

# Bruk av alkohol og vanedannende legemidler blant eldre\*

## Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 2006-2008 (HUNT3)

Eldre drikker hyppigere enn før og er storforbrukere av vanedannende legemidler. Kombinasjon av alkohol og vanedannende legemidler er uheldig og kan få alvorlige helsekonsekvenser for de eldre. Vi har behov for mer kunnskap innenfor dette feltet i Norge, noe som kan bidra til å fremme eldres helse.

Eldre i Norge drikker både hyppigere og mer alkohol i dag enn de gjorde for noen tiår tilbake (1-3). Tall fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) viser at både kvinner og menn over 60 år omtrent har doblet sitt inntak av alkohol fra HUNT2 (1995–1997) til HUNT3 (2006–2008) (3). Andelen eldre i befolkningen vil øke i årene fremover, og en aldrende befolkning kan føre til at vi i fremtiden får flere eldre med alkoholproblemer (3). I tillegg skjer det biologiske endringer i kroppen ved aldring, som fører til at eldre tåler alkohol dårligere sammenliknet med da de var yngre (3, 4). Det antas at økt forbruk av alkohol blant eldre kan øke risikoen for alkoholrelaterte dødsfall, sykdommer, skader, ulykker og interaksjonseffekter av medisiner (2, 3). I Norge har vi lite kunnskap om bruk av alkohol blant eldre (1-4).

Eldre er storforbrukere av vanedannende legemidler, og står for omtrent halvparten av forbruket i Norge (4-6). Med vanedannende legemidler mener vi benzodiazepiner (angstdempende legemidler og sovemidler), z-hypnotika (norsk betegnelse: benzodiazepinlignende

sovemidler) eller opioider (sterke og svake smertestillende legemidler). Se faktaboks for benzodiazepiner og z-hypnotika.

I Norge har andelen eldre som har tatt ut resepter på benzodiazepiner gått litt ned i perioden 2005 til 2013 (6). Reseptuttak på z-hypnotika har i samme periode hatt en svak økning blant kvinner, men ikke blant menn. Både for kvinner og menn har reseptuttak på opioider vært relativt stabilt i den samme tidsperioden. Ifølge Reseptregisteret brukte 8,5 prosent av menn og 16,7 prosent av kvinner over 65 år BZD i 2013, 13,8 prosent av menn og 25,6 prosent av kvinner brukte z-hypnotika, og 16,0 prosent av menn og 20,9 prosent av kvinner brukte opioider (6).

Internasjonale studier viser at mange eldre kombinerer bruk av alkohol og vanedannende legemidler (7). I Norge er det blitt gjennomført få studier av kombinasjonsbruk (3). Ved økende alder endres kroppens absorpsjon, distribusjon og metabolisme av alkohol og legemidler. Eldre er derfor mer sårbare for å få alvorlige bivirkninger av kombinasjonsbruk. Bivirkninger

#### SKREVET AV

Kjerstin Tevik<sup>1,2</sup>  
Geir Selbæk<sup>1,3,4</sup>  
Knut Engedal<sup>1,5</sup>  
Arnfinn Seim<sup>2</sup>  
Steinar Krokstad<sup>6,7</sup>  
Anne-S. Helvik<sup>1,2,8</sup>

1. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Sykehuset Vestfold, Tønsberg
2. Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim
3. Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet, Ottestad
4. Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, Oslo

5. Geriatrik avdeling, Oslo Universitetssykehus, Oslo
6. HUNT forskningssenter, Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Levanger
7. Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Levanger, Levanger
8. St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim, Levanger

## Faktaboks: Benzodiazepiner og z-hypnotika

Benzodiazepiner: angstdempende legemidler		Benzodiazepiner: sovemidler		Z-hypnotika: sovemidler	
Generisk navn	Salgsnavn	Generisk navn	Salgsnavn	Generisk navn	Salgsnavn
Alprazolam	Xanor	Nitrazepam	Apodorm Mogadon	Zolpidem	Zolpidem Stilnoct
Diazepam	Valium Vival Stesolid			Zopiklon	Zopiklone Imovane
Klonazepam	Rivotril				
Oksazepam	Sobril				

Kilde: Bramness JG, Vøyvik, T. Rasjonell bruk av angst- og sovemedisiner. Universitetsforlaget. Oslo. 2017.

