den neste figuren. Normale forandringer listes først, og alkoholens effekter (forsterkning eller reduksjon) er oppført i parentes.

- **Reduksjon:**

- Aldosterone (Alkohol +)
- Calcitonin (Alkohol +/-)
- Veksthormon (Alkohol +)

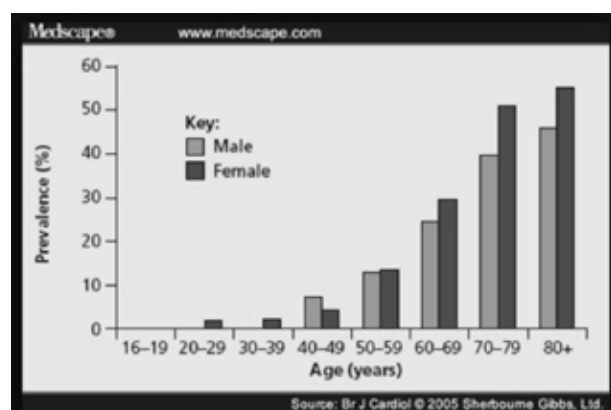
- **Økning**

- Parathyrinodcahormon (Alkohol I)
- Noradrenalin (Alkohol +)

- **Uforandret: Cortisol, adrenalin (Alkohol +)**

Forholdet mellom **aldosteron og blodtrykk** er viktig. Aldosteron virker i nyrene ved å holde tilbake salt fra urinen. Dette bidrar til å opprettholde blodtrykket. Men om aldosteroneffekten blir for stor, vil blodtrykket kunne bli for høyt. Alkohol øker risikoen for blodtrykksøkning på flere måter, men altså også via en økning av Aldosteron. Forhøyet blodtrykk er en sykdom som øker med alderen, slik figuren viser.

Selv om Aldosteronnivået normal faller med økende alder, kan en økning med bakgrunn i for stort inntak av alkohol forverre en allerede eksisterende blodtrykksykdom. Ved et stort konsum av alkohol kan også resultatet bli et



forhøyet blodtrykk som ikke var der tidligere. Sammenhengen mellom forhøyet blodtrykk og andre sykdommer som hjerneslag og hjertelidelser, er godt dokumentert.

En annen effekt av forhøyet Aldosteron er at det skilles ut for mye kalium fra kroppen. Dette er en kjent problemstilling i forbindelse med blodtrykksbehandling, og et for lavt kaliumnivå kan være livstruende gjennom hjerterytmeforstyrrelser. Men lite kalium vil generelt gi økt tretthet, muskelkramper og problemer med avføringen. Alt dette er plager som eldre ikke sjelden vil oppleve, og noe som kan forsterkes gjennom et for stort alkoholinntak.

Sammenhengen mellom **alkohol og benskjørhet** er komplisert fordi effektene slår begge veier. Men dette er viktig på grunn av den økte fallrisikoen selv ved lettere beruselse, og må derfor nevnes. **Calcitonin** er et hormon som sørger for at kalk legges til skjelettet. Hormonet styrker altså skjelettet, og motvirker benskjørhet. Men med økende alder synker nivået, og risikoen for benskjørhet øker naturlig. En periodisk bruk av alkohol vil imidlertid få nivået til å øke. Sammen med en økning av østrogen som følge av alkoholinntak, vil dette i sum motvirke en naturlig utvikling av benskjørhet. Dersom forbruket av alkohol blir mer kronisk, kjenner vi ikke helt virkningene på calcitonin. Men mens vi kanskje finner en beskyttelse mot benskjørhet som resultat av en liten økning i calcitonin, vet vi samtidig at alkohol hindrer de cellene som bygger opp benvev, reparerer og remodellerer skjelettet (osteoblastene). Alkohol hemmer imidlertid ikke osteoclastene, som er de cellene som bryter ned benvev. Summen kan bli det som kalles alkoholisk induisert bensykdom. Det skyldes altså en redusert oppbygging av skjelettet, samtidig med en normal nedbryting.

Den positive effekten av en økning i calcitonin motvirkes i tillegg av en alkoholisk økning i et annet hormon, **parathyroideahormon**. Parathyroideahormon opprettholder kalknivået i blodet ved å øke opptaket, men også ved å «stjele» kalk fra skjelettet. Videre vil stresshormoner (se under) øke ved bruk av alkohol, og virke negativt på oppbyggingen av benvev. Summen av alt som nevnes ovenfor vil ofte ende i en benskjørhet.

Alkoholens negative effekt på **veksthormoner** gjør at **muskelmassen svekkes**, og kombinasjonen av dårligere muskelmasse og et svekket skjelett med mindre muligheter for reparasjon, utgjør en risiko for brudd med manglende tilfriskning.

Så til tross for kompliserte sammenhenger, må alkoholbruk hos eldre vurderes opp mot bensykdom og muskelsykdom. Blir konsumert for stort, vil det være uheldig uansett, mens det er mer usikkerhet rundt en moderat bruk av alkohol.

Stresshormoner som **adrenalin, noradrenalin og cortisol** øker med alkoholinntaket. Noradrenalin øker i tillegg naturlig med økende alder. Stresshormonene griper direkte inn i en rekke vanlige helseproblemer hos eldre: Blodtrykk, respirasjon, mage-tarmproblematikk, hjertesykdom, søvnvaner, hodepine, depresjon og angst.

Cortisol må nevnes spesielt, for dette hormonet har en spesiell innvirkning på flere sentrale områder hos eldre:

Først vil det øke sjansen for benskjørhet ved at det reduserer kalkopptaket fra tarmen og reduserer nydannelsen av benvev. Benvev brytes ned og bygges opp i kroppen hele tiden som

svar på belastninger. Ved å hindre gjenoppbygging og dessuten tilgangen til “byggesteinen” kalk, vil dette over tid føre til benskjørhet, nesten litt uavhengig av faktorene som er nevnt ovenfor. Sårtilfriskningen rammes også på en uheldig måte. Via andre mekanismer bryter cortisol også ned muskulatur ved å hindre gjenoppbygging.

Cortisol rammer immunforsvaret ved å dempe effekten av enkelte betennelsesceller i kroppen. Eldre er i utgangspunktet mer utsatt for infeksjoner, og en ytterligere reduksjon i immunforsvaret på grunn av for høyt alkoholforbruk er lite gunstig. Cortisol virker vanndrivende, og kan forverre en dårlig balanse mellom mineralene i kroppen, noe som ofte er et problem i sammenheng med medisiner. I tillegg vil cortisol motvirke effekten av insulin, og i tillegg gjøre cellene mindre påvirkelige av insulin. Effekten av dette kan bli diabetes II. Samtidig skal vi huske at alkohol isolert også griper rett inn i sukkerstoffsiftet, uavhengig av effekten via cortisolsystemet.

Stresshormoner, og cortisol spesielt, har en dårlig effekt på kognisjon og hukommelse. Forutsetningen for at vi skal huske det vi opplever, og skal huske det vi må huske, er at erfaringene lagres i det området i hjernen som heter Hippocampus. Cortisol står i veien for denne lagringen. Alkohol har i denne forbindelsen to negative virkninger på hukommelsen, både direkte ved at en beruset hjerne ikke oppfatter like godt, og ved at det som oppfattes ikke blir lagret i hukommelsen. Kombinert med både normal kognitiv svekkelse hos eldre, og i kombinasjonen med en demensutvikling, vil selv mindre mengder alkohol kunne få alvorlige konsekvenser.

Aldring, muskler og alkohol

Muskler endrer seg som en naturlig del av aldringsprosessen. Prosessene kan bremses og kompenseres for gjennom en sunn livsstil, men endringene kan ikke stanses. Resultatet blir uansett et dårligere funksjonsnivå med økende alder. Et for stort alkoholkonsum forsterker den naturlige svekkelsen, og øker funksjonsnedsettelsen. På figuren under vises normale aldersforandringer til venstre, mens alkoholens effekter på muskelvev ses til høyre. Gjennomgående vil alkohol forsterke aldersforandringene.

• Normal aldring:

- Lipofuscin, fett og fibrøst vev avleires i muskler
- Muskelfibre skrumper
- Dårligere regenerasjon av muskelvev
- Mindre kontraksjonsevne

• Musker og alkohol

- Nedsatt muskelvekst
- Redusert produksjon av adenosin trifosfat (ATP)
- Redusert reparasjonsevne
- Redusert opptak av vitaminer: B12, B1, folat, sink
- Indirekte: nerveskade, næringsopptak

Normalt avleires det mer avfallsstoffer i muskulaturen når vi blir eldre. **Lipofuscin** er et pigmentstoff som blant annet gir skade på cellevegger. Der det er mye fett og fibrøst vev, hemmes den naturlige funksjonen av muskelfibrene. I tillegg til denne avleiringen, skrumper muskelfibrene med økende alder. Gamle får mindre muskelmasse. Dette skyldes økt nedbryting, men også at det ikke dannes nye muskelceller som hos yngre mennesker. Musklenes evne til å trekke seg sammen svekkes, og det gir mindre styrke og mindre mulighet for å korrigere ubalanse.

Om alkoholbruk legges på toppen av dette, og bruken behøver ikke være veldig stor, forsterkes aldersforandringene, og effektene blir større. **Muskelveksten og nydannelsen hemmes ytterligere.** Muskelvev er energikrevende, men fordi alkohol hemmer energiomsetningen gjennom virkningen på det som kalles **ATP**, svekkes muskulaturen ytterligere. Den reduserte reparasjonsevnen på grunn av alkohol er berørt flere ganger.

Musklenes funksjon avhenger av ernæring, og alkohol virker inn på næringsopptaket, særlig **sårbare er vitaminer** og enkelte sporstoffer. Normalt er det lite sink i norsk kosthold, og en reduksjon kan derfor få større betydning enn for mange andre byggesteiner i muskulaturen. Muskelfunksjonen henger også sammen med nervefunksjonen. Nervefunksjon, aldring og alkohol er behandlet tidligere.

Hjerte, aldring og alkohol

Hjertet starter å slå i fosterlivet, og det slutter ikke å slå før vi dør. Muskelen brukes hele tiden, men det er noen "hvilepauser" i hjertets syklus. Det er derfor ikke rart at hjertet er et av de organene som gjennomgår mest forandring når vi blir eldre.

De viktigste endringene er:

- **Avleidring av fibrøst vev hjerte-kar**
- **Tap av celler i sinusknuten**
- **Stivere muskulatur i hjerte/kar**
- **Dårligere vaskulering hjerte**
- **Ingen fullstendig avslapning (ATP)**
- **Mindre følsomt for adrenalin**
- **Tap av muselceller (men forstørrelse av de gjenværende)**
- **Redusert pumpeeffekt**
- **Stivere hjerteklaffer**
- **Redusert baroreseptor effekt**

I likhet med annen muskulatur som er beskrevet tidligere, vil det komme avleiringer i hjertet. Mens det i yngre år er en hvilefase i hjertet mellom slagene, vil det etterhvert bli stående en spenning i hjertet hele tiden. Dette øker slitasjen ytterligere. Det skjer et celledap i hjertet som i annen muskulatur, og nydannelsen av celler blir dårligere. Samtidig blir de gjenværende muskelcellene større, og fordi cellene trekker seg sammen ved at celledeler

“glir” over hverandre, vil pumpeeffekten gå ned. Det forsterkes av at muskulaturen også blir stivere, og ved at energitilførselen minskes gjennom at blodtilførselen blir dårligere. Stivere hjerteklapper innebærer at hjertet dels må pumpe mot større motstand, dels at det blir utette klaffer, slik at det pumper mindre blod for hvert hjerteslag.

Av spesiell betydning er tapet av celler i sinusknuten. Det er den delen av hjertet som styrer hjerterytmen.

I sum kjenner vi til den økte risikoen eldre har for angina pectoris, hjerteinfarkt, hjertesvikt og rytmeforstyrrelser av forskjellig slag.

Når vi legger alkohol til denne svekkelsen i hjertemuskulaturen, vil vi kunne få økende problemer og økende funksjonssvikt. **Mange eldre, og også mange leger, tror at litt alkohol beskytter mot hjerte-karlidelse.** Selv om enkelte studier framholder dette, er det dårlig dekning for disse påstandene dersom det korrigeres for metodiske feil. Med bakgrunn i nyere forskning har også dette synet på alkoholens helsebringende effekter blitt svekket. Samtidig er det liten dokumentasjon på at litt alkohol er skadelig, men inntaket skal være veldig lite før vi beveger oss inn i skadeområdet.

Alkohol har en kumulativ skadeeffekt på hjertet. Med det menes at det totale alkoholinntaket i løpet av livet vil påvirke hjertet, ikke bare alkoholbruken i en snevrere tidsramme. Egentlig starter påvirkningen allerede dersom en kvinne drikker alkohol mens hun er gravid. Vi kan se generasjonsperspektivet i dette. I sin ytterste konsekvens kan et betydelig alkoholforbruk gjennom livet ende med en alvorlig hjertesykdom som kalles alkoholisk cardiomyopati. Tilstanden skyldes de giftige effektene av alkohol, og symptomene er utvidet hjerte med tynne vegger, nedsatt pumpeeffekt, og derfor en hjertesvikt. I sammenheng med eldre og bruk av alkohol, kan denne gifteffekten av alkohol forsterke en hjertesvikt som er der av helt andre årsaker.

Alkohol virker på hjertet på ulike måter:

- **Øker triglycerider i blodbanen (farlig fett)**
 - Atherosclerose
 - Økt fibrose (jfr. normale endringer i hjertet)
 - Stivere karvegger
- **Økt utskillelse av stresshormoner (fight of flight)**
- **Økt produksjon av Homocystein (økt fare for koagulering)**
 - Hypertensjon
- **Obs nerveledning (sinusknute)**
 - Akutte rytmeforstyrrelser, hjertestans
- **Metabolske forhold**

Men **alkohol kan også virke mer indirekte på hjertet**. Et for stort alkoholforbruk gir trangere årer, atherosclerose, med økt risiko for angina pectoris og hjerteinfarkt. Bakgrunnen er rent metabolsk, ved at alkohol øker triglyceridnivået i blodet (det “farlige” fett). Dette forsterkes av stivere karvegger og dårligere pumpeeffekt på grunn av mer fibrose i hjerteveggen. Men den alkoholbetingede økningen av aminosyren homocystein bidrar i samme retning, med trangere årer, mer motstand for hjertet og økt fare for blodpropp. Og det spesielle området i hjertet som styrer rytmen er ikke unntatt disse forandringene. Stresshormonenes betydning er omtalt tidligere. Alt i alt vil alkohol forsterke de forandringene som er vanlige med økende alder. Et svekket hjerte svekkes ytterligere dersom forbruket blir for høyt. Og selv om denne grensen for forbruk er individuell, vil den ligge lavere enn hos en yngre person.



