Bruk av alkohol og medikamenter blant eldre (60+) i Norge.

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

- rapport -

I hvor stor grad er bruk/problematisk bruk assosiert med selvrapportert helse og funksjon?

Use of alcohol and prescription drugs among elderly (60+) in Norway.
The HUNT Study, Norway

Morten Støver
Grete Bratberg
Trond Nordfjærn
Steinar Krokstad

Januar 2012

HUNT forskningssenter, NTNU

NTNU
HUNT forskningssenter

Utgitt av:

HUNT forskningssenter

Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, NTNU

Forskningsvegen 2

7600 Levanger

http://www.hunt.no

Levanger, 2012

ISBN 978-82-91725-09-3

Forord fra forfatterne

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet. Bruk av alkohol og medikamenter med misbrukspotensiale har store helsemessige og sosiale konsekvenser for samfunnet. Derfor er data om bruk, misbruk og konsekvenser av stor betydning for alt fra politikkutforming og planlegging av helsetjenester.

Det finnes imidlertid ikke mange datakilder om bruk av alkohol og avhengighetsskapende medikamenter i Norge. Heller ikke om de sosiale og helsemessigere konsekvensene av dette, eller om betydningen for helsetjenestene. Spesielt gjelder dette data for eldre. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag har samlet inn slike data siden 1980-årene, gjennom HUNT1 (1084-86), HUNT2 (1995-97) og HUNT3 (2006-08), og omfatter alle aldersgrupper fra 13 -100 år. Derfor var det naturlig å benytte data fra HUNT i denne sammenhengen.

Arbeidet har i hovedsak foregått i andre halvår 2011 i et samarbeid mellom HUNT forskningssenter (NTNU) og Helsedirektoratet. Morten Støver har vært førsteforfatter, og har kjørt analyser og ledet arbeidet med utforming av rapporten. Trond Nordfjærn har bidratt med analyser av medikamentforbruk, mens Grete Bratberg har vært hovedveileder, har kjørt analyser, utformet tekst og kvalitetssikret rapporten. Steinar Krokstad har vært ansvarlig for prosjektet, og har bidratt til utformingen.

Levanger, januar 2012

Morten Støver, Grete Bratberg, Trond Nordfjærn, Steinar Krokstad

Innhold

1.0 INNLEDNING 2
1.1 Om alkohol og alkoholforbruk generelt 3
1.2 Har alkohol helsebringende effekter? 4
1.3 Hva er anbefalte grenser for daglig inntak av alkohol? 4
1.4 Hvilke typer alkoholskader er spesifikt for eldre? 5
1.5 Forskning på eldre og alkohol i Norden 6
1.6 Interaksjon: Alkohol og medisiner 7
1.7 Benzodiazepiner 8
2. 0 Problemstillinger 9
3.0 Om HUNT-undersøkelsene. 10
4.0 Drikkemønsteret blant eldre (60+)i HUNT 11
4.1 Alkoholkonsum i endring 12
4.2 Andelen avholdende blant eldre (60+) i HUNT1-3 13
4.3 Problematisk bruk av alkohol blant eldre (60+)i HUNT2 & 3 14
4.4 Hva foretrekkes av alkoholholdig drikke? 17
4.5 Drikke-vaner i dag, eldre 60+ rapportert i HUNT3 18
Oppsummering om drikkemønster 21
5.0 Rus, avhengighet og helse 22
5.1 Alkohol og helse 22
5.2 Medikamenter med rus- og avhengighetspotensial 23
5.4 Benzodiazepiner og helse 24
5.3 Kombinasjon av alkohol og benzodiazepiner 24
Oppsummering om rus og helse 25
6.0 Utfordringer med hensyn til press på helsevesenet. 26
Sammendrag og konklusjoner 28
REFERANSER 29

1.0 INNLEDNING

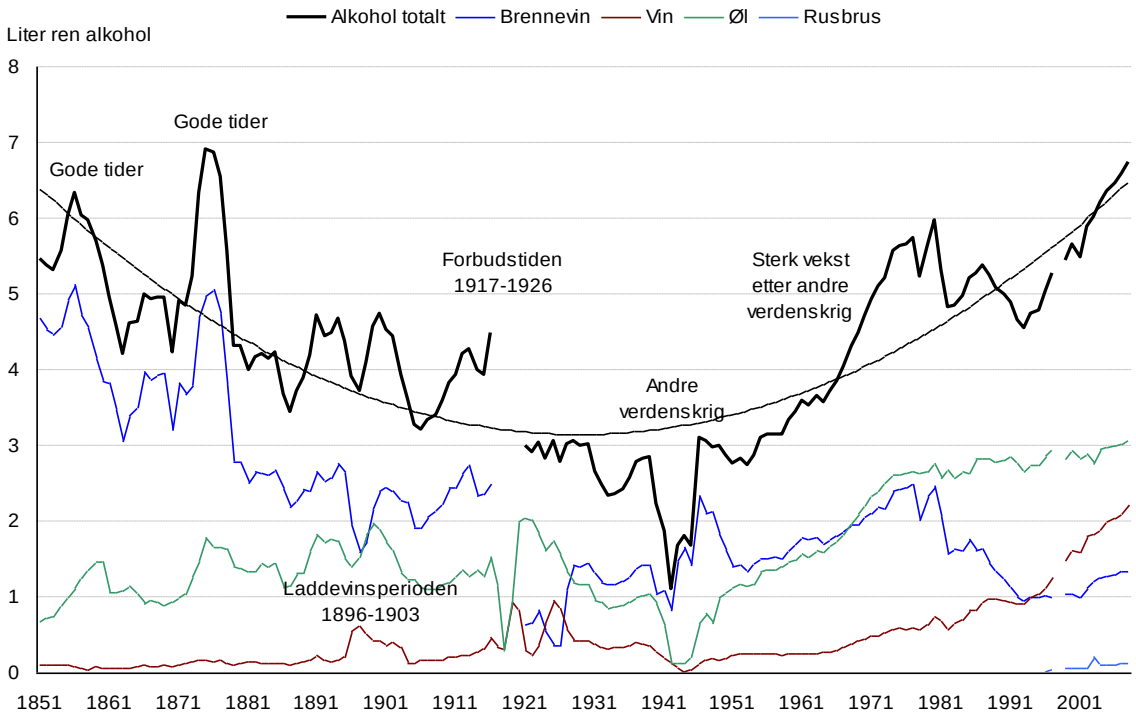
Mens det har vært mye fokus på rusbruk blant unge, har det i Norge vært gjort lite forskning på rusbruk blant eldre. Det er flere grunner til at eldres bruk av rus i fremtiden bør være et satsningsområde. Andelen eldre i befolkningen vil øke i årene fremover grunnet lavere fødselstall, en bedret helsetilstand og fordi store fødselskull fra etterkrigstiden nå nærmer seg pensjonsalder. Mens det i 1950 bare var 8 prosent som var over 67 år, så er dagens andel på 13 prosent. Etter 2015, beregner SSB at denne vil øke til 17 prosent i 2030 og 21 prosent i 2050 [1]. Disse forandringene vil i seg selv ha store konsekvenser for samfunnet. En aldrende befolkning vil føre til mer press på helsetjenestene i fremtiden, og gi helsemyndighetene store utfordringer. Samtidig viser tall fra helseundersøkelsene HUNT2 og HUNT3 at alkoholbruket i befolkningen øker, også i den eldste aldersgruppen [2]. En aldrende befolkning vil dermed føre til at det vil bli et større antall eldre med alkoholproblemer. I tillegg til dette skjer det biologiske forandringer ved aldring som gjør at eldre kan være mer følsomme for alkoholens negative effekter.

I denne rapporten er det satt søkelys på de eldre og hva vi vet om bruk og misbruk av både alkohol og medikamenter blant eldre i de nordiske land og ellers internasjonalt. Gjennom bruk av data fra HUNT (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) har vi hatt mulighet til å se på endringer i drikkemønsteret blant eldre over tid (1984-2008) og på grunnlag av disse data også forsøkt å estimere et mulig framtidsscenario knyttet til hvilke konsekvenser et økende bruk og misbruk av alkohol og rusmidler blant eldre kan få. Vi har presentert dagens drikkemønster blant eldre i forhold til kjønn, alder og utdanningsnivå. Eldre kan være spesielt sårbare for samtidig bruk av alkohol og medikamenter. Gjennom kobling av data fra HUNT og Reseptregisteret har vi sett på hvor vanlig bruk av benzodiazepiner er blant eldre og i hvor stor grad folk bruker både alkohol og benzodiazepiner. Dette er legemidler som i hovedsak foreskrives ved søvnvansker og uro, men også ved visse andre medisinske tilstander. Vi har også sett på om mer risikabel bruk av alkohol og benzodiazepiner blant eldre har betydning for egenvurdert helse knyttet til både livskvalitet og funksjon i dagliglivet.

I denne rapporten valgte vi å inkludere menn og kvinner fra 60 år og oppover for også å kunne undersøke drikkemønsteret i den perioden de fleste avslutter sin yrkeskarriere. Betegnelsen «eldre» om gruppen 60-67 år, kan oppfattes som misvisende, men de fleste figurer er aldersspesifikke (5 års aldergrupper). Når det gjelder generaliserbarheten av alkoholinntak fra HUNT-studiene til resten av landet, er det vanskelig å si sikkert hvordan forholdende er. Selv om det er geografiske variasjoner i inntak av alkohol, er det allikevel grunn til å anta at drikkevanene er blitt mer homogene og uavhengige av bosted og kultur gjennom de siste tiår. Statistikken som presenteres i denne rapporten er kun beskrivende.

1.1 Om alkohol og alkoholforbruk generelt

I en serie av meta-analyser gjengitt i WHOs globale statusrapport om alkohol fra 2004, konkluderes det med at alkohol påvirker så å si hvert eneste organ i kroppen og at inntak av alkohol er assosiert med over 60 sykdommer[3]. Alkohol er estimert til å være årsak til 195 000 dødsfall i Europa, og er den tredje største risikofaktoren for sykdom etter røyking og hjerte-karsykdommer[4]. Flere rapporter om alkoholforbruk i Europa melder om at økonomiske forandringer både i forhold til handel, avgifter og økonomisk utvikling har ført til at alkohol er billigere og mer tilgjengelig enn for et par tiår siden [5 6]. Realprisen på alkohol har sunket i alle de nordiske landene de siste tiårene, noe som sannsynligvis er en del av årsaken til det økende konsumet [7]. Det har både vært store geografiske og historiske variasjoner i alkoholbruk i Norge. Figur 1 viser hvordan det registrerte alkoholforbruket (gjennom salg) i Norge har endret seg historisk.



Figur 1. Alkoholforbruk per innbygger 15 år og over (1851-2008). Omfatter ikke hjemmeprodusert alkohol, smuglervarer eller turistimport. Kilde: Statistisk sentralbyrå, opprinnelig på trykk i Bore [8].

Her kan vi se at mens brennevin utgjorde mesteparten av konsumet på 1800-tallet, tok øl over som den mest brukte drikkevaren etter andre verdenskrig. Vin er blitt stadig mer populært. I tillegg til det registrerte salg av alkohol i Norge (figur 1), kommer hjemmebrenning, hjemmelaget øl og vin, samt smuglervarer og grensehandel. Det vises ellers til rapporten Folkehelse i endring [2] fra HUNT som viser hvordan forbruket av øl, vin og brennevin har endret seg blant voksne kvinner og menn fra midt på nittitallet og til i dag basert på selvrapporterte data. Salgsstatistikk viser at selvrapportert alkoholbruk er kraftig underestimert.