**Tabell 1: Karakteristikk av utvalget og drikkestatus blant eldre (≥ 65 år, N = 11,545). Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 2006-08 (HUNT3)**

		Ikke-regelmessig alkoholbruk ( $< 1$ dag/uke)	Regelmessig alkoholbruk ( $\geq 1$ dag/uke)
Totalt	N (%)	8286 (71.8)	3259 (28.2)
Alder	Median (range)	73.60 (65-100.8)	70.6 (65-97.7) <sup>a***</sup>
Alder			
65-69 år	N (%)	2554 (30.8)	1478 (45.4) <sup>b***</sup>
70-74 år	N (%)	2150 (25.9)	906 (27.8)
≥ 75 år	N (%)	3582 (43.3)	875 (26.8)
Kjønn			
Mann	N (%)	3476 (42.0)	1985 (60.9) <sup>b***</sup>
Kvinne	N (%)	4810 (58.0)	1274 (39.1)
Bor alene	N (%)	2454 (29.6)	543 (16.7) <sup>b***</sup>
BZD, z-hypnotika eller opioider <sup>1</sup>	N (%)	2784 (33.6)	957 (29.4) <sup>b***</sup>

BZD = benzodiazepiner

<sup>1</sup> Minst ett reseptuttak av BZD, z-hypnotika eller opioider i løpet av et år i minst to påfølgende år

<sup>a</sup> Signifikans testing med Mann Whitney U test mellom regelmessig alkoholbruk ( $\geq 1$  dag/uke) og ikke-regelmessig alkoholbruk ( $< 1$  dag/uke)

<sup>b</sup> Signifikans testing med Kjikvadrattest mellom regelmessig alkoholbruk ( $\geq 1$  dag/uke) og ikke-regelmessig alkoholbruk ( $< 1$  dag/uke)

\*\*\* $P < 0.001$

kan oppstå ved et lavt inntak av alkohol, som for eksempel etter ett glass vin, eller etter en til to alkoholenheter (8). Alkohol forsterker effekten av de vanedannende legemidlene (3, 9) og fører til økt risiko for fall, forverring av depresjon, bilulykker og tidlig død (4, 8-10). Forskning har vist at z-hypnotika virker omtrent på samme måte som BZD i kombinasjon med alkohol (11).

Kunnskap om bruk av alkohol og vanedannende legemidler blant eldre er viktig for å kunne utvikle forebyggende strategier som kan bidra til å redusere mortalitet, forbedre livskvalitet og redusere helsekostnader (3, 4, 10). Hovedformålet med denne studien har derfor vært å undersøke forekomst av selvrapportert regelmessig alkoholbruk blant hjemmeboende eldre menn og kvinner ( $\geq 65$  år), og å undersøke

forekomst av reseptuttak på vanedannende legemidler blant eldre menn og kvinner som drakk alkohol regelmessig.

### Metode

Vi har brukt data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 2006-2008 (HUNT3) (12) blant eldre  $\geq 65$  år som hadde svart på spørsmålet om de drakk alkohol (N = 11,545). De som inntok alkohol en gang i uka eller oftere ble definert som å ha et regelmessig alkoholbruk.

Reseptregisteret ble brukt for å få informasjon om uttak av vanedannende legemidler (benzodiazepiner, z-hypnotika og opioider) (13) i perioden 2005 til 2009 blant deltakere som deltok i HUNT3. Vi brukte Verdens helseorganisasjons Anatomiske Terapeutiske Kje-

**Tabell 2: Forekomst av bruk av benzodiazepiner, z-hypnotika og opioider i forhold til drikke status blant eldre (≥ 65 år, N = 11,545). Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 2006-08 (HUNT3).**

		Ikke-regelmessig alkoholbruk: < 1 dag/uke			Regelmessig alkoholbruk: ≥ 1 dag/uke		
		Totalt N = 8286	Kvinner	Menn	Totalt N = 3259	Kvinner	Menn
BZD eller z-hypnotika <sup>1</sup>	N (%)	2237 (27.0) <sup>a**</sup>	1680 (34.9)	557 (16.0) <sup>b***</sup>	793 (24.3)	448 (35.2)	345 (17.4) <sup>c***</sup>
BZD, z-hypnotika eller opioider <sup>2</sup>	N (%)	2784 (33.6) <sup>a***</sup>	1993 (41.4)	791 (22.8) <sup>b***</sup>	957 (29.4)	505 (39.6)	452 (22.8) <sup>c***</sup>