Aldring, luftveier og alkohol

Aldring er en systemisk prosess som omfatter alle organer. Sykdomsrisikoen øker derfor med økende alder i en rekke organsystemer. Alkohol alene har også systemiske virkninger. Luftveiene påvirkes både av aldring og av et for stort forbruk av alkohol. I figuren under ses normale aldersforandringer til venstre, mens alkoholens effekter vises til høyre. Igjen er det slik at alkohol forsterker normal alderssvækkelse.

- **Normal aldring:**

- Tap av alveoler
- Tap av kapillarer
- Tap av elastin
- Redusert kraft diafragma
- Mindre kraft inn/ut
- Redusert «rom» i brystet
- Redusert «flow»

- **Økt risiko for pneumoni og kollaps**

- **Ses i sammenheng med hjerteforandringer**

- **Lunger og alkohol**

- Redusert glutatone (antioksydant på alveolene)
- Redusert surfaktant (økt overflatespenning)
- Redusert macrofagaktivitet (immunforsvar)
- Redusert evne til å fjerne væske
- Redusert evne til «reparasjon av alveoler

- **Økt risiko for ARDS (akutt lungesvikt) med høy dødelighet**

En forutsetning for god gassomsetning i lungene er den store, men tynne overflaten. Overflaten er stor på grunn av de mange lungeblærene, og gassutvekslingen er i tillegg avhengig av god blodsirkulasjon i de små blodårene i lungene. Når vi blir eldre går antallet lungeblærer ned, vi mister flere små blodårer og vi taper elastin - det stoffet i lungeveggen som sørger for elastikken. Elastin er også nødvendig for at lungene skal være utspilt, og at de kan fungere som en blåsebelg. Kombinert med mindre kraft i den muskulaturen som sørger for at lungene fylles og tømmes, diafragma (mellomgulvsmuskulaturen), blir resultatet dårligere ventilering og større sjanser for at deler av lungene klapper sammen. I områder der lungene klapper sammen, øker sjansen for at det kan utvikle seg bakterielle infeksjoner: Lungebetennelse. Legger vi til det vi tidligere har beskrevet som redusert pumpeevne i hjertet, vil både ventilasjonen i lungene og risikoen for sykdommer øke.

Alt som er nevnt ovenfor er normale aldringsforandringer som i seg selv kan føre til en alvorlig reduksjon i funksjonsnivået. Dersom dette kobles mot en normal svekkelse av immunforsvaret med økende alder, kanskje forsterket av alkoholbruk, vil infeksjonsrisiko og risiko for lungesvikt øke. I tillegg vil et for stort alkoholkonsum virke direkte inn på lunger og lungefunksjon.

I aldrende lunger, som i utgangspunktet er mer sykdomsutsatt, vil alkohol redusere immunforsvaret gjennom redusert nivå av antioksydanter på lungeoverflaten, gjennom redusert aktivitet av betennelsesceller (makrofager som "spiser" farlige mikrober) og gjennom mindre produksjon av surfaktant. Det siste fører til stivere lunger og dårligere evne til å bli kvitt væske, noe som gir økt grobunn for bakterier, men som også er en faktor i utvikling av lungesviktproblematikk i forbindelse med hjertesvikt. Sammenhengen med kreftutvikling er uklar, som omtalt under avsnittet om cancer.

Tidligere var ARDS betraktet som en sjelden sykdom, men nyere forskning har snudd opp ned på dette. ARDS (acute respiratory distress syndrom) kan ramme så mange som 75

pr. 100.000 i den eldre delen av befolkningen. Sykdommen har i den eldre befolkningen en dødelighet på nær 60 %, slik at denne lungesykdommen er alvorlig både på grunn av omfanget og på grunn av dødeligheten. Den økte risikoen og dødeligheten vi ser hos eldre øker med inntak av alkohol.

Aldring, lever og alkohol

Lever sykdom er det som mange først forbinder med skader som følge av alkoholbruk. I land med større totalkonsum av alkohol enn Norge, er skrumplever mye mer utbredt. Men også i Norge ser vi slike konsekvenser ved en forhøyet bruk av alkohol. For eldre med et moderat, men likevel for stort alkoholkonsum, blir konsekvensene på mage-tarmsystemet noe annerledes.

• Normal aldring:

- Flere strukturelle og mikroskopiske endringer
- Leveren blir mindre (25%)
- Stort sett normale leverfunksjonstester
- Redusert evne til metabolisme
- Mer sårbar for toksiske substanser
- Redusert evne til reparasjon
- Redusert reservekapasitet

• Konsekvens av alkohol

- Redusert omsetning (flere enzymer)
- Økt risiko for fettlever
- Økt sårbarhet for cirrhose
- Økt risiko for hepatitt (obs pankreatitt)
- Intraksjoner med medisiner

Eldre har en rekke forandringer i leveren i utgangspunktet. Den blir mindre, det blir små endringer i struktur, og den mister reparasjonsevne. Oppsummert får leveren mindre kapasitet (til tross for stor reservekapasitet i utgangspunktet), den får mindre evne til å håndtere giftige substanser, den får en generell nedsatt evne til å omdanne stoffer som er tilført med blodet, og den får mindre evne til å reparere skader som oppstår. Leveren er det viktigste organet vi har for håndtering av kroppens kjemiske prosesser, og redusert kapasitet er en risiko selv om den sjelden blir et alvorlig problem isolert sett. Annerledes blir det dersom vi legger til medisinsomsetning og alkoholbruk.

Med et overforbruk av alkohol, som kan være et ufarlig forbruk hos yngre, økes risikoen dels for leversykdom alene, men det er mer sannsynlig at alkohol rammer leverens funksjon som kjemisk renseverk i kroppen. Alkohol rammer enzymsystemer i leveren som er nødvendige for omsetning av en rekke avfallsstoffer, for nedbryting av næringsstoffer og omsetning av medisiner. Totalkapasiteten til leveren rammes i mindre grad, med mindre forbruket av alkohol er svært høyt, men fordi enkelte undersystemer i leveren er mer sårbare, vil alkohol via lever kunne få uheldige konsekvenser også ved et mindre forbruk.

Men alkohol virker på hele mage-tarm systemet. Og disse virkningene kommer på toppen av normale aldersforandringer.

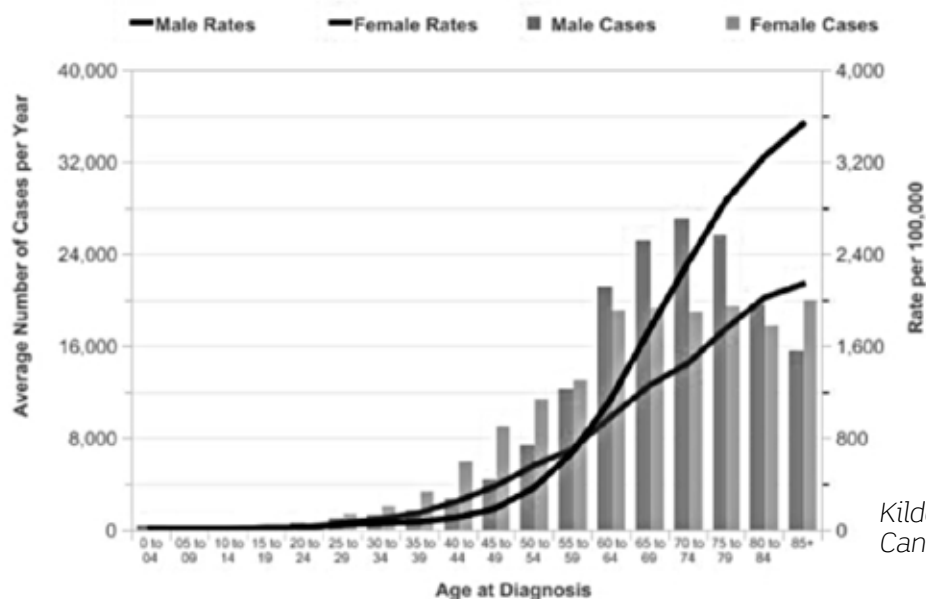
- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Normal aldring: <ul style="list-style-type: none"> • Redusert motilitet (tap av nerveceller) • Forstoppelse, mer syre i spiserøret <ul style="list-style-type: none"> • Redusert mucosa-tykkelse (cellenivå) • Økt sårbarhet for sår og kreft <ul style="list-style-type: none"> • Redusert syrenivå i ventrikkel • Økt bakterievekst i tarm • Redusert næringsopptak | <ul style="list-style-type: none"> • Alkohol og mage-tarm: <ul style="list-style-type: none"> • Ødelegger mucosa • Forstyrrelser lukkemuskelen • Svekker motiliteten i tarm • Reduserer evnen til næringsopptak • Tarmveggen mindre barriere mot giftige stoffer • Økt syreproduksjon • Har en viss bakteriedepende funksjon |
|--|--|

Med økende alder svekkes bevegeligheten i både magesekk og tarm. Alkohol forsterker dette, og bidrar til å forverre en eventuell forstoppelse. Når vi blir eldre, svekkes slimhinner i spiserør og magesekk. Det betyr at eldre blir mer sårbare for syrepåvirkning. Denne syreeffekten forsterkes av alkohol ved at slimhinnen ytterligere svekkes, og ved at lukkemuskelen mellom spiserør og magesekk fungerer dårligere. Risikoen for at det utvikles betennelser og sår vil derfor øke ut over den økningen som kommer med alderen. På den positive siden skal nevnes at den økte syreproduksjonen som kommer fra litt alkoholbruk har en bakteriedrepende effekt der den eldre i utgangspunktet har nedsatt motstandskraft og økt bakterieproduksjon.

Men slimhinneforandringene gjelder hele tarmen. Alkoholen forverrer slimhinnefunksjonen også i de delene av tarmen som skal håndtere næringsopptak og samtidig være en barriere mot giftige stoffer. Sårbarheten øker, samtidig som den beskyttende funksjonen i tarmen svekkes. Dette skjer normalt med alderen, men igjen er det slik at alkohol forsterker problematikken.

Aldring, kreft og alkohol

Det er naturlig å behandle dette i forlengelsen av avsnittet om mage og tarm. Krefttrisikoen øker med økende alder. Som en illustrasjon viser jeg en kurve fra England, der alle kreftformer er tatt med unntatt noen former for hudkreft.



Kilde:
Cancerresearchuk

Mens stigningen skjer gjennom hele livet, går det tydelig fram at aldersgruppen over 60 år helt klart er den delen av befolkningen med mest kreftsykdom. I Norge er de vanligste kreftformene knyttet til prostata, bryst, lunger og tykktarm. (Den neste kreftformen på listen i Norge er fæflekkreft, men den inngår ikke i kurven over). Av kreftformene over er alkohol klart knyttet til kreft i tykktarm og bryst. Sammenhengen med lungekreft er der også, men den er mer uklar, og er i så fall knyttet til et stort alkoholinntak. For kreft i tykktarm og bryst oppstår sammenhengene ved mindre inntak av alkohol.

Ellers er alkohol knyttet til kreft i munn, svelg, spiserør og lever. De er ikke blant de hyppigste kreftformene, men når vi kjenner aldersforandringene i disse organene, kan vi med sikkerhet si at alkohol i alle fall svekker beskyttende faktorer. Samlet kan vi oppsummere med at kreftsisikoen øker med økende alder, og at alkohol øker risikoen ytterligere.

Oppsummering aldring, sykdom og alkohol

Alkoholbruk hos eldre må ses i sammenheng med normale aldringsprosesser og den økte sykdomsrisikoen eldre får. Alkohol forsterker eller forverrer situasjonen systemisk, og rammer neste alle organsystemer. På figuren under ser vi hva de vanligste kliniske problemstillingene er knyttet til i Norge, i aldersgruppen fra 65 år og oppover. Felles for alle er at alkohol griper inn i utviklingen og prognosen i alle problemstillingene.

- | | |
|------------------------|------------------|
| • Muskel-skjelett | • Kreft |
| • Hormonelle | • Immunsykdommer |
| • Nevrologi | • Mage-tarm |
| • Øresykdommer | • Inkontinens |
| • Hjerte-kar-sykdommer | • infeksjoner |
| • Lungesykdommer | • Psykisk helse |
| • Nyresykdommer | |

I tillegg kommer alkoholens effekter på et alderspreget kognitivt funksjonsnivå. Ovenfor er heller ikke psykiske lidelser som angst og depresjon omtalt, tilstander som trolig er betydelig underdiagnostisert hos eldre ut fra tanker om at det er normalt å være nedfor og engstelig, eller at behandling ikke har noe for seg. Alkohol forsterker også psykiske vansker.

Totalbildet er at alkoholbruken for eldre er av vesentlig betydning for helse og funksjonsnivå, og at alkoholbruk fortjener et større fokus i dette perspektivet enn det som er situasjonen i dag.

