

# Ældres alkoholproblemer kræver behandling

Emilie Sylvest Wieben<sup>1</sup>, Bent Nielsen<sup>1</sup>, Anette Sjøgaard Nielsen<sup>1</sup> & Kjeld Andersen<sup>1,2</sup>

Ældre har generelt et mindre alkoholindtag og færre alkoholrelaterede problemer end yngre [1-6]. Dette er imidlertid ved at ændre sig, idet alkoholrelaterede problemer blandt ældre er i vækst [1, 2, 7, 8]. Den nuværende ældregeneration er forskellig fra tidligere generationer. Den er vokset op med en tilgængelighed af alkohol, som ikke var set tidligere [1, 2, 5, 9].

Betegnelsen »ældre« benyttes om personer, der er fyldt 60 år [10]. Ældre er imidlertid en meget heterogen gruppe.

Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger er intet alkoholforbrug helt risikofrit, men et ugentligt forbrug på højst 14 og syv genstande pr. uge for henholdsvis mænd og kvinder anføres som værende af lav risiko. Et overforbrug, som omfatter et forbrug over de nævnte grænser, benævnes i amerikanske studier som *alcohol use disorders* (AUD) [11]. AUD er forbundet med svækkelse af både den fysiske, sociale, psykologiske og kognitive helbredstilstand [1, 4, 7, 11-13].

Ældre med AUD kan inddeles i to grupper: tidligt og sent debuterende. Tidlig debut indebærer selvsagt et mangeårigt forløb med AUD, uden at det har ledt til død. Ved sen debut ses ofte forudgående begivenheder som tab af ægtefælle, forringelse af helbredstilstand eller ophør af tilknytning til arbejdsmarkedet som medvirkende årsag. Tidligere mønster med højrisikoindtag kan også være af betydning [1-3, 5, 6].

## ALDERSRELATEREDE FYSIOLOGISKE ÆNDRINGER

Blandt ældre ses komplikationer i forbindelse med alkoholindtag i form af funktionsnedsættelse [12], sygdom [1, 3, 11, 14, 15] og øget dødelighed [1, 3, 15]. Disse komplikationer er ikke forskellige fra dem, som ses hos yngre, men hos ældre kan følgevirkningerne være sværere og opstå ved et relativt mindre alkoholindtag [3, 4, 16]. I flere studier [17, 18] har man fundet, at ældre opnår en kardiovaskulær beskyttende effekt ved et let til moderat alkoholforbrug, men de mange uønskede komplikationer opvejer denne angiveligt gavnlige virkning, hvis man har et overforbrug [11].

## ABSORPTION

Alkohol absorberes fra gastrointestinkanalen, hvor der ses fysiologiske ændringer ved fremskreden alder. I ventriklen øges pH-værdien, og der ses forsinket gastrisk tømning. Splanknisk blodgennemstrøm-

ning nedsættes, og den intestinale absorptionsoverflade og motilitet nedsættes. Dette fører til nedsat absorption, men har sjældent nogen væsentlig klinisk betydning [19].

## DISTRIBUTION

Kropssammensætningen ændres i udtalt grad med alderen. Væskemængden i kroppen mindskes med op til 17%, ligesom der sker reduktion af muskelmassen. Fedtandelen øges derimod med op til 35% [19].

Både ældre mænd og ældre kvinder opnår derfor en lavere fordelingsvolumen for alkohol, mens den kønsbetingede forskel, som ses hos yngre, udlignes med alderen [20].

Den lavere fordelingsvolumen indebærer, at der ved indtag af samme mængde alkohol ses en 20% højere koncentration af alkohol i blodet hos en 60-årig end hos en 20-årig person [3, 4]. Ældre har derfor lavere tolerans for alkohol end unge. De højere alkoholkoncentrationer kombineret med en aldrende krop medfører større risiko for udvikling af alkoholrelaterede skader [1-3].

## METABOLISME OG RENAL UDSKILLELSE

Størstedelen af den alkohol, som bliver absorberet, oxideres i leveren, og kun en mindre andel elimineres gennem nyrerne og lungerne [21].

Den eneste ekstrahepatiske ethanoloxidation af større betydning sker i ventriklens mucosa [11, 21]. Aktiviteten af alkoholdehydrogenase i ventriklen [3] og leveren reduceres signifikant hos ældre [1, 20].



