

Eldres rusmiddelbruk

**Alkoholbruk og alkoholrelaterte helsemessige og sosiale
problemer blant eldre**

og

Helsemessige og sosiale problemer blant eldre i LAR

Utredning til Helse- og Omsorgsdepartementet

Juni 2015



Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF
Psykiatrisk divisjon - KORFOR

• • • •
KORFOR

REGIONALT KOMPETANSESENTER
FOR RUSMIDDELFORSKNING I HELSE VEST
SUS.NO/KORFOR

Forord

I forbindelse med utarbeidingen av en opptrappingsplan for rusfeltet, har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning (KORFOR), Stavanger Universitetssjuehus, i oppdrag å gjennomføre en utredning av to tema innenfor området eldres rusmiddelbruk.

I oppdragsbrevet, datert 17. November 2014, ble mandatet for utredningen formulert slik:

«Helse- og omsorgsdepartementet ber Helse Vest v/KORFOR om å utrede hvilke konsekvenser økningen i eldres rusmiddelproblemer vil få for innretningen av helse- og omsorgstjenestene. Følgende grupper er viktige å prioritere i utredningen:

1. Eldre (for eksempel definert til 60 år og eldre) som har utviklet alkoholrelaterte problem av sosial eller helsemessig karakter, og
2. LAR-pasienter der alder er blitt en faktor i utvikling av sosiale og/eller helsemessige problemer.

Følgende tre problemstillinger ønskes belyst i utredningen (for hver av de to prioriterte gruppene):

1. Hvilken kunnskap finnes om de sosiale og/eller helsemessige problemene som de to gruppene sliter med?
2. Hvordan er hjelpetilbudet til de to gruppene i dag utviklet og organisert (kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester) og hvilke konsekvenser kan økningen i de to gruppene få for behovet for økt kapasitet og endring i organisering av tilbudet? Hva er vilkårene for at en skal kunne utvikle tjenestene i tråd med behovsutviklingen?
3. Hvilken kompetanse har ulike fagfolk i dag (leger, psykologer, sykepleiere, sosialarbeidere, omsorgsbeidere) til å gi god hjelp til de to gruppene, relatert til deres sosiale og/eller helsemessige problemer, og hvilke behov for økt kompetanse kan identifiseres?»

Utredningen er gjennomført i et samarbeid med FoU-seksjonen ved Avdeling for rusmedisin (AFR), Haukeland Universitetssjuehus. AFR har hatt ansvaret for punkt 1 i utredningen (kapittel 2 og 4) mens KORFOR har hatt ansvar for punkt 2 og 3 i utredningen (kapittel 3 og 5). KORFOR v/forskningsleder Sverre Nesvåg har hatt det overordnede faglige ansvaret for hele utredningen og har vært redaktør for denne rapporten. Vi ved KORFOR vil takke ARF for godt samarbeid.

Et stort antall eksterne forskere, klinikere og brukere har på ulikt vis bidratt med sine erfaringer og kunnskap i utredningsarbeidet. Vi vil takke hjertelig for alle bidrag. Det er tydelig at dette har vært tema som har engasjert!

Vi håper Helse- og Omsorgsdepartementet vil finne utredningen og rapporten nyttig i sitt viktige arbeid med å lage en offensiv og framtidsrettet opptrappingsplan for rusfeltet.

Randi Mobæk
Avdelingsdirektør
Avd. unge voksne, Psyk. Divisjon

Sverre Nesvåg
Forskningsleder
KORFOR

Kapittel 1. Introduksjon

Sverre Nesvåg

Bakgrunn

Det skjer store demografiske endringer i hele den vestlige verden. De store barnetallene i perioden like etter 2. verdenskrig gir nå en sterk økning i antallet eldre. Dette skjer samtidig med at det de siste ti-år er født langt færre barn pr. kvinne og samtidig med at sunnere levevaner og bedre livsforhold har gitt en økning i den gjennomsnittlige levealder. Resultatet er både en kraftig økning i antallet eldre og en høyere gjennomsnittsalder for befolkningen samlet. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer eldre som personer fra 60 år og over (WHO, 2015). Det er den samme definisjonen vi bruker i denne utredningen når det gjelder temaet eldre og alkohol. Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at Norge i 2014 hadde 800 personer som var 100 år og eldre, og i 2100 forventes det at antallet har steget til 12500 personer (Kristiansen, 2014). Kategorien eldre utgjøres derved av flere generasjoner, og med et aldersspenn på over 40 år.

Økningen i gjennomsnittlig levealder er altså et uttrykk for at den eldre befolkningen er langt friskere enn tidligere, eller mer korrekt, at det er en langt større andel av den eldre befolkningen som holder seg friske og aktive lengre. På den annen side har særlig den siste tidens internasjonale økonomiske krise og krise-politikk i ført til en forverring av mange Eldres livssituasjon. De sosio-økonomiske forskjellene øker, også blant de eldre. Samtidig har det alltid vært slik at aldring for de fleste, betyr en forsterking av de karakter- og livsstils-trekk som har preget en som yngre. Forskjeller i disse trekkene blir dermed større med årene. Til sammen gir dette et mye mer sammensatt bilde av hva som preger «de eldre» og av hvilke utfordringer «eldrebølgen» representerer, enn det som ofte kommer fram i den offentlige debatten. Dette er et viktig bakteppe når vi i denne utredningen skal vurdere to tema knyttet til det å bli eldre.

Alkoholrelaterte problemer blant eldre

Det første temaet angår en svært stor del av den eldre befolkningen, nemlig hvilken rolle bruk av alkohol spiller for helse og sosiale forhold. Bruken av alkohol har en sterk posisjon i alle vestlige land, knyttet til både fest og dagligliv. I Norge har bruk av alkohol tradisjonelt vært sterkest knyttet til de festlige anledninger, men også her er bruken av alkohol blitt en større del av dagliglivet til langt flere. Sosialt og kulturelt er bruken av alkohol blitt en akseptert del av langt flere situasjoner og anledninger for stadig flere. Samtidig har de subjektive grunnene

for å drikke blitt mer utvidet. Tidligere dominerte den direkte berusende virkningen av alkohol som fremste grunn for å drikke. I dag vil langt flere også framheve grunner som avslapning, markering av sosiale fellesskap, som stil-markør og som smaksopplevelse. Alt dette er endringer i alkoholbrukens posisjon som har presset fram en mindre restriktiv kontroll-politikk og et generelt høyere forbruk.

Dette gjelder i høy grad også for den eldre delen av befolkningen, og som vi skal se i kapittel 2, har dette ført til en sterkere prosentvis økning i alkoholforbruket blant de eldre enn blant de yngre aldersgruppene. Samtidig er styrken i endringene trolig langt mer forskjellig innen den eldre delen av befolkningen. Ikke i noen annen del av befolkningen vil en kunne se en større miks av tradisjonelle og nyere holdninger og bruksmønstre i forhold til alkohol. Disse forskjellene innad i den eldre delen av befolkningen vil også i høy grad gjelde for de negative konsekvensene av bruken av alkohol.

I denne utredningen er det de negative konsekvensene vi vil konsentrere oss om, og hvilke utfordringer disse vil representere for framtidens helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Vi vil omtale dette som alkohol-relaterte helsemessige og sosiale problemer. I diagnose-systemene finner vi flere diagnoser som kan tas inn under begrepet alkoholrelaterte problemer. Det mest kjente er det som omtales som alkohol avhengighet (DSM IV) eller avhengighetssyndrom (ICD 10). Med alkoholavhengighet mener vi en fastlåsing av mønstre for både atferd, tanker og følelser knyttet til bruk av alkohol, som kan relateres til både nevrobiologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle forhold. Slike forhold kan både være medvirkende årsaker til utviklingen av avhengigheten, og den fastlåsing som følger av endringer i slike forhold kan igjen være resultater av omfattende og langvarig bruk av alkohol.

Ofte vil avhengigheten føre til mange typer negative konsekvenser for brukeren, pårørende og samfunnet ellers, men den klareste konsekvensen oppdager man først når brukeren ønsker å endre sine fastlåste atferds-, tanke- og følelsesmønstre. Og selv når brukeren klarer å redusere eller slutte å bruke alkohol, ser en hvordan de fastlåste mønstrene og skadene representerer en langvarig og stor risiko for tilbakefall til gamle bruksmønstre. Det er de negative konsekvensene av alkoholbruken som er grunnen til at en vil endre på bruken, mens det er avhengigheten som gjør at slik endring er så vanskelig. Når vi snakker om alkoholbehandling, er det hjelp til å klare å gjennomføre og opprettholde en slik endring som er i fokus, mens de negative konsekvensene av alkoholbruken er et anliggende for store deler av helse-, omsorgs- og velferdstjenestene (Wåhlin 2015).

I diagnosesystemene er det skadelig bruk (ICD 10) eller misbruk (DSM IV) som fokuserer på de negative konsekvensene av bruken. I mange sammenhenger vil en se at skadelig bruk oppfattes som en mindre alvorlig «lidelse» enn avhengighet, men det skyldes nok først og fremst at skadelig bruk er et begrep som favner en langt større bredde av bruksmønstre enn det avhengighet gjør. Som oftest vil en se at alvorlig avhengighet er en tilstand som ofte fører til bruksmønstre preget av alvorlig skadelig bruk, men begrepsmessig favner de to betegnelse to ulike dimensjoner av alkoholrelatert problematikk.

I denne utredningen er det hele bredden av den skadelige bruken av alkohol som vi er opptatt av. Men en av disse konsekvensene er av særlig stor betydning; det vi kaller graden av marginalisering. Med det mener vi marginalisering, både økonomisk og sosialt, med tap av arbeid, annen sosialt betydningsfull aktivitet og sosiale relasjoner og fellesskap. Tradisjonelt har det vært graden av marginalisering på disse områdene som har synliggjort den alkoholrelaterte problematikken, både i de offentlige hjelpesystemene og i brukerens sosiale nettverk. Det er den høye graden av marginalisering som har definert den tradisjonelle alkoholikeren. Ved å rette oppmerksomheten mot andre negative konsekvenser av alkoholbruken, og da særlig de helsemessige, vil også et langt større spekter av skadelig alkoholbruk kunne synliggjøres. Dette er et viktig tema i denne utredningen.

Et tredje begrep som særlig brukes i kapittel 2 av denne utredningen, er begrepet risikofull bruk. Dette er et bruksmønster (mengde og/eller mønster) som man ut fra forskning vurderer til å innebære en forhøyet risiko for negative konsekvenser, og da framfor alt helse-messige konsekvenser, men også for eksempel konsekvenser for nærtstående andre. Dette er altså en bruk som (enda) ikke har ført til negative konsekvenser men som vurderes å kunne gjøre det. I kapittel 2 brukes dette begrepet for å formidle kunnskap om endringer i bruksmønstre blant eldre, men det er ikke en bruk som legges til grunn for datainnhenting og vurderingene av tjenester og kompetanse i kapittel 3. Skulle vi videreført bruk på dette nivået, måtte vi inkludert det forebyggende arbeidet. Det har vi vurdert til å ligge utenfor mandatet for denne utredningen.