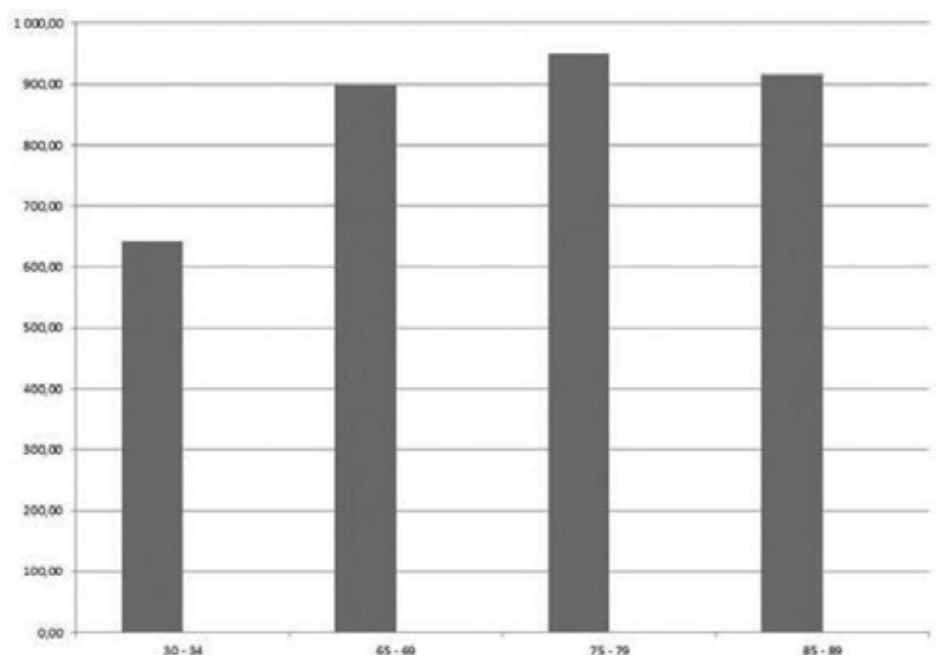
Aldring, medisiner og alkohol

Fred Rune Rahm

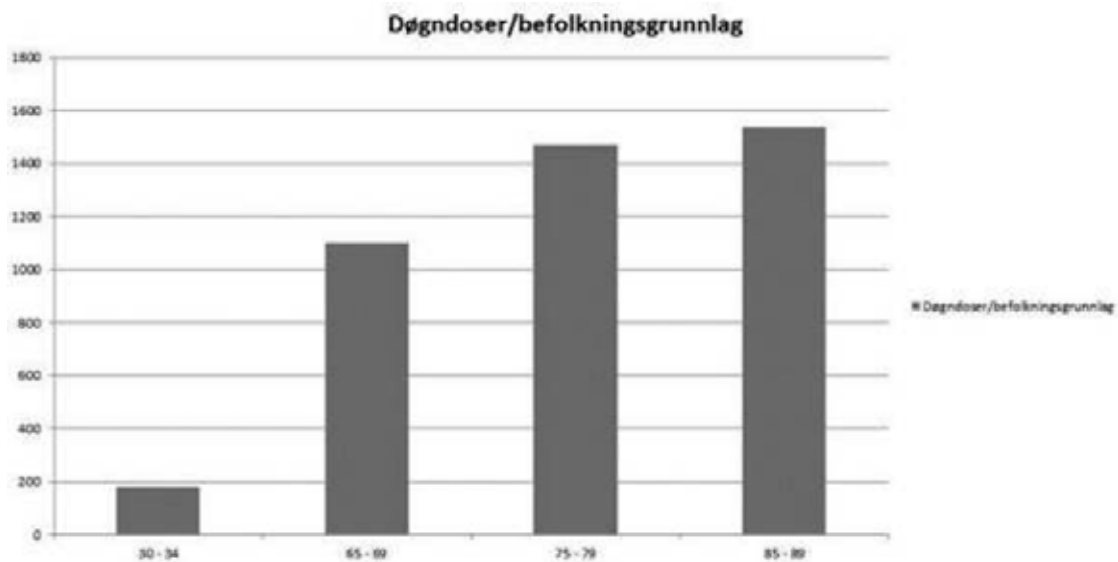
Vanligvis tenker vi på alkohol som et nytelsesmiddel eller som et rusmiddel. Sjelden tenker vi på alkohol som et kjemisk stoff med egne farmakologiske effekter. Dette får betydning for alkohol og sykdom i den eldre befolkningen, men også for medisiner og medisineffekter. Som tidligere vist er det den eldre delen av befolkningen som er mest syke. Det er derfor ikke overraskende at det også er denne delen av befolkningen som bruker mest medisiner. Og sammenhengen med alkohol går både på alkoholens betydning for underliggende sykdom, noe som gir en doseringsutfordring, men også direkte interaksjoner mellom legemiddel og alkohol. Det gjelder opptak, virkning og nedbryting. Figuren under forklarer forskjellen mellom farmakokinetiske effekter av alkohol, og de farmakodynamiske effektene av alkohol. Det er viktig å merke seg at de farmakologiske effektene av alkohol inntreffer ved svært lavt inntak, langt fra det en vanligvis vil kalle misbruk.

- **Farmakokinetiske**
 - Handler om selve medisinomsetningen
- **Farmakodynamiske**
 - Handler om medisineffektene
- **Effektene inntreffer ved relativt lavt inntak, normalt 1-2 enheter, trolig mindre hos eldre**

Om vi ser på antall brukere av medisiner pr. 1000 innbyggere i noen utvalgte aldersgrupper (reseptregisteret 2014), ser figuren ut som vist nedenfor. Tallene er mindre viktige enn det forholdet at antall brukere er størst i gruppene over 65 år.



At antall brukere øker med alder er ikke overraskende. Men mens yngre bruker medisiner av og til, vil de eldre også bruke mer og oftere. Dersom vi ser på mengden medisiner brukt i aldersgruppene (etter et mål som kalles definerte døgndoser), blir forskjellene mellom aldersgruppen vesentlig større enn når vi ser på antall personer som bruker medisiner:



Vi har altså en situasjon der det ikke bare er flest eldre som bruker medisiner, men totalforbruket av medisiner i den eldre befolkningen er mange ganger så stor som forbruket i en yngre befolkningsgruppe. De som er i aldersgruppen 85-90 år bruker nærmere 8 ganger så mye medisin som de som er i aldersgruppen 30-34 år.

Hos eldre mennesker håndterer kroppen medisiner på en annen måte enn hos yngre. Ved en naturlig aldringsprosess vil det få konsekvenser for medisineringen både når det kommer til dosering og virkninger. På figuren under ser vi normale aldersforandringer til venstre, mens påvirkningen fra alkohol vises til høyre.

- **Normal aldring**

- Mindre væske (Alkohol +/- avhengig av form)
- Mer fettvev (Alkohol endrer lite relativt forhold)
- Redusert enzymaktivitet i lever (Alkohol kan forverre)
- Endringer i utskillelse via nyrer (Alkohol kan forsterke)
- Variabelt opptak (Forverres ved alkoholbruk)

- **NB: Polyfarmasi (40% i alderen over 65, USA)**

- **Obs kognisjon (demens)**

Fordelingen mellom væske og fettvev forandrer seg med årene. Det henger blant annet sammen med at vi får mindre muskelmasse. Dette får konsekvenser for medisinomsetningen. Det gjelder særlig de medisinene som er vannløselige, og der konsentrasjonen i kroppsvæsken bestemmer dosering og effekt. Disse naturlige forandringene påvirkes av alkoholinntak, og alkohol får derfor betydning for medisinkonsentrasjon og fordeling. Alkohol er vanndrivende, og virker derfor

isolert sett uttørrende. Men i hvilken grad det skjer, avhenger av hvor konsentrert alkoholen er. Drikkes det sprit, vil det være relativt mye alkohol pr. væskeenhet. Da vil alkoholen bidra til å minske væskevolumet i kroppen ytterligere, og med større medikamentkonsentrasjon som følge. I det andre ytterpunktet har vi svakere alkoholdrikker, særlig øl, der alkoholen inntas i en stor væskemengde. Da vil alkoholinntaket faktisk kunne øke væskevolumet i kroppen, fordi den vanndrivende effekten ikke er så stor at den kan kompensere for det ekstra væskeinntaket. Vi får da en mindre konsentrasjon av medikamentet i kroppen. I begge tilfeller vil imidlertid alkohol påvirke medikamentkonsentrasjon, virkning, bivirkning og effekt.

En annen side ved det faktum at kroppen med økende alder får mindre volum av kroppsvæske, er at beruselsen øker ved lavere inntak av alkohol. Alkohol fordeler seg i væske, og når væskevolumet er mindre går promillen raskere opp. Kombinert med en redusert utskillelse på grunn av leverforandringer vil eldre fortare bli beruset enn yngre, og beruselsen vil vare noe lengre. Dette får også konsekvenser for interaksjoner med medikamenter, og kanskje særlig medikamenter som har kognitive effekter.

En rekke medisiner er avhengige av leverenzymmer for både virkning og nedbryting. Leveren er forandret hos eldre, og fordi alkohol påvirker både leverenzymmer og leverfunksjonen på forskjellige måter, vil alkohol også påvirke medisineffektene. Dette kan skje på to forskjellige måter. Enten kan det bli dårligere effekt av medisiner fordi leveren hemmes i å spalte medisiner til virksomme stoffer, eller konsentrasjonen av medikamentet øker fordi leveren ikke på samme måte er i stand til å skille ut medisinen. En tredje problematikk er at leveren hemmes i å skille ut giftige avfallsstoffer fra medisinomsetningen i kroppen.

Nyrene forandrer seg hos eldre, med mindre muligheter for reopptak av væske. Effekten blir dårligere nyrefunksjon, der mer væske skilles ut. Medisiner som skilles ut over nyrene vil derfor kunne få lavere konsentrasjoner hos eldre, men sammenhengene er uklare. For samtidig vil et mindre væskevolum bidra til å øke konsentrasjonen. Det mest logiske er å tenke seg at konsentrasjonen av et medikament øker, men at varigheten av virkningen går ned fordi det skilles raskere ut. Alkohol griper inn i dette systemet ved at alkohol er vanndrivende, og derfor øker den allerede forøkede medisinutskillelsen i nyrene. I et system som er i balanse, selv etter aldersforandringer i nyrene, vil alkoholinntak kunne forrykke balansen i en ugunstig retning. Et sideproblem av dette er at en rekke medikamenter henger sammen med elektrolytter (salter) i blodet. Alkohol vil med sin vanndrivende effekt også bidra til økt utskillelse av salter fra kroppen.

Når eldre spørres om medisinbruk, vil de oftest bare nevne de medisinene de får av legen på resept. Det er i seg selv ofte mange, og dette kompliserer både samspillet mellom medisinene og samspillet med alkohol. Imidlertid brukes det mye medisiner som ikke er på resept, men som er håndkjøpspreparater. Prinsippet om å "ta med det du bruker i en pose" gir ofte en bedre oversikt, og et bedre grunnlag for vurdering av alkoholbruken opp mot medisineringen.

Som beskrevet i avsnittet om aldring, mage-tarm og alkohol, vil alkohol forverre de aldersutløste forandringene i tarmsystemet. Det vil også påvirke opptaket av medisiner. Om opptaket blir mindre, vil konsentrasjonen i blodet bli mindre, og medikamentet vil få dårligere effekt. Men det motsatte kan også være tilfelle ved at barrierene mot opptak i tarmen er svekket, slik at opptaket øker. Det vil igjen kunne føre til en konsentrasjon i blodet som er

for stor. Effektene av alkohol på medisinopptaket er noe uforutsigbare, men blir en del av totalregnskapet når alkoholbruk skal vurderes opp mot aldring, sykdom og medikamentbruk.

I sammenheng med alkohol og medikamenter skal vi huske på alkoholens direkte virkninger i kroppen. Det er virkninger som indirekte har betydning for sammenblanding med medikamenter.

- **Hindrer dannelse av proteiner nødvendig for at andre medisiner ikke skilles ut**
- **Kroppens generelle metabolisme hemmes/forandres**
- **Redusert utskilling av giftige avfallsstoffer**
- **Redusert beskyttelse mot celleødeleggelser og celledør (oxydativt stress)**

Alkohol virker generelt inn på både oppbygging og nedbryting av proteiner i kroppen. Også proteiner som er nødvendige for utskillelse av medisiner, av spalting av medisiner og for opptak av medisiner påvirkes på samme måte. Særlig vil det være en aktuell problemstilling at alkohol hemmer utskillelse av medisiner ved å hindre dannelsen av de proteinene som er nødvendig for utskillelse. Det kan bidra til overmedisinering. Ved at alkohol gjør celler mer sårbare for celleødeleggelse, vil også bivirkninger bli et problem når medikamenter samvirker med alkohol. Det forsterkes av at giftige avfallsstoffer også skilles dårligere ut ved bruk av alkohol.

Eldre bruker mest medisiner, nesten helt uavhengig av hvilken type medisin. Men det er ikke alle medisiner som er like viktige i blanding med alkohol. Figuren under viser en del av de medikamentgruppene der det bør være en oppmerksomhet også på alkoholbruken. Igjen må det gjentas at samvirkningen med alkohol skjer allerede ved et svært lavt inntak av alkohol.

- | | |
|----------------------------|--|
| • Antihistaminer | • Noen antibiotike (eks. Ciprofloxacin, cephalixin) |
| • Krampedempende | • H2-blokkere |
| • Antidepressiva | • NSAID |
| • Benzodiazepiner | • Noen kvalmestillende |
| • Antiarytmika | • Alfa-blokkere |
| • Diuretika | • blodtrykksmedisin |
| • Anti-parkinson | • Opioider |
| • Bronchodialatorer | |

Om vi ser på medikamentene eldre bruker, vil de fleste kjenne igjen medisiner fra listen over: Allergimedisin, hjerte- og blodtrykksmedisin, betennelsesdempende midler, antibiotika, vanndrivende midler og midler mot forhøyet syreproduksjon i magen. Under hver gruppe finnes det en rekke forskjellige preparatnavn, slik at dersom Felleskatalogen legges til grunn, vil rundt 200 salgspreparater samvirke med alkohol.

For å forenkle det hele, vil samvirkningen mellom alkohol og medikamenter skje på fem forskjellige måter.

1. Alkohol kan forverre underliggende sykdom. Et eksempel kan være høyt blodtrykk. Pasienten får blodtrykksmedisiner, men bruker samtidig for mye alkohol. Alkoholen får blodtrykket til å stige, og motvirker altså hensikten med blodtrykksmedisinen. Resultatet kan være dårligere blodtrykksregulering, eller et behov for høyere dosering med økte bivirkninger. Et annet eksempel kan være at det brukes syredempende medisiner mot magesår eller betennelsesforandringer i mage og spiserør. Ved samtidig bruk av alkohol som øker syreproduksjonen, holdes symptomene ved like.