## STATUSARTIKEL

1) Enheden for Klinisk Alkoholforskning, Klinisk Institut, Syddansk Universitet  
2) Psykiatrisk Afdeling, Odense Universitetshospital

Ugeskr Læger  
2014;176:V11130693

Alkoholrelaterede problemer blandt ældre er i vækst.

Den mindske hepatitiske metabolisme skyldes delvist, at leverens volumen og perfusion nedsættes med alderen. Alkohols levertoksiske metabolitter kan inducere mekanismer, som fremmer skade på både cellulært niveau og vævsniveau [21], hvilket påvirker ældre i højere grad end yngre, da deres evne til at modstå stress er mindsket.

Nyrefunktionen ses ofte at falde med stigende alder i form af nedsat reservekapacitet. Dette skyldes nedsat glomerulær filtrationshastighed på grund af et reduceret antal funktionelle nefroner og karforandringer i nyrerne [19].

Samlet indebærer disse fysiologiske ændringer, at ældre i højere grad end yngre er mere sårbare over for alkohols skadelige påvirkning [1, 2].

#### ALKOHOLINTERAKTIONER MED MEDICIN

Alkohol kan interagere med medicin, så medicinen enten får en ændret effekt eller en ændret omsætningshastighed [4, 11]. Der kan ligeledes ses en akkumulering af alkohol i blodet, hvis nedbrydningsenzymene mættes med medicin, så alkoholmetabolismen hæmmes [11]. Den udbredte polyfarmaci hos ældre øger risikoen for, at der opstår interaktioner [14] (Tabel 1).

#### IDENTIFIKATION AF ALKOHOLPROBLEMER HOS ÆLDRE

Hos ældre mennesker er der sjældent et så klart klinisk billede som hos yngre. Deres alkoholindtag kan synes mindre iøjnefaldende, da mønsteret er et andet end hos yngre [2, 4, 6, 7].

Ældre er mindre tilbøjelige til at opleve sociale komplikationer eller blive involverede i juridiske problemer. Størstedelen er ikke længere aktive på arbejdsmarkedet, så der opstår ikke erhvervsrelaterede problemer, der normalt ville blive opdaget af kollegaer og arbejdsgivere [3, 4, 7, 22].

De har derimod ofte gener som generelle helbredsproblemer og søvnproblemer [4, 22], hvorfor sundhedspersonale er mindre tilbøjelige til at få mistanke om et alkoholproblem [7].

AUD er ofte maskeret af komorbide fysiske og psykiske lidelser med kardiovaskulære, gastrointestinale og depressive gener. Faldulykker, knoglebrud, konfusion, fejler næring, ringe styring af blodglukose, depression og hukommelsesproblemer, som dominerer det kliniske billede, tilskrives ofte aldring eller medicinske tilstande, men kan også skyldes alkoholindtag [1, 4, 7, 14, 22, 23].

Et skadeligt forbrug af alkohol forekommer hos omkring 13% af de ældre i Danmark [8], og man bør derfor i almen praksis spørge ind til alkoholforbrug og reagere på symptomer generelt. Ved mistanke om AUD, forværring af kroniske sygdomme, ændret farmakologisk effekt af den sædvanlige medicin, nyopståede gastrointestinale, kardiovaskulære eller psykiatriske lidelser bør vurdering af patienten omfatte screening for AUD [11].

#### BIOLOGISKE MARKØRER

Flere markører kan anvendes ved screening for et skadeligt brug af alkohol, og især gammaglutamyltransferase og middelcellevolumen har vist sig at have høj sensitivitet hos ældre. De bør derfor indgå som standardundersøgelse ved screening [11].

#### SCREENING

Ældres alkoholproblemer antages at være underestimeret og ofte misdiagnosticeret [2, 4-7, 11, 12, 15, 22], da screeningsinstrumenter og diagnostiske kriterier ikke er målrettet denne del af populationen, og validiteten blandt ældre er varierende [2, 5-7, 12]. Der er derfor behov for forbedring af de anvendte screeningsmetoder og behandlingstilbud målrettet ældre personer [22].