Eldre i LAR

Det andre temaet knyttet til aldring i denne utredningen angår langt færre enn det første. Men omfanget av problematikken er som oftest langt større. Aldring og aldersrelaterte problemer opptrer også lengre ned i alder. I denne utredningen har vi derfor valgt å definere eldre i

LAR så langt ned i alder som 45 år. Siden alle som er i behandling i LAR har en historie med alvorlig rusproblematikk bak seg før de kommer inn i LAR, skiller vi ikke mellom de som er «eldre i LAR» i betydningen at de har vært lenge i LAR-behandling og de som har startet, eventuelt re-startet LAR-behandlingen etter at de fylte 45 år. Det vil da også være svært vanskelig å skille mellom de helsemessige og sosiale problemene som kan knyttes til et langt liv med rusrelatert problematikk og de som kan knyttes til et langt liv som LAR-pasient.

Den aktuelle gruppen for denne delen av utredningen har altså det til felles at de har en historie med alvorlig avhengighet og skadelig bruk av rusmidler. Særlig den delen av gruppen som kom tidlig inn i LAR-behandling eller som kom tidlig inn første gang og som kan ha re-startet behandlingen en eller flere ganger etter nye perioder med omfattende rusmiddelbruk uten å være i LAR-behandling, har som oftest en historie med særlig alvorlige rusrelaterte problem.

Men selv om vi her ser på en gruppe preget av alvorlige problem, er det også for denne gruppen særdeles viktig å ha øye for de store forskjellene innad i gruppa. Om vi bruker BrukerPlan som datagrunnlag (se under metode), vil vi se at forskjellene på en rekke sentrale funksjonsvariabler er større innen den gruppa som er i LAR-behandling i Norge enn mellom denne gruppa og gruppa av kjente rusmiddelmisbrukere (etter BrukerPlan sin definisjon) som ikke er LAR-behandling. På samme måte som bildet av de kjente «alkoholikerne» kan skygge for variasjonen innen den totale gruppa med alkoholrelaterte problem, ser vi at bildet av den ustabile, dårlig fungerende LAR-pasienten skygger for variasjonen av fungering og problemomfang i den totale LAR-pasient populasjonen. Og på samme måte som vi kan anta at dette særlig gjelder for de eldre med alkoholrelaterte problem, kan det særlig gjelde for de eldre i LAR.

Design og metoder

Designet for denne utredningen er i hovedsak felles for de to temaene som utredningen omfatter.

Første delen av utredningen er en kartlegging av endringer i alkoholbruk og omfanget og karakteren av de helsemessige og sosiale problemene relatert til alkoholbruk blant eldre (kapittel 2) og omfanget og karakteren av de helsemessige og sosiale problemene blant eldre i LAR (kapittel 4). Denne delen av utredningen tok utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap, slik denne er tilgjengelig i vitenskaplige publikasjoner.

Utredningen om eldre og alkohol kunne i stor grad basere seg på publikasjoner som presenterer nasjonal statistikk og epidemiologiske undersøkelser om alkoholbruk blant eldre, og på tidligere utførte oppsummeringer av alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problemer blant eldre.

Som vi antok, var det mindre vitenskaplige undersøkelser å finne om helsemessige og sosiale problemer blant eldre i LAR. Her kunne vi imidlertid også bruke data fra den siste Statusrapporten om LAR i Norge, den siste rapporten fra BrukerPlan og data fra en pågående kartlegging av LAR-X-pasienter i Bergen. Statusrapporten 2013 bygger på informasjon fra alle LAR-sentraene i Norge og BrukerPlan 2014 bygger på kartlegginger i 201 kommuner som til sammen dekker 59% av Norges befolkning. I BrukerPlan kartlegges alle brukere av kommunale tjenester som fagfolk i de kartleggende instansene i kommunene vurderer til å ha et rusproblem (bruker rusmidler slik at det går alvorlig ut over daglig fungering og/eller relasjonen til andre). Kartleggingen av LAR-X-pasienter er et kvalitetssikringsprosjekt ved Avdeling for rusmedisin i Helse Bergen. Her har vi data om 47 pasienter, der 30 pasienter er mellom 45 og 63 år. Dataene fra disse tre kartleggingene ble re-analysert slik at vi kunne skille ut pasienter/brukere over/under 45 år (LAR) og over/under 60 år (brukere med et dominerende alkoholproblem).

Videre ble informasjonsgrunnlaget for delutredningen om eldre i LAR komplett gjennom såkalte E-lab-er. To grupper med erfarne klinikere og en gruppe med LAR-pasienter ble samlet til PC-nettverk-støttede gruppeprosesser. Disse prosessene ga en stor mengde systematisert informasjon om disse gruppens erfaringer og kunnskap om våre utredningstema. I kapittel 4 er denne informasjonen brukt til å komplettere det materialet som framkom i forskningslitteraturen og de nasjonale kartleggingene om utvikling i helsemessige og sosiale problem blant eldre i LAR.

Andre del av utredningen har hatt som formål å vurdere dagens tjenestetilbud og kompetanse relatert til de to temaene, og deretter vurdere hvilke behov det ser ut til å være for å styrke tilbudet og kompetansen. Tjenestetilbud og kompetanse relatert til alkoholrelatert problematikk blant eldre er presentert i kapittel 3 og tjenestetilbud og kompetanse relatert til eldre i LAR er presentert i kapittel 5.

Denne delen av utredningen tok utgangspunkt i innsamling av informasjon direkte fra erfarne klinikere og forskere innenfor de to temaene. Først ble det sendt en e-post-melding til alle landets Fylkesmannsembeter og de fire RHFene med spørsmål om de kjente til spesifikke tiltak og tilbud relatert til hvert av de to temaene. På bakgrunn av den informasjonen som

kom inn, ble det sendt e-poster og ringt til et stort antall kommunale instanser, spesialisthelsetjeneste-instanser og andre aktuelle aktører. Det ga oss det vi vurderer som et godt bilde av dagens tjenestetilbud og kompetanse. Deretter ble det gjennomført en E-lab for hvert av de to temaene med erfarne fagpersoner, med vekt på å få deres vurderinger av hvordan utviklingen i henholdvis alkoholrelaterte problem blant eldre og helsemessige og sosiale problem blant eldre i LAR, bør møtes framover. Resultatene fra disse E-lab-ene ble sendt til noen flere erfarne fagfolk og forskere for ytterligere vurderinger, og komplettert med informasjon fra Statusrapporten 2013 og BrukerPlan 2014. Det ga et rikt informasjonsgrunnlag for denne delen av utredningen.

I kapitlene 2, 3, 4 og 5 presenteres og drøfter resultatene som er kommet fram gjennom de ulike informasjonskildene for utredningen. Fordi kapitlene er skrevet slik at de i en videre bearbeiding skal kunne publiseres som selvstendige oversiktsartikler i vitenskaplige tidsskrift, kan det forekomme en del gjentakelser.

Det siste kapittelet har noe annen karakter. Her oppsummeres hovedresultatene og vurderingene som er kommet fram i de forrige kapitlene og KORFOR, som ansvarlig for utredningen, kommer med sine anbefalinger om hvordan tjenestetilbudet og kompetansen relatert til de to temaene, bør utvikles. Disse anbefalingene står altså for KORFORs og ikke de enkelte kapittel-forfatterens regning.

Referanse:

Wåhlin, S. (2015): Alkohol – en fråga för oss i vården. Lund: Studentlitteratur

Kapittel 2. Alkoholvaner og problematisk alkoholbruk

blant eldre – Kunnskapsstatus

Linn-Heidi Lunde

BAKGRUNN

De seinere år er det blitt større oppmerksomhet på rusmiddelbruk i andre halvdel av livsløpet. Internasjonale studier viser at det har skjedd en økning i risikofylt alkoholbruk blant middelaldrende og eldre de siste 20 årene (Crome, Dar, Janikiewicz, Rao, & Tarbuck, 2011). Alkohol og bruk av illegale legemidler er blant de 10 vanligste risikofaktorer for dødsfall i Europa, og risikoen er særlig høy hos personer mellom 55 og 75 år (Crome et al., 2011). Den demografiske utviklingen med en dobling i antall eldre over 67 år frem mot 2060 (Kristiansen, 2014), gjør det nødvendig med økt kunnskap om Eldres rusvaner og konsekvensene av risikofylt og skadelig bruk for helse, funksjon og bruk av helsetjenester.

I denne delrapporten er hovedmålet å redegjøre for og oppsummere hvilken kunnskap som eksisterer om alkoholrelaterte problemer av helsemessig og sosial karakter i eldrebefolkningen, definert som personer fra 60 år og over. Fordi alkoholproblemer hos eldre er et underforsket område i Norge, er det nødvendig å støtte seg på internasjonal litteratur og forskning. For å belyse utviklingstrender i alkoholkonsum, og mulige forklaringer på økt forbruk i eldrebefolkningen, tar jeg utgangspunkt i et utvalg rapporter og kunnskapsoppsummeringer basert på befolkningsundersøkelser som er gjennomført i Norge de seinere år. Deretter redegjør jeg for forekomst av risikofylt og problematisk bruk av alkohol blant eldre, risikofaktorer for å utvikle alkoholproblemer i eldre år, samt aldersrelaterte helsemessige og sosiale konsekvenser av slik bruk. Begrepene risikofylt, skadelig og problematisk alkoholbruk vil bli brukt vekselvis, slik det også fremkommer i forskningslitteraturen. Disse begrepene vil bli skilt fra begrepet alkoholavhengighet, som er en mer alvorlig tilstand og som har lav forekomst i eldrebefolkningen. Jeg starter med å se nærmere på hva som kjennetegner nye generasjoner av middelaldrende og eldre og faktorer som påvirker deres alkoholvaner.

NYE GENERASJONER AV ELDRE - ANDRE RUSVANER

De store etterkrigskullene, født mellom 1946 og 1964, vil etterhvert utgjøre den nye eldre generasjonen. Disse fødselskullene er vokst opp i en tid med store endringer i grunnleggende verdier, og en formidabel velstandsøkning. I deres oppvekst har Norge utviklet seg fra et utdanningsfattig til et utdanningsrikt samfunn. En høy andel av den norske eldrebefolkningen (60+) har videregående eller høyere utdanning, og på verdensbasis er vi blant de fremste på dette området (Kristiansen, 2014; Global Age Watch Index, 2015).