Alkohol er et legalt rusmiddel som brukes av stort sett hele befolkningen og er derfor det rusmiddelet som forårsaker de fleste problemene i Norge, både med hensyn til hvor mange det er som har problem, men også i omfang av helsemessige og sosiale konsekvenser. Dette kan være i form av skader og ulykker, men ikke minst sosiale problemer som rammer nær familie og andre i omgivelsene. En rapport fra SIRUS (Statens Institutt for rusforskning) anslår at mellom 50 000 og 150 000 barn, og mellom 50 000 og 100 000 ektefeller/partnere bor sammen med personer som har et risikofylt alkoholkonsum i Norge [9]. Samme rapport anslår at mer enn 130 000 personer i løpet av livet har opplevd ulike negative konsekvenser av foreldrenes eller partnerens alkoholproblemer. I tillegg til dette kommer naturlig nok de helsemessige problemene til de som sliter med misbruk/avhengighet.

1.2 Har alkohol helsebringende effekter?

Forskning som viser at alkohol har helsebringende effekter, gis ofte mye oppmerksomhet i media. Helt siden midten av 70-tallet er det gjort flere studier som viser at moderat bruk av alkohol kan virke beskyttende i forhold til hjerte-karsykdommer. Studiene rapporterer vanligvis en J-formet risikokurve, hvor både de som er totalavholdende og de som drikker mye har høyere risiko for hjerte-karsykdommer og dødelighet, mens de som drikker små mengder alkohol har den laveste risikoen. Slike resultater kan imidlertid tolkes på flere måter. Enten kan det være slik at alkohol i seg selv fungerer som en beskyttende faktor, eller så kan den gunstige effekten skyldes andre og mer kompliserte forhold. Studier har vist en tendens til systematisk feilklassifisering av tidligere alkoholikere som har fått status som avholdende, som igjen har ført til en skjevhet i referansegruppens helsestatus[10]. En annen forklaring på at de totalavholdende kommer dårligere ut i flere studier, kan skyldes konfuderende faktorer. Internasjonale studier [11] kan tyde på at totalavholdende i gjennomsnitt er eldre, fattigere, har lavere utdanning, dårligere helse, og i tillegg dårligere helsetilbud enn mer moderate konsumenter av alkohol. Når det gjelder forskning på helsemessige konsekvenser av alkohol, er det også viktig å være klar over at folk gjerne endrer sitt drikkemønster gjennom livet etter hvilke livsfase de er i. Selv om en ikke kan avvise at alkohol kan ha gunstige effekter på helse, viser de nevnte studiene at det er metodiske fallgruver i forhold til konfunderende faktorer og feilklassifikasjon. Dette kan ha ført til at positive effekter av alkohol er blitt overvurdert.

1.3 Hva er anbefalte grenser for daglig inntak av alkohol?

Det finnes ingen internasjonal enighet om riskogrenser for eldre, og anbefalte mengder alkohol for eldre varierer mye fra land til land. I USA anbefaler Nasjonalt Institutt for Alkoholmisbruk og Alkoholisme (NIAAA) at personer over 65 år begrenser seg til en alkoholenhet pr dag, mot det dobbelte for dem under 65[12]. I England er anbefalingene for eldre, den samme som for yngre. I

følge disse retningslinjene kan menn drikke 3-4 og kvinner drikke 2-3 ”standard units” alkohol pr dag uten at dette innebærer noen helsefare[13]. I de fleste land er det ingen egne standarder for eldre. I Italia anbefales det at eldre drikker ca 35 % mindre enn yngre[14], mens det i Australia anbefales at eldre bør vurdere å drikke mindre enn yngre mennesker, og ytterligere redusere eller unngå å drikke om de tar medikamenter som kan virke sammen med alkohol[15]. I Norge er det pr i dag ingen tilsvarende anbefalinger for inntak av alkohol, og har i liten grad vært aktuelt ettersom det i vår drikkekultur tradisjonelt har vært uvanlig å drikke alkohol til hverdags. Etter hvert som drikkemønsteret endrer seg, kan slike anbefalinger bli mer aktuelt også for oss. ”Anbefalte grenser” kan i verste fall føre til ytterligere økt forbruk og ramme folk som er ekstra sårbare for utvikling av alkoholavhengighet og misbruk.

1.4 Hvilke typer alkoholskader er spesifikt for eldre?

Grunnet fysiske forandringer i metabolisme og fysiologi er eldre generelt mer følsomme for alkoholens virkninger og bivirkninger enn yngre. Ifølge det engelske Institute of Alcohol Studies (IAS) har eldre en betydelig lavere toleranse for alkohol, noe som fører til at samme mengde alkohol kan ha en mer skadelig effekt på eldre enn hos yngre mennesker. IAS lister opp følgende fysiske og medisinske årsaker til at eldre har en lavere toleransegrense for alkohol [16]:

- Redusert nivå av kroppsvæske i forhold til fett gjør at eldre har mindre vannvolum som alkoholen kan løses ut i.
- Redusert blodgjennomstrømning i lever påfører dette organet mer skade.
- Leverenzymene blir igjen mindre effektive, noe som fører til en mindre effektiv nedbryting av alkohol.
- Endret reaksjonstid i hjernen, gjør at alkoholen vil ha en raskere negativ effekt hos eldre enn hos yngre.

Dette indikerer at samme mengde alkohol kan føre til høyere konsentrasjon av alkohol i blodet hos eldre enn hos yngre, og at alkohol i større grad og på flere måter hemmer hjernefunksjonen hos eldre. I følge IAS hindrer alkohol koordinasjon og minne, og fører til forsterkede følelser som igjen kan føre til nedstemthet, irritabilitet og vold. I tillegg kan alkoholen påvirke fordøyelsen, noe som hindrer opptak av vitaminer og mineraler. Eldre spiser også mindre mat og trenger mindre energi. Ettersom alkohol og alkoholholdige drikker er energirike, kan dette i alvorlige tilfeller føre til redusert matinntak med fare for mangeltilstander og feilernæring[16].

Flere studier viser at alkoholproblemer blant eldre er vanskelig å avsløre og diagnostisere [17 18]. En amerikansk spørreundersøkelse av 4000 eldre brukere av primærhelsetjenestene, avslørte at 10 % oppfylte de diagnostiske kriteriene for alkoholmisbruk, men at under halvparten av disse var

dokumentert i medisinske journaler [19]. Det kan være flere årsaker til at det er vanskelig å oppdage om eldre misbruker alkohol. Eldre kan i mindre grad være villig til å innrømme alkoholmisbruk [20]. Samtidig viser studier at helsearbeidere er mindre mistenksomme når de vurderer eldres alkoholbruk [21], og at eldre i mindre grad blir henvist videre til spesialisthelsetjenester for alkoholproblemene sine. Det er også studier som tyder på at helsearbeidere unngår å sette i gang tiltak for alkoholmisbruk, fordi de synes det er "forståelig" at eldre drikker alkohol som følge av alderdom og dårlig helse [22]. I tillegg til dette blir virkningene av alkoholmisbruk hos eldre (som for eksempel fall, forvirring og depresjon) ofte forveksles med annen sykdom [23]. Når en også vet at de fleste helsearbeidere ikke har formell trening i å oppdage alkoholmisbruk [4], kan alkoholproblemer blant eldre være et større problem enn tidligere antatt.

1.5 Forskning på eldre og alkohol i Norden

I rapporten "Äldre och alkohol. Nordisk forskning och diskussion" fra 2008 går forfatterne Jyrkämä og Haapamäki gjennom forskningen som er gjort på eldres alkoholbruk i de nordiske landene de siste ti årene [7]. Jyrkämä og Haapamäkis oppsummerte resultatene kort slik: De eldres alkoholbruk i Finland hadde økt, samt at andelen eldre avholdende hadde sunket. Samme utvikling hadde skjedd i Danmark, hvor også andelen storkonsumenter hadde økt betydelig hos eldre med lav inntekt. Om utviklingen i de andre nordiske landene var det ikke mulig å gi noe sikkert bilde ut fra de studier som var gjennomført. De konkluderer med at forskningen som er gjort på dette feltet i Norden er diffus, tynn og ofte selvmotsigende. De mener at den fremste årsaken til dette er at interessen for eldre har vært begrenset og at eldre gjerne har blitt ekskludert fra alkoholundersøkelser. Fokuset har vært på de yngste, og først den senere tid har eldre blitt et felt det satses på. I tillegg til at forskningen har vært mangelfull, er feltet dominert av forskning fra Finland. Her beskrives kort de studier det var vist til i rapporten:

I tidsrommet 1985-2001 for aldersgruppen 65 til 79 år, fant man i Finland en generell stigende trend i alkoholkonsumet. Andelen personer som "drakk mye" økte også i alle aldersgrupper, men mest i aldersgruppen 65-69 år, hvor den steg fra 11 til 21 % hos menn, og fra 3 til 8 % hos kvinner. En oppfølgingsstudie viste at andelen avholdende blant de eldre ble betydelig redusert i tidsrommet 1993 til 2005, og at storkonsumentene var blant dem med høyest utdanning. En annen studie det ble referert til fra 2007, viste en generell økning i forbruk fra 2003 til 2006, men at den relative økningen i alkoholforbruk var lavere blant yngre (15-29 år) sammenlignet med de eldste (50-69 år)[1]

[1] Disse rapportene finnes bare på finsk, men oppsummering kan leses i rapporten av Jyrkämä og Haapamäki, 2008.

[2] Forkortelsen CAGE kommer fra ordene "cut down," "annoyed," "guilt" og "eye opener" i den engelske

Fra Norge refereres det til funn rapportert av Statens Institutt for Rusforskning (SIRUS) som kartla nordmenns drikkevaner i tidsrommet 1979-2004 [24]. Andelen avholdsmennesker minsket i det aktuelle tidsrommet, og andelen som drakk ofte og mye økte. Økningen i forbruk hos eldre kvinner var stort, og spesielt gjaldt vinkonsumet.

I Danmark var det gjort en undersøkelse på hvordan alkoholbruket hadde endret seg hos eldre i perioden 1987 til 2003 [25]. Gjennomsnittskonsumet økte fra 1.5 til 2.1 enheter hos menn, og fra 0.5 til 1.0 enheter hos kvinner i denne perioden. Storkonsumet økte fra 13.2 til 20.4 % blant menn, og fra 5.8 til 13.6 % hos kvinner. De fleste storkonsumentene var blant mennesker med et høyt utdanningsnivå, men økningen var allikevel størst blant de med lavt utdanningsnivå, noe som førte til at forskjellene ble mindre mellom gruppene.

I Sverige har man i følge de nasjonale folkehelserapporter fra 2001 og 2005 ikke kunnet påvise en tilsvarende økning i konsumet blant de eldre i denne tidsperioden. Over tid peker allikevel salgsstatistikken og annen statistikk i Sverige på et økende alkoholbruk, en økende alkoholdødelighet og et økende antall alkoholforgiftninger, også hos de eldre de siste to tiår. En annen svensk studie av risikokonsum hos eldre (2009) viste at 2.7 % av menn og 1.9 % av kvinner i aldersgruppen 65-75 år kunne defineres som risikokonsumenter av alkohol, mens under 1 % av begge kjønn i aldersgruppen 76-84 år var i samme risikogruppe [26]. Rapporten sa ingenting om disse andelene hadde forandret seg over tid.

Fra Island refereres det kun til en telefonisk tverrsnittsundersøkelse gjort i 2004 og ingen studier som kunne si noe om utviklingen over tid. I motsetning til den danske studien, tilhørte de fleste storkonsumentene på Island den lavere utdanningsgruppen.