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) består af ti spørgsmål, hvor der spørges ind til stort alkoholforbrug, skadeligt brug og alkoholafhængighed. Hvis man anvender standardskæringsgrænsen  $\geq 8$ , er sensitiviteten kun 0,48 for ældre. Derfor bør skæringsgrænserne sænkes til  $\geq 5$ , når den anvendes hos ældre, da der således fås en sensitivitet på 0,86 og en specificitet på 0,87. En kortere version af AUDIT med fokus på mængden af alkohol, der indtages, har ligeledes høj sensitivitet og specificitet, hvis skæringsgrænsen sættes ved  $\geq 4$ . Diverse andre modificerede udgaver af AUDIT, inklusive ældrespecifikke versioner af AUDIT, har ikke vist sig at have høj hverken specificitet eller sensitivitet [24].

Cut down, Annoyed, Guilty og Eye opener (CAGE) er udviklet til brug hos yngre mennesker [2,

TABEL 1

Væsentlige interaktioner mellem alkohol og medicin.

Medikamenter	Effekt
Opioider	Øget sederende effekt
Angstdæmpende medicin	Øget sederende effekt
Aspirin	Nedsat gastrisk ADH-effekt (højere promille)
PPI	Nedsat gastrisk ADH-effekt (højere promille)
Antidepressiva	Øget sederende effekt
Betablokkere	Hypotension
Heparin/warfarin	Øget risiko for gastrointestinal blødning
Statiner	Øget hepatisk toksicitet
Paracetamol	Øget hepatisk toksicitet

ADH = alkoholdehydrogenase; PPI = protonpumpeinhibitorer.

7]. Screeningsinstrumentet indeholder fire spørgsmål, og i flere studier af anvendelse af CAGE i almen praksis har man fundet, at en skæringsgrænse på  $\geq 1$  hos ældre medfører en høj sensitivitet og specificitet på henholdsvis 86-88% og 78-100% [3, 4]. CAGE kan ikke anvendes til differentiering mellem aktuelt og tidligere AUD [3].

The Michigan Alcohol Screening Test med 25 spørgsmål antages at være for lang i en klinisk travl hverdag [3].

## BEHANDLING

Ældre har mindst lige så stor gavn af behandling som yngre, når der ses på effekt af og complians i behandlingen [5-7, 11, 13, 16]. Trods god effekt får ældre ikke den optimale evidensbaserede behandling [12]. Med det øgede antal ældre med AUD er det nødvendigt med effektive behandlingsstrategier [1].

Ældre har god gavn af mindre intensive, ikkekonfronterende behandlingstiltag [1, 3, 5, 15, 16, 25]. Særligt gunstigt er støttende, motiverende samtaler og korte rådgivende samtaler, som er tilpasset behovet hos ældre patienter [1, 3, 14, 16, 22, 23, 25, 26]. Denne intervention består af 2-3 samtaler a 10-15 minutter, hvor man identificerer problemet, taler om konsekvenserne og fastlægger en behandlingsplan [3]. Dette kan med fordel foretages i almen praksis. Kognitiv adfærdsterapi målrettet ældre har ligeledes vist god effekt [6]. Forekommer der flere eller mere komplekse problemer med psykiatrisk eller somatisk komorbiditet, kan en omfattende psykosocial behandling være nødvendig [11].

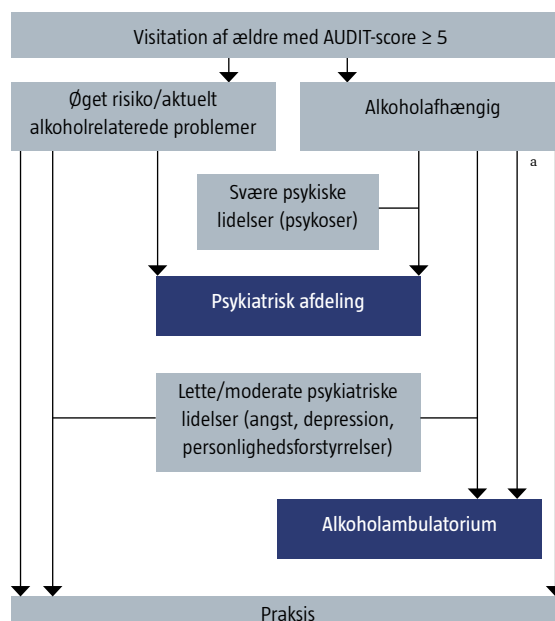
Den medicinske behandling består af en akut del (afrusning) og et profylaktisk tiltag. Afrusning bør iværksættes, da ældre har sværere abstinenssymptomer, der varer længere, og en større forekomst af medicinske og neurologiske komplikationer end yngre [3, 4, 7, 11]. Forsigtighed tilrådes ved anvendelse af benzodiazepiner, da ældre har ændret farmakokinetik og er mere sensitive end yngre over for negative effekter som sedation [7]. Præparater med kort halveringstid anbefales [11]. Afrusningen bør altid suppleres med thiamin og B-combin [4, 7, 11]. Til forebyggelse af tilbagefald af AUD anbefales naltrexon, da dette præparat har få bivirkninger og hos ældre nedsætter trangten til at drikke [3, 6, 7, 11], omend effekten er lille [11, 27]. Disulfiram anbefales ikke til ældre, da de har øget risiko for at få svære bivirkninger [3, 7, 11]. I nogle europæiske studier har man fundet en lille effekt af acamprosat [11], hvilket dog ikke har kunnet reproducere i amerikanske studier [27].