I rapportene *Morgendagens eldre* (2005) og *Vital aldring og samhold mellom generasjoner* (2013), som oppsummerer data fra to runder av *Den norske studien om livsløp, aldring og generasjon* (NorLAG) (Slagsvold & Solem, 2005; Daatland & Slagsvold, 2013), pekes det på at det som fremfor alt kjennetegner nye generasjoner av eldre er høyt utdanningsnivå, endrete kjønnsroller og fokus på individualisme og selvrealisering. Nye generasjoner av eldre er vokst opp med et helt annet forhold til bruk av alkohol enn foreldregenerasjonen, og de har vært vant til å eksperimentere med bruk av alkohol allerede fra tidlig ungdomsalder. Drikkekulturen har endret seg i stor grad og det er blitt mer liberale holdninger til alkohol. Det å nyte alkohol er blitt en statusmarkør, ikke minst gjelder dette vindriking. Studier viser at det er en sammenheng mellom utdanningsnivå og alkoholbruk, og høyt utdannede drikker mer enn de med lavere utdanning (Løset & Slagsvold, 2013). Høyt utdannede har også gjennomgående bedre inntekt og derfor råd til å kjøpe alkohol. Det gjelder ikke minst de innen eldregruppen som har hatt den største inntekstveksten i Norge de seinere år (Kristiansen, 2014). Prisen på alkohol er derfor ikke lenger en begrensende faktor. Nye generasjoner av middelaldrende og eldre reiser dessuten mye utenlands, og tilegner seg alkoholvaner som ligner på det som kjennetegner kulturene på kontinentet. Slike vaner dreier seg først og fremst om hyppigere vindriking i ulike sammenhenger, både til hverdag og fest.. Det store fokuset i mediene på de antatt gunstige helsemessige virkningene av et moderat alkoholforbruk er også en mulig medvirkende årsak til et økt alkoholforbruk blant eldre (Løset & Slagsvold, 2013).

Et annet sentralt kjennetegn ved dagens samfunn, sammenlignet med slik det var tidligere, er at vi har en mer sentralisert bosetting. Flere mennesker bor i byer og tettsteder der alkoholen er mer tilgjengelig, sammenlignet med slik det er på landsbygden. Det at flere bor aleine i dag enn tidligere, ofte som et resultat av skilsmisse og partnerbrudd, kan også påvirke alkoholvaner og alkoholbruk. I etterkrigsgenerasjonenes oppvekst har det blitt større oppmerksomhet på prestasjoner og suksess, og at man er sin egen lykkes smed. Individualistiske verdier som selvrealisering, uavhengighet og nytelse er forbundet med bruk av rusmidler som alkohol (Løset & Slagsvold, 2013). Nye generasjoner av eldre vil dessuten ha større forventninger om innflytelse og tro på egen mestring enn dagens og tidligere generasjoner av eldre. Morgendagens eldre antas å bli mindre beskjedne og mer kravstore, og de vil forvente mer av hjelpeapparatet når de omsider har behov for hjelp (Slagsvold & Solem, 2005).

ALKOHOLBRUK OG DRIKKEMØNSTER BLANT ELDRE I NORGE

Den norske befolkningen har lavt forbruk av alkohol sammenlignet med de fleste andre land i Europa (Edland-Gryt, Bryhni, Skretting, Lund, & Bye, 2013). Likevel har alkoholbruken i Norge økt betydelig de siste 20 årene, ikke minst blant middelaldrende og eldre. Etter 2008 ser det generelle forbruket ut til å ha stabilisert seg og ut fra forventet utvikling i kjøpekraften kan en anta et forbruk de neste årene ca på dagens nivå. Dette er i tråd med tendenser og tall fra undersøkelser gjennomført i andre land i Norden og Europa for øvrig (Jyrkämä & Haapamäki, 2008; Hallgren, Høgberg og Andreasson, 2009). Samtidig er det et kjent fenomen at alkoholkonsum er betydelig underrapportert i spørreundersøkelser (Feunekes, van't Veer, van Staveren, & Kok, 1999).

Endrer drikkemønsteret seg over livsløpet?

Tall fra SIRUS og SSB

I en rapport fra Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) om alkoholkonsum blant eldre oppsummeres funn fra ulike spørreundersøkelser gjennomført over en 20 års periode (Bye & Østhus, 2012). Dataene er først og fremst basert på Statistisk sentralbyrås helse-og levekårsundersøkelser fra 1995-2008, og SIRUS egne femårige befolkningsundersøkelser (1985-2004). Resultatene fra disse undersøkelsene viser at det er blitt *færre avholdne* i de eldste aldersgruppene (51-65 år, 66-79 år) sammenlignet med tidligere. Videre går det frem av undersøkelsene at flere menn enn kvinner drikker i de eldre aldersgruppene, likevel har det vært størst nedgang i antall avholdne blant kvinner sammenlignet med menn.

Når det gjelder *drikkefrekvens* har det skjedd en økning i andel personer som drikker oftere i alle aldersgrupper (16-79 år), men økningen har vært størst blant de eldste. Spesielt gjelder dette i aldersgruppen 66-79 år, der 57 prosent oppgir at de drikker alkohol minst to ganger pr mnd. sammenlignet med 29 prosent i 1995. Alkoholkonsumet, dvs. hvor mye som drikkes gjennomsnittlig hvert år har økt for alle aldersgrupper, men med størst relativ økning i aldersgruppen 51-65 år, og spesielt for kvinner. Generelt viser resultatene at med unntak av vindriking, var den totale alkoholbruken gjennomgående mindre i de eldste aldersgruppene sammenlignet med de yngre. Når det gjelder *beruselse og høykonsum* viser resultatene at eldre oppgir at de sjelden drikker seg beruset, mens dette er langt vanligere blant yngre. Andelen som oppgir at de ofte drikker seg beruset har holdt seg stabilt på ca. 4-5 prosent i den

eldste aldersgruppen (66-79 år) gjennom hele undersøkelsesperioden, og den er lavest blant eldre kvinner.

Videre er andelen som oppgir å drikke 5-6 alkoholenheter per gang liten for kvinner i den eldste aldersgruppen (66-79 år), mens den er noe større for menn. I SIRUS sin ferskeste årlige rusmiddelrapport (Skretting, Lund, & Bye, 2014) oppgir kun 2 prosent i aldersgruppen 65-79 år at de har drukket 6 alkoholenheter eller flere ved samme anledning. SIRUS rapporten fremhever at det at dagens eldre generasjon drikker oftere enn tidligere generasjoner av eldre, ikke nødvendigvis er like bekymringsfullt som en tilsvarende økning ville vært i yngre aldersgrupper. En slik påstand henger trolig sammen med at det totale alkoholkonsumet reduseres med økende alder, og at yngre aldersgrupper drikker mer hver gang de drikker, sammenlignet med eldre.

Tall fra HUNT-studien

I rapporten *Bruk av alkohol og medikamenter blant eldre (60+) i Norge* (Støver, Bratsberg, Nordfjærn, & Krokstad, 2012), oppsummeres resultater fra tre runder av Den store helseundersøkelsen i Nord Trøndelag, 1984-2008 (HUNT 1, HUNT 2, HUNT 3). Resultatene viser at personer fra 60 år og over, både kvinner og menn, har doblet sitt alkoholforbruk fra HUNT 2 til HUNT 3 (1998 – 2008), og at eldre derved utgjør den gruppen som har hatt den største relative økningen av alkoholbruk. Det er spesielt vinforbruket som har økt, og det gjelder både kvinner og menn. Rapporten peker videre på at det er relativt flere som rapporterer problematisk drikketferd fra HUNT 2 til HUNT 3. Det gjelder begge kjønn og alle utdanningsgrupper, men økningen er likevel størst hos de med høy utdanning. Rapporten viser til at selv om dagens eldre drikker alkohol regelmessig, avtar likevel alkoholbruk med alderen, ikke minst gjelder dette det å drikke seg beruset og å drikke større mengder alkohol.

Tall fra NorLAG- studien

NorLAG studien som er nevnt ovenfor, har sett på alkoholbruk gjennom livsløpet hos et utvalg i alderen 30-79 år ved hjelp av spørreskjema og telefonintervju. I undersøkelsen, som er gjengitt i kapittel 4 i rapporten *Vital aldring og samhold mellom generasjoner* (Løset og Slagsvold, 2013), var man spesielt opptatt av å se nærmere på bekymringsfullt og høyt alkoholforbruk, definert som det å drikke mer enn en halv flaske vin 2-3 ganger per uke, og å drikke utover anbefalte grenseverdier (<9 alkoholenheter AE per uke for kvinner, og < 14 AE

for menn). Resultatene viser at de som økte sitt alkoholkonsum i løpet av femårsperioden (2002-2008) mellom de to datainnsamlingstidspunktene, er de som drakk mye ved første intervju. Flere blant de høyt utdannede gikk fra å drikke lite eller moderat til mye. Resultatene viser videre at alkoholforbruket var høyere i de eldre aldersgruppene, sammenlignet med de yngste i utvalget (dvs. aldersgruppen 30-39 år), og størst i aldersgruppen 50-70 år. I aldersgruppen 70-79 år sank forbruket, og var på nivå med forbruket hos de mellom 40 og 49 år. Resultatene fra NorLAG er i samsvar med tall fra SIRUS, SSB og HUNT undersøkelsene.

En fersk studie publisert i *Addiction*, basert på de samme dataene fra NorLAG studien, viser at økningen i alkoholbruk hos eldre ikke har ført til at eldre i større grad oppgir at de drikker seg beruset (Brunborg & Østhus, 2015). Forskerne bak denne studien viser til at selv om eldre drikker hyppigere sammenlignet med tidligere, ser det ut for at de drikker i moderate mengder hver gang de drikker. Forskerne konkluderer med at det ikke er grunn til å anta at økningen i alkoholbruk hos eldre vil føre til dramatiske endringer i alkoholrelaterte sykdommer og skader, bortsett fra hos personer som vanligvis drikker seg beruset hver gang de drikker (Brunborg & Østhus, 2015).

Kohortforskjeller eller livsfaseendringer?

Et spørsmål som forskerne har stilt seg, er om dagens eldre drikker mer som en konsekvens av den generasjonen eller kohorten de tilhører, eller fordi det er spesielle utfordringer i den livsfasen eldre befinner seg i.

Kohortforskjeller

Forskjeller i alkoholkonsum blant ulike aldergrupper kan skyldes kohorteffekter, som beskrevet innledningsvis. Ulike aldersgrupper og generasjoner har vokst opp i ulike tidsperioder og under ulike oppvekstvilkår. Etterkrigs generasjonen har et mer liberalt syn på alkohol og har drukket mer alkohol i ungdommen, sammenlignet med sin foreldregenerasjon (Løset & Slagsvold, 2013; Hallgren et al., 2009; Geppert & Taylor, 2015). Nye generasjoner av eldre drar derved med seg alkoholvanene fra tidlig voksen-alder inn i alderdommen. I NorLAG studien fant forskerne størst sammenheng mellom økt alkoholforbruk og mer liberale holdninger til alkohol hos nye generasjoner av eldre (Løset & Slagsvold, 2013)

Livsfaseendringer

Likeledes kan endringer som skjer gjennom livsløpet i ulike faser og overganger, også bidra til å forklare noe av den økningen som har skjedd i alkoholforbruk blant middelaldrende og eldre sammenlignet med hos yngre. Når aldersgruppen mellom 30 og 49 år drikker mindre enn aldersgruppene over, kan det skyldes en livsfaseeffekt der omsorgen for barn fører til mindre forbruk av alkohol (Løset & Slagsvold, 2013). Det antas at når barna etterhvert flytter ut får man bedre tid og større frihet, og de fleste opplever også å få bedre økonomi. Alle disse faktorene kan bidra til et økt alkoholkonsum hos middelaldrende og eldre mellom 50 og 70 år. Ved 70 års alder vil en del oppleve skrantende helse, noe som i sin tur påvirker alkoholkonsumet, som da vil gå ned. Mye tyder likevel på at alkoholkonsumet opprettholdes inn i alderdommen dersom helsen er god (Løset & Slagsvold, 2013).