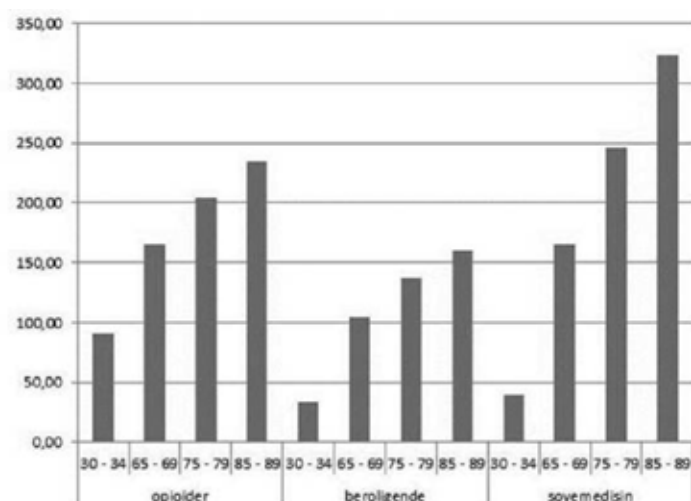
2. Alkohol kan skape sykdom og plager i seg selv, som igjen nødvendiggjør medisiner. Deretter skapes en problematikk med interaksjon mellom medisiner og alkohol. Eksempelene er mange, men kan for eksempel være dårlig søvnkvalitet, noe som igjen fører til bruk av sovemedisiner.

3. Alkoholbruk kan gjennom sine effekter på stoffomsetningen i kroppen gjøre underliggende sykdom mer ustabil. Et eksempel her kan være diabetes og alkohol. Alkoholen gjør reguleringen av blodsukternivået delvis vanskeligere, men vil også særlig ramme pasientens oppmerksomhet omkring et for lavt blodsukternivå. Da svekkes signalsystemene for å avverge det som kan bli en svært alvorlig situasjon.

4. Alkohol kan i seg selv ramme det samme målområdet i kroppen som medisinen gjør. Da blir effekten av medisinen vesentlig forsterket, men det blir også bivirkningene. Et eksempel kan være smertestillende midler i opioidgruppen (smertestillende med for eksempel kodein), som virker sløvende. Det gjør også alkoholen ved at den øker dopaminproduksjonen i kroppen.

5. Alkohol kan treffe samme målområdet i kroppen og de samme signalsystemene. Da har vi en situasjon hvor effektene ikke bare kan legges sammen, men må multipliseres med hverandre. Mens vi i eksempelet over har et regnestykke der en pluss en blir to, vil regnestykket bli at en pluss en blir tre (eller fire ...) der både medikament og alkohol bruker de samme veiene for virkning og omsetning i kroppen. Eksemplet kan være angstdempende og søvnbefordrende medisiner i benzodiazepingruppen (diazepam, oxazepam, zopiclone etc.).

Opioider, benzodiazepiner og sovemedisin er derfor av spesiell viktighet i sammenheng med alkohol. Og igjen er det slik at forbruket er veldig stort i den eldre delen av befolkningen. I figuren vises antall brukere pr. 1000 i fire forskjellige aldersgrupper (Reseptregisteret 2014).



Bruken av smertestillende midler i opioidgruppen øker bratt med økende alder. Eldre mennesker har ofte en del smerter. Den samme økningen med økende alder ser vi i gruppen med beroligende og angstdempende medisiner, og enda mer dramatisk er økningen i forbruket av sovemedisin.

Rent bortsett fra at bruk av benzodiazepiner over tid kan skape den angstproblemtikken den er ment å dempe, eller at sovemedisiner kan skape de søvnvanskene medisinen brukes for å dempe, er preparatene vanedannende. Det samme gjelder opioider. Risikoen for avhengighet øker dersom disse preparatene blandes med alkohol.

Benzodiazepiner virker over det som kalles GABA-systemet i hjernen (gamma-amino-smørsyre). Det gjør også alkohol, slik at medisiner i benzodiazepingruppen og alkohol potenserer effekten av den andre. Påvirkningen fra begge stoffene blir sterkere enn om effektene bare plusses sammen. Dette kan få alvorlige konsekvenser for koordinasjon og balanse, men enda viktigere i denne aldersgruppen er de kognitive effektene. Både evnen til oppfattelse og hukommelsen svekkes, evnen til planlegging og utføring av daglige gjøremål svekkes, og det blir lettere rot med annen medisinerings. En eldre hjerne fungerer allerede langsommere i utgangspunktet. Dersom det i tillegg er en liten demensutvikling, vil blandingen av angstdempende og beroligende medisiner med alkohol, eller sovemedisin med alkohol, være det som avgjør om den eldre kan klare seg mest mulig selv i hverdagen. Alternativet kan bli pleie og omsorg, enten hjemme eller på institusjon. Risikoen for fall og ulykker øker også med en slik kombinasjon av medisin og alkohol. Effektene kan oppstå helt uavhengig av om den eldre opplever seg beruset. For mens det skjer en nedregulering av rusopplevelsen, skjer det ikke med de psykomotoriske effektene. Dette gjelder for benzodiazepinpreparater alene, og enda mindre i kombinasjon med alkohol.

En utfordring i denne sammenhengen er at den legen som forskriver medisiner ikke kjenner pasientens alkoholbruk. Det kan være at legen ikke er seg bevisst mulighetene for samvirkning, at legen ikke er seg bevisst at eldre tåler alkohol dårligere, og at legen ikke er seg bevisst at et alkoholkonsum helt innenfor akseptable sosiale grenser kan være risikobruk hos en eldre person. Pasienten kan selv velge å underkommunisere sitt alkoholbruk for legen, bevisst eller uten å tenke over det. Ideelt sett burde alkohol bli et tema ved hver forskrivning av et medikament.

De som oftest vil støte på problemstillingen er ansatte som arbeider innenfor pleie og omsorg. Der bør det være nok kunnskap til å drøfte dette med brukeren, eller så god kommunikasjon med legen at legen blir informert om bekymringen.

Pårørende – deres livssituasjon og dilemma

Terje Knutheim

«Når man har behov for å snakke med noen, blir jo det i ganske stor grad å fortelle ting om moren sin som ikke er så hyggelige. Etterpå føler du at du har utlevert moren din. Jeg har vært veldig fortvilet over det, man føler at man sladrer om sin egen mor. Men man orker ikke å bære alt inni seg heller.

For det første trenger man råd og veiledning. Hvordan skal man forholde seg til at moren sin drikker. Hva når hun spiser dårlig og heller drikker alkohol. Det er jo farlig. Skal man ta fra henne alkoholen, eller må hun få bestemme selv? Dette er vanskelige, tunge avgjørelser.» (Dagsavisen 22. juli 2011)

Denne uttalelsen i Dagsavisen sier mye om den vanskelige situasjonen og de dilemmaene som pårørende til eldre opplever når en av deres nærmeste har en problematisk bruk av alkohol. For mange går det også utover egen helse og velvære.

Relasjonelt perspektiv

Kompetansesenteret har anlagt et relasjonelt perspektiv i sitt arbeid med rusmiddelproblemer, og arbeider ut fra et familie- og generasjonsperspektiv. Frid Hansen har laget denne definisjonen på et rusmiddelproblem:

Når bruk av rusmidler:

- Virker forstyrrende inn på de oppgaver og funksjoner som skal ivaretas i familien
- Belaster og forstyrrer de følelsesmessige bånd mellom mennesker

To typer pårørende

Når det gjelder pårørende, snakker vi om to typer pårørende som vi møter i den kliniske hverdagen:

Dem vi møter som pårørende til ruspasienter

Dette er personer som involveres i behandlingen når en person med rusmiddelproblemer er under behandling. I denne sammenhengen vil den pårørende kunne være en støttespiller i den endringsprosessen den rusmiddelavhengige går igjennom. Det vil imidlertid ofte være en del av behandlingen å få den pårørende til ikke å involvere seg i den andres behandlingsprosess. Det å gi pasienten rom for å ta ansvar for sitt eget liv, og å bli klar over hvilke belastninger han/hun har påført sine nærmeste med sitt rusmiddelbruk, er en viktig del av behandlingen.

Det vil her oftest være snakk om partner eller voksne barn. For disse vil kanskje skam og skyld være framtrepende, og gjøre at en gjerne vil skjule den tilstanden ens nærmeste er i, og derfor vil de også vegre seg for å gripe inn i situasjonen.

De som ønsker helsehjelp for egen del

Den andre gruppen pårørende er personer som har hatt så store belastninger ved å leve nær en med et rusmiddelproblem, at de har behov for hjelp og behandling for egen del. Flere behandlingssteder tilbyr behandling for pårørende uten at den som har et rusmiddelproblem deltar i behandlingen.

Partnere og voksne barn til eldre vil noen ganger ha behov for et eget behandlingstilbud, og i kommunene er det viktig å avklare om de har et slikt behov.

Pårørende som primærpasienter i poliklinikken på Borgestadklinikken

Borgestadklinikken har gjennom flere år utviklet behandlingstilbud for pårørende, og særlig på poliklinikken utgjør de en stor del av pasientene. I 2011 var mer enn 40 % av poliklinikkens samtaler med pårørendepasienter. Drøyt 80 % av pårørendepasientene var henvist av fastlege. I perioden 2000-2008 var 84 % av pårørendepasientene kvinner med en gjennomsnittsalder på 42 år. Dette reflekterer nok at kvinnene er i flertall når det gjelder opplevd belastning. I tillegg har kvinner lettere for å søke behandling enn menn.

Pårørendepasienten

Den som har et rusmiddelproblem oppfatter ofte ikke selv at rusmiddelet har blitt et problem. På den annen side oppfatter de pårørende langt tidligere at det dreier seg om et problem som går ut over dem. Nedenfor ser en at pårørende har levd lenge med belastninger før den som bruker rusmiddelet selv opplever det som et problem. Før brukeren selv ser problemene, har pårørende oppfattet at:

- samlivspartneren har hatt et rusproblem i 12 år
- mor/far har hatt et rusproblem i 24 år

Pårørendes medikamentbruk

Den belastningen det innebærer å være pårørende fører til at mange oppsøker sin fastlege på grunn av dette. For mange innebærer det at de får utskrevet medikamenter for å dempe sine plager. Det dreier seg om angstdempende medisiner, sovemedisin, medisiner mot depresjon, og også sterkere smertestillende medikamenter. Andelen pårørendepasienter som bruker medisiner i disse gruppene framgår av tallene under:

- 2000 - 2003: 33 %
- 2006 - 2008: 50 %
- 2009 - 2011: 60 %

Tallene viser at det fra 2000 til 2011 var stadig flere som fikk foreskrevet medikamenter. Fra 2009 til 2011 ser vi særlig en sterk økning i bruk av antidepressiva.

Dette er tall for hele pasientgruppen uansett alder, og en kan ikke si om tallene er annerledes når det gjelder pårørende til eldre pasienter. Klinisk erfaring gir imidlertid ikke holdepunkter for at belastningen eller medisinbruken er mindre selv om pasientene er eldre.

Psykiske plager

Fra en pårørendeundersøkelse i 2009 – 2011 (Kristiansen og Myhra) rapporteres det om omfattende psykiske plager blant pårørendepasientene:

- Nedstemthet 79.9 %
- Utmattelse 71.5 %
- Søvnproblemer 68.8 %
- Angst 66.0 %
- Muskel/skjelettplager 52.5 %
- Mageproblemer 43.9 %

De pårørende ble også spurt om de **ikke** hadde hatt kroppslige eller psykiske plager som følge av å være pårørende. Få hadde vært uten plager:

- Har aldri hatt kroppslige plager av å være pårørende 15.8 %
- Har aldri hatt psykiske plager av å være pårørende 2.8 %

Krenkelser

Den samme undersøkelsen viser også at mange pårørende har opplevd krenkelser av ulike karakterer:

- Verbal trakassering 69.4 %
- Selvmordstrusler/selvmondsforsøk 45.1 %
- Trusler 36.8 %
- Vold 34.7 %
- Økonomisk utpressing 31.3 %

En undersøkelse fra SIRUS (I. Rossow og E.K. Bye – SIRUS: Alcohol-Related Violence-Prevention and Treatment 2013) viser at vold mot eldre ofte forekommer. I sin rapport oppsummerer de følgende:

- Overgrep og vold rettet mot eldre er ikke uvanlig.
- Overgriper er ofte en som den eldre personen kjenner. Det kan være ektefelle, barn, barnebarn, slektninger, hjelpepersonell eller andre som står den eldre nær eller som den eldre er avhengig av.
- Overgrepene kan henge sammen med familiekonflikter, psykisk lidelse eller alkohol- og rusmiddelbruk hos overgriper.

Helseplager hos pårørende

Overlege Egil Nordlie har vært opptatt av og undersøkt hvilke helseplager pårørendepasientene på Borgestadklinikken har. I artikkelen. "Alkoholmisbruk – hvilke konsekvenser har det for familiemedlemmene" (Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 1; 2003) refereres resultatene.

I undersøkelsen deltok behandlingsgrupper for pårørende i 1987-91 og 1994-97 - 273 personer fra 21-72 år (snitt 38 år), 230 kvinner og 43 menn.

Han foretar følgende sammenfatning av resultatene:

- 96 % har periodevis muskel-skjelettsymptomer
- 64 % har betydelig hodepine 2-3 dager i strekk, minst en gang pr. mnd.
- 69 % har symptomer fra magen
- 62 % har diffuse brystmerter uten påvisbar fysisk årsak
- 76 % av kvinnene har underlivsproblemer

Hver 5. pårørendepasient (voksnet barn av rusmiddelmissbruker) har konversjonssymptomer (konversjonsslidelse er en tilstand der pasientene viser nevrologiske symptomer som nummenhet, blindhet, lammelse eller anfall, men hvor ingen nevrologiske forklaringer er mulige).

Resultatene viser at pasientene, som stort sett er kvinner, har betydelige helseplager. Ofte blir ikke disse relatert til den livssituasjon de har befunnet seg i. Selv om en ikke med sikkerhet ikke kan si at plagene knytter seg til å være pårørende, viser den kliniske erfaring at mange av disse plagene forsvinner etter at pasientene gjennom behandling har fått bearbeidet sine livserfaringer.

Problemer hos nære pårørende

Pårørendepasientene opplever ofte at livet blir vanskelig. De problemene som gjengis nedenfor oppleves ikke av alle, og vil i ulik grad prege deres liv. Følgende problemer er de mest vanlige.