1.6 Interaksjon: Alkohol og medisiner

Forbruket av legemidler øker med alderen. Eldre står for omtrent halvparten av forbruket, og ca 90 % av de over 70 år får medisin på resept [27]. Et tydelig utviklingstrekk er at stadig flere bruker flere legemidler samtidig, såkalt *polyfarmasi*. Folkehelserapporten 2010 rapporterte at 20 % av de over 70 får mer enn ti legemidler på resept i løpet av et år, og at 60 % får utlevert mer enn fem legemidler i løpet av ett år [28]. Aldring påvirker opptak, fordeling og utskillelse av legemidler og i likhet med alkohol, kan aldring og sykdom føre til andre effekter og bivirkninger av legemidler. Omtrent hver tiende sykehusinnleggelse av eldre skyldes feil medisinbruk [29]. Det er gjerne vanskelig å diagnostisere slike tilstander. Ofte er bivirkningene lite uttalte og annerledes enn hos yngre, og symptomene kan forveksles med en forverring av en allerede eksisterende sykdom.

Kombinasjonen av alkohol og medisiner kan være spesielt ugunstig for eldres helse. [30] I tillegg til endringer i opptak, distribusjon og metabolisme av alkohol og medisiner, kan visse medikamenter ha direkte motvirkende effekter når de inntas med alkohol. En oversikt fra 2007 basert på 98 studier i tidsrommet 1966-2006 viste at interaksjoner mellom alkohol og medisiner øker risikoen for hypertensjon (spesielt ved bruk av antidepressiva), blødninger i mage-tarmsystemet, lavere medisin-metabolisme, sedasjon og svekket psykomotorisk funksjon (bruk av benzodiazepiner), leversykdommer, slag og brystkreft [30].

Det er foreløpig vanskelig å si hvor mange eldre som kombinerer alkohol og medisiner i Norge. I Finland fant de at av 700 hjemmeboende eldre over 70 år, drakk 44 % alkohol hvorav 87 % brukte medisiner som igjen kunne virke negativt sammen med alkohol [31]. I en tysk studie hvor det ble spurt om inntak av alkohol og medisiner siste uke, og som inkluderte ca 1600 personer mellom 60 og 80 år, oppga 20 % at de brukte psykofarmaka, 47 % hadde drukket alkohol, 15 % var ”stordrikkere” og 8 % hadde kombinert psykofarmaka og alkohol [32].

1.7 Benzodiazepiner

Benzodiazepiner er legemidler som brukes som sovemedisiner, som beroligende middel og som medisin mot epilepsi. Benzodiazepiner kom på det norske markedet i 60-årene. Bruken ble utbredt fordi en anså medisinene som relativt ufarlige med få bivirkninger, og de neste 30 årene var forskrivningen av benzodiazepiner mot stress, angst og nervøse lidelser mer liberal enn i dag [33]. I dag er det også utbredt medisinsk bruk, og også misbruk av disse stoffene. De terapeutiske virkninger er i hovedsak beroligende, angstdempende, søvnfremmende, krampestillende og muskelavslappende. Bivirkninger kan være redusert hukommelse, sløret tale, samt at den sløvende effekten på sentralnervesystemet gir økt ulykkesrisiko. Statistikk fra Reseptregisteret viser at det særlig er de benzodiazepinliknende sovemidlene Zopiclon og Zolpidem som har økt i forskrivning de seneste ti år, mens forskrivning av andre benzodiazepiner heller har gått noe ned. Selv om benzodiazepiner kommer i forskjellige former, er det ved medisinsk bruk vanligst å bruke tabletter. Disse tas ved behov eller med fast intervall og til faste tidspunkter. På grunn av tilvenning og fare for misbruk tilstrebes en så kortvarig bruk av medikamentene som mulig (inntil 2-4 uker). Benzodiazepiner er ikke veldig giftige, og det trengs høye doser før det regnes som potensielt dødelig så lenge medisinen inntas alene. Hvis flere medikamenter brukes samtidig eller sammen med alkohol, øker derimot faren for forgiftning. Ved langvarig bruk av benzodiazepiner kan det oppstå tilvenning, og brukeren må ta høyere doser for å oppnå samme effekt.

2. 0 Problemstillinger

Denne utredningen skal se på bruk og misbruk av alkohol og benzodiazepiner, på sammenhengen mellom eldres rusbruk og andre relevante helse- og omsorgsrelaterte forhold. Utredningen skal omfatte en diskusjon om konsekvenser av utviklingen i rus og demografiske forhold framover i tid. Utredningen vil derfor også se på alkoholbruk i forhold til egenvurdert helse, HADS-score (angst og depresjon), ADL-funksjonsnivå, sykehusinnleggelser og ulykker (fall og lignende). Utredningen vil med dette også prøve å si noe om økt rusbruk blant eldre på sikt vil kunne føre til en økt belastning på helsetjenestene, og eventuelle muligheter knyttet til forebygging. Vi ser på hvilke grupper som bruker sovemedisiner og beroligende medisiner, samt hvem som har langvarig/kontinuerlig bruk av disse. Vi vil på samme måte som med alkoholbruk se på forbruk av medisiner i forhold til egenvurdert helse, HADS-score (angst og depresjon), ADL-funksjonsnivå og ulykker (fall og lignende).

3.0 Om HUNT-undersøkelsene.

HUNT er den største befolkningsundersøkelsen i Norge største, og en av de største helseundersøkelsene i verden. Tre HUNT-undersøkelser er gjort. HUNT1 ble gjennomført i 1984-86, HUNT2 ble gjennomført i 1995-97 mens den tredje og foreløpig siste HUNT3 ble gjennomført i 2006-08. Mens den første HUNT-undersøkelsen kun stilte få spørsmål om alkoholbruk, er de to siste undersøkelsene mer omfattende og spesifikke. Siden både omfanget og spørsmålene som stilles om temaet alkohol varierer i de forskjellige undersøkelsene, vil vi i de fleste analysene kun bruke resultater fra HUNT 2 og 3. I denne undersøkelsen har vi som sagt valgt å konsentrere oss om eldre 60 år eller eldre.

Tabell 1 viser fordelingen av deltagelsen i HUNT 1 2 og 3 etter kjønn og alder, utdanning og sivilstatus.

Tabell 1. Karakteristika ved deltagelsen i de tre HUNT-undersøkelsene

	HUNT1 (1984-85)			**HUNT2 (1995-97)**			**HUNT3 (2006-08)**		
	Kvinner	Menn	Total	Kvinner	Menn	Total	Kvinner	Menn	Total
Deltakere totalt	39390	37826	77216	34653	30562	65215	27761	23049	50810
Alder									
60-69	6365	6170	12535	4711	4333	9064	5120	4658	9778
70-79	4825	3994	8819	4402	3701	8103	3080	2659	5739
Over 80	2088	1453	3541	1748	1173	2921	1420	985	2405
Totalt 60+ N	13278	11617	24895	10861	9227	20088	9620	8302	17922
Andel 60+ %	53	47		54	46		54	46	
Utdanning %									
Primær	71.2	63.5	67.6	60.3	49.1	55.2	37.9	28.3	33.4
Middels	25.5	32.5	28.7	33.9	42.9	38.0	48.5	54.6	51.3
Høgskole/ Univ.	3.4	4.0	3.7	5.8	8.0	6.8	13.6	17.1	15.2
Sivilstatus %									
Partner	88.0	85.9	87.0	91.2	85.7	88.6	88.7	84.9	86.9
Enslig	12.0	14.1	13.0	8.8	14.3	11.4	11.3	15.1	13.1

4.0 Drikkemønsteret blant eldre (60+)i HUNT

Med begrepet *drikkemønster* menes her:

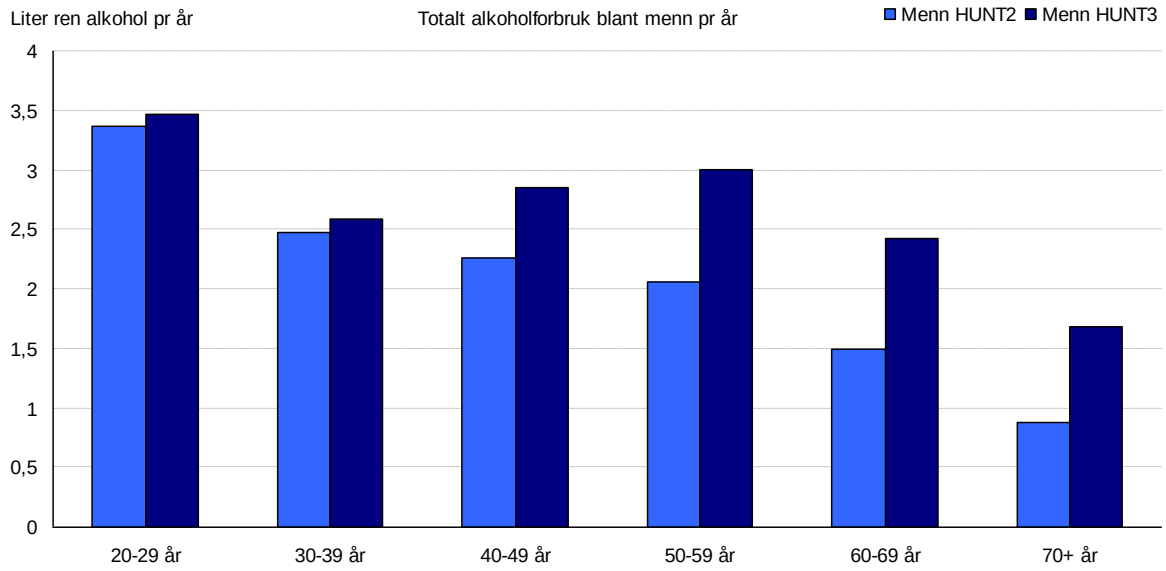
- Mengden alkohol som konsumeres målt i antall liter ren alkohol per år.
- Hvilken type alkoholholdig drikke som drikkes
- Hvor ofte det drikkes alkohol
- Hvor mange som er helt eller delvis avholdende
- Hvor ofte folk drikker så mye som 5 glass øl, vin, eller brennevin eller mer ved samme anledning
- Om - og hvor ofte folk drikker seg sterkt beruset eller full
- Om forekomsten av problematisk drikking med risiko for utvikling av misbruk/avhengighet.

Ettersom det er spurt litt ulikt om alkohol ved de 3 HUNT undersøkelsene, er det ikke mulig å si noe om hvordan drikkemønsteret har endret seg med hensyn til alle disse variablene. Vi har hatt mulighet til å studere endringer som gjelder *avhold* (HUNT 1,2 og 3), *gjennomsnittlig* årlig *alkoholforbruk* (HUNT 2 og 3) og *problematisk bruk av alkohol* (HUNT 2 og 3) og presenterer disse tallene først. Deretter presenteres drikke-vanene blant eldre er per i dag med hensyn til hyppighet, beruselse, mengde drikke ved hver drikkeanledning.