En annen faktor forskerne har vært opptatt av, er om pensjonering og tap av partner eller ektefelle påvirker alkoholkonsum. Ulike studier har kommet til ulike konklusjoner. En svensk studie viser at enker drikker alkohol for å dempe sorgen etter tap av ektefelle, og konkluderer med at det finnes en klar risiko for økt bruk av både alkohol og legemidler blant enker (Grimsby & Johansson, 2009). I NorLAG studien fant forskerne ingen sammenheng mellom pensjonering og økt alkoholkonsum, heller ikke mellom alkoholkonsum og større frihet og uavhengighet som når barn flytter hjemmefra (Løset & Slagsvold, 2013). Likeledes viser en oversiktsartikkel om virkninger av pensjonering på drikkeatferd, liten eller ingen direkte effekt av pensjonering på alkoholbruk og alkoholproblemer (Kuerbis & Sacco, 2012). Forfatterne av artikkelen peker imidlertid på at egenskaper ved arbeidstakeren eller arbeidsplassen forut for pensjonering, kan ha en innvirkning på alkoholbruk og alkoholproblemer ved pensjonering (Kuerbis & Sacco, 2012).

Helsemessige gevinster av et moderat alkoholforbruk

En annen side ved alkoholbruk er de mulige helsemessige gevinstene ved et moderat forbruk, og betydningen av de sosiale aspektene ved alkoholbruk. Det sosiale aspektet ved bruk av alkohol i sosialt lag kan være viktig for eldre mennesker, noe også flere forskere har pekt på (Hallgren et al., 2009). De helsemessige fordelene ved et moderat alkoholforbruk på hjerte/kar sykdommer har vært et kontroversielt tema på grunn av metodiske begrensninger knyttet til flere av studiene (Hallgren et al., 2009). Studier viser dessuten at helsepersonell ofte overvurderer de helsemessige fordelene ved alkoholbruk hos eldre. De kan ha en

oppfatning av at det ikke er så farlig for den eldre å kose seg med noen glass vin i en ellers stusselig hverdag preget av sykdom og funksjonsnedsettelse (Waern, 2002).

RISIKOFYLT OG PROBLEMATISK ALKOHOLBRUK BLANT ELDRE

Definisjon

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer risikofylt (hazardous) og skadelig bruk (harmful use) av alkohol som et drikkemønster som øker risikoen for skadelige konsekvenser for den det gjelder, vedkommendes omgivelser og samfunnet som helhet (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001; WHO, 2014). Risikofylt alkoholbruk kan potensielt sett ha negative og skadelige konsekvenser for helse, funksjon og tredjepart, og kan også på sikt være avhengighetsskapende. I henhold til WHO (2014) står skadelig bruk av alkohol for 5,9 prosent av alle dødsfall på verdensbasis.

Avhengighet betraktes som en mer alvorlig tilstand enn skadelig bruk, først og fremst fordi avhengighet ofte gjør det svært vanskelig å endre et skadelig bruksmønster (WHO, 2010). WHO sitt internasjonale diagnosesystem ICD -10 inneholder detaljerte retningslinjer for diagnostisering av akutt alkoholforgiftning, skadelig bruk av alkohol og alkoholavhengighets syndrom, i tillegg til relaterte medisinske og nevropsykiatriske tilstander (Babor et al., 2001). Amerikanske studier viser at forekomsten av alkoholavhengighet er lav i eldrebefolkningen (Arndt & Schultz, 2015). De fleste som har et alkoholproblem oppfyller derved ikke de diagnostiske kriteriene for alkoholavhengighetssyndrom, men har likevel utviklet et konsum som innebærer betydelig risiko for helseskader og konsekvenser for fungering fysisk, mentalt og sosialt . I tillegg kommer konsekvenser for tredjepart, samt økt bruk av helsetjenester. Hva som er et risikofylt forbruk kan imidlertid variere med kjønn, alder og eksisterende helsestatus (se forøvrig under konsekvenser for helse og funksjon).

Grenseverdier for alkoholinntak

WHO har utarbeidet anbefalinger når det gjelder grenseverdier for alkoholinntak der det å drikke mer enn 14 AE per uke for kvinner og mer enn 21 AE for menn innebærer en økende til stor risiko for helseskader. Selv om WHO ikke har utarbeidet egne grenseverdier for eldre, påpekes det i ulike rapporter og publikasjoner at fordi eldre har lavere toleranse for alkohol

skal det mindre mengder til for å gjøre skade (WHO, 2014). Flere forskere har foreslått at grenseverdier på alkoholkartleggingsinstrumenter som Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) må justeres og tilpasses eldre 65 år og over (Meneses-Gaya, Zuardi, Loureiro, & Crippa, 2009).

Forekomst av risikofylt og problematisk alkoholbruk blant eldre

Hvor stor andel av den norske eldrebefolkningen kan sies å ha et risikofylt og problematisk forbruk av alkohol? I en fersk studie gjennomført av forskere ved SIRUS, basert på data fra SSB, fant man at 17 prosent av et utvalg av personer mellom 16 og 79 år var over grenseverdiene for det WHO vurderer å være risikofylt alkoholbruk slik det måles ved AUDIT (mer enn 8 poeng)(Halskjelsvik & Storvoll, 2015). 2 prosent var i den alvorligste risikokategorien (mer enn 16 poeng). Det var mest risikofylt drikking blant menn i alderen 16-50 år. Hos kvinner var det mest risikofylt drikking i aldersgruppen 16-30 år. 3,4 prosent av personer 61 år og over hadde risikofylt alkoholbruk.

En tilsvarende undersøkelse fra Sverige, der man også har brukt AUDIT, viste at ca 2,7 prosent av menn og 1,9 prosent av kvinner i aldersgruppen 65-75 år var risikokonsumenter. I aldersgruppen 76-84 år var under 1 prosent risikokonsumenter, både kvinner og menn (Linden-Bostrøm, Persson, & Berglund, 2009). Amerikanske undersøkelser viser til en forekomst av risikofylt og problematisk alkoholbruk på mellom 4 og 14 prosent, avhengig av hvordan risikofylt bruk defineres, hos personer 65 år og over (Arndt & Scultz, 2015). Det er blitt anslått at opptil 30 prosent av eldre pasienter innlagt i somatisk sykehus, og opptil 50 prosent av eldre pasienter innlagt ved psykiatriske sykehus, har risikofylt og problematisk bruk av alkohol (Caputo, Vignoli, Leggio, Addolorato, Zoli et al., 2012). Forskerne peker på at forekomsten av alkoholproblemer blant eldre sannsynligvis er underestimert, og at det er nødvendig med økt forskningsinnsats og flere epidemiologiske undersøkelser (Caputo et al., 2012).

Et "skjult" problem?

Risikofylt og skadelig bruk av alkohol og reseptbelagte vanedannende legemidler hos eldre er ofte blitt kalt et skjult og ignorert problem (Frydenlund, 2011). Studier viser at eldre i mindre grad enn yngre rapporterer skadelig bruk/misbruk av alkohol og legemidler (O'Connell, Chin, Cunningham & Lawlor, 2003). En forklaring som er blitt gitt på slik

underrapportering, er at alkoholproblemer kan være forbundet med større skam hos eldre (Crome et al., 2011). Helsepersonell mistenker også i mindre grad skadelig alkoholbruk hos eldre sammenlignet med hos yngre. Helsepersonell som arbeider med eldre kan ha en oppfatning om at Eldres alkohol og legemiddelbruk er forståelig på bakgrunn av den Eldres livssituasjon (O`Connell et al., 2003). Det at mange eldre bor aleine kan også være en årsak til at rusproblemer ikke blir oppdaget (Frydenlund, 2011).

Risikofaktorer for å utvikle alkoholproblemer i eldre år

Forskningen er ikke entydig når det gjelder hvem som er i risiko for å utvikle alkoholproblemer blant eldre. Noen studier viser at personer med god helsetilstand har større risiko for å utvikle alkoholproblemer, mens andre studier kommer til motsatt resultat (Arndt & Schultz, 2015). Resultater fra NorLAG studien som er beskrevet over, viser at høyt utdannede med god helse drikker mest, men at når helsen skranter reduseres alkoholinntaket (Løset & Slagsvold). Dette er i samsvar med resultater fra studier gjennomført i andre land (Moos, Brennan, Schutte, & Moos, 2010)

Hos eldre blir ofte symptomer og tegn på risikofylt alkoholbruk feilaktig relatert til annen fysisk og psykisk sykdom (Crome et al., 2011). Eldres rusproblemer kan videre ha atypiske fremtredelsesformer, og kan være maskert av komorbid fysisk og psykisk sykdom, noe som kompliserer avdekking og kartlegging ytterligere (O`Connell et al., 2003). Det er derfor særdeles viktig at helsepersonell er spesielt oppmerksomme og årvåkne i møte med eldre pasienter (Crome et al., 2011). Andre risikofaktorer for alkoholrelaterte problemer hos eldre som bør føre til årvåkenhet hos helsepersonell, er kroniske smerter, søvnproblemer og tapsopplevelser (Moos et al., 2010). Det er da snakk om tap i vid forstand, inkludert tap av nærstående, tap av funksjon og autonomi, tap av sosialt nettverk, osv. Mange eldre har omsorgsansvar for syk partner eller annet familiemedlem. Slike omsorgsoppgaver kan være en risikofaktor for å utvikle ulike plager og problemer, som f.eks. problematisk alkoholbruk (Rospenda, Minich, Milner, & Richman, 2010).

Undersøkelser viser at eldre i mindre grad enn yngre blir henvist videre til spesialistbehandling for sine rusproblemer (O`Connell et al., 2003; Lunde, 2013). Dette til tross for god dokumentasjon på at eldre med rusproblemer profitterer vel så bra, om ikke bedre på ulike former for psykologisk intervensjon sammenlignet med yngre (Moy, Crome, Crome, & Fisher, 2011; Caputo et al., 2012). Se forøvrig kapittel 3.

Ulike typer risikofylte og skadelige drikkemønstre blant eldre

Innenfor litteraturen beskrives ulike typer skadelige drikkemønstre blant eldre (Crome et al., 2011). Første kategori er de som debuterer tidlig, definert som før 25 år ("Early onset drinkers"), og som drar med seg et alkoholproblem inn i alderdommen. To tredjedeler av menn med skadelig alkoholbruk antas å tilhøre denne kategorien. Faktorer som er forbundet med tidlig problematisk bruk av alkohol er antisosial personlighetsforstyrrelse, hjemløshet, en familiebakgrunn med alkoholproblemer og lav sosioøkonomisk status (Aartsen, 2015). Mange dør før de kommer i kategorien eldre, noe som bidrar til at forekomsten av alvorlige alkoholproblemer ("heavy drinking") er lavere i eldrebefolkningen sammenlignet med hos yngre (Aartsen, 2015).