• Opplevelse av utilstrekkelighet

Den pårørende prøver ofte å gripe inn og forsøke å hjelpe den rusmiddelavhengige til å slutte å ruse seg, uten at dette fører fram. Etter hvert utvikles en opplevelse av utilstrekkelighet som også sprer seg til andre områder i livet.

• Opplevelse av hjelpeløshet

Det å ikke kunne hjelpe den rusmiddelavhengige fører ofte til at en føler seg hjelpeløs, ofte også som person.

• Utrygghet og isolasjon

Mange pårørende føler at livssituasjonen er utrygg fordi de lever nær en med rusmiddelproblemer, og isolerer seg derfor lett fra omgang med andre mennesker.

• Tendens til å føle skam og å påta seg skyld og ansvar

Å stadig være full eller påvirket av rusmidler, sees på som en tilstand som en selv er skyld i, og som en kan gjøre noe med. Det er et tabubelagt tema der den pårørende ofte føler skam for situasjonen i familien. Den pårørende påtar seg ofte skylden og ansvaret for det som har skjedd.

- **Tilpasser seg andres krav og forventinger**

Når en lever nær en som bruker rusmidler på en problematisk måte, går en ofte «på nåler» i forhold til når og hvordan en ny periode med rusing vil bli. Den pårørende utvikler «antenner» der oppmerksomheten rettes mot hva en kan gjøre for å unngå rusing. Gjennom tid kan dette utvikle seg til opptatthet av hva den andre venter av en, slik at en i mindre grad å kjenner etter egne behov og ønsker for hvordan livet skal være.

- **Vansker med å identifisere egne følelser**

Det at en vender blikket mot «den andre» og er opptatt av å tilfredsstille dennes ønsker, gjør at den pårørende får vansker med å identifisere egne følelser. Fokus rettes mot å finne ut hva den rusmiddelavhengige føler, og hvordan en kan bidra til å tilfredsstille dennes behov.

- **Lite selvstendige ønsker for eget liv**

Dette fokuset mot den andre fører lett til at den pårørende har få selvstendige ønsker for eget liv. Eget liv er satt til side.

- **Ulike psykosomatiske plager**

Det er tidligere redegjort for at mange utvikler psykosomatiske plager. Disse blir en ofte medisinerert for, uten at bakgrunnen blir berørt.

- **Vanskelig økonomisk situasjon**

Særlig for kvinnelige samlivspartnere som vurderer å bryte ut av et samliv, vil det kunne bety økonomiske problemer. Dette kan være en grunn til at de blir værende i et destruktivt samlivsforhold.

Sentrale problemstillinger i behandlingen

I første del av en behandling for pårørende er det viktig å kartlegge og snakke om hvordan det å leve nær en rusmiddelavhengig har påvirket livet.

- **Hva har jeg gjort for å forsøke å hjelpe?**

Gjennom lang tid har de fleste gjort mye for å hjelpe slik at den rusmiddelavhengige slutter å ruse seg. Det en har gjort er viktig å få på bordet i detalj før en starter en endringsprosess for egen del.

- **Hvordan har hjelpen fungert?**

En analyse av disse forsøkene på å hjelpe viser som oftest at hjelpen ikke har hatt noen effekt, bortsett fra kanskje i korte perioder. Det er derfor viktig å minne den pårørende om at det bare er den som har et livsstilsproblem som kan sitte i førersetet for en forandringsprosess.

- **Hvilke konsekvenser har rusmiddelmisbruket fått for meg?**

Den siste og viktigste samtalen vil dreie seg om hvilke konsekvenser rusmiddelbruket har hatt for den pårørendes eget liv. En erkjennelse av disse konsekvensene vil legge grunnlaget for å gå inn i en terapeutisk prosess for å sette eget liv i fokus. For den pårørende dreier det seg om en krevende endrings- og nyorienteringsprosess der eget liv og egne behov blir satt i sentrum.

- **Fra avmakt til handlekraft**

Hele endringsprosessen dreier seg om å gå fra en opplevelse av å befinne seg i en avmaktsposisjon til selv å ta styringen over eget liv. Dette gjøres gjennom samtaler med terapeut, og ofte også ved å dele erfaringer med andre som har vært og er i en lignende situasjon som pårørende.

Fra offer til ansvarlig for eget liv

En side av endringsprosessen vil være å riste av seg følelsen av å være offer, og bevege seg mot en posisjon som ansvarlig for eget liv. Det å påta seg ansvar for livet vil for mange være besværlig, og en må ofte bruke lang tid på denne endringen.

- **Nyorientering**

Isolasjonen fra andre har ofte ført til at ens sosiale liv har vært mangelfullt og preget av å skjule det som foregår hjemme. Å ta livet tilbake eller i bruk, og utvikle eller gjenoppta et sosialt liv kan være spennende, men også krevende. Det å riste av seg skammen en har følt på, og stå fram som en person som ikke er ansvarlig for den andres rusmisbruk, er ikke lett i et samfunn der rusmisbruk sees på som skamfullt.

- **Beslutning vedrørende hjelpetiltak**

For noen vil det være behov for hjelpetiltak utover det som gis gjennom behandlingen for å komme i gang med et «nytt» liv.

- **Grensesetting**

Det å la være å gripe inn og leve sitt eget liv, er et annet valg når en skal forholde seg til en som har et rusmiddelproblem. Den pårørende skal ikke lenger forsøke å endre livet til den som ruser seg, men ta vare på seg selv og sitt eget liv. En må derfor sette grenser for hvor mye en skal involvere seg i den andres liv. Erfaringsmessig fører det til at mange rusmiddelavhengige selv søker behandling og gjør noe med sitt eget liv.

Hva kan gjøres

I hjelpeapparatet har en generelt hatt lite fokus på pårørende og deres behov for hjelp. I forhold til eldre med rusmiddelproblemer har dette i stor grad vært tilfelle. Det er lite eller ingen forskning som tar for seg at også pårørende belastes når eldre drikker for mye eller utvikler et avhengighetsproblem. Det er derfor viktig å sette fokus på dette både i det kommunale hjelpeapparat og i spesialisthelsetjenesten.

Nedenfor gjengis noen punkter som er viktige for å få til et slikt fokus:

- Synlig tiltakskjede
- Samhandling mellom aktører
- Ansvarspersoner i spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester
- Avtabuisere og framsnakke temaet pårørende
- Ressurser og kompetanse på området
- Legge til rette og stimulere til frivillig arbeid
- Ta opp tema

To eksempler fra praksis

Alfhild, 66 år

Alfhild er 66 år og har nylig blitt enke. Hun har aldri jobbet utenfor hjemmet, og i hele sitt voksne liv tatt hånd om barn, hus og hjem. Mannen har alltid drukket mye, og ettersom årene gikk drukket stadig mer. Han klarte likevel å holde på jobben helt til han ble pensjonert.

Da mannen ble syk, åpnet det seg muligheter for å kunne snakke om at livet er vanskelig. Alfhild har hatt mye å skjule og har ikke eget sosialt nettverk med venninner og lignende. Når mannen dør blir hun alene, føler seg isolert, har angst og depresjonen blir tiltagende. Et sentralt spørsmål for henne er hvem HUN er når mannen er borte. Hun ønsker å gjøre noe med livet sitt, og fastlegen henviser henne til behandling som pårørende til en rusmiddelavhengig.

Anna, 60 år

Anna på 60 år er gift, og har hele sitt yrkesaktive liv vært helsearbeider. Mannen har etter hvert utviklet et alvorlig alkoholproblem som for henne har innebåret mye fyll og psykisk plaging. Hun klarer ikke å bryte opp fra ekteskapet, men sier at hun vet at hun må. Hun er opptatt av hva andre ville si om de visste hvordan hun egentlig har det. Hun er opptatt av hva andre ville tro om henne som blir hos ham med det hun blir utsatt for. Hun kjenner sine barns fortvilelse over at hun ikke klarer å dra fra mannen som drikker og plager henne. Barna har satt grenser for besøk og samvær med barnebarna for henne og mannen.

Enkle tilnærminger til eldre med risikofylt alkoholbruk

Fred Rune Rahm

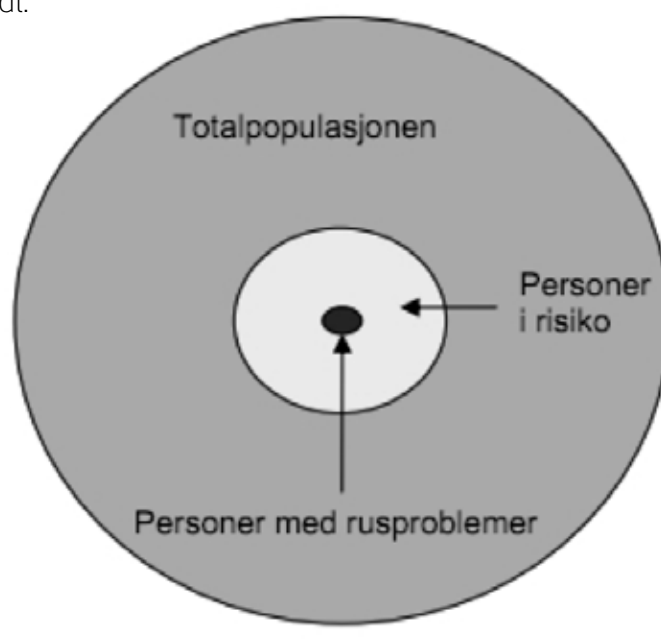
Med bakgrunn i sammenhengen mellom aldring, sykdom, medisiner og alkohol, kan ikke alkoholforbruket hos den eldre befolkningen overses. Til det er konsekvensene for store. Og når vi kjenner til hvordan den eldre delen av befolkningen vil øke, og samtidig med de endringene vi ser i holdninger og alkoholkonsum, vil rusmiddelproblematikken også øke bare på grunn av at antall eldre øker.

Det er vanlig å tenke at alkoholforbruk må tas opp med dem som har et åpenbart rusmiddelproblem. Det har også vært vanlig å tenke at hjelpeapparatet klarer å identifisere disse personene gjennom kjennskap og klinisk skjønn. Begge deler er bare delvis riktig. Selv trenede klinikere vil identifisere kun noen av dem med store problemer, og generelt er det slik at hjelpeapparatet trolig kjenner bare omlag 20 % av dem som drikker for mye etter en tradisjonell misbrukstenkning. Så allerede i utgangspunktet vil hjelpeapparatet bare fange opp de færreste av dem som har et stort alkoholkonsum. Dette gjelder hele befolkningen, og ikke bare de eldre.

I tillegg vil det være bedre at rusmiddelbruk tas opp som rutine, også for å unngå en stigmatisering eller mistenkeliggjøring av den enkelte. Særlig for eldre kan alkoholbruk være forbundet med skam.

Enda vanskeligere blir det om vi ser på den eldre befolkningen spesielt. Og grunnen er at alkoholinntaket hos denne delen av befolkningen kan bli både risikofylt og problematisk lenge før de har en tradisjonell misbruksproblematikk eller rusmiddelavhengighet. Så mens punktet over alene skulle tilsi at vi må ha andre tilnærminger enn bare klinisk skjønn, vil dette synes helt nødvendig når det dreier seg om aldersgruppen 65+. Her blir det kliniske skjønnet så upresist at det har begrenset verdi.

Det er viktig, er fange opp flest mulig i risikozonen, for risikozonen er relativt sett større i den eldre befolkningen enn i en totalbefolkning. Da vil det også avdekkes noen med spesielt store problemer, men det bør ikke være den eneste hensikten med å fokusere på alkoholbruken hos den eldre delen av befolkningen.



Svaret på spørsmålet om alkohol og alkoholforbruk er noe som kan tas opp når det synes relevant, eller om det bør være allmenne rutiner for dette, ligger i de to avsnittene over. Uten rutine vil det glippe overfor dem som burde bevisstgjøres om alkoholbruken, og når vi kjenner til sammenhengen mellom alkoholbruk og helse hos de eldre, vil det være langt mellom dem som ikke kan ha nytte av denne bevisstgjøringen. Samtidig vil noen ha behov for en nærmere oppfølging eller behandling.

Målsettingen med å ta opp spørsmål rundt alkoholbruken bør altså ikke begrunnes i en tanke om å avdekke misbrukere, men hjelpe den eldre til å se alkohol i sammenheng med alder, sykdom og medikamenter. Og gjøres dette rutinemessig, slik som det gjøres med andre helsespørsmål, vil det ikke være stigmatiserende eller krenkende. Hvis det er rutine, og det begrunnes i generell helse og autonomi, er det erfaring for at det sjelden er motvilje og motstand, men mer en engasjert interesse. Og for de aller fleste vil det å bli oppmerksom på sammenhengene være tilstrekkelig for en tilpasning, og særlig dersom budskapet gjentas nå og da.

Forslag til tilnærming og arbeidsform:

- Det utarbeides og innarbeides rutiner for å ta opp alkohol i sammenheng med annen helserådgivning, omsorg og behandling.

For gjennomføring er det nødvendig med tilstrekkelig kunnskap, slik at de skal kunne vurdere situasjonen sammen med den eldre, og kunne gi noen grunnleggende råd. Det er ikke slik at alle som tar opp spørsmålet skal være eksperter på dette, men i rutinen bør det også ligge noe om hvor personalet kan hente råd og veiledning om nødvendig.

- Fordi det kliniske skjønnets er dårlig, og fordi det nå skal være rutine, bør bruk av kartleggingsverktøy vurderes. Målet er en bevisstgjøring av den enkelte omkring eget forbruk og helse, slik at svarene er mindre viktige enn at det spørres.

Mange finner kartleggingsverktøy brysomt å bruke, og mange opplever at det lettere blir tanker om "misbruk" når slike verktøy brukes. Imidlertid skal verktøyet brukes som en støtte både for personalet og som en hjelp i brukerens egen bevisstgjøring. Selve svaret på kartleggingen er mindre interessant enn at kartleggingen gjennomføres. Med en slik kartlegging får en et noe usikkert grunnlag for en faktisk vurdering, men et godt utgangspunkt for en samtale. Og selv om vurderingsgrunnlaget blir svakt, vil det uansett være bedre enn gjennom en samtale uten støtte i en slik kartlegging. Vi anbefaler korte verktøy som Audi-C eller Cage (se vedlegg). Begge er selvutfyllingsskjemaer, og inneholder henholdsvis 3 og 4 spørsmål. Det er ikke stor forskjell på skjemaene, men Audit-C antas å kunne avdekke risikobruk best, mens Cage er bedre til å identifisere stordrikkere. Og ettersom vi mener at et risikofokus er det viktigste, anbefaler vi Audit-C.