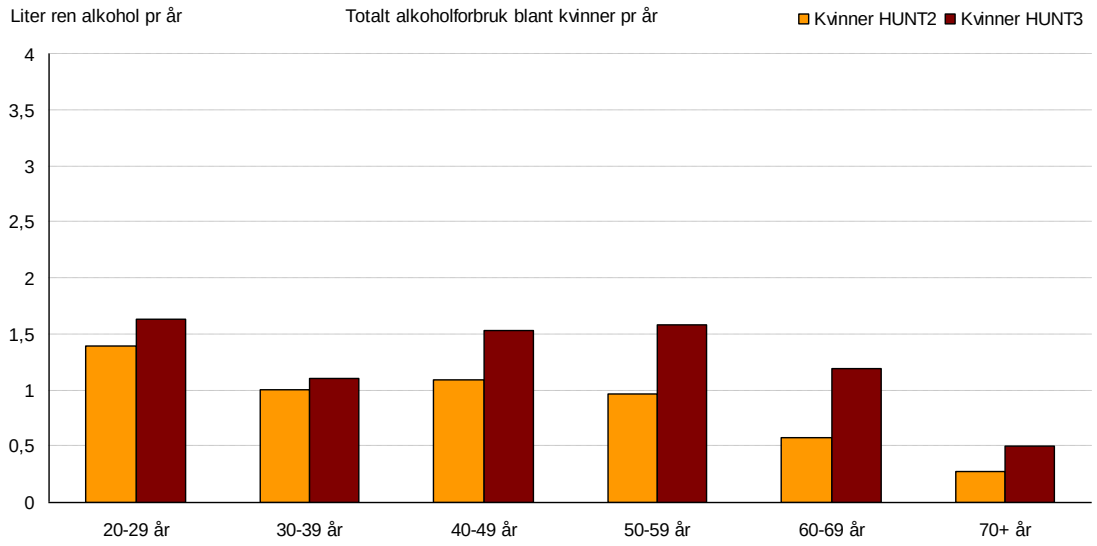
Data fra HUNT3 (2006-08) viser drikkemønsteret blant eldre i et gjennomsnittlig fylke i Norge i dag.

4.1 Alkoholkonsum i endring

Når en skal rapportere hvor mye alkohol en har drukket i et visst tidsrom, kan det være vanskelig å anslå og huske denne mengden. Selv om en kan regne med en viss underestimering, kan en ved bruk av samme spørsmål kunne spore endring over tid. Figurene under viser gjennomsnittlig forbruk av alkohol i HUNT2 og HUNT3.



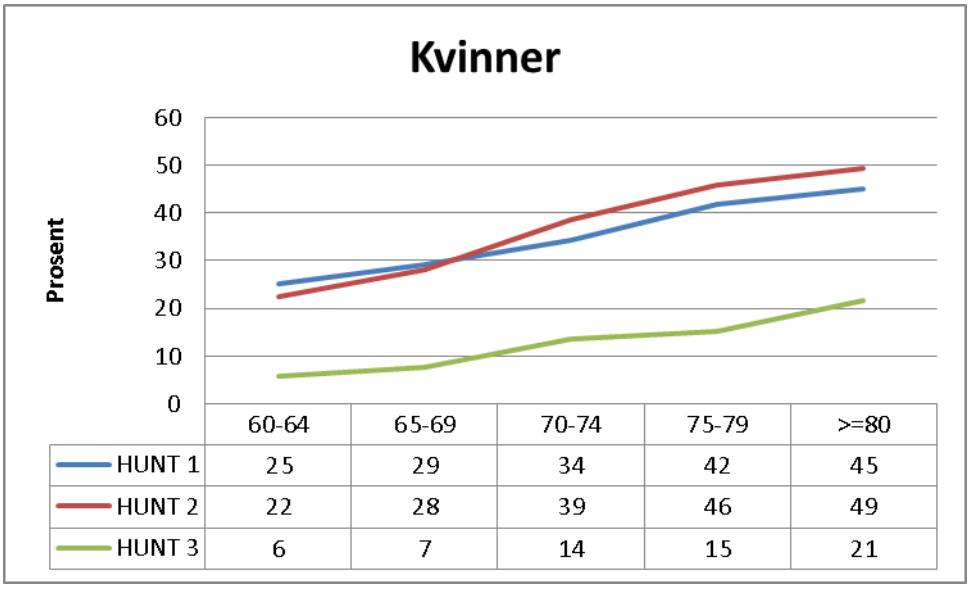
2: Alkoholforbruket blant menn i Nord-Trøndelag i liter ren alkohol per år Utvikling fra HUNT2 (1995-97) til HUNT3 (2006-08).



Figur 3: Alkoholforbruket blant kvinner i Nord-Trøndelag i liter ren alkohol per år. Utvikling fra HUNT2 (1995-97) til HUNT3 (2006-08).

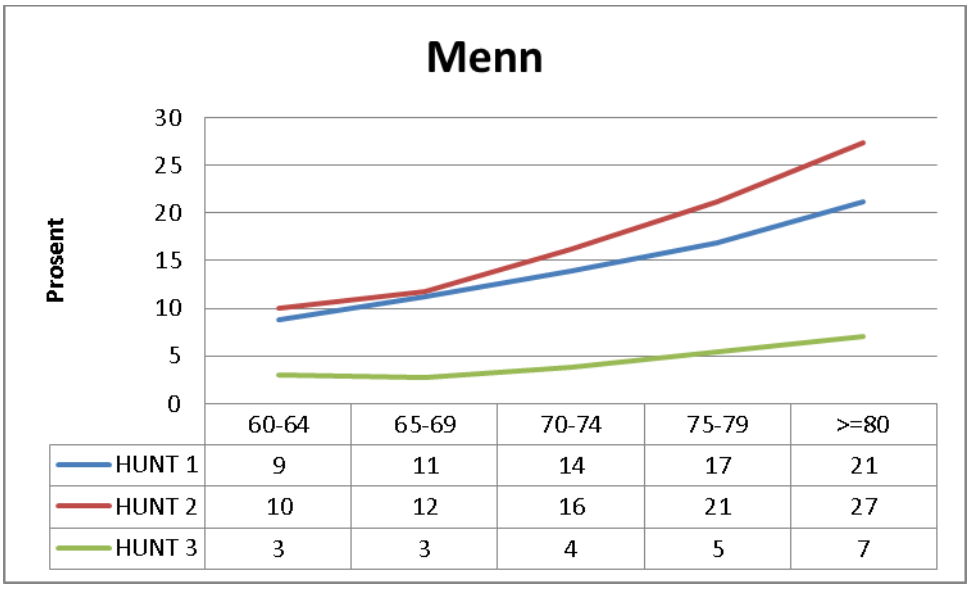
Figur 2 og 3 viser at alkoholforbruket økte i alle aldersgrupper, og at den relative økningen var størst blant de middelaldrende og eldre respondentene. Både kvinner og menn over 60 år har fra HUNT2 til HUNT3 omtrent doblet sitt inntak målt i ren alkohol pr år.

4.2 Andelen avholdende blant eldre (60+) i HUNT1-3



	60-64	65-69	70-74	75-79	>=80
HUNT 1	25	29	34	42	45
HUNT 2	22	28	39	46	49
HUNT 3	6	7	14	15	21

Figur 4: Andelen totalavholdende kvinner ved HUNT 1-3 i aldersgrupper



	60-64	65-69	70-74	75-79	>=80
HUNT 1	9	11	14	17	21
HUNT 2	10	12	16	21	27
HUNT 3	3	3	4	5	7

Figur 5: Andelen totalavholdende menn HUNT 1- 3 i aldersgrupper

Figur 4 og 5 viser andelen totalavholdende blant de eldre i HUNT-undersøkelsene. Her er det viktig å påpeke at det i HUNT-undersøkelsene er forskjellige spørsmål som sammenligner avholdende. Mens HUNT1 og 2 spør om respondentene anser seg selv som avholdende, er de

som havner i avholdskategorien i HUNT 3 de som på spørsmål om inntak siste 12 mnd, har valgt svaralternativet ”aldri drukket alkohol”. Selv om det er noen metodiske forskjeller i måten avhold er definert på, tyder disse tallene på at avhold også er blitt langt mindre vanlig blant eldre spesielt siden HUNT2. Avhold er blitt mer uvanlig blant begge kjønn
og i alle utdanningskategorier, men mest hos de med høyest utdanning (tall ikke vist).

4.3 Problematisk bruk av alkohol blant eldre (60+)i HUNT2 & 3

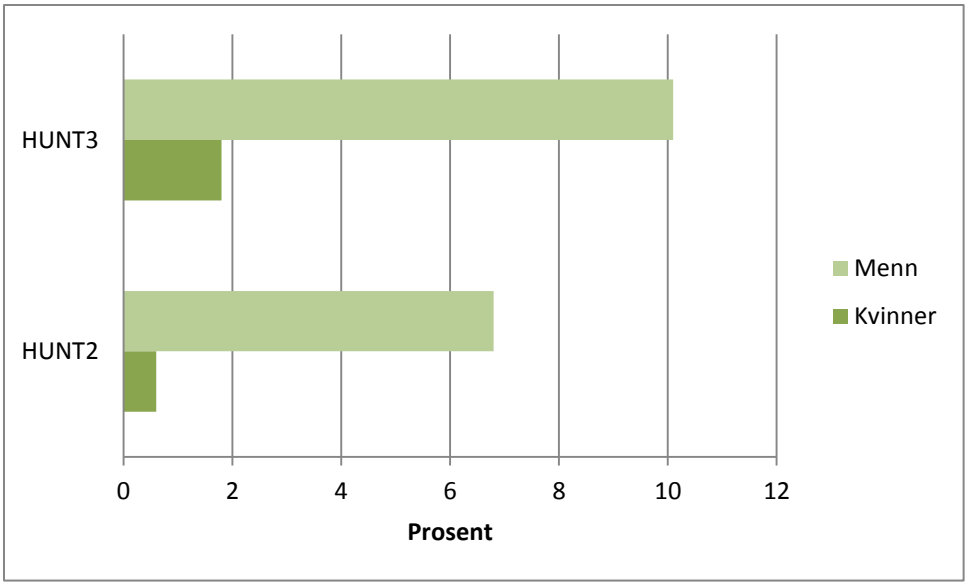
I forskning brukes ulike måleinstrument for å identifisere mer problematisk drikking og misbruk av alkohol. I HUNT2 og 3 ble den spørreskjemabaserte CAGE[2]-indeksen brukt. Det er validert og brukt i mange internasjonale studier [34 35]. Følgende spørsmål stilles:

- Har du noen gang følt at du burde redusere alkoholforbruket ditt?
- Har andre noen gang kritisert alkoholbruken din?
- Har du noen gang følt ubehag eller skyldfølelse pga. alkoholbruken din?
- Har det å ta en drink noen gang vært det første du har gjort om morgenen for å roe nervene, kurere bakrus eller som en oppkvikker?

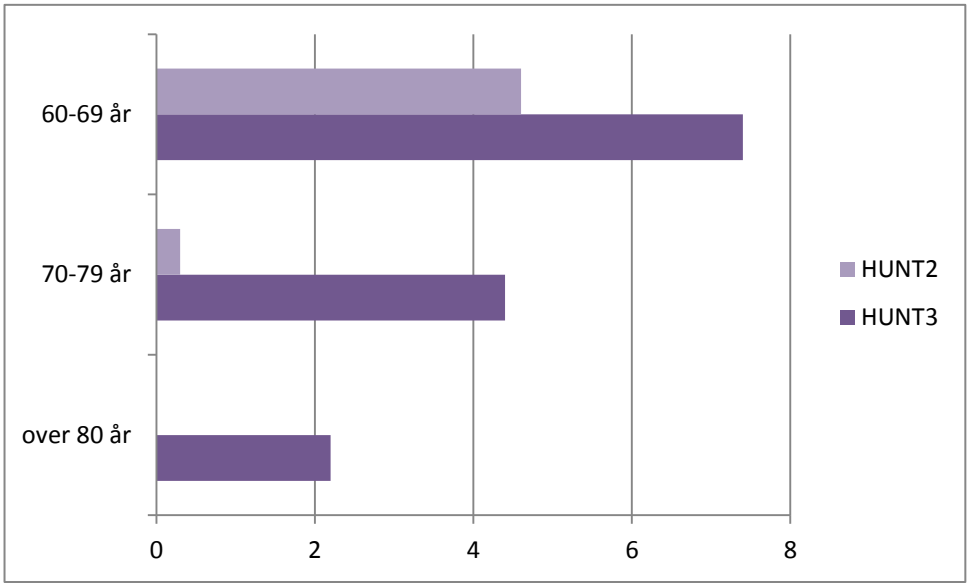
Figurene 6, 7 og 8 viser andelen som gjennom sine svar på CAGE-spørsmålene, regnes å ha et mer problematisk drikkemønster.