De som debuterer seint ("Late onset drinkers"), definert som etter 50 år, er personer som begynner å drikke som en reaksjon på en livshendelse eller belastning. Det kan være tap av nærstående, ensomhet, bekymring, osv. Denne formen for risikofylt og skadelig alkoholbruk regnes for å være mildere og har som regel en bedre prognose enn den som debuterer tidlig (Crome et al., 2011). I denne gruppe befinner det seg mange kvinner med et høyere utdanningsnivå. Omlag en tredjedel av eldre med alkoholproblemer befinner seg i denne gruppen (Storr & Green, 2015).

En tredje kategori som brukes, er periodedrikking eller "binge drinking", definert som det å drikke store mengder alkohol i løpet av et kort tidsrom, som regel i løpet av en dag (Arndt & Schultz, 2015). Et slikt drikkemønster er mest utbredt blant menn, og er spesielt forbundet med helseproblemer og økt risiko for ulykker og skader (Arndt og Schultz, 2015).

KONSEKVENSER FOR HELSE OG FUNKSJON

Hvorfor er eldre mer sårbare for alkoholens virkninger?

Ved normal aldring skjer det endringer i metabolisme eller kroppens evne til å absorbere, fordele og bryte ned alkohol og legemidler. Redusert kroppsvæske og muskelmasse, i tillegg til redusert lever og nyrefunksjon, bidrar til at selv små mengder alkohol kan føre til forgiftning og organskade (Artsen, 2015; Ramchandani, et al., 2015). Aldersrelaterte endringer i hjernens signalstoffer påvirker også effekten av alkohol og legemidler og gjør

eldre spesielt sårbare (Ramchandani et al., 2015). Videre endres kroppens evne til å tolerere alkohol ved aldring, dvs. det skjer ingen toleranseutvikling slik som hos yngre som tåler mer alkohol med økende alkoholkonsum. Redusert toleranse innebærer koordinasjonsproblemer ved lavere alkoholinntak, og derved økt fare for fall og skader (Hallgren et al., 2009). Også genetiske faktorer virker inn på alkoholmetabolismen (Caputo et al., 2012).

Interaksjon med legemidler

Økt forekomst av komorbide sykdommer ved stigende alder resulterer ofte i høyt inntak av legemidler, såkalt polyfarmasi, som er et vanlig fenomen hos eldre (Crome et al., 2011). Det er velkjent at kombinasjonen av ulike legemidler kan ha uheldige interaksjonseffekter (Crome et al., 2011). Når legemidler i tillegg kombineres med alkohol, øker risikoen for helseskader (Crome et al., 2011; Hallgren et al., 2009; Ramchandani et al., 2015). Interaksjoner mellom ulike legemidler og alkohol kan hos eldre gi økt risiko for fall og skader, høyt blodtrykk, leversykdommer, blødninger i mage-tarmsystemet, for å nevne noe (Hallgren et al., 2009). Studier fra Finland og Tyskland har vist at samtidig bruk av reseptbelagte legemidler og alkohol er vanlig blant eldre (Hallgren et al., 2009). Vi har imidlertid begrenset kunnskap om hvor stor andel av norske eldre som kombinerer legemidler med alkohol (Støver et al., 2012).

Alkoholrelaterte sykdommer

Det er veldokumentert at problematisk bruk av alkohol kan føre til en rekke sykdommer, forsterke allerede eksisterende helseplager og bidra til for tidlig død (Crome et al., 2011; Caputo et al., 2012; WHO, 2014). Noen sykdommer er direkte forårsaket av alkohol slik som alkoholisk leversykdom og alkoholisk polynevropati, mens ved andre sykdommer er årsakene sammensatte og alkohol er en av flere mulige årsaker (Rehm, Shield, Gmel, Rehm, & Frick, 2013). Tall fra SIRUS viser at det har skjedd en betydelig økning i antall sykehusinnleggelses som kan tilskrives alkohol de seinere år, spesielt gjelder dette for menn (Skretting, Lund, & Bye, 2014). Undersøkelser fra Sverige og Finland har vist en økning i antall sykehusinnleggelses av eldre med akutt alkoholforgiftning (Ahlström, Mäkelä, Mustonen, & Huhtanen, 2009; Lindén-Boström, Persson, & Berglund, 2009), men vi har ikke tilsvarende tall for norske forhold.

Den enkeltes sårbarhet for å utvikle alkoholrelaterte sykdommer er relatert til drikkemønster og varighet av risikofylt bruk, i tillegg til genetiske faktorer, kjønn, kosthold

og forhold knyttet til miljø (Caputo et al, 2012). Hos eldre oppstår de skadelige virkningene av alkohol ofte raskere på grunn av eksisterende helseproblemer og samtidig legemiddelbruk, som nevnt over.

Vedvarende risikofylt alkoholbruk er forbundet med sykdommer i lever, bukspyttkjertel, mage-tarm, hjerte-kar, lunger, nervesystem og immunforsvar, i tillegg til psykiske lidelser som angst, depresjon og demens (Caputo et al, 2012). Hos eldre bidrar alkoholinntak til høyt blodtrykk på et tidligere tidspunkt sammenlignet med hos yngre, og et risikofylt alkoholkonsum gjør eldre mer sårbare for å utvikle leversvikt sammenlignet med yngre (Caputo et al., 2012). Problematisk alkoholbruk er videre en risikofaktor for å utvikle kreft i en rekke organer. Det er blant annet blitt beskrevet en økt risiko for brystkreft hos kvinner etter overgangsalder selv ved inntak av moderate mengder alkohol. Sannsynligvis er dette knyttet til en alkoholindusert økning i østrogen nivå (Chen, Rosner, Hankinson, Colditz, & Willett, 2011). Hos en eldre person med et kjent skadelig drikkemønster bør likeledes symptomer knyttet til mage-tarmsystem, slik som forstoppelse, vekttap, diare og magesmerter, undersøkes nærmere med tanke på alkoholrelatert kreft (Caputo et al., 2012).

Alkohol og psykisk sykdom

Risikofylt alkoholbruk kan forsterke eksisterende psykiske lidelser som angst og depresjon hos eldre, og alkohol kan også være en selvstendig faktor for selvmord hos eldre (Hallgren et al., 2009). Studier viser at omlag 20 prosent av personer 65 år og over med depresjonsdiagnose også har samtidig alkoholproblemer (Caputo et al., 2012). Likeledes vil mange som har alkoholproblemer også ha en historie med depressive plager (Caputo et al., 2012). Sammenhengen mellom depresjon og høyt alkoholkonsum er komplisert, og det kan være vanskelig å vite om depresjonen er et resultat av skadelig alkoholbruk eller vice versa (Caputo et al., 2012).

Alkohol og kognitiv svikt/demens

Vedvarende risikofylt alkoholbruk kan påvirke kognitiv fungering, og bidra til utvikling av demens. Hos eldre er forekomsten av demens nesten fem ganger høyere hos alkoholikere sammenlignet med personer med demens som ikke har et alkoholproblem (Caputo et al., 2012). Samtidig viser studier at et moderat inntak av alkohol kan virke forebyggende på utvikling av Alzheimer sykdom og vaskulær demens (Hallgren et al., 2009; Caputo et al.,

2012). Imidlertid er denne forskningen beheftet med de samme metodologiske problemene som andre studier om alkoholens positive virkninger på hjerte-karsystemet (Hallgren et al., 2009).

Alkoholrelaterte skader og ulykker

De tre viktigste dødsårsakene relatert til skader blant eldre europeere er selvpåførte skader, fall og trafikkulykker (Hallgren et al., 2009). Fall som resulterer i hoftebrudd og andre beinbrudd er vanlig blant eldre. Det er grunn til å tro at alkoholens innvirkning på motoriske ferdigheter øker risikoen for fall og andre skader, og undersøkelser fra Finland viser at det har skjedd en økning i antall alkoholpåvirkede eldre som blir innlagt sykehus med hoftebrudd (Sulander, 2009).

Virkingen av alkohol på kjøreferdigheter er dokumentert i en rekke studier, og ruspåvirkning er en betydelig årsak til trafikkulykker (Hallgren et al., 2009). Internasjonalt viser trafikkulykkestatistikken to ulykkestopper relatert til alder, hos unge mellom 18 og 25 år og hos eldre over 65 år (Hallgren et al., 2009). Hos eldre kan kjøreferdighetene være påvirket av svekket sanseapparat, svekket koordinasjon og reaksjonstid, og studier viser at det skal mindre mengder alkohol til for å påvirke kjøreferdighetene pga. disse aldersrelaterte endringene (Caputo et al., 2006). Interaksjon med legemidler vil forsterke denne effekten.

SOSIALE KONSEKVENSER OG KONSEKVENSER FOR TREDJEPART

I tillegg til de helsemessige konsekvensene, fører problematisk bruk av alkohol med seg en rekke sosiale problemer. Ofte rammes også andre enn den som drikker, spesielt gjelder dette personer som har nære relasjoner til den som har et alkoholproblem. Konsekvensene er økt forekomst av psykososiale problemer hos pårørende, for eksempel i form av symptomer på depresjon og angst, selvmordstanker og forøvrig konfliktfylte familierelasjoner (Moan & Storvoll, 2015). Sammenlignet med den kunnskapen som eksisterer om de helsemessige konsekvensene av skadelig alkoholbruk, er det likevel begrenset forskningsmessig kunnskap om de sosiale skadevirkningene (Babor, 2010).

Vold og omsorgssvikt

Vold mot eldre er et område som har fått økende oppmerksomhet, også forskningsmessig, og som blir satt i sammenheng med rusproblemer (Jonassen & Sandmoe, 2012; Manthorpe, 2015). Eldre som er utsatt for vold, kan utvikle problematisk bruk av alkohol for å håndtere sin situasjon, og eldre som har et alkoholproblem er spesielt sårbare for å bli utsatt for vold fordi de i mindre grad kan være i stand til å forsvare seg eller søke hjelp (Manthorpe, 2015). Problematiske alkoholbruk kan likeledes være en risikofaktor for å utøve vold, også hos eldre (Manthorpe, 2015).

Eldre kan oppleve stigma og skam knyttet til både det å misbruke alkohol og å være utsatt for vold, og kan også blitt møtt av alderistiske og aldersdiskriminerende holdninger hos helsepersonell (Manthorpe, 2015). Ulike former for vold mot eldre som er forbundet med alkoholmisbruk kan forekomme både i nære relasjoner, men også på institusjoner for eldre. Det er studier som viser at helsepersonell som jobber med eldre kan utøve vold mot pasienten som skyldes eget alkoholmisbruk (Griffone, Barboza, Mastin, Oehmke, Schiamberg et al., 2009). I en norsk studie om vold mot eldre gjennomført i regi av Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress, fant forskerne at det i stor grad var voksne barn med rus og psykiske problemer som utøvet vold mot sine gamle foreldre (Jonassen & Sandmoe, 2012).