BZD = benzodiazepiner

<sup>1</sup> Minst ett reseptuttak av BZD eller z-hypnotika i løpet av et år i minimum to påfølgende år

<sup>2</sup> Minst ett reseptuttak av BZD, z-hypnotika eller opioider i løpet av et år i minimum to påfølgende år

<sup>a</sup> Signifikanstesting med Kjikvadrattest mellom regelmessig alkoholbruk (≥ 1 dag/uke) og ikke-regelmessig alkoholbruk (< 1 dag/uke)

<sup>b</sup> Signifikanstesting med Kjikvadrattest mellom kvinner og menn blant de som ikke drakk regelmessig (< 1 dag/uke)

<sup>c</sup> Signifikanstesting med Kjikvadrattest mellom kvinner og menn blant de som drakk regelmessig (≥ 1 dag/uke)

\*\*P < 0.01

\*\*\*P < 0.001

miske klassifikasjonssystem (ATC) (14). Det måtte være uttak av minst én resept av de vanedannende legemidlene i løpet av et år i minst to påfølgende år (3).

Data ble analysert med SPSS, versjon 23. Videre utdypende beskrivelse av metode, etikk og statistikk er beskrevet i den publiserte forskningsartikkelen.\*

## Resultater

Deltakerne (N = 11 545) er beskrevet i Tabell 1. Deres gjennomsnittsalder var 73,7 (SD = 6,3) år og 52,7 prosent var kvinner.

### Bruk av alkohol og vanedannende legemidler

Totalt drakk 28,2 prosent (3 259/11 545) av de eldre (≥ 65 år) regelmessig (≥ 1 dag/uke) (Tabell 1). Blant de som drakk regelmessig rapporterte halvparten (52,3 prosent) at de drakk en dag i uka. De som drakk regelmessig (≥ 1 dag/uke) var i større grad menn enn kvinner (60,9 prosent versus 39,1 prosent), de var yngre enn de som ikke drakk regelmessig (median 70,6 år versus 73,6 år), og de hadde oftere ektefelle/samboer.

Vanedannende legemidler ble brukt av 32,4 prosent av deltakerne, og flere kvinner enn menn brukte vanedannende legemidler (41,4 prosent versus 22,8 prosent).

### Bruk av vanedannende legemidler blant de som drakk regelmessig

Tabell 2 viser forekomst av bruk av vanedannende legemidler blant dem som drakk regelmessig alkohol. Blant dem som drakk regelmessig, brukte 29 prosent vanedannende legemidler. Bruk av vanedannende legemidler var mer vanlig blant kvinner, både blant de som ikke drakk

regelmessig og blant de som drakk regelmessig. De som drakk regelmessig brukte i mindre grad vanedannende legemidler sammenliknet med de som ikke drakk regelmessig. Forekomst av bruk av vanedannende legemidler blant de som drakk regelmessig økte noe med økende drikkefrekvens per uke.

## Avslutning og konklusjon

Vi fant at 28 prosent av eldre (≥ 65 år) i HUNT3 (2006-2008) drakk regelmessig (≥ 1 dag/uke). Flere menn enn kvinner drakk regelmessig. Totalt brukte cirka 30 prosent av deltakerne vanedannende legemidler. Kvinner brukte vanedannende legemidler i større grad enn menn. Omtrent 30 prosent av de som drakk regelmessig brukte vanedannende legemidler. Bruk av vanedannende legemidler økte noe med økende drikkefrekvens per uke. I og med at små mengder med alkohol kan forårsake alvorlige alkohol- og legemiddelinteraksjoner i kombinert bruk med vanedannende legemidler (8), indikerer våre funn at mange eldre kan risikere å få bivirkninger av kombinasjonsbruk.