Figur 6 viser at selv om problematisk drikking først og fremst er et problem hos menn, så har kvinner hatt den høyeste relative økningen. I en oversiktsartikkel av Dhalla og Kopec [36] konkluderes det med at CAGE instrumentet ikke fanger opp alkoholproblemer like godt hos kvinner, noe som kan bety at mørketallene kan være større for denne gruppen.

[2] Forkortelsen CAGE kommer fra ordene ”cut down,” ”annoyed,” ”guilt” og ”eye opener” i den engelske versjonen.

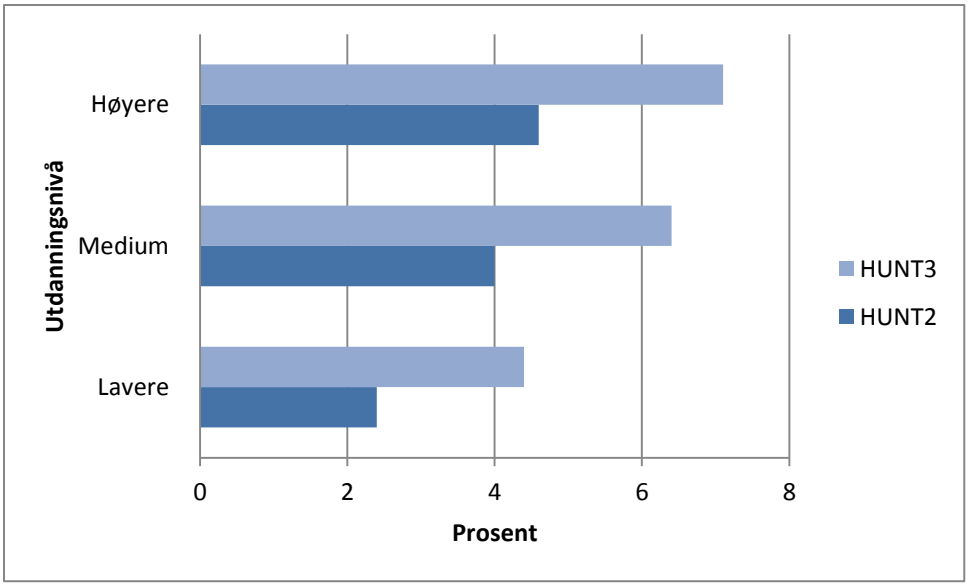


Figur 6: Andel (%) kvinner og menn (60+) som rapporterte problematisk drikkeatferd ved HUNT2 (1995-97) og HUNT3 (2006-08)



Figur 7: Andelen (%) kvinner og menn som rapporterte problematisk drikkeatferd ved HUNT2 og 3 etter alder.

Figur 7 viser økningen i andelen med problematisk drikkeatferd i de ulike aldersgruppene 60 år og eldre. I HUNT2 var det så godt som ingen over 80 år som rapporterte problematisk drikkeatferd, mens i HUNT3 (2006-08) var andelen 2,3 %. Blant eldre 70-79 år ser vi at andelen har økt fra under 0,5 % til 4,5 %. Problematisk drikking har ikke bare økt blant eldre, men i alle aldersgrupper fra HUNT2 til HUNT3.

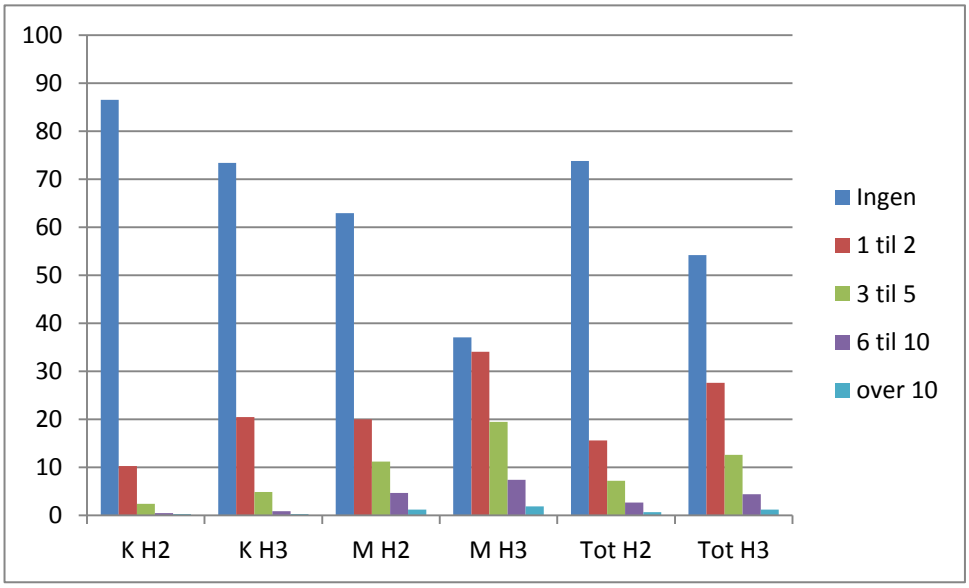


Figur 8. Andel (%) kvinner og menn (60+) som rapporterte problematisk drikkeatferd etter utdanning ved HUNT 2 og 3

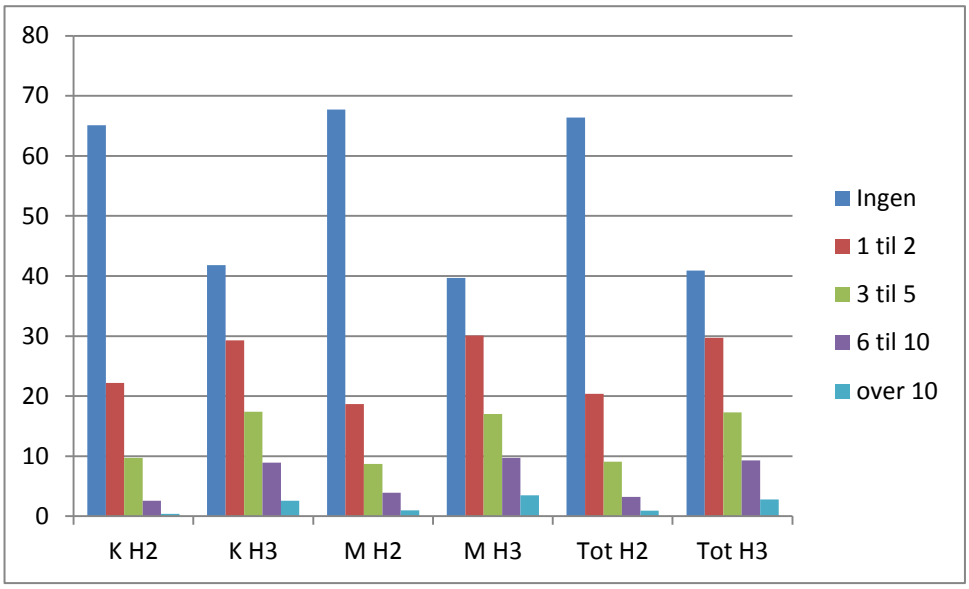
Figur 8 viser at problematisk drikking har økt i alle utdanningsgrupper, men at problemet er oftest forekommende blant folk med høyere utdanning.

4.4 Hva foretrekkes av alkoholholdig drikke?

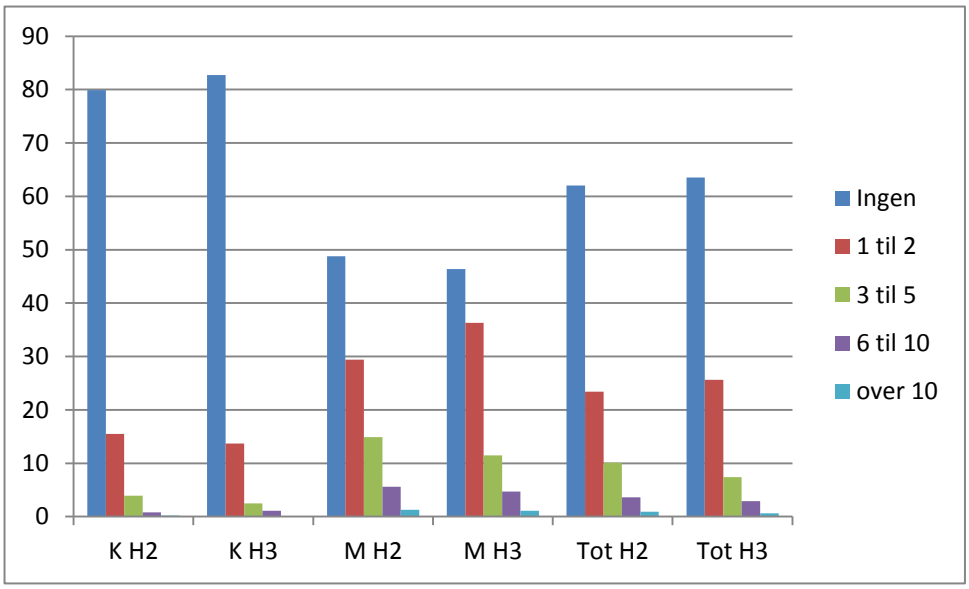
Figurene 9, 10 og 11 viser inntak av antall enheter øl, vin og brennevin som drikkes i løpet av to uker for kvinner, menn og totalt i undersøkelsene Hunt 2 og 3. Figurene viser at forbruket av vin har økt betydelig fra Hunt2 til Hunt3. Figuren viser også at konsumet øker.



Figur 9: Antall glass øl som vanligvis drikkes iløpet av to uker. Utvikling fra HUNT2 til HUNT3



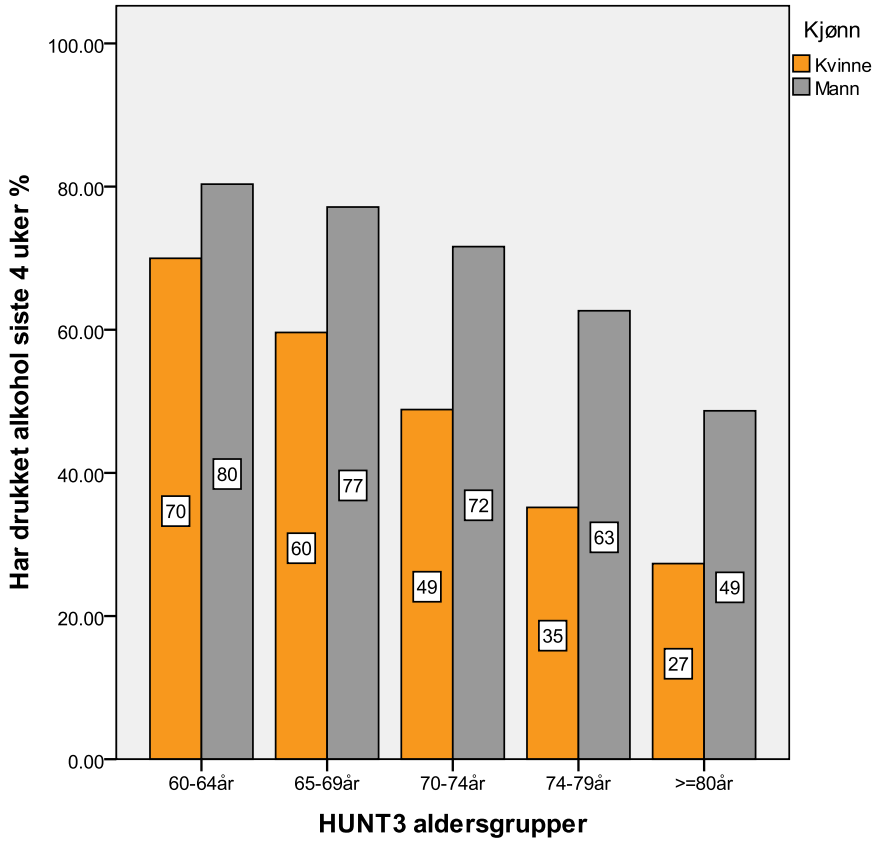
Figur 10: Antall glass vin som vanligvis drikkes iløpet av to uker. Utvikling fra HUNT2 til HUNT3