Konsekvenser for arbeidsliv, arbeidslivsdeltakelse og produktivitet

På verdensbasis er Norge et av de landene som har høyest yrkesdeltakelse, det gjelder også i eldrebefolkningen (Solem, 2012). Økningen i alkoholkonsum har innvirkning på arbeidslivet, og omlag 9 av 10 arbeidstakere drikker alkohol (Frøyland, 2014). Det er blitt anslått at ca. 4-5 prosent av norske arbeidstakere kan sies å ha et risikofyllt og skadelig alkoholforbruk, mens 6-7 prosent av arbeidstakere drikker på en måte som gir grunn til bekymring (Nesvåg og Lie, 2004). Problematiske alkoholbruk har konsekvenser for arbeidsliv, produktivitet og arbeidslivsdeltakelse. I en norsk studie ble det undersøkt om økningen i totalkonsum av alkohol med 1 liter per innbygger har hatt innvirkning på sykefraværet (Norström & Moan, 2009). Forskerne fant at høyere alkoholkonsum førte til 13 prosent økning i sykefraværet blant menn, men ikke blant kvinner (Norström & Moan, 2009).

Man har ikke sett spesielt på alkoholrelatert sykefravær blant personer fra 60 år og over, men fra annen forskning om eldre arbeidstakere er det kjent at muskel-skjelettplager og psykiske plager er de viktigste årsakene til sykefravær og arbeidsuførhet blant eldre (Solem, 2012). Vi

har videre kunnskap om eldres forbruk av vanedannende legemidler for slike lidelser (Crome et al., 2011; Sakshaug, Hjellvik, Berg, & Handal, 2014), og det er grunn til å være oppmerksom på kombinasjonen av slike legemidler og alkohol som en mulig medvirkende årsak til sykefravær hos personer 60 år og over. På dette området trengs det uten tvil økt forskningsinnsats.

OPPSUMMERING OG DISKUSJON

Denne kunnskapsoppsummeringen illustrerer at vi fremdeles har begrenset kunnskap om risikofylt og problematisk alkoholbruk blant eldre i Norge. Vi vet imidlertid en god del om eldre nordmenns alkoholvaner og alkoholkonsum. Resultater fra ulike undersøkelser gjennomført i Norge de seinere år viser at det er blitt færre avholdne blant eldre, og at middelaldrende og eldre drikker oftere alkohol sammenlignet med tidligere. Likevel konkluderer de samme undersøkelsene med at alkoholbruk avtar med økende alder. Det gjelder ikke minst det å drikke seg beruset og å drikke store mengder alkohol. Det kan se ut som om de fleste eldre drikker i moderate mengder når de inntar alkohol, og at økningen i drikkefrekvens ikke har ført til at eldre i større grad drikker seg beruset. Forskernes forklaringer på den økte alkoholbruken er at nye generasjoner av velutdannede eldre har et mer liberalt syn på alkohol sammenlignet med tidligere generasjoner. Alkoholbruk er blitt en viktig del av den norske kulturen, og høyt utdannede er den gruppen som i størst grad bruker alkohol. Økt velstand, endrete reisevaner og fokus på individualisme og selvrealisering er andre forklaringer som blir trukket frem.

Samtidig viser en nylig publisert norsk studie at 17 prosent av personer mellom 16 og 79 år har et risikofylt og problematisk alkoholforbruk. 3, 4 prosent av utvalget 61 år og eldre har slik risikofylt bruk. I Norge utgjør denne aldersgruppen ca. 1,1 million mennesker, noe som i rene tall innebærer at omlag 38 000 personer 60 år og over er i faresonen når det gjelder å påføre seg ulike alkoholrelaterte sykdommer og skader. Undersøkelser gjennomført i Sverige viser tilsvarende tall. Amerikanske undersøkelser peker på at blant eldre som legges inn i sykehus har en høy andel et skadelig alkoholforbruk. Tall fra SIRUS sin siste årlige rusmiddelrapport viser at forekomsten av alkoholrelaterte dødsfall er størst etter fylte 45 år, og høyest blant menn i aldersgruppen 60-70 år (Skretting et al., 2014). Det er da snakk om personer som har hatt et langvarig og alvorlig alkoholproblem.

Risikofylt og skadelig alkoholbruk blant eldre er trolig underrapportert, og Eldres alkoholrelaterte problemer er ofte maskert av både somatisk og psykiatrisk komorbiditet. Risikofaktorer for å utvikle alkoholproblemer i eldre år er i stor grad knyttet til den økte sårbarheten for sykdom og til ulike tapsopplevelser. De helsemessige konsekvensene av risikofylt alkoholbruk oppstår ofte raskere hos eldre på grunn av eksisterende helsesvikt og uheldig sammenblanding med legemidler. Når det gjelder de samfunnsmessige konsekvensene innebærer dette økt forekomst av kompliserte sykdomsforløp og skader, og derved økt bruk av helsetjenester og hospitalisering. I tillegg kommer de sosiale konsekvensene og konsekvenser for tredjepart i form av ulykker, skader, vold, omsorgssvikt og redusert arbeidsevne.

Det er uten tvil behov for økt forskningsinnsats når det gjelder konsekvensene av risikofylt alkoholbruk i kombinasjon med legemidler hos eldre, ikke minst gjelder dette vanedannende legemidler for angst, søvnproblemer og smerter. På dette området er kunnskapen begrenset for norske forhold, men internasjonale studier viser at selv små mengder alkohol kan føre til helseskader hos eldre når alkoholen blandes med legemidler. Det er videre behov for mer forskning på sammenhengen mellom økt alkoholforbruk og ulike psykososiale faktorer som kan være spesielt utfordrende i eldre år. Det gjelder både konsekvensene av ulike typer belastninger i livssituasjonen til eldre, som for eksempel omsorgsoppgaver og redusert sosial nettverk, men også negative holdninger og aldersstereotypers innvirkning på avdekking av Eldres alkohol og legemiddelbruk.

REFERANSER

- Aartsen, M. (2015). Ageing and the development of alcohol use and misuse. I I. Crome, L-T. Wu, R. Rau, & P. Crome (Eds.), *Substance use and older people* (s 123 - 132). Oxford: Wiley & Sons, Ltd.
- Ahlström, S., Mäkelä, P., Mustonen, H., & Huhtanen, P. (2009). Alkoholen och äldre i Finland. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift (NAT)*, 26(5), 427-437.
- Arndt, S. & Schultz S. K. (2015). Epidemiology and demography of alcohol and the older person. I I. Crome, L-T. Wu, R. Rau, & P. Crome (Eds.), *Substance use and older people* (s 75-90). Oxford: Wiley & Sons, Ltd.
- Babor, T. F. (2010). Alcohol: No Ordinary Commodity – a summary of the second edition. *Addiction*, 105, 769-779.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in Primary care*. Second Edition. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Brunborg, G. S. & Østhus, S. (2015). Alcohol in the second half of life: do usual quantity and frequency of drinking to intoxication increase with increased drinking frequency? *Addiction*, 110, 308-315.
- Bye, E. K og Østhus, S. (2012). *Alkoholkonsum blant eldre Hovedfunn fra spørreundersøkelser 1985-2008*. Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Caputo, F., Vignoli, T., Leggio, L., Addolorato, G., Zoli, G., Bernardi, M. (2012). Alcohol use disorders in the elderly: A brief overview from epidemiology to treatment options. *Experimental Gerontology*, 47, 411-416.
- Chen, W. Y., Rosner, B., Hankinson, S. E., Colditz, G. A., Willett, W. C. (2011). Moderate alcohol consumption during adult life, drinking patterns, and breast cancer risk. *JAMA*, 306, 1884-1890.
- Crome, I., Dar, K., Janikiewicz, S., Rao, T., & Tarbuck, A. (Red.) (2011). *Our invisible addicts*. College report CR165, London: Royal College of Psychiatrists.
- Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn. Innføring i sosialgerontologi*. 2 utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Daatland, S. O. og Slagsvold, B. (Red.) (2013). *Vital aldring og samhold mellom*

generasjoner.

Resultater fra Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) – runde 1 og

2. NOVA rapport 15/13.

Edland-Gryt, M., Bryhni, A., Skretting, A., Lund, M., Bye, E. K. (2013). *Rusmidler i Norge 2012*.

Statens institutt for rusmiddelforskning.

Feunekes, G. I. J., van't Veer, P., van Staveren, W. A., & Kok, F. J. (1999). Alcohol intake assessment: The sober facts. *American Journal of Epidemiology*, 150(1), 105–112.

Frydenlund, R. (2011). *Eldre, alkohol og legemiddelbruk*. Oslo: Kompetanse- senter rus – Oslo.

Frøyland, K. (2014). Arbeidsrelatert rusmiddelbruk og forebygging - hva er nytt? Hentet fra <http://www.forebygging.no/Artikler/2014-2012/Arbeidsrelatert-rusmiddelbruk-og-forebygging--hva-er-nytt/>

Geppert, C. M. A. & Taylor, P. J. (2015). The United States perspective. I I. Crome, L-T. Wu, R.

Rao, & P. Crome (Eds.), *Substance use and older people* (s 18-26). Oxford: Wiley & Sons, Ltd .

Global Age Watch Index, 2015. Hentet fra <http://www.helpage.org/global-agemwatch/>

Griffore, R. J., Barboza, G. E., Mastin, T., Oehmke, J., Sciamberg, L. B., & Post, L. A. (2009).

Family members` reports of abuse in Michigan nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21, 105-114.

Grimby, A. & Johansson, Å.K. (2006). Änkepersoner - en riskgrupp för alkohol- och tablettberoende? I Fahlke, C., Melin, A-G. (red): *Riskbruk - Missbruk och Beroende. forskning och vård*. En rapport om forskning vid Göteborgs universitet och om klinisk verksamhet vid Beroendekliniken Sahlgrenska universitets-sjukhuset, 2006–2007 (s 204–207). Göteborgs universitet.

Hallgren, M., Høgberg, P., & Andreasson, S. (2009). *Alcohol consumption among elderly European Union citizens*. Swedish National Institute of Public Health.

Halkjelsvik, T. & Storrø, E. E. (2015). Andel av befolkningen i Norge med et risikofyllt alkoholkonsum målt gjennom Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Nordic*

Studies on Alcohol and Drugs, 32, 61-71.