- • Viktigere enn bruk av kartleggingsverktøy er likevel selve det aspektet at alkoholbruk settes på kartet.
- • Når resultatene av en kartlegging foreligger, eller temaet er tatt opp på andre måter, er det tid for en samtale

Samtalen kan i noen tilfeller bli veldig kort. Der det ikke er snakk om sykdom og medisinbruk, og der alkoholbruken er liten og sporadisk, kan samtalen bare dreie seg om hvorfor temaet er berørt. I andre tilfeller vil samtalen være en kort informasjon om sammenhenger, og den eldre vil selv ha grunnlag for å gjøre egne valg. I andre tilfeller kan samtalen bli noe lengre, men fortsatt slik at det er snakk om en kortvarig intervensjon. Mens bare det å ta opp tematikken har vist seg å være nyttig, kan det bli behov for noe mer.

En kortvarig intervensjon (brief intervention) kan dreie seg om alt fra en litt lenger samtale, til utlevering av informasjon, avtale om noen få samtaler til eller andre former for endringsarbeid. Slike korte intervensjoner har vist seg å gi gode resultater, og i noen tilfeller på linje med mer omfattende behandlingsopplegg.

Kortvarige/minimale intervensjoner:

Forskjellige former for minimale intervensjoner

- **Kort samtale, gjerne etter prinsippene i MI**
- **Et informasjonsskriv/brev**
- **Noen få rådgivende konsultasjoner**
- **Forskjellig undervisning**
- **Henvisning videre**
- **.....**
- **Hovedmål: Øke klientens oppmerksomhet på bruken av rusmiddelet**

Kortvarige intervensjoner har vist god effekt på en rekke områder der målet er en endring. Risikofylt alkoholbruk er et av de områdene som er best dokumentert. Endringen skjer primært gjennom en økning av personens bevissthet om problematikken eller utfordringen. I noen få tilfeller blir det behov for hjelp utenfra, enten ved at noen andre tar noen få samtaler med personen, eller ved at det blir behov for mer behandling. Dette kan foregå enten i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten. En slik avklaring skjer i samarbeid med den eldre. Et godt hjelpemiddel kan være bruk av Motiverede Samtale. Metodikken i Motiverende samtale vil bli gjennomgått i et annet kapittel.

Noen prinsipper går igjen i de kortvarige intervensjonene som har vist effekt:

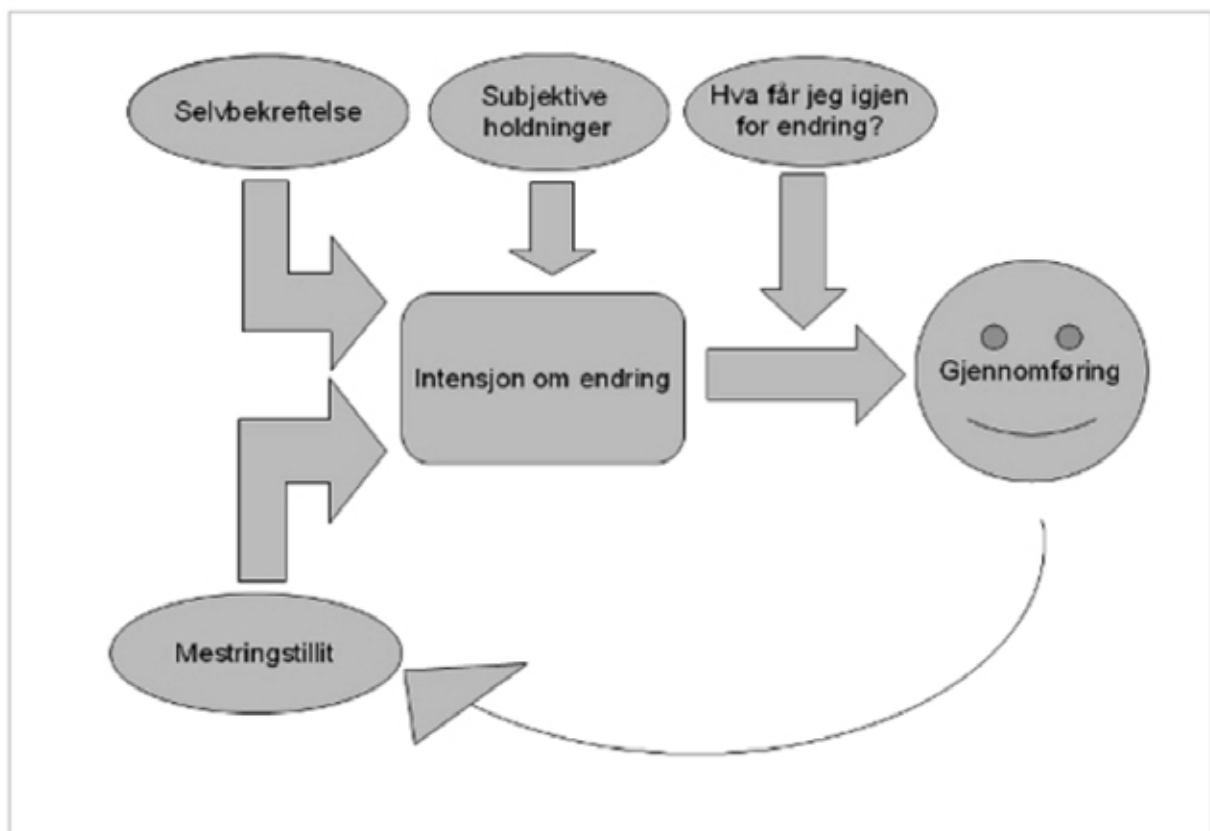
- Klar tilbakemelding
- Ansvar ligger hos klienten
- Rådgivning
- Diskutere forskjellige valgmuligheter
- Empati
- Mestringsfølelse

Det første punktet er en **klar tilbakemelding**. Dersom hjelpepersonalet er bekymret, eller det er annen grunn til bekymring, skal dette uttrykkes klart. Det er ikke her plass for sikre konklusjoner og **valgene ligger hos den eldre**, men uklar tilbakemelding står i veien for endring der det er nødvendig eller anbefalt.

Personalet bør ha **god nok kunnskap til å gi noen enkle råd**. Men ut over det vil det for de fleste være aktuelt å hente hjelp utenfra. Og råd uten alternativer øker endringsmotstanden, mens **råd med alternativer fører til endring**.

Empati er gjennomgående i de tilfellene der kortvarige intervensjoner har vist effekt. Empati er evnen til å sette seg inn i den andres situasjon, men likevel ikke så tett at vi mister evnen til overblikk og handling. Det viktigste er at den eldre føler seg forstått og akseptert, mer enn at hjelperen er fornøyd med sin egen innsats og holdning. I de tilfellene der hjelperen går så opp i den andre at de blir like, skjer det ingen endring. Om avstanden blir for stor blir det heller ingen endring. En empatisk tilnærming skal både være full av innlevelse og ha en nødvendig distanse.

Det siste punktet på figuren under handler om **mestringsfølelse**. Dersom den eldre ikke selv har tro på at endring er mulig, vil endring heller ikke skje. Og hjelpepersonalet bør forsøke å stimulere mestringsfølelsen, ikke ved å avfeie det den andre ser som problemer, men ved å søke og hente ressursene den andre har.



Som figuren over viser, kan det ved siden av mestringstillit være flere andre forhold som fører til en intensjon om endring, slik som både selvbekreftelse og subjektive holdninger. Alle disse faktorene er med på å bestemme motivasjon, men de er også med på å bestemme om den eldre ser behov for endring. Men fra intensjon til å ta skrittet mot en faktisk endring, er det særlig en faktor som er bestemmende: Hva får jeg igjen for det? Dette må hjelpepersonalet utforske sammen med den eldre, der fordeler og ulemper veies mot hverandre.

Verdens helseorganisasjon har utarbeidet et skisse til et samtaleforløp, ASSIST. Dette er en form for motiverende samtale i miniversjon. Metoden er testet ut i mange land, og har vist seg å både skape kontakt, respekt og ofte endring. Det viktigste er hele tiden at den eldre selv er ansvarlig for sine valg, og at hjelperen må akseptere dette fullt ut. Dette uttrykkes helt eksplisitt av hjelperen i modellen under.

ASSIST Brief Intervention

9 enkle trinn

* Stjernemerket er hjelperen, resten er klienten.

1. * TILBAKEMELDING: del og diskuter resultatene i Audit-C
2. * RÅD om hvordan dette kan endres
3. * ANSVARET ligger hos klienten (deres sak)
4. BEKYMNING om helse/funksjon slik klienten ser det
5. GODE TING OM BRUKEN slik klienten ser det
6. IKKE-SÅ-BRA OM BRUKEN slik klienten ser det
7. * OPPSUMMER hva klienten har sagt for og imot
8. BEKYMNING om de-ikke-så-bra-faktorene
9. * LEVER UT ENKEL INFORMASJON TIL KLIENTEN

WHO - ASSIST V3.0 R. Humeniuk 22.07.04 Endret 11.04.05

Samtaleteknikken utdypes nærmere i omtalen om motiverende samtale. Til slutt er det viktig å ta med seg at barrierene mot å ta opp spørsmålet om alkoholbruk vanligvis ligger hos personalet, og sjelden hos den eldre. Det er derfor liten grunn til bekymring for at relasjonen skal bli skadet. Ved at hjelperen heller ikke må kunne svare på alle spørsmål, men kunne undersøke med andre eller henvise til andre, er også fallhøyden lav. Forutsetningen for et positivt utfall er imidlertid at alkoholbruk fokuseres på linje med andre helsefaktorer, og at det gjøres uten at den eldre føler seg stigmatisert som mulig misbruker.

Behandling av eldre med rusmiddelproblemer

Terje Knutheim

Noen sentrale prinsipper

Også en del eldre vil ha behov og utbytte av behandling dersom de har utviklet et avhengighetsforhold til alkohol. Mange eldre bruker medikamenter, og dette må også i tilfelle bli en del av behandlingen.

Viktig utgangspunkt

Ved behandling av eldre må en ha følgende utgangspunkt: Kognitive funksjoner som hukommelse og oppmerksomhet svekkes med alderen. Dette er også omtalt i kapittelet om aldring.

Det er flere endringer som finner sted i hjernen når den tilføres større mengder alkohol. De viktigste endringer er som følger:

- Hjernen minsker mer enn alderen skulle tilsi (tolkes som økt hjerneskode)
- Hippocampus har med hukommelsen å gjøre. Den krymper proporsjonalt med resten av hjernen, men også med mengden inntatt alkohol
- Fremre del av hjernebarken krymper særlig mye, og det er derfra evnen til planlegging og utføring av oppgaver styres.
- Alkohol hindrer nydannelse av hjerneceller
- Cerebellum har med balansen å gjøre, og den påvirkes ofte indirekte
- Myelin er «isolasjonen» rundt nervene. Den minsker, og det gir nedsatt ledningshastighet

Oppmerksomheten forandres

Forandringene vil kunne oppleves som om oppmerksomheten svekkes. Men bildet er mer nyansert. Det er forholdene rundt oppmerksomheten som forandres, ikke evnen til oppmerksomhet som sådan. Følgende endringer regner man med finner sted hos eldre (Elisabeth L. Glisky 2007):

- Selektiv oppmerksomhet er trolig normal, men det er langsommere informasjonsprosessering
- Delt oppmerksomhet (som forutsetter hyppig skifte av fokus) er svekket pga. reduserte mentale ressurser til fordeling
- Vedvarende oppmerksomhet er vanligvis ikke svekket

Evnen til delt oppmerksomhet kan styrkes gjennom mental og aerob trening.

Hukommelse

Eldre får nedsatt **arbeidsminne**. Dette henger sammen med det som er beskrevet ovenfor, nemlig at evnen til å fordele ressurser er svekket. Det å holde flere ting i hodet på en gang blir vanskeligere. Selve **korttidshukommelsen** er imidlertid trolig normal, og når

eldre klager på korttidshukommelsen er det egentlig arbeidsminnet som ikke er som før. Men arbeidsminnet er helt vesentlig for viktige funksjoner som evne til planlegging, problemløsning, og det å ta beslutninger.

Den **episodiske hukommelsen** er også svekket. Det er hukommelsen om personlige hendelser, som for eksempel hva som skjedde da du var liten. Men stikkord og andre knagger kan gjøre den episodiske hukommelsen mye mer intakt. Likevel vil ofte episodene knyttes sammen med historier som ikke nødvendigvis er helt riktige, men som er nødvendige for at den eldre skal oppleve sammenheng og mening i historien sin.

Episodisk hukommelse er det vi ofte forstår som **langtidshukommelse**. Men langtidshukommelsen består også av det som kalles semantisk hukommelse. **Semantisk hukommelse** er knyttet til faktakunnskap som begreper og regler om for eksempel hvor du gikk på skole, hvem du gikk sammen med, osv. Denne formen for minne er direkte knyttet til språket. Semantisk hukommelse er ofte bedre enn hos yngre, og det er langsommere opphenting av kunnskapen. Det betyr at man må være tålmodig og bruke tid på å få fram minnet.

Prospektiv hukommelse dreier seg om «framtidshukommelsen» vår, og denne er ofte svekket. Dette er hukommelsen om det vi skal gjøre; og ikke om det vi allerede har gjort. Når vi lager en avtale med en eldre person om noe som skal skje, for eksempel at personen skal møte til legetime på en bestemt dag og et bestemt tidspunkt, så er det snakk om prospektiv hukommelse. Og den kan svikte, til både egen og andres frustrasjon. Vet vi at dette kan skje, bør vi sørge for at slik informasjon sikres på andre måter.

Prosedural og autobiografisk hukommelse er oftest intakt (men hukommelsen er en utro tjener). Den prosedurale eller prosedyriske hukommelsen er kunnskap om ferdigheter og atferd. Det kan for eksempel dreie seg om å spille piano. Selv for demente personer kan dette minnet være intakt, også dersom det meste av den øvrige hukommelsen er borte. Dette minnet kan være både bevisst og ubevisst, og kan derfor være vanskeligere å lære bort til andre enn kunnskap fra de andre formene for hukommelse.