Figur 11: Antall glass brennevin som vanligvis drikkes iløpet av to uker. Utvikling fra HUNT2 til HUNT3

4.5 Drikke-vaner i dag, eldre 60+ rapportert i HUNT3

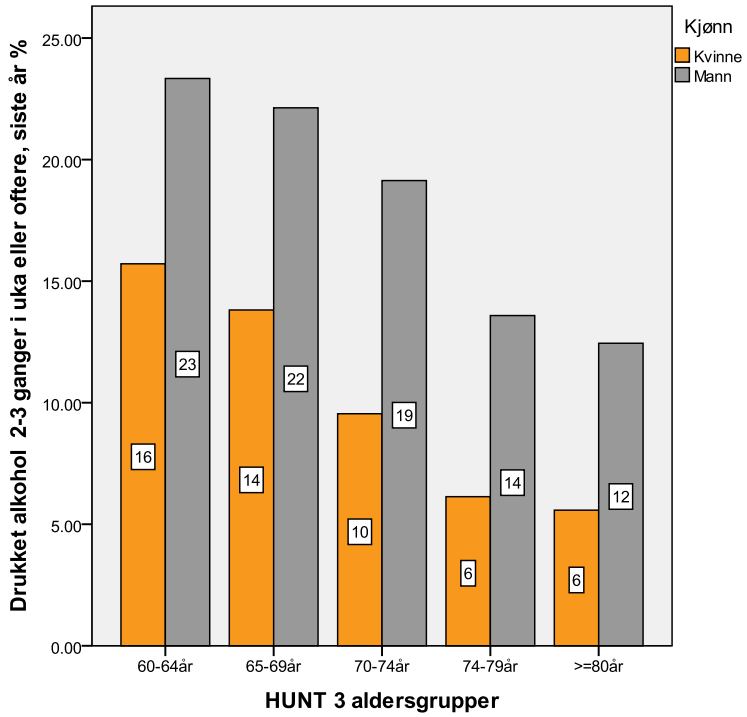
Her presenteres noen figurer som viser drikke-vanene blant eldre i dag (2006-2008), som gjelder hyppighet, beruselse og mengde som drikkes ved hvert drikketilfelle. Ettersom tall fra HUNT3 er tverrsnittsdata skal en være forsiktig med å fortolke dette som endringer over tid. Figurene gir likevel et godt tverrsnittsbilde på hva som er et vanlig drikkemønster blant eldre i ulike aldersgrupper i dag.



Figur 12: Andel som har drukket alkohol siste 4 uker

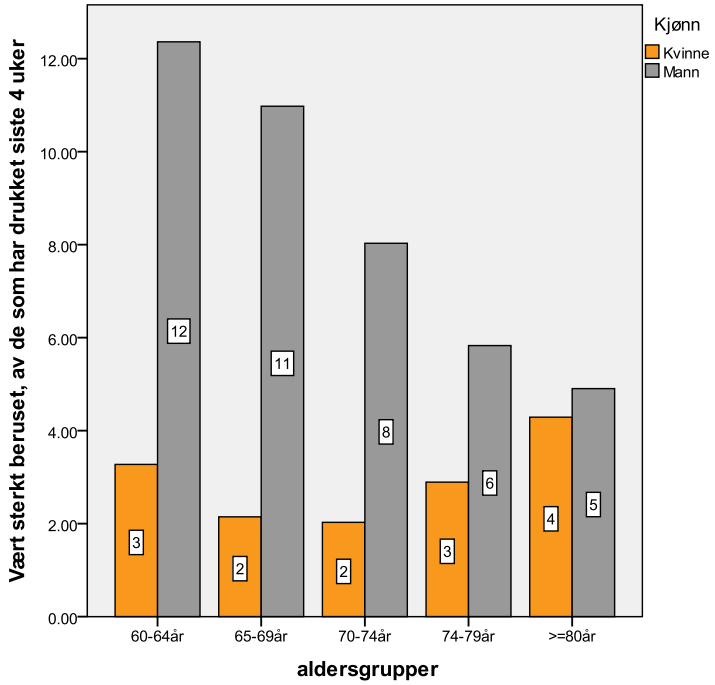
Figur 12 viser at etter hvert som folk blir eldre, er det stadig færre som drikker alkohol regelmessig, men allikevel ganske vanlig spesielt blant menn. 80 % av menn i alderen 60-64 år rapporterte at de hadde drukket alkohol siste måned, mens bare halvparten i alderen 80+ år. Blant de aller eldste rapporterte i underkant av 1/3 av kvinnene at de hadde drukket alkohol en eller flere ganger siste mnd.

Det har over tid blitt mer vanlig å drikke alkohol til hverdags. Figur 13 viser hvor stor andel av de eldre 60+ som rapporterte at de drakk alkohol 2-3 ganger i uka eller mer. Dette var langt vanligere blant menn enn kvinner i alle aldersgrupper. I aldersgruppen 60-65 år drakk omtrent hver fjerde mann og hver sjette kvinne alkohol 2-3 ganger i uka eller oftere.



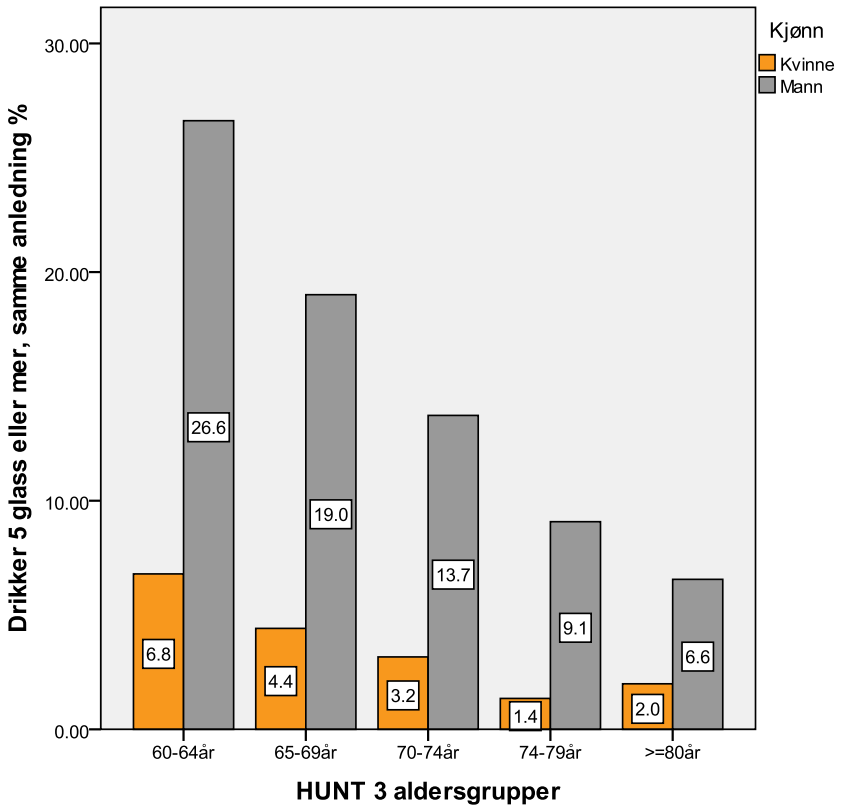
Figur 13: Andel som drikker alkohol 2-3 ganger i uka eller oftere

Det å drikke seg beruset kan være spesielt risikofylt både for yngre og eldre. Figur 14 viser andelen som anga at de hadde vært sterkt beruset en eller flere ganger siste 4 uker (av de som drakk alkohol). Andelen gikk ned med alderen blant mennene, mens den var stabil blant kvinnene.



Figur 14: Andel som hadde vært sterkt beruset siste 4 uker

Det å drikke store mengder alkohol ved hvert drikketilfelle er en annen drikkeatferd som oppfattes som ugunstig. Hva som defineres som mye, varierer imidlertid noe fra land til land. I HUNT3 ble det spurt om hvor ofte deltagerne hadde drukket 5 glass eller mer ved samme anledning (figur 15).



Figur 15: Andel som månedlig eller oftere drikker 5 glass eller mer ved samme anledning

Figur 15 tyder på at dette med å drikke mye ved hvert drikketilfelle blir langt mer uvanlig etter hvert som folk blir eldre. Omtrent hver 4. mann i alderen 60-64 rapporterte en slik drikkemåte, mens henholdsvis 7 % av mennene og 2 % den eldste aldersgruppen (80+) gjorde det samme.

Oppsummering om drikkemønster

Denne rapporten viser at andelen eldre som regner seg som avholdende er markant redusert fra de to første HUNT-undersøkelsene, gjort på midten av 80- og 90-tallet og til den siste som ble gjort i 2006-08. Fra HUNT2 til HUNT3 har både kvinner og menn 60 år eller eldre doblet sitt alkoholinntak, og utgjør den aldersgruppen med den største relative økningen. Dette gjelder begge kjønn og alle utdanningsgrupper. Når det gjelder inntak av type alkohol, er det spesielt vinkonsumet som skiller seg ut hvor det har vært en betydelig økning fra HUNT2 til HUNT3, og hvor eldre kvinner og menn oppgir omtrent samme gjennomsnittlige inntak.

Det er også relativt flere som rapporterer å ha en problematisk drikkeatferd gjennom sine svar i CAGE-spørreskjemaet fra HUNT2 til HUNT3. Dette gjelder begge kjønn og alle utdanningsgrupper, men den høyeste andelen «problemdrikkere» fant vi blant de med høyere utdanning.

Dagens drikkemønster blant eldre tyder på at bruk av alkohol gradvis avtar med årene etter at man har passert 60, men at det likevel er ganske vanlig blant de aller eldste å drikke alkohol regelmessig. Det å drikke seg beruset, drikke større mengder alkohol og det å drikke ofte, blir sjeldnere etter hvert som folk nærmer seg de 80 år.

5.0 Rus, avhengighet og helse

Alkohol kan positivt brukes til mat, nytelse og fest, men kan også brukes/misbrukes på en måte som går ut over helse og funksjon. I dette kapitlet har vi sett på om eldre 60+ som har et høyt eller mer risikabel bruk av alkohol rapporterer dårligere helse og mer bruk av helsetjenester enn de som har et mer moderat bruk eller er avholdende. Vi har også ved bruk av data fra Reseptregisteret sett på om bruk av medikamenter med rus- og avhengighetspotensial (benzodiazepiner) har sammenheng med helse og funksjon i dagliglivet slik dette er rapportert i HUNT3 (2006-08).