Jonassen, W. & Sandmoe, A. (2012). *Overgrep mot eldre i Norge- erfaringer og l*

- løsningsstrategier*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Hentet fra www.nkvts.no
- Jyrkämä J. & Haapamäki, L. (2008). *Åldrande och alkohol – nordisk forskning och diskussion (NAD- publikation 52)*. Helsinki: Nordiskt center för alkohol- och drogforskning
- Kristiansen, J. E. (2014). *Dette er Norge 2014. Hva tallene forteller*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Kuerbis, A. & Sacco, P. (2012). The impact of retirement on the drinking patterns of older adults: A review. *Addictive behaviours*, 37, 587-595.
- Lindén-Boström, M., Persson, C., & Berglund, M. (2009). Riskfylld alkoholkonsumtion bland äldre - Resultat från en svensk befolkningsundersökning, *Nordisk Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift (NAT)*, 26(5), 399–416.
- Lunde, L-H. (2013). Eldre pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50, 986-988.
- Løset, G. K. og Slagsvold, B. (2013). Alkohol i eldre år: Hvem drikker mer? I S. O. Daatland og B. Slagsvold (red.). *Vital aldring og samhold mellom generasjoner* (s 52-73). NOVA rapport 15/13.
- Manthorpe, J. (2015). Elder abuse. I I. Crome, L-T. Wu, R. Rau, & P. Crome (Eds.), *Substance use and older people* (s 11-17). Oxford: Wiley & Sons, Ltd.
- Meneses-Gaya, C., Zuardi, A.W., Loureiro, S.R., & Crippa, J.A.S. (2009). Alcohol use Disorder Identification Test (AUDIT): An updated systematic review of psychometric properties. *Psychology & Neuroscience*, 2, 83-87.
- Moan, I. S. & Storvoll, E. E. (2015). Passiv drikking - hva er det? Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS). Hentet fra <http://www.sirus.no/tag/tredjepartsskader/>
- Moos, R. H., Brennan, P. L., Schutte, K. K., Moos, B. S. (2010). Older adults`health and late-life drinking patterns: a 20-year perspective. *Aging and Mental Health*, 14, 33-43.
- Moy, I., Crome, P., Crome, I., & Fisher, M. (2011). Systematic and narrative review of treatment for older people with substance problems. *European Geriatric Medicine*, 2, 212-236.
- Nesvåg, S. og Lie, T. (2004). Rusmiddelbruk blant ansatte i norsk privat næringsliv. *Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift* (2).
- Norström, T. & Moan, I. S. (2009). Per capita alcohol consumption and sickness absence in

- Norway. *European Journal of Public Health*, 19: 383-388.
- O'Connell, H., Chin, A.V., Cunningham, C., & Lawlor, B. (2003). Alcohol use disorders in elderly people – redefining an age old problem in old age. *British Medical Journal*, 327, 664-667.
- Ramchandani, V. A., Slattum, P. W., Patkar, A. A., Wu, L-T., Lee, J. C., Mohanty, M., et al. (2015). Psychopharmacology and the consequences of alcohol and drug interactions. I I. Crome, L-T. Wu, R. Rau, & P. Crome (Eds.), *Substance use and older people* (s149-170). Oxford: Wiley & Sons, Ltd.
- Rehm, J., Shield, K. D., Gmel, G., Rehm, M. X., Frick, U. (2013). Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *European Neuropsychopharmacology*, 23, 89-97.
- Rospenda, K. M., Minich, L. M., Milner, L. A., Richman, J. A. (2010). Caregiver burden and alcohol use community sample. *Journal of Addictive Disorders*, 29, 314-324.
- Skretting, A., Lund, K. E. & Bye, E. K (2014). *Rusmidler i Norge 2013*. Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Skurtveit, S., Sakshaug, S., Hjellvik, V., Berg, C., Handal, M. (2014). *Bruk av vanedannende legemidler i Norge 2005-2013*. Basert på data fra reseptregisteret. Folkehelseinstituttet. Hentet fra www.fhi.no
- Slagsvold, B. og Solem, P. E. (Red.)(2005). *Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagen middelaldrende og eldre*. NOVA rapport 11/05.
- Solem, P. E. (2012). *Ny kunnskap om aldring og arbeid*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA rapport 6/2012.
- Storr, C. L. & Green, K. M. (2015). Progression from substance use to the development of substance use disorders. I I. Crome, L-T. Wu, R. Rau, & P. Crome (Eds), *Substance use and older people* (s 133-148). Oxford: Wiley & Sons, Ltd .
- Strand, B. H., Eriksen, H. M., Tambs, K., Skirbekk, V. (2014). *Helse hos eldre i Norge. Folkehelse rapporten 2014*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Støver, M., Bratberg ,G., Nordfjærn, T., et al. (2012). *Bruk av alkohol og medikamenter blant eldre (60+) i Norge*. Trondheim: Helseundersøkelsen i Nord- Trøndelag. HUNT forskningssenter, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Sulander, T. (2009). Allt fler äldre tackar ja till alkohol. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift NAT*) 26(5), 417-426.

Waern, M. (2002). Alcohol dependence and misuse in elderly suicides. *Alcohol and Alcoholism*, 38, 249-254.

World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*.

Hentet fra www.who.int

Kapittel 3.

Alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problem blant eldre – vurdering av tjenestetilbud og kompetansebehov

Ole Næss

Introduksjon:

Antall eldre vil frem mot år 2050 fordobles, samtidig som det totale alkoholforbruket øker. Størst økning finner vi hos kvinner og blant den eldre delen av befolkningen (Bye og Østhus, 2012; Hoverak og Bye, 2007). Kvinner har en høyere levealder enn menn. Det er derfor grunn til å anta at helse- og omsorgstjenestene i årene som kommer vil merke større pågang av eldre med alkoholrelatert problematikk, og at pågangen vil øke prosentvis mest blant kvinner.

Som påpekt i kapittel 2 er det høyst relevant å tilby eldre med en utviklet alkoholavhengighet spesialiserte rusbehandling. Ja ofte synes effektene av slik behandling og være bedre for eldre enn for yngre pasienter. Men ut over dette, vil vi i dette kapittelet spesielt fokusere på hvilken rolle de «ordinære» helse- og omsorgstjenestene kan ha i å identifisere og bistå eldre med en alkoholrelatert problematikk.

De aller fleste eldre som kommer i kontakt med helse- og omsorgstjenestene, gjør dette på grunn av fall og bruddskader, nedsatt almenntilstand og funksjonsfall med mer. I mange tilfeller vil alkohol som en mulig medvirkende årsak til innleggelse/kontakten forbli uoppdaget. Det er knyttet skam og skyld til det å miste kontroll over eget alkoholforbruk. Alkohol som problem vil dermed bli underkommunisert av pasienten selv.

Helsedirektoratets rapport «Tidlig intervensjon på rusområdet» (2007) og veileder «Fra bekymring til handling»(2009), samt stortingsmelding nr. 30 «Se meg!» (2011-2012) understreker viktigheten av å identifisere problemfylte alkoholvaner tidlig for å unngå ytterligere forverring av alkoholbruken. Hovedstrategien synes å være en generell anbefaling til helsetjenestene om å gjøre kartlegging av alkoholvaner på befolkningsnivå (universiell kartlegging), med et særlig fokus på unge og gravide. Rapporten «Tidlig intervensjon på rusområdet» (2007) åpner for at helsetjenestene, som alternativ strategi, kan identifisere problemfylte alkoholvaner ved hjelp av «case-finding», noe som indikerer at helsetjenesten identifiserer alkoholvaner på bakgrunn av tegn/symptomer som gjør alkohol til et relevant tema. «Case-finding» som strategi følges ikke videre opp verken i veilederen «Fra bekymring til handling» eller stortingsmeldingen «Se meg!». Videre er det en klar anbefaling at identifikasjon må følges opp med en eller annen form for intervensjon. Alt etter problemomfang kan en slik oppfølging strekke seg fra korte og målrettede samtaleintervensjoner av samme instans som gjorde identifikasjonen (f. eks fastlege/jordmor/sosialkurator/sykepleier) til videre henvisning til tverrfaglig spesialisert

rubehandling (TSB). Det anbefales at intervensjonsdelen i begge tilfeller bygger på prinsipper fra metodikken motiverende intervju (MI). Identifikasjon/kartlegging av problemfylt alkoholbruk refereres til i litteraturen som screening. Intervensjonsdelen omtales som «brief intervention», mens viderehenvisning refereres til som «referral to treatment». Samlet omtales gjener dette som en pakke «screening and brief intervention and referral to treatment», ofte forkortet til SBI og SBIRT.

De senere årene har forskningen gått SBI nærmere etter i sømmene. Mye tyder på SBI ikke virker som intendert. Forskere finner ikke ønsket effekt av SBI. Dette gjelder både når SBI blir studert i konteksten av kontrollert studie (efficacy) og når metodikken blir studert under «real life conditions» (effectiveness) (se for eksempel: Kaner et al, 2013, O`Donnell et al, 2013, van Beurden et al, 2012, Hansen et al, 2014, Saitz, 2014, Elzerbi et al, 2015). Flere forskere hevder dessuten at en vanskelig kan skille mellom «efficacy» og «effectiveness» når det kommer til å studere SBI. De hevder at SBI er for kontekstsensitiv, og at det derfor blir vanskelig å skille mellom hva som er «effectiveness» og hva som er «efficacy».

Kapitellforfatteren og faglig ansvarlig for denne rapporten deltok på årets ICTAB konferanse (The 13th International Conference on Treatment of Addictive Behaviors, juni 2015 i Odense, Danmark). Kunnskapsstatus på SBI feltet var en av konferansens hovedtema. Ledende SBI-forskere brukte begreper som «we are in a crisis» og «we need to go back to the drawingboard». Hva som nå bør være den videre anbefalingen er ikke klart men den alternative strategien omtalt i Helsedirektoratets rapport fra 2007 som «case-finding», synes å være en lovende strategi. Nyere forskning (Lid, 2012 og 2015 og Sandvik 2014) kan tyde på at det er kan være mer effektivt å adressere spørsmål knyttet til alkohol når dette oppleves som relevant, både for den som spør, og for den som blir spurt. Dette kan for eksempel gjøres i forbindelse med legebeseøk eller ved sykehusinnleggelser når det mistenkes at presentert sykdom/problem kan ha direkte eller indirekte sammenheng med pasientens alkoholvaner. På arenaer som sosialkontor, NAV kontorer, Helsehus, og i helsetjenestene ved skoler og universitet kommer en også i situasjoner hvor det presenterte problem kan ha en direkte eller indirekte relevant sammenheng med alkohol. På samme måte vil dette gjelde populasjonen som er denne rapportens fokus; eldre personer som har utviklet alkoholrelaterte problemer av sosial og/eller helsemessig karakter.

Rapportens problemstillinger:

Rapporten har som utgangspunkt at helse- og omsorgstjenesten i for liten grad gir oppmerksomhet til alkoholens potensielle betydning for helsetap, psykiske vansker og sosiale problemer.

Rapportens problemstillinger omhandler alle typer helse- og omsorgstjenester som kommer i kontakt med eldre, hvor alkohol kan tenkes å være en del av problemet.

1. Hvordan bør helse- og omsorgstjenestene utvikles og organiseres i årene som kommer for å møte de utfordringer som følger av en forventet økning av alkoholrelatert problematikk blant en økende gruppe eldre?
2. Hvilken kompetanse bør utvikles i helse- og omsorgstjenestene i årene som kommer relatert til disse utfordringene?

Nøkkelresultater:

- Helse- og omsorgstjenestene har ikke kapasiteter eller kompetanse nok til å identifisere pasienter som har et problemfylt forhold til alkohol.
- Brukerplan viser at små kommuner kartlegger flere personer over 60 år med skadelig alkoholbruk enn middels og store kommuner. Ved å inkludere pleie- og omsorgstjenesten i kartleggingene øker andelen kartlagte i denne gruppen ytterligere.
- Hovedbildet er at helse- og omsorgstjenesten i liten grad kjenner personer over 60 år med et problemfylt forhold til alkohol.
- Eldre personer med et problemfylt forhold til alkohol erfarer større somatiske helseproblemer enn øvrig befolkning.
- Erfarne klinikere mener at personer med et problemfylt forhold til alkohol ved økende alder opplever større problemer i forhold til angst, depresjon, ensomhet og kognitive problemer/demens.
- Fastlege, somatiske sykehus, hjemmesykepleie og ulike former for oppsøkende helse- og omsorgstjenester pekes ut som de viktigste aktørene for oppdagelse og behandling for alkoholrelaterte problemer for eldre.
- Noen kommuner har utviklet særskilte sykehjem/sykehjemsplasser for personer med et alvorlig høyt forbruk av alkohol.
- Flere prosjekter knyttet til alkohol og eldre etableres/har vært etablert i landets kommuner. Flere kommuner har problemer med å overføre prosjektpraksisen til vanlig drift etter endt prosjektperiode.