Vi hadde ikke data på når alkohol og vanedannende legemidler ble tatt. Det er mulig at deltakerne ikke drakk alkohol den dagen de brukte vanedannende legemidler. En interaksjon mellom alkohol og et legemiddel skjer hvis begge substansene er til stede i kroppen samtidig (15). Det er derimot viktig å være oppmerksom på at et legemiddel ikke er helt ute av kroppen før det har gått en periode på cirka 4-5 ganger halveringstida (15). Diazepam (Vival®, Valium®, Stesolid®) og Nitrazepam (Apodorm®, Mogadon®) er eksempler på BZD med en halveringstid på henholdsvis 20-50 og 15-40 timer (16). Det vil si at det kan gå flere døgn før disse legemidlene er ute av kroppen

«Blant dem som drakk regelmessig, brukte 29 prosent vanedannende legemidler.»

(15, 16). Eldre må få kunnskap om dette for å unngå alvorlige interaksjoner (15). En studie gjennomført av Johannessen et al. ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (17), viste at mange eldre ikke var klar over at det var uheldig å kombinere alkohol med vanedannende legemidler. En årsak til det kan være at helsepersonell i mindre grad informerer de eldre om at kombinasjonsbruk kan være helsefarlig (18). Tall fra USA har vist at kun 19 prosent av pasientene som var eldre enn 60 år hadde blitt spurt av helsepersonell om bruk av alkohol og vanedannende legemidler de siste 12 månedene (18). Helsepersonell i Norge erfarer at de mangler rutiner for å spørre de eldre om alkoholbruk, og at de har for lite kunnskap om å håndtere bruk og misbruk av alkohol og vanedannende legemidler (4, 19, 20). I tillegg opplever helsepersonell dette som et vanskelig og følsomt tema å snakke med de eldre om. Mange føler at eldres bruk av alkohol er et privat anliggende som de ikke ønsker å blande seg inn i (19, 20). Det er derfor viktig at det etableres rutiner for at helsepersonell spør de eldre om alkoholbruk og kombinasjonsbruk med vanedannende legemidler. For å identifisere eldre som er i risikozonen må man våge å spørre. Dette er et område som ikke lenger kan være et tabuområde. Mange eldre kjenner også på skam og skyldfølelse, og kan lett skjule sine problemer med alkohol og bruk av vanedannende legemidler (4, 19, 20). Helsepersonell har derfor en viktig oppgave med å kartlegge eldres alkoholbruk og å informere om risikoen ved å kombinere alkohol med vanedannende legemidler. Den viktigste informasjonen som må viderefremmes er at vanedannende legemidler aldri skal kombineres med alkohol (15, 16).

Phd-prosjektet blir finansiert av Extrastiftelsen gjennom Rådet for psykisk helse og delfinansiert av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

\* Artikkelen bygger på forskningsartikkelen *Use of alcohol and drugs with addiction potential among older women and men in a population-based study. The Nord-Trøndelag Health Study 2006-2008 (HUNT3)*, publisert i PLOS One 08.09.2017