5.1 Alkohol og helse

Data er selvrapporterte og hentet fra HUNT3 og angis samlet for alle 60 år eller eldre

Tabell 2: Selvrapportert helse og bruk av helsetjenester i forhold til drikkemønster,eldre over 60 år i HUNT3 (2006-08). Alle tall i prosent. N=17 999

	Aldri drukket	Ikke vært beruset	Vært beruset [1]	CAGE[2] +	CAGE -
Livskvalitet: misfornøyd*	1.1	1.2	1.5	3.3	1.0
Selvvurdert helse. Dårlig	3.5	2.1	1.7	3.5	1.8
Selvvurdert helse: Ikke helt god	44.0	36.7	30.2	35.2	34.6
HADS: Selvrapportert angst over cutoff	9.8	10.0	10.0	13.7	9.2
HADS: Selvrapportert depresjon over cutoff	10.6	11.5	11.7	14.5	10.7
ADL: Trenger hjelp til hygiene/påkledning, mm.	6.3	3.1	2.0	2.9	3.1
Hatt hjemmesykepleie	10.0	10.8	8.2	5.7	6.1
Lege: Fallskade siste år	13.9	13.4	15.3	17.1	14.0
Sykehus: Fallskade siste år	4.8	4.3	3.7	3.4	4.6
Falt/ramlet siste 3 mnd	17.6	16.6	20.7	23.9	17.1
Problemer med balansen	29.2	23.4	24.3	29.5	22.4
Falt og slått seg siste år	18.9	17.7	21.1	26.2	18.0
Vært hos lege siste år	88.4	87.8	83.9	86.5	87.8
Vært hos spesialist utenfor sykehus	21.5	21.3	19.3	22.5	21.4
Konsultasjon uten innleggelse ved annen poliklinikk i sykehus	34.4	36.7	33.7	41.1	36.9
Kiropraktor	7.8	7.6	9.5	10.2	8.2
Innleggelse på sykehus	16.0	14.7	13.3	14.8	14.4

*Livskvalitet. Slått sammen de tre kategoriene hvor respondentene uttrykker ulik grad av misnøye. Kategoriene er ”svart misfornøyd” ”meget misfornøyd”, og ”nokså misfornøyd”.

[1] Andel som minst hadde vært sterkt beruset siste måned

[2] Ettersom CAGE spørsmålene inngikk i spørreskjema 2, var frafallet høyere enn for skjema 1 (N= 12 888).

Tabell 2 viser sammenhengen mellom ulike helseindikatorer og alkohol. ADL (Activities of daily living) er en indeks som måler om respondenten klarer seg selv, eller trenger hjelp i hverdagen til

påkledning, hygiene og andre praktiske gjøremål både innen- og utendørs. HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) er indeks som omfatter fjorten spørsmål som måler angst og depresjon.

Når det gjelder helse/helsetjenester, er det vanskelig å se noe klart mønster i dataene som gjelder avhold og beruselse. Når de som rapporterer at de aldri har drukket melder om levere selvopplevd helse og hyppigere legebesøk, skyldes dette heller at de med dårlig helse ikke drikker, enn at alkoholen har positive helseeffekter. For å kunne analysere dette må det benyttes mer avansert statistikk og analyser. Dette er utenfor rammen av denne rapporten.

Det mest interessante er kanskje å sammenligne de som scorer høyt på problematisk drikkeatferd mot de som ikke har det. Her ser vi at de med problematisk drikkeatferd har lavere selvopplevd helse, og rapporterer i større grad balanseproblemer og fall. Vi ser også at de med problematisk drikkeatferd scorer høyere på både angst og depresjon.

5.2 Medikamenter med rus- og avhengighetspotensial

Analyser på medikamenter begrenset seg til benzodiazepiner og benzodiazepinliknende stoffer, dvs vanedannende B-preparater, angstdempende og sovemedisiner. Data er basert på registreringer i Reseptregisteret i perioden 2004-2010. Når det gjelder disse medisinene, vil langvarig bruk stort sett alltid være ugunstig og ikke i tråd med anbefalte retningslinjer. Vi har sammenlignet ulike grupper brukere og kategorisert dem etter type bruk (varighet) og mengde (dosering). Det skilles mellom de som i perioden 2004-2010 var registrert som enkeltperiodebrukere(< ett år), periodebrukere (flere år med minst ett års opphold mellom to perioder), og kroniske brukere med registrert bruk på minst to år uten opphold. Når det gjelder mengde, skilles det mellom de som hadde fått utskrevet 180 definerte døgndoser (DDD) eller mer, og de med lavere dosering Det vil være forskjellige oppfatninger av hvilke doser og hvor lange perioder som skal til for at bruken av benzodiazepiner kan defineres som helsemessig ugunstig, men inndelingen er også brukt ved tidligere studier [36 37].

Tabell 3: Bruk (%) av benzodiazepiner hos deltagere over 60 år + som deltok i HUNT3 registrert (Reseptregisteret) i perioden 2004-2010 (N=17 899). Alle tall i prosent.

				Alder		
	Totalt	Menn	Kvinner	60-69	70-79	80+
Ingen utskrivninger	60.6	71.5	51.2	67.4	56.1	43.7
Enkeltperiodebruker	10.3	9.9	10.8	10.0	10.6	11.1
Periodebruker	8.3	5.6	10.6	7.0	8.8	9.6
Kronisk bruker	20.8	13.0	27.5	15.5	23.5	35.6
Av de som hadde brukt benzodiazepiner						
Over 180 DDD i løpet av et år	25.3	22.4	26.8	19.2	26.0	37.2
Ikke over 180DDD i løpet av et år	74.7	77.6	73.2	80.2	74.0	62.8

Fire av ti deltagere i HUNT3 (2006-08) i alderen 60 år eller eldre hadde fått foreskrevet benzodiazepiner i perioden 2004-2010. Tabell 3 viser at periodebruk og kronisk bruk økte med alderen og var klart mer vanlig blant kvinner enn menn. Andelen kvinnelige kroniske brukere var mer enn dobbelt så stor som menn. Relativt flere kvinner hadde fått utskrevet døgndoser på minst 180 DDD i løpet av et år sammenlignet med menn.

5.4 Benzodiazepiner og helse

Data er hentet fra HUNT3 (2006-08) og Reseptregisteret (2004-11)

Tabell 4: Benzodiazepiner og helse. Selvrapportert helse og bruk av helsetjenester hos ulike brukergrupper benzodiazepiner hos deltakere i HUNT3. Alle tall i prosent.

	Lengde				Mengde	
	Ingen utskrivn	Enkelt-periodebruker	Periode-bruker	Kronisk Bruker	-180	+180
Livskvalitet: Misfornøyd*	1.6	2.3	2.7	3.4	2.6	4.0
Selvvurdert helse. Dårlig	1.2	1.8	2.4	4.6	2.5	6.1
Selvvurdert helse: Ikke helt god	28.9	40.3	43.4	52.0	34.4	58.0
HADS: Selvrapporttert angst	6.8	10.7	15.8	17.1	13.8	19.3
HADS: Selvrapporter depresjon	9.5	12.1	14.7	16.2	13.6	18.2
ADL: Trenger hjelp til hygiene/påkledning, mm	2.4	2.6	2.7	4.9	3.0	6.2
Hatt hjemmesykepleie						
Lege: Fallskade siste år	11.5	14.0	17.6	15.9	16.0	15.3
Sykehus: Fallskade siste år	3.6	3.2	6.2	5.3	4.8	5.6
Falt/ramlet siste 3 mnd	16.1	14.2	20.9	17.7	17.0	19.1
Problemer med balansen	18.2	24.8	26.6	32.2	26.1	37.8

*Livskvalitet. Slått sammen de tre kategoriene hvor respondentene uttrykker ulik grad av misnøye. Kategoriene er ”svart misfornøyd” ”meget misfornøyd”, og ”nokså misfornøyd”.

I følge tabell 4 rapporterte de kroniske brukerne av benzodiazepiner lavere livskvalitet og selvvurdert helse. I denne gruppen var det også en høyere andel som rapporterte angst og/eller depresjon og flere trengte hjelp til daglige funksjoner og gjøremål. Både blant periodebrukere og kroniske brukere var det vanligere med fallskader enn blant de andre gruppene. Det samme mønsteret ser vi blant de med høye døgndoser.

5.3 Kombinasjon av alkohol og benzodiazepiner

Her har vi sett på fordelingen av bruk av alkohol knyttet til bruk av benzodiazepiner blant eldre 60+ som deltok i HUNT3.

Tabell 5: Alkoholforbruk blant ulike brukergrupper av benzodiazepiner i HUNT3. Alle tall i prosent (N=17 899).

	Avhold	Høyt alkohol-forbruk	Beruselse 1 g. i måneden eller oftere	Problemdrikkere CAGE+
Ingen utskrivninger	7.0	26.4	12.4	6.0
Enkeltperiodebruker	7.8	26.0	10.7	5.5
Periodebruker	7.1	27.0	9.1	6.8
Kronisk bruker	9.4	25.6	9.1	7.3
Over 180 DDD ett år	10.1	22.7	10.1	6.2
Ikke over 180 DDD ett år	8.0	27.1	9.6	8.4

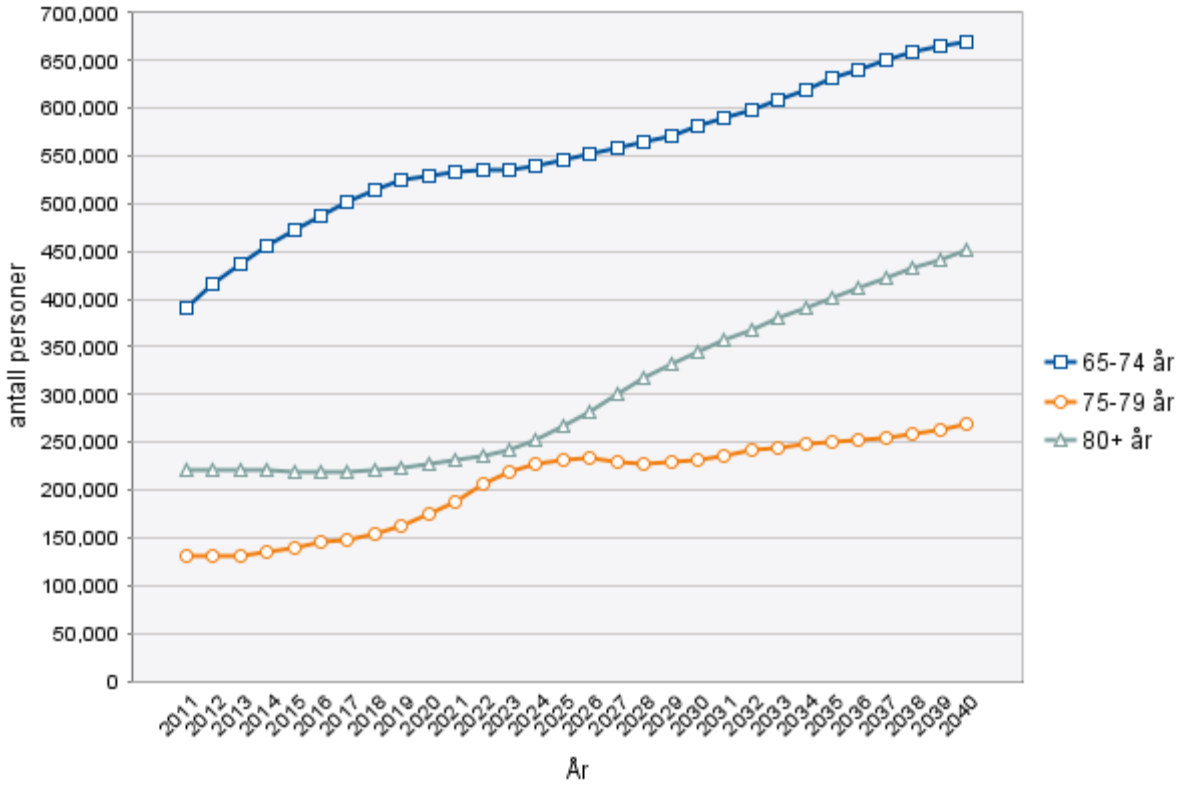
Ideelt sett burde eldre naturlig nok være mer varsomme med samtidig inntak av alkohol når de bruker sovemedisiner og beroligende medisiner, men i følge disse tallene var det små forskjeller mellom de som ikke hadde fått foreskrevet medisiner og de ulike brukergrupper. Det var en svak tendens til at noen flere av de kroniske brukerne definerte seg som avholdende, samtidig som relativt flere av dem rapporterte problematisk drikking (7,3%). Det er viktig å være klar over at rapporteringen i HUNT3 (2006-2008) kan ha foregått både før og etter registrering av data i Folkehelseregisteret (2004-2010).