Den autobiografiske hukommelse relaterer seg til hendelser som er viktig for personens forståelse av seg selv, og disse minnene kan være mange tiår gamle. Den ligner den episodiske hukommelsen, men er ikke det samme. Den episodiske hukommelsen relateres til mer trivielle hendelser, og handler om episoder av kortere varighet.

Positive endringer hos eldre

Både endringer i hjernen og det å være i en ny livssituasjon gir for mange eldre et friere og mer avslappet forhold til tilværelsen. Dette vil også kunne ha betydning for hvordan den eldre forholder seg til å gå inn i en endrings- og behandlingsprosess i forhold til sitt alkoholforbruk. Hjernen er i utvikling, og vi finner:

- Økt bilateralisering i hjernen (mer balanse)
- Nye nevroner i hjernen som forbindes med ønske om å oppleve nye ting/oppleve ting som nye
- Hjerneforandringer som promoterer positive emosjoner og positiv moral

Både med bakgrunn i hjerneforandringer og med bakgrunn i livserfaringer og modning, vil vi oppleve at eldre mennesker opplever seg og sin rolle annerledes enn da de var yngre:

- De er mer avslappet i forhold til planer og gjøremål
- De opplever større frihet til å si sin mening, og til å tenke på egne behov
- De finner motivasjon i det å dele erfaringer og tilegnet visdom
- De er mer opptatt av å finne en mening med tilværelsen, og å gjøre opp status
- De føler behov for å ordne opp i konflikter, etc.
- De ønsker å leve godt med familie og samfunn
- De blir mer opptatt av å utforske viktige livstemaer

På mange måter taler punktene ovenfor for seg selv. Når en blir eldre blir tidsperspektivet endret. Det er kortere tid til å gjøre endringer som kan føre til et bedre liv. Det at man føler seg friere til å forsvare seg og sine posisjoner gir også en frihet, og ofte en ny motivasjon til å møte de utfordringene som en endring av rus- og/eller medikamentbruk innebærer. Ikke minst vil ønsket om en verdig avslutning på siste del av livet, og det å ha gode relasjoner til sin familie, kunne være en viktig motivasjon for å gå inn i endringsprosessen. I behandlingen vil det å dele erfaringer med andre i samme alder og livssituasjon kunne være viktig.

Tidlig intervensjon

For de fleste er det en fordel at det reageres tidlig på et risikofylt alkoholbruk. Da kan følgende tre angrepsmåter være aktuelle, enten alene, eller i kombinasjon med hverandre:

- 1. Kortvarig (brief) Intervensjon**
- 2. Nettverksmobilisering**
- 3. Motiverende Samtaler**

Kortvarig (brief) Intervensjon

Denne type intervensjon er i utgangspunktet enkel og tar ikke mye tid. Den kan inneholde en eller flere samtaler med den eldre om hvordan alkoholbruk kan påvirke helsen. Saklig informasjon kan være en del av denne type intervensjon.

- Motivasjon til å endre bruk av rusmidler

Mange eldre er ikke klar over at alkohol kan bidra til å svekke helsen, selv om forbruket er moderat. Ved å ta opp temaet kan en legge grunnlag for å endre bruken av alkohol slik at det ikke skader helsen.

- Undervisning

Undervisning der en gir den enkelte kunnskap om hvordan alkohol kan virke negativt inn på den helsemessige situasjon en befinner seg i, vil for mange være en «eye-opener» som gir grunnlag for endring av alkoholbruken.

- Vurdering og direkte tilbakemelding

Helsearbeideren kan enten gjennom observasjon, kjennskap til personen eller gjennom kartlegging ha fått kunnskap om at alkohol kan være risikofyllt å bruke for den aktuelle personen. Dette kan gi grunnlag for en vurdering av helsemessige konsekvenser av bruken, og en direkte tilbakemelding om dette.

- Lage kontrakter og sette mål

Når det foreligger en enighet om at en person bør redusere bruken eller slutte å bruke alkohol, kan det lages en kontrakt på dette ved å sette opp konkrete mål for hvordan endringen skal skje, og hvor lang tid en skal bruke på endringen. Denne typen arbeid kan kombineres med å måle eller samtale om hvilke konsekvenser endringen har fått.

- Adferdsmodifiserende teknikker

Ved denne typen teknikker går en mer konkret til verks, og setter opp en detaljert oversikt over hvordan rusmiddelbruken skal endres. Det kan eksempelvis være en plan om hvordan en kan redusere antall anledninger der en drikker alkohol, hvilke mengder en skal drikke, og at dette skjer over en angitt tidsperiode.

- Bruk av skriftlig materiale som selvhjelpsmanualer

Selvhjelpsmanualer er lite brukt i behandling i Norge, men har hatt god effekt i andre land. Kanskje de kommer en gang i framtiden. Poenget er at den enkelte selv kan følge et ferdigutviklet program.

Noen tips om samtalen

Mange synes det er vanskelig å snakke om et så ømtålig spørsmål som bruk av alkohol med den enkelte bruker. Forskning og erfaring viser at det i de fleste tilfeller er den som spør som synes dette er vanskelig, mens den som spørres synes det er helt i orden og fint at man tok opp spørsmålet.

Det kan likevel være greit med noen generelle råd:

Møte med brukeren

- Ha respekt for personen og at han/hun har kunnskap og erfaring som kan bidra til endring

En person som har levd et langt liv har mye kunnskap og erfaring med hvordan en kan endre forhold som er problematiske i livet. Det gjelder å ha respekt for dette, og finne fram til den enkeltes ressurser og potensialer for endring.

- Spør om lov til å ta opp spørsmål om alkohol og medikamentbruk

Det å spørre om lov vil ofte virke avvæpnende, og gi personen mulighet til å si nei til å svare på spørsmål om bruk av alkohol og eventuelt medikamenter. De fleste vil gi en tillatelse til å spørre når en viser respekt for at det er den enkelte som bestemmer.

Perspektiv på samtalen

- Ta utgangspunkt i fakta om det du ser og om din eventuelle bekymring

Det å være saklig og faktaorientert er et viktig utgangspunkt. Referer til det du ser, si at det dreier seg om en bekymring du har, og at den kan være uriktig.

- Ha et helseperspektiv, ikke et avhengighetsperspektiv

Mange tenker at når en tar opp spørsmål om alkohol, så dreier seg om et den andre tror at en er «alkoholiker» eller avhengig av alkohol på en eller annen måte. Uansett hvor alvorlig alkoholbruken er for den enkelte, vil de helsemessige konsekvensene alltid være aktuelle. For mange dreier det seg jo også om at alkoholbruken har gått ut over helsen, og at en reduksjon vil kunne være helsemessig gunstig.

Barrierer i samtalen

Kunnskap om at bruk av alkohol, både alene og i kombinasjon med medikamenter, er en viktig forutsetning for ta opp temaet med eldre. Det viser seg imidlertid ofte at det er vanskelig å snakke om alkohol og alkoholbruk. Nedenfor drøftes noen barrierer og hvordan de kan håndteres.

- Redd for å ta feil

I og med at alkoholbruk er et sensitivt tema som mange ser på som privat, kan en være redd for å ta feil om alkoholbruken samt at den eldre kan føle seg angrepet og mistenkt for å være misbruker. Det å formidle at det dreier seg om at alkoholbruken kan forringe helsen, og dermed bidra til en reduksjon av velværet i tilværelsen, vil være et viktig perspektiv.

- Mangler kompetanse

Selv om en vet en god del om alkoholbrukens konsekvenser for helsen til den enkelte, føler mange at de ikke vet nok om temaet til å innlede en samtale om det. Erfaringen viser imidlertid at de aller fleste har tilstrekkelig kompetanse, og at mange eldre er glade for at spørsmålet om alkoholbruk ble reist.

- Taushetsplikten

En kan også være redd for at taushetsplikten kan hindre en i å gå videre med opplysninger som kommer fram. Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personale når dette er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp. De aller fleste vil være interessert i at opplysninger videreformidles dersom en trenger mer hjelp.

- Rusmiddelproblemer er fortsatt tabuisert og skambelagt

Det er fortsatt slik at det å ha problemer med alkoholbruken er tabubelagt og forsøkes holdt skjult for omverdenen. Særlig for kvinner er det også forbundet med skam å ha vansker med å styre alkoholbruken innenfor akseptable rammer. Dette kan også gjøre det vanskelig å ta opp temaet i samtaler med den eldre.

- Tradisjonell forestilling om rusmiddelmisbrukere

De aller fleste som utvikler et misbruksproblem er ikke synlige i det offentlige rom. De ser ut som deg og meg. Likevel tenker en ofte på en alkoholmisbruker som en utslitt person, gjerne dårlig kledd, en som oppfører seg lite sømmelig. En slik forestilling om hvordan en misbruker er, kan også gjøre det vanskelig å ta opp temaet i samtaler.

- Redd for å miste relasjonen til personen

I og med at en kan være redd for å ta feil i at bruken av alkohol er problematisk, kan en tro at det å spørre kan skape kraftige reaksjoner, og dermed ødelegge den gode relasjonen en har opparbeidet seg til den enkelte.

- Redd for å avdekke hjelpebehov man ikke kan følge opp

Det å ta opp spørsmål om alkoholbruken kan avdekke et problem som en ikke selv har kompetanse og mulighet til å jobbe videre med. En trenger da å kunne henvise videre til rus- og/eller psykiatritjenesten i kommunen eller på spesialistnivå. Mange er imidlertid redde for at disse ikke vil arbeide med eldre mennesker. Mange steder er det åpenbart at eldre ikke har vært en gruppe man har jobbet med eller sett på som sitt ansvarsområde. Det er derfor viktig å utvikle et samarbeid med disse tjenestene, slik at den enkelte ikke starter en prosess med en person som trenger hjelp uten at nødvendig helsehjelp kan tilbys.

- Redd for egne reaksjoner

Redselen for hvordan en selv vil reagere i en samtale kan også være et hinder for å ta opp temaet. En kan tenke at de opplysningene som kommer fram kan være av en slik art at en selv blir rystet. For noen kan det også dreie seg om erfaringer med egen eller pårørendes bruk av rusmidler, slik at det blir et vanskelig tema å snakke om.

Nettverksmobilisering

Pårørende til personer som har problemer med bruken av alkohol berøres ofte sterkt, og de kan også få det så problematisk at de selv trenger hjelp. Dette omtales i et annet kapittel i boken. På den andre siden vil pårørende også kunne bidra til endring ved at en systematisk tilrettelegger for å mobilisere nettverket til egne nettverkssamlinger. Ved at nærstående personer gir en tilbakemelding om hvordan de opplever konsekvensene av bruken av alkohol og legemidler, kan en danne grunnlaget for en endring.

Når en skal mobilisere nettverket anbefales det at en minst to dager før selve nettverksmøtet har et formøte med dem som skal delta. Her forberedes møtet, og det gis blant annet informasjon om hva en videre risikobruk kan føre til for den eldre, og hva som kan gjøres for å hindre en videre uheldig bruk av alkohol og/eller medikamenter. På grunn av at mange eldre har svekket hukommelse og oppmerksomhet, og at de derfor trenger en enkel og oversiktlig situasjon, drøfter en hvordan møtet lettest kan gjennomføres for å gi den eldre en god opplevelse. Deltakerne blir også veiledet i å gi tilbakemelding i en emosjonelt faktapreget form, samtidig som en har en støttende og ikke-fordømmende tone.

Barnebarn skjermes fra å bli for mye involvert i besteforeldrenes problematiske liv, og deltar ikke i denne type samtaler.

Motiverende Intervju

Motiverende Intervju er ikke en behandlingsmetode, men en måte å samtale på med en annen person med *formål å styrke en persons egen motivasjon og engasjement i forhold til å gjøre endringer*. Motivasjon blir ikke sett på som en egenskap, men som noe som kan skapes eller bevisstgjøres hos en person.

Når en eldre person har pådratt seg et helseproblem knyttet til for høyt forbruk av alkohol, vil bruk av Motiverende Intervju kunne bidra til at personen retter oppmerksomheten mot alkoholbruken og de uheldige følger denne kan ha for helsen. Gjennom respektfulle måter å spørre på, forsøker en å legge til rette for at personen kan bevege seg fra det å ikke være opptatt av sin alkoholbruk til å engasjere seg i en endringsprosess med mål å redusere bruken av alkohol til et nivå som ikke skader. I samtalen rettes fokus mot klientens ståsted, motivasjon og potensiale for endring. Det legges grunnleggende vekt på etablering av en trygg relasjon, på empatisk lytting og evnen til å ta den andres perspektiv, og på evnen til å ta opp og forsterke snakk om endring.

Metoden er utviklet av William R. Miller og Stephen Rollnick. I sine tidligere arbeider snakket de om at en endring skjer gjennom flere faser, og det som Prochaska & DiClemente benevnte som endringshjulet (for å få til en endring går en gjennom følgende faser.): Føroverveielse – overveielse – forberedelse – handling – (tilbakefall) – vedlikehold. Tilbakefall vil ofte forekomme, noe en ser som naturlig og til å lære av før en klarer å fullføre endringen.

Endringsprosessen vil ikke nødvendigvis følge de skisserte fasene, men en vil kunne gå fram og tilbake mellom fasene. Det er også vanlig med tilbakefall til tidligere atferd. Dette blir ikke nødvendigvis sett på som noe negativt, men som en anledning til å lære og på den måten bli befestet i en mer varig endring.

Endringshjulet til Prochaska & DiClemente har vært en viktig referanseramme i oppbyggingen av motiverende samtaler. Det har fortsatt sin plass, men prinsippene i motiverende samtaler er nå organisert langs fire grunnleggende prosesser. Man kan gå ut og inn av de ulike prosessene i løpet av endringsarbeidet, og prosessene kan til dels overlappe hverandre. De fire prosessene er: Engasjere, fokusere, framkalle/hente fram og planlegge.

- **Engasjere omfatter:**
 - Det relasjonelle grunnlaget
 - Etablering av en trygg hjelperelasjon er grunnlaget for en god endringsprosess.
- **Fokusere omfatter:**
 - Den strategiske retningen
 - Jobbe fram et fokus og en retning i endringsprosessen.
- **Framkalle/hente fram omfatter:**
 - Forberedelse til forandring
 - Framkalle/hente fram klientens egen motivasjon for endring.
- **Planlegge omfatter:**
 - Broen til forandring

Vurdere på hvilket tidspunkt i motivasjonsprosessen klienten er klar for endring, ikke forsere utviklingen, sikre at beslutning om endring er godt fundamentert, legge realistiske planer.