■ kjtev@online.no

## REFERANSER

1. Bratberg GH, S CW, Wilsnack R, Havas Haugland S, Krokstad S et al. Gender differences and gender convergence in alcohol use over the past three decades (1984-2008), The HUNT Study, Norway. BMC Public Health. 2016;16:723. Epub 2016/08/06. doi: 10.1186/s12889-016-3384-3. PubMed PMID: 27492155; PubMed Central PMCID: PMC4974746.
2. Bye E, Østhus S. Alkoholkonsum blant eldre. Hovedfunn fra spørreundersøkelser 1985-2008. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, SIRUS, 2012.
3. Støver M, Bratberg G, Nordfjærn T, Krokstad S. Bruk av alkohol og medikamenter blant eldre (60+) i Norge. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. HUNT forskningssenter, Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2012. Tilgjengelig fra: [https://www.ntnu.no/c/document\\_library/get\\_file?uuid=5e76ea20-86b6-4629-a50c-2989b89e8191&groupid=10304](https://www.ntnu.no/c/document_library/get_file?uuid=5e76ea20-86b6-4629-a50c-2989b89e8191&groupid=10304) (13.07.17).
4. Frydenlund R. Eldre, alkohol og legemiddelbruk. En kunnskapsoppsummering. Oslo: Kompetansesenter rus, 2011. Tilgjengelig fra: [http://www.forebygging.no/Global/eldre\\_kunnskapsoppsummering%20\\_web.pdf](http://www.forebygging.no/Global/eldre_kunnskapsoppsummering%20_web.pdf) (13.07.17).
5. Midtflå JM. Bruk av anxiolytika og hypnotika til eldre. Reseptregisteret 2004 og 2005. Masteroppgave i Samfunnsmedisin for graden Master i Farmasi, Folkehelseinstituttet og Universitetet i Oslo, 2007. Tilgjengelig fra: <http://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/1207/thesis.pdf?sequence=3&isAllowed=y> (13.07.17).
6. Skurtveit S, Sakshaug S, Hjellevik V, Berg C, Handal M. Bruk av vanedannende legemidler i Norge 2005-2013. Basert på data fra Reseptregisteret. Folkehelseinstituttet, 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2014/bruk-av-vanedannende-legemidler-i-n/> (13.07.17).
7. Ilomaki J, Paljarvi T, Korhonen MJ, Enlund H, Alderman CP et al. Prevalence of concomitant use of alcohol and sedative-hypnotic drugs in middle and older aged persons: a systematic review. Ann Pharmacother. 2013;47(2):257-68. Epub 2013/01/31. doi: 10.1345/aph.1R449. PubMed PMID: 23362039.
8. Moore AA, Whiteman EJ, Ward KT. Risks of combined alcohol/medication use in older adults. Am J Geriatr Pharmacother. 2007;5(1):64-74. Epub 2007/07/05. PubMed PMID: 17608249; PubMed Central PMCID: PMC4063202.
9. Weathermon R, Crabb DW. Alcohol and medication interactions. Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 1999;23(1):40-54. Epub 2000/07/13. PubMed PMID: 10890797.
10. Qato DM, Manzoor BS, Lee TA. Drug-Alcohol Interactions in Older U.S. Adults. J Am Geriatr Soc. 2015;63(11):2324-31. Epub 2015/10/28. doi: 10.1111/jgs.13787. PubMed PMID: 26503899; PubMed Central PMCID: PMC4674266.
11. Rush CR. Behavioral pharmacology of zolpidem relative to benzodiazepines: a review. Pharmacol Biochem Behav. 1998;61(3):253-69. Epub 1998/10/13. PubMed PMID: 9768560.
12. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.edu/hunt> (13.07.17).
13. Reseptregisteret. Tilgjengelig fra: <http://www.reseptregisteret.no/> (13.07.17).
14. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Tilgjengelig fra: [https://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](https://www.whocc.no/atc_ddd_index/) (13.07.17).
15. Mørland J. Alkohol og legemidler. Sosial- og helsedirektoratet, 2003. Available from: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/457/Alkohol-og-legemidler-IS-1075-bokmal.pdf> (13.07.17).
16. Bramness JG, Vøyvik, T. Rasjonell bruk av angst- og sovemedisiner. Oslo: Universitetsforlaget, Oslo, 2017.
17. Johannessen A, Helvik AS, Engedal K, Sorlie VM. Older peoples' narratives of use and misuse of alcohol and psychotropic drugs. Scand J Caring Sci. 2016;30(3):586-93. Epub 2015/10/11. doi: 10.1111/scs.12282. PubMed PMID: 26453179.
18. D'Amico EJ, Paddock SM, Burnam A, Kung FY. Identification of and guidance for problem drinking by general medical providers: results from a national survey. Med Care. 2005;43(3):229-36. Epub 2005/02/24. PubMed PMID: 15725979.
19. Johannessen A, Engedal K, Helvik AS. Use and misuse of alcohol and psychotropic drugs among older people: Is that an issue when services are planned for and implemented? Scand J Caring Sci. 2015;29(2):325-32. Epub 2014/09/13. doi: 10.1111/scs.12166. PubMed PMID: 25213551.
20. Johannessen A, Helvik A-S, Engedal K, Ulstein I, Sørli V. Prescribers of psychotropic drugs experiences and reflections on use and misuse of alcohol and psychotropic drugs among older people: A qualitative study. Qual Prim Care. 2015;23(3):134-40. Tilgjengelig fra: [https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2417886/Sorlie\\_2015\\_QualityinPrimCar.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2417886/Sorlie_2015_QualityinPrimCar.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (13.07.17).