Oppsummering om rus og helse

Når det gjelder helse/helsetjenester var det vanskelig å se noe klart mønster i data som gjelder selvrapportert avhold og beruselse. De som rapporterte problematisk drikkeatferd oppga imidlertid lavere selvopplevd helse, mer angst og depresjon og i større grad balanseproblemer og fall. Det gjorde også de som var klassifisert som kroniske brukere av benzodiazepiner. Når det gjelder kombinasjon av alkohol og medikamenter, så fant vi kun små eller ingen forskjeller mellom de som ikke hadde fått foreskrevet medisiner og de ulike brukergrupper. Kroniske brukere som samtidig rapporterte problematisk drikkeatferd utgjorde 7.3 % av alle eldre (60 år +). Denne gruppen vil trolig ha større helsemessige utfordringer og behov for mer omfattende helse- og sosialtjenester.

6.0 Utfordringer med hensyn til press på helsevesenet.

Beregninger fra SSB viser at den demografiske utviklingen gjør at antallet eldre vil stige med ca 50 % i Norge de neste 20 år (figur 16) [38]. Ved å bruke disse tallene samt tall fra HUNT kan man gjøre et estimat på antallet med problematisk drikkeatferd i Norge i dag og om 20 år.



Figur 16: Befolkningsfremskrivning. Figuren er hentet fra Helsedirektoratet og bruker tall fra SSB.

Tabell 6: Anslag av andelen med problematisk drikkeatferd i Norge i alderen 60+ i dag og om 20 år.

	60-69 år			70-79 år			Over 80 år			Total over 60 år	
	Andel med CAGE +	Antall i Norge i dag. N= 519175	Estimert antall i Norge om 20 år. N= 750000	Andel med CAGE +	Antall i Norge i dag. N= 294323	Estimert antall i Norge om 20 år. N= 450000	Andel med CAGE+	Antall i Norge i dag. N= 221153	Estimert antall i Norge om 20 år. N= 360000	I dag	Om 20 år
H2-tall	4.6	23882	34500	0.3	882	1350	0.0	0	0	24764	35850
H3-tall	7.3	37900	54750	4.5	13244	20250	2.2	4865	7920	56000	82920

Tabellen viser estimert antall eldre i Norge om 20 år baseres på figur over, som estimerer en ca 50 % økning i antall eldre. Tabellen viser et regnestykke basert på antall eldre over 60 år i Norge med problematisk drikkeatferd, basert på forekomst rapportert i HUNT2 og HUNT3. Den viser hva antallet med problematisk drikkeatferd ville vært i Norge i dag og om 20 år, hvis andelen med slik atferd hadde vært som i HUNT2 og HUNT3. Tabellen forutsetter at tallene i HUNT er representative for landet, men husk at tallene er konservative estimat på antall problemdrikkere.

Tabellen viser at det er ca 56.000 eldre med problematisk drikkeatferd i dag basert på HUNT3 tall. Hvis andelen med problematisk drikkeatferd holder seg slik den er i dag, vil antallet øke til 82.920 i 2031. Hvis andelen med problematisk drikkeatferd hadde vært som i HUNT2, ville antallet i 2031 blitt 35.850. Men alkoholforbruket er fortsatt økende i Norge, og trolig vil andelen med problematisk drikkeatferd bli høyere enn i HUNT3, hvis det ikke gjøres nye forebyggende tiltak.

Sammendrag og konklusjoner

Befolkningen i de nordiske landene eldes. Samtidig har det de siste tiårene skjedd store forandringer innenfor alkoholpolitikken i forhold til pris og tilgjengelighet. Eldre lever lenger og har også en større økonomisk frihet enn før, og er blitt et eget markedssegment for de som selger alkohol, og med det vil sannsynligheten for storforbruk og helseskader også øke. Til tross for at det synes å være en økende interesse for eldres rusbruk, er forskningen som er gjort på området svært begrenset [7]. I mange av alkoholundersøkelsene av befolkningen som er gjort i Norden, er ikke engang de eldre blitt inkludert [39]. Noen få nordiske studier er gjennomført, men det mangler sammenlignende studier, og det mangler også studier som ser på eldres alkoholbruk kombinert med medisinbruk. Det er flere grunner til at dette feltet bør satses på i fremtiden. En ser at det er en mangel på kunnskap om sosiale effekter og helseeffekter av alkoholbruk hos eldre både i de nordiske landene og resten av Europa [4]. En økning i alkoholbruk og økningen i andelen eldre, sannsynliggjør at samfunnet vil få større utfordringer med dette i årene som kommer. Fremover vil det være viktig med egen forskning på alkoholbruk blant eldre. Det bør fokuseres på utvikling og validering av screeninginstrument som er spesielt tilpasset eldre. Helsevesenet vil få store utfordringer med hensyn til kartlegging og oppdaging av alkoholproblemer, og kunnskap om alkoholbruk hos eldre bør i større grad inn i utdanning av helsepersonell.

REFERANSER

1 SSB. Befolkning: Et aldrende samfunn: Statistisk sentralbyrå 2008.

2 Folkehelse i ending, Helseunderøkelsen Nord-Trøndelag In: Krokstad S, Knudtsen MS eds., Levanger: HUNT forskningssenter 2011.

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

4 Hallgren M, Högberg P, Andréasson S. Alcohol consumption among elderly European Union citizens: health effects, consumption trends and related issues.: Swedish National Institute of Public Health 2010.

5 RAND Europe. The affordability of alcoholic beverages in the European Union: Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms, Cambridge: RAND Coorporation 2009.

6 Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe - A public health perspective. Report to the European Comission,, London: Institute of alcohol studies. 2006.

7 Jyrkämä J, Haapamäki L. Äldre och alkohol. Nordisk forskning og diskussion, Helsingfors: Nordiskt center för alkohol- och drogforskning 2008.

8 Bore RR. Alkoholbekymringer i statistikken. *Samfunnsspeilet* 2009;23:31-35.

9 Rossow I, Moan I, Natvig H. Nære pårørende av alkoholmisbrukere - hvor mange er de og hvordan berøres de? *SIRUS-Rapport* 2009;9.

10 Fillmore KM, Stockwell T, Chikritzhs T, Bostrom A, Kerr W. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies and new hypotheses. *Annals of Epidemiology* 2007;17:S16-23. doi:10.1016/j.annepidem.2007.01.005 [published Online First 2007/05/05].

11 Naimi TS, Brown DW, Brewer RD et al. Cardiovascular risk factors and confounders among nondrinking and moderate-drinking U.S. adults. *American Journal of Preventive Medicine* 2005;28:369-73. doi:10.1016/j.amepre.2005.01.011 [published Online First 2005/04/16].

12 Dufour MC, Archer L, Gordis E. Alcohol and the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine* 1992;8:127-41. 1992/02/01].

13 Alcohol misuse among older people *Alcohol Concern*, London 2002.

14 Etanolo *La Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU)* 1996.

15 Australian Alcohol Guidelines Fact Sheet—Alcohol and Older People Population Health Division, Australian Government Department of Health and Ageing 2005.

16 IAS Factsheet: Alcohol and the elderly, London: IAS 2010.

17 Klein WC, Jess C. One last pleasure? Alcohol use among elderly people in nursing homes. *Health and Social Work* 2002;27:193-203. 2002/09/17].

18 Lejoyeux M, Delaroque F, McLoughlin M, Ades J. Alcohol dependence among elderly French inpatients. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2003;11:360-4. 2003/05/02].

19 Callahan CM, Tierney WM. Health services use and mortality among older primary care patients with alcoholism. *Journal of the American Geriatrics Society* 1995;43:1378-83. 1995/12/01].

20 Horton AM, Jr. Alcohol and the elderly. *Maryland Medical Journal* 1986;35:916-8. 1986/11/01].

21 Curtis JR, Geller G, Stokes EJ, Levine DM, Moore RD. Characteristics, diagnosis, and treatment of alcoholism in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 1989;37:310-6. 1989/04/01].

22 Janik SW, Dunham RG. A nationwide examination of the need for specific alcoholism treatment programs for the elderly. *Journal of Studies on Alcohol* 1983;44:307-17. 1983/03/01].

23 Reid MC, Anderson PA. Geriatric substance use disorders. *Medical Clinics of North America* 1997;81:999-1016. 1997/07/01].

24 Hoverak Ø, Bye E. Det norske drikkemønsteret. En studie gjort på intervjudata fra 1973-2004., Oslo: SIRUS 2007.
25 Bjørk C, Vinther-Larsen M, Hvidtfeldt U, Thygesen L, Grønbæk M. Middelaldrende og ældre danskerers alkoholforbrug fra 1987 til 2003. In: alkoholforskning. SiffCf ed. 2006.
26 Lindén-Boström M, Persson C, Berglund M. Riskfylld alkoholkonsumtion bland äldre-Resultat från en svensk befolkningsundersökning. *Nordisk Alkohol & Narkotikatidsskrift* 2009;26.
27 Reseptregisteret 2006-2010. In: Berg C ed., Oslo: Folkehelseinstituttet 2011.
28 Hånes H, Trewin C, Lyshol H, Berg C. Eldres helse. Folkehelserapport 2010, Oslo: Folkehelseinstituttet 2010.
29 Helsenorge.no. Eldre og legemidler 2010.
30 Moore AA, Whiteman EJ, Ward KT. Risks of combined alcohol/medication use in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007;5:64-74. 2007/07/05].
31 Aira M, Hartikainen S, Sulkava R. Community prevalence of alcohol use and concomitant use of medication--a source of possible risk in the elderly aged 75 and older? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2005;20:680-5. doi:10.1002/gps.1340 [published Online First 2005/07/16].
32 Du Y, Scheidt-Nave C, Knopf H. Use of psychotropic drugs and alcohol among non-institutionalised elderly adults in Germany. *Pharmacopsychiatry* 2008;41:242-51. doi:10.1055/s-0028-1083791 [published Online First 2008/12/11].
33 Fakta om benzodiazepiner: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
34 Maisto SA, Saitz R. Alcohol use disorders: screening and diagnosis. *American Journal on Addictions* 2003;12 Suppl 1:S12-25. 2004/02/20].
35 Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Archives of Internal Medicine* 2000;160:1977-89. 2000/07/11].
36 Fang SY, Chen CY, Chang IS, Wu EC, Chang CM, Lin KM. Predictors of the incidence and discontinuation of long-term use of benzodiazepines: a population-based study. *Drug and Alcohol Dependence* 2009;104:140-6. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.04.017 [published Online First 2009/06/12].
37 Hartz I, Tverdal A, Skurtveit S. Langtidsbruk av benzodiazpiner i kombinasjon med opioider og z-hypnotika blant uføretrygdede i Norge. . *Norsk farmaceutisk tidsskrift* 2011;4.
38 Folkehelseinstituttet: Helsetilstanden i Norge: Eldre - andelen eldre over 65 år i befolkningen. Elektronisk publisering. In: Folkehelseinstituttet ed.
39 Ramstedt M. Alkoholkonsumtion och alkoholrelaterade problem bland äldre svensker-hur ser det ut egentligen? *Nordisk Alkohol & Narkotikatidsskrift* 2009;26.