Korte interventioner kombineret med naltrexon er derfor at tilråde hos den ældre population [11].



FIGUR 1

Behandling af *alcohol use disorders* i primærsektoren.



AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test.

a) Ved manglende effekt i almen praksis henvises til alkoholambulatorium.

## ANBEFALINGER

De i dag gældende anbefalinger for alkoholindtag med lav risiko for sundhedsskader er som tidligere nævnt henholdsvis syv og 14 genstande pr. uge for kvinder og mænd. Disse grænser er, på grund af de beskrevne aldersrelaterede ændringer i metabolisme, helbredsproblemer og øget sensitivitet, ikke nødvendigvis egnede til den ældre population.

Der findes ingen anerkendte rekommandationer for ældre i Europa, men det amerikanske National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism anbefaler, at raske ældre, der er over 65 år og ikke får nogen medicin, ikke indtager mere end tre genstande ved samme lejlighed og maksimalt syv genstande pr. uge [7]. Ældre, som har helbredsproblemer og indtager visse medikamenter, bør drikke mindre eller være afholdende. Man kan dog ikke uden videre overføre de amerikanske anbefalinger, da en genstand i USA indeholder 14 g ethanol og i Danmark 12 g ethanol.

I almen praksis kan screening ved mistanke om AUD anbefales. Ligeledes anbefales screening ved påbegyndelse af behandling med medicin, når der ses forhøjet blodtryk og puls, begyndende konfusion eller ændret opførsel i dagene efter [22].

Behandling af AUD kan ofte klares i primærsektoren (Figur 1) og dette endda med vellykkede resul-



## FAKTABOKS

Alkoholrelaterede problemer blandt ældre er i vækst.

Aldersrelaterede fysiologiske ændringer samt generelt større medicinindtag fører til højere promille og langsommere nedbrydelse af alkohol.

Ældre har, ved et relativt mindre alkoholindtag, sværere følgevirksomheder af alkohol end yngre.

Alcohol Use Disorder Identification Test og biologiske markører som gammaglutamyltransferase og middelcellevolumen har høj sensitivitet hos ældre og anbefales til screening i almen praksis ved mistanke om et overforbrug.

Behandlingsstrategien i almen praksis bør være kombineret behandling med naltrexon og korte, motiverende – eller støttende samtaler.

tater, så længe behandlingen tilrettelægges til den enkelte patient [3]. Lykkes dette ikke umiddelbart, bør der henvises til kommunal alkoholbehandling, som er gratis for patienten. På sundhed.dk findes kontaktinformation om alkoholbehandlingerne.

**KORRESPONDANCE:** *Emilie Sylvest Wieben*, Psykiatrisk Afdeling, Odense Universitetshospital, Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense C.  
E-mail: emras08@student.sdu.dk

**ANTAGET:** 21. maj 2014

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 8. september 2014

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

- Cummings SM, Bride B, Cassie KM et al. Substance abuse. *J Gerontol Soc Work* 2008;50(suppl 1):215-41.
- Johnson I. Alcohol problems in old age: a review of recent epidemiological research. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:575-81.
- Fingerhood M. Substance abuse in older people. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:985-95.
- Reid MC, Anderson PA. Geriatric substance use disorders. *Med Clin North Am* 1997;81:999-1016.
- Wang YP, Andrade LH. Epidemiology of alcohol and drug use in the elderly. *Curr Opin Psychiatry* 2013;26:343-8.