I Motiverende Intervju legges det vekt på å etablere en god relasjon mellom de involverte partene, og det er nødvendig med gode kommunikasjonsferdigheter hos helsearbeideren. Metoden omfatter fire grunnleggende kommunikasjonsferdigheter: Åpne vs. lukkede spørsmål, bekreftelser, refleksjoner og oppsummeringer. Eksempelvis vil åpne framfor lukkede spørsmål fremme en mer undersøkende samtale. Ved å bekrefte, reflektere og oppsummere vil en kunne forsterke endringer i tanker og atferd. Motiverende samtaler innebærer ikke at man skal forsøke å overbevise eller styre klienten inn i sitt spor, men bruke kommunikasjonsferdighetene bevisst for å hente fram og styrke klientens egen motivasjon for endring.

Motiverende Intervju vil kunne være et godt virkemiddel for å fremme endring når eldre pådrar seg helseproblemer, og endre vaner knyttet til alkoholbruk og/eller bruk av medikamenter. Videre vil samtalemetoden også kunne anvendes i forhold til andre tema der livsstilsendringer kan være aktuelt, eksempelvis i forhold til kosthold, hygiene og mestring av hverdagen som eldre.

Spesialisert behandling

Det er vanlig å tenke at eldre mennesker er lite forandringsvillige, at de så å si er «stivnet» i en måte å oppføre seg på. Studier viser imidlertid at eldre er kapable til å motta behandling, og at behandlingsresultatene er minst like gode som hos yngre. Eldre forplikter seg mer, og det gjenspeiles i gode behandlingsforløp.

Underdiagnostisering

Det er opprettet få behandlingstilbud for eldre, og det er heller ikke mange som henviser dem til spesialisert behandling. Mye av grunnen til dette kan forklares i at de eldre som har problemer med alkoholbruken ikke blir diagnostisert som personer med denne type vansker. Det kan være mange forklaringer på dette:

- Symptomer på alkoholproblemer hos eldre kan være atypiske, slik som fall, akutt forvirring eller depresjon.
- Symptomene kan være maskert av samtidig somatisk eller psykisk sykdom, noe som kompliserer avdekking og diagnostikk
- Helsepersonell kan ha en oppfatning om at atferden er forståelig sett på bakgrunn av vedkommendes livssituasjon, som for eksempel er preget av ensomhet eller tapsopplevelser.
- Det at mange eldre bor alene, kan også være en årsak til at rusproblemer ikke blir oppdaget.
- Eldre underrapporter også rusproblemer i større grad enn yngre, noe som kan skyldes at slike problemer er forbundet med større skam og skyldfølelse i eldre aldersgrupper.
- Helsepersonell kan kvie seg for å spørre om bruk av rusmidler, fordi det kan oppleves som en krenking av privatlivets fred.
- Negative holdninger og stereotypier angående aldring og eldre er også trukket fram.
- Det er en utbredt oppfatning at eldre er mindre endringsvillige enn yngre, og derfor ikke vil kunne nyttiggjøre seg en behandling som har endring som mål.

Ulike behandlingsbehov

Hovedfokuset i denne boken er behovet for tidlig identifisering og intervensjon. Ved å komme inn tidlig når det er snakk om et risikoforbruk av alkohol, er det mulig å få til endringer slik at den eldre kan beholde en god livskvalitet.

Det vil imidlertid alltid være noen eldre som gjennom lang tid har utviklet et alvorlig avhengighetsproblem. Disse «slitne» alkoholmisbrukerne er godt synlige der de bor, og det har vært vanskelig å etablere gode tiltak. Hjemmetjenesten sliter ofte med å få andre instanser til å engasjere seg. Overfor denne gruppen er endringsperspektivet begrenset til å skape en best mulig hverdag, der alkohol ikke får for store konsekvenser. Det er sjelden de spesialiserte tjenestene har et behandlingstilbud for denne gruppen. Det er imidlertid nødvendig med et tett samarbeid mellom ulike tjenester som rustjeneste, psykiatri, hjemmetjeneste og fastleger om å skape en situasjon der en følger opp bolig, gir tilbud om beskjeftigelse og følger opp den enkelte. Da vil en kunne skape en mer stabil situasjon der alkoholen ikke forsvinner, men der den blir en mindre framtrедende del av dagliglivet.

Avrusning - seponering av medisiner

Før en starter en endringsbasert behandling, må en vurdere behovet for avrusning og reduksjon av medisiner.

Eldre trenger lavere doser av mange medisiner. Det er lett for en lege å legge til medisiner ved nye plager, men seponering kan være vanskelig. En del medisiner er det problematisk å redusere, og dersom det har oppstått en avhengighetssituasjon vil det være nødvendig med en god plan for nedtrapping og oppfølging. En må i den forbindelsen være oppmerksom på at abstinensproblemene kan være vanskelig å takle.

Ved alkoholbruk vil den ernæringsmessige situasjon ofte ikke være god, og det kan i mange tilfeller være nødvendig å gi tiamin, folat og multivitaminer.

Antabus gis ikke til eldre. Grunnen er en fare for en hjerte-karkollaps dersom den eldre skulle drikke på tross av at han/hun har tatt Antabus.

Filosofi og prinsipper

Det er en del forhold en må ta hensyn til i forhold til behandlingen av eldre. Nedenfor er gjengitt noen av de viktigste.

Aldersspesifikk behandling: Behandlingen må være aldersspesifikk, støttende, og ikke-konfronterende. Den må ta sikte på å bygge og reetablere personens selvfølelse.

Fokus på depresjon, ensomhet og tap

Nettverksmobilisering: Mange har mistet eller isolert seg fra sitt nettverk. Et viktig tema i behandlingen vil derfor ofte være å reetablere personens sosialt støttende nettverk.

Ta hensyn til svekkelser i alderdommen: Oppmerksomhet og hukommelse kan være svekket, slik at tempo og innhold i behandlingen må tilpasses den eldre personen. Det innebærer ofte korte sesjoner og repetisjoner under samtalene.

Interessert personale: All behandlingsforskning viser at en av de viktigste faktorer for å få til en endring i en behandlingsprosess er relasjonen mellom behandler og klient. Et personale som er interessert i og har erfaring med å arbeide med eldre, er derfor helt avgjørende for å få til endring.

Samarbeid med andre tjenester: Et godt samarbeid med medisinske tjenester, andre tjenester for eldre og aktuelle institusjoner, er helt nødvendig for å få til et godt behandlingsresultat. Ofte er det nødvendig å gjøre endringer i medisinerings i tilknytting til behandlingen.

Andre viktige forhold:

- Trygghet rundt konfidensialitet
- Aldersgruppen er vanligvis ekstra følsomme for en konfronterende stil pga. skamfølelse
- En depresjon som varer i flere uker etter abstinens er trolig reell depresjon
- Røyking bør også være et tema
- Fokus bør ikke bare være avhold, men drikkemønster, livsførsel, livskvalitet
- Tro og religion kan være sentrale elementer i eldres liv
- Eldre må gis anledning til å utforske spørsmål om liv og død

Typen behandling

All behandling skal ta hensyn til eldres sensoriske problemer. I behandlingen må en bruke flest mulig av den eldres sanser, som både visuelle og auditive virkemidler, stor skrift, tydelig tale, gjentakelser av det som blir sagt, flippover etc.

Fysiske begrensninger gjør at ingen gruppebehandling bør vare mer enn en time. Når det gjelder typer behandling for eldre skiller ikke de seg fra behandling for andre aldersgrupper. De mest vanlige behandlingsformene vil være:

- Kognitive atferdsendrende tilnærminger

I denne typen behandling arbeider en med å endre de forestillingene en har om alkoholbruken, og hvilke endringer en vil gjøre. Videre vil en kunne bruke atferdsendrende teknikker, som for eksempel å legge opp en plan for en gradvis reduksjon av alkoholbruken. Målet kan være en mer generell reduksjon ved hver drikkeanledning, eller å kutte ut drikking i noen av de situasjonene der en pleier å drikke.

- Gruppebaserte opplegg

Eldre vil ofte ha nytte av gruppetilbud sammen med andre på samme alder. Både det å kunne dele erfaringer med bruk av alkohol, og å kunne ha et meningsfullt sosialt samvær som en del av behandlingen vil mange ha nytte av.

- Individuell behandling

I tillegg til å arbeide med endring av alkoholbruken vil mange ha behov for å ta opp temaer som det ikke er enkelt å dele med andre. En individuell behandling vil ofte lett kunne kombineres med andre behandlingsformer.

- Medisinsk/psykiatriske tilnærminger

For mange vil alkoholbruken være en del av en problematisk livssituasjon. Det kan dreie seg om psykiske vansker, eksempelvis tristhet og depresjon. Ofte vil bruk av medikamenter samvirke med alkohol på måter som fører til andre medisinske virkninger. Også andre lidelser hos den enkelte kan helt eller delvis være alkoholrelatert. Et behandlingsopplegg må ta alle disse elementene i betraktning.

- Par og/eller familie, involvering eller terapi

For dem som lever i et parforhold, vil det være sterkt ønskelig at partneren involveres i behandlingen. Partneren vil selv ha belastninger ved å leve nær en som har utviklet et alkoholproblem, men partneren vil være viktig også for den endringsprosessen klienten skal gjennom. Også øvrig familie, særlig voksne barn, vil kunne være viktige i behandlingen.

- Kjønnsspesifikke opplegg

Som i all rusmiddelbehandling vil det å benytte et kjønnsperspektiv være sentralt. Særlig for kvinner kan det være problematisk å delta i behandlingsopplegg sammen med menn. Det kan dreie seg om kvinner som har levd i forhold med vold og trakassering, og kvinner som har vansker med å forholde seg til menn når de skal snakke om intime spørsmål. Kjønnsspesifikke opplegg kan omfatte hele behandlingsforløpet, men også ivaretas ved at det tilbys spesielle kjønnsdelte sesjoner.

- Kommunebaserte opplegg

Samhandlingsreformen innebærer at mer og mer av behandlingsinnsatsen skal legges til kommunenivå. I større kommuner, og gjennom samarbeid mellom kommuner, vil det være mulig å etablere mer spesialiserte opplegg slik som beskrevet.

Etterord og referanser

Eldre mennesker er ikke en ensartet gruppe. Det er et stort aldersspenn i den gruppen vi kaller eldre mennesker, og hvert person må møtes på sine individuelle forutsetninger og behov. Selve aldringsprosessene er forskjellige, helse og sykdom er ikke likt fordelt, og heller ikke fysiske forutsetninger, livssituasjon, nettverk, medisinbruk og alkoholbruk. Det er på en slik samlet bakgrunn at en bevisstgjøring rundt den eldres bruk av alkohol er av interesse. Isolert sett er alkoholbruken til den eldre av liten interesse.

På en slik sammensatt bakgrunn, kombinert med en økende eldre befolkning og en endring i forbruk og drikkemønster, er det sannsynlig at flere eldre vil komme i en situasjon der alkoholbruk, selv om forbruket er lite, vil utgjøre en trussel mot helse, funksjonsnivå og autonomi. Da må helsepersonell ha både kunnskap og evne til å informere om mulige konsekvenser av alkoholbruken, knyttet opp mot subjektive og individuelle forhold hos den det gjelder. Og fordi de fleste i denne aldersgruppen bruker alkohol, har vi anbefalt at det utarbeides rutiner i helse- og omsorgstjenesten for å vurdere og informere på en god måte.

Boken er bygget på forelesninger av Terje Knutheim og Fred Rune Rahm, på artikler av Terje Knutheim, samt mange eksterne referanser. Vi har forsøkt å formidle oppdatert og god kunnskap, men må samtidig erkjenne at kunnskapsgrunnlaget ikke alltid er like godt. Med en økende eldre befolkning kan vi regne med at kunnskapsgrunnlaget utvides i årene som kommer.

Noen referanser:

Ageing and the Human Body, redaktør Jane Sandifer. USA, årstall ukjent. EAN 13 9781241717193

Alcohol and Coffee Use in the Aging. Watson, CRC Press, 2001

Alcohol Problems in Older Adults. Prevention and Management, Barry, Oslin and Blow. Springer Publishing Company 2001

Eldre, alkohol og rusmiddelbruk. En kunnskapsoppsummering. Runa Frydenlund. KoRus Oslo, 2012

Eldres alkoholkonsum. Utviklingstrekk og årsaker. Hva forteller NorLAG-studien?. Britt Slagsvold og Gøril K. Løset. Forebygging.no

Eldre og bruk av rusmidler – kan eldre «forebygges»? Terje Knutheim. Forebygging.no, 2015

Substance Abuse Among Older Adults, SAMHSA, 2012

The biology of human ageing. Bittles & Collins. Cambridge University Press, 2009

VEDLEGG

AUDIT-C

Score	0	1	2	3	4
1. Hvor ofte drikker du alkohol?	Aldri	Månedlig, eller sjeldnere	2-4 ganger i måneden	2-3 ganger i uken	4 ganger i uken eller mer
2. Hvor mange enheter drikker du på en vanlig dag når du drikker alkohol?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 eller flere
3. Hvor ofte det siste året har du drukket 4 (kvinner) eller 6 (menn) enheter ved samme anledning?	Aldri	Sjeldnere enn månedlig	Månedlig	Ukentlig	Daglig eller nesten daglig

Anbefalte grenseverdier for samtale: Kvinner 3, Menn 4.

CAGE

1. Har du noensinne følt at du trengte å kutte ned på drikkingen?
2. Har du ergret deg over at noen kritiserte drikkingen din?
3. Har du noensinne hatt skyldfølelse på grunn av drikking?
4. Har du noengang følt behov for å ta en drink som det første du gjør om morgenen, for å roe nervene eller bli kvitt bakrus?

Ved to ja-svar bør dette undersøkes nærmere.



Kompetansesenter rus - region sør
Borgestadklinikken - Blå Kors Sør

Postboks 1, Sentrum
3701 Skien

Telefon: 35 90 47 00
E post: info@borgestadklinikken.no
www.borgestadklinikken.no