- Barrick C, Connors GJ. Relapse prevention and maintaining abstinence in older adults with alcohol-use disorders. *Drugs Aging* 2002;19:583-94.
- O'Connell H, Chin AV, Cunningham C et al. Alcohol use disorders in elderly people – redefining an age old problem in old age. *BMJ* 2003;327:664-7.
- Kjøller M, Davidsen M, Juel K. Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark: analyser baseret på sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre. København: Sundhedsstyrelsen, 2010.
- Bjørk C, Vinther-Larsen M, Thygesen LC et al. Midaldrende og ældre danskere alkoholforbrug fra 1987 til 2003. *Ugeskr Læger* 2006;168:3317-21.
- World population ageing 2009. New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, 2010.
- Caputo F, Vignoli T, Leggio L et al. Alcohol use disorders in the elderly: a brief overview from epidemiology to treatment options. *Exp Gerontol* 2012;47:411-6.
- Kilbourne BJ, Cummings SM, Levine R. Alcohol diagnoses among older Tennessee Medicare beneficiaries: race and gender differences. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012;27:483-90.
- Satre DD, Mertens JR, Arian PA et al. Five-year alcohol and drug treatment outcomes of older adults versus middle-aged and younger adults in a managed care program. *Addiction* 2004;99:1286-97.
- Koechl B, Unger A, Fischer G. Age-related aspects of addiction. *Gerontol* 2012;58:540-4.
- Khan N, Davis P, Wilkinson TJ et al. Drinking patterns among older people in the community: hidden from medical attention? *New Zea Med J* 2002;115:72-5.
- Gordon AJ, Conigliaro J, Maisto SA et al. Comparison of consumption effects of brief interventions for hazardous drinking elderly. *Subst Use Misuse* 2003;38:1017-35.
- Mukamal KJ, Chung H, Jenny NS et al. Alcohol consumption and risk of coronary heart disease in older adults: the Cardiovascular Health Study. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:30-7.
- Costanzo S, Di Castelnuovo A, Donati MB et al. Alcohol consumption and mortality in patients with cardiovascular disease: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2010;55:1339-47.
- Klotz U. Pharmacokinetics and drug metabolism in the elderly. *Drug Metab Rev* 2009;41:67-76.
- Pozzato G, Moretti M, Franzin F et al. Ethanol metabolism and aging: the role of »first pass metabolism« and gastric alcohol dehydrogenase activity. *J Gerontol* 1995;50:B135-41.
- Lieber CS. Metabolism of alcohol. *Clin Liver Dis* 2005;9:1-35.
- Loukissa D. Under diagnosis of alcohol misuse in the older adult population. *Br J Nurs* 2007;16:1254-8.
- Nielsen B, Nielsen AS, Lolk A et al. Elderly alcoholics in outpatient treatment. *Dan Med Bull* 2010;57:A4209.
- Aalto M, Alho H, Halme JT et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and its derivatives in screening for heavy drinking among the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011;26:881-5.
- Blow FC, Barry KL. Alcohol and substance misuse in older adults. *Curr Psychiat Rep* 2012;14:310-9.
- Moore AA, Blow FC, Hoffer M et al. Primary care-based intervention to reduce at-risk drinking in older adults: a randomized controlled trial. *Addiction* 2011;106:111-20.
- Johnson BA. Update on neuropharmacological treatments for alcoholism: scientific basis and clinical findings. *Biochem Pharmacol* 2008;75:34-56.

## AKADEMISK AFHANDLING



Helle Søholm:

### Factors associated with outcome after out-of-hospital cardiac arrest

Ph.d.-afhandling

**E-MAIL:** helle.soholm@gmail.com

**UDGÅR FRA:** Rigshospitalet.

**FORSVARET FINDER STED:** den 8. maj 2015, kl. 14.00, auditorium 2, Rigshospitalet

**BEDØMMERE:** *Gunnar Gislason, Christian Juhl Terkelsen og Kjetil Sunde, Norge.*

**VEJLEDERE:** *Christian Hassager, Jesper Kjærgaard, Lars Køber og Freddy K. Lippert.*