- Det bør utvikles strategier og metoder for å identifisere og behandle alkoholrelaterte problemer. Ved valg av metodikker til dette formålet er det viktig at disse lar seg skalere opp uten å miste sin opprinnelige effekt og at de lar seg implementere i de etablerte helse- og omsorgstjenestene.

Metode for datainnsamling:

Rapporten bygger i hovedsak på informasjon fra erfarne fagpersoner og forskere innhentet gjennom telefon og e-post-kontakt, systematisk informasjonsinnhenting gjennom en såkalt E-Lab supplert med BrukerPlan sine data fra kartlegginger av kjente rusmiddelmissbrukere i 201 kommuner (kartlegginger gjennomført pr. 31.12. 2014).

Fylkesmannsembeter og regionale helseforetakene (RHF) ble tilskrevet med følgende spørsmål:

- Finnes det en eller flere kommuner og/eller helseforetak (HF)/private leverandører innenfor fylket og/eller regionen som har etablert **særlige** tiltak eller prosjekt for eldre personer som har utviklet alkoholrelaterte problemer av sosial og/eller helsemessig karakter?
- Finnes det kommuner og/eller HF i fylket og/eller regionen som innenfor det **ordinære** tjenesteapparatet har etablert prosjekter eller egne tjenestetilbud, eller har gjennomført egne kompetansehevingstiltak rettet mot eldre og alkohol?

KORFOR mottok svar fra 15 Fylkesmannsembeter, 3 RHF, 2 HF og 1 privat avtaleleverandør.

KORFOR fikk tilbake informasjon om navn på helse- og omsorgstjenester rettet mot eldre og alkohol i kommuner og helseforetak. Informasjonen omhandlet både ordinære tjenester, særskilte tjenester og prosjekter. Samlet gav dette et overordnet bilde av helse- og omsorgstjenestene rettet mot eldre og alkohol i små, middels og store kommuner, Oslo inkludert.

På denne bakgrunn ble det ringt og sendt epost til nøkkelpersoner¹ i de mest aktuelle tjenestene. Gjennom denne prosessen ble det gitt informasjon om ytterligere fagpersoner/tjenester som ikke fremkom i runde 1.

KORFOR har gjort et strategisk utvalg av informanter. Informantene som ble valgt ut representerer: Oslo kommune, Klepp kommune, Molde kommune, Larvik kommune, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Rogaland, Nytorget legesenter i Stavanger, Helse Stavanger og Haugaland A-senter. Samlet representerer informantene en solid kompetanse og erfaring i arbeidet med eldre og alkohol.

I februar 2015 ble 11 fagpersoner (vedlegg 1) invitert til elektronisk laboratorium (E-Lab) i Stavanger. E-Lab er bærbare datamaskiner koblet i nettverk. KORFOR laget på forhånd agenda for dagen og sendte denne ut til deltakerne (vedlegg 2).

E-lab er en demokratisk prosess og alle fagpersonene kan være aktive samtidig. Strukturen i E-laben var som følger: Først en idedugnad over alle problemområdene som kan tenkes å ha noe med alkohol og eldre å gjøre. Etter at problemområdene var rangert etter alvorlighet ble fagpersonene bedt om å bruke resten av dagen på å skrive inn utdypende kommentarer til hvert av problemområdene. Instruksjonen var å prioritere de alvorligste temaene først. En rå-rapport ble generert i løpet av et par dager og sendt til fagpersonene for eventuelle ytterligere kommentarer. Deretter ble endelig rå-rapport utarbeidet.

Rå-rapporten samt informasjon fra nøkkelpersoner som KORFOR var i kontakt med forut for E-lab utgjør det viktigste datamaterialet for dette kapittelet. 17. mars ble en høringsgruppe invitert til Stavanger og forelagt et tidlig utkast av denne rapporten. Høringsgruppen besto av representanter fra de regionale kompetansesentrene for rusfeltet og en representant fra Senter for omsorgsforskning. 18. mars ble utkastet også forelagt og diskutert i fagmiljøet knyttet til KORFOR. Alle innspill og kommentarer har blitt vurdert og innarbeidet i rapporten.

KORFOR har forut for E-Lab snakket med 42 personer på telefon og vært i kontakt med 28 personer på E-post. Disse personene har alle på en eller annen måte kontakt med rapportens problemstilling. Informasjon som har fremkommet her har også blitt brukt som bakgrunnsdata ved utarbeidelse av denne rapporten. Gjennom denne prosessen fikk KORFOR tips om lokale prosjektbeskrivelser, brosjyremateriell, rapporter og mastergradsarbeider som er laget på tematikken eldre og alkohol. Mye av dette materialet ble innhentet og lest og har gitt nyttige innspill til rapporten.

¹ Fagpersoner og/eller tjenester som har vist særlig interesse for eldre og alkoholrelatert problematikk.

Resultatdiskusjon:

Eldre med et problemfylt forhold til alkohol er ikke en ensartet gruppe. Tematikken spenner fra de som over mange år har hatt et litt for høyt forbruk, men som på de aller fleste områder av livet klarer seg bra (litt for mye / litt for ofte). I den andre enden av skalaen finner vi de som over mange år åpenbart har hatt et høyt og skadelig alkoholforbruk og som ofte også har utviklet en alkoholavhengighet (den marginaliserte gruppen). Sistnevnte gruppe har alvorlig svikt på flere områder, både i forhold til somatisk og psykisk helse og i forhold til sosial fungering. Denne gruppen er såpass synlige for helse- og omsorgstjenestene at det ikke reises tvil eller usikkerhet til hvorvidt problematikken dreier seg om alkohol. Mellom disse to ytterpunktene finnes det naturligvis mange varianter av tematikken eldre og alkohol.

Resultatene viser at helse- og omsorgstjenestene er «best» egnet og har flest tilbud til de pasientene som befinner seg i den alvorligste enden av problematikken (marginaliserte).

Denne gruppen utgjør et mindretall av populasjonen eldre og alkohol.

Helse- og omsorgstjenestene kan møte alkoholproblematikk hos begge grupper på to måter; i) alkohol som mulig årsak til helse- og /eller sosiale problemer og ii) alkohol som mulig kompliserende faktor, både i forhold til alder generelt, i forhold til ulike andre diagnoser, i forhold til sosiale problemer og i forhold til medikasjon. Det er enklere å komme i posisjon til å snakke om alkohol når problemene åpenbart kan knyttes til alkohol, enten som årsak (eks. fall/ulykke) eller som kompliserende faktor (eks. leversvikt). Resultatene viser at helse- og omsorgstjenestene er «minst» egnet til å fange opp alkoholrelatert problematikk hos dem som drikker litt for mye/ litt for ofte. Denne gruppen utgjør et flertall av populasjonen eldre med alkoholrelatert problematikk.

Forenklet kan vi si at litt for mye / litt for ofte - gruppen i stor grad kan nyttiggjør seg de ordinære helse- og omsorgstjenestene, men at tjenestene i for liten grad kommer i kontakt med personene det gjelder. For de som befinner seg i den marginaliserte gruppen er ikke de ordinære tjenestene nok. Eksempelvis er det utviklet særskilte sykehjemsavdelinger/senger for denne gruppen. Denne gruppen er helse- og omsorgstjenestene i stor grad kjent med.

Spennet i populasjonen eldre og alkohol kan fremstilles slik:

Eldre som har et erkjent alkoholproblem og hvor helsemessige og sosiale problemer har vist seg i mange år allerede (marginaliserte).



Godt fungerende eldre med et alkoholforbruk som har begynt å vise seg i form av helsemessige og sosiale konsekvenser. Alkohol har ikke vært tematisert tidligere (litt for mye/ofte).

E-Lab avdekket 81 problemområder (vedlegg 3). Problemområdene ble så «renset» for duplikater og kondensert ned til 12 hovedkategorier (tabell under).

Nr	Gjennomsnitt	Standard avvik	Problem
1	7,8	2,25	Somatiske helseproblem
2	7,1	2,18	Kognitiv problemer/demens
3	6,9	1,6	Angst/depresjon osv.
4	6,9	2,02	Søvn, ernæring/aktivitet
5	6,8	3,22	Ensomhet, tap av livsmening/livskvalitet/roller
6	6,2	2,2	Alkohol/medisiner
7	6,2	2,53	skader/ulykker
8	5,3	1,77	Manglende oppfølging av medisisnering/hjelp
9	5,2	2,49	Stigmatisering, fasade og skyld
10	5,2	2,57	Kunnskap om endringer i tålegrenser for alkohol
11	5,1	2,08	Relasjonsproblemer
12	4,5	2,72	Boforhold, dårlig økonomi

Resultatene fra disse 12 hovedkategoriene er rangert etter hvordan deltakerne i E-Lab vurderer problemområdene etter alvorlighet. Problemene slik de fremkom vil bli presentert og

diskutert under følgende hovedoverskrifter; somatiske helseproblemer, kognitive problemer og sosiale problemer. I det videre vil vi presentere hvordan E-Lab, fagpersonene og de ulike hørings-personene (videre samlet omtalt som fagpersonene/informantene) mener tjenestene bør møte de utfordringene som disse tre problemområdene representerer.

Somatiske helseproblemer:

Informantene identifiserer fastlegen som den som er tettest på pasienten til å gi hjelp til somatiske helseproblemer. Dernest peker de på spesialisthelsetjenesten (somatikk) og ulike former for kommunale somatiske helsetjenester som f. eks hjemmesykepleie og sykehjem. Informantene vurderer at målgruppen ikke har like god tilgang på denne type tjenester som «normalbefolkningen». For den aller tyngste delen av målgruppen foreslås faste sykehjemsplasser som er spesialisert på eldre, alkohol og vanedannende medikamenter. For denne gruppen foreslås det også spesielt tilrettelagte hjemmetjenester med god kompetanse på eldre- og rusproblematikk sett i sammenheng. Noen sykehus har begynt med egne ruskonsulenter som påkalles dersom personale oppfatter at alkohol kan være en medvirkende årsak til innleggelse. Frisklivssentraler, kommunale helsehus og NAV blir også nevnt som relevante aktører for oppdagelse/behandling/henvisning videre. Erfaringene fra sykehus som har hatt spesielt fokus på alkohol er gode. Et viktig prinsipp er at fastlegen blir informert også om alkoholbruk som blir kartlagt i løpet av sykehusinnleggelsen. Fastlegen bør i slike tilfeller kalle inn pasienten raskt etter utskrivelse for å diskutere videre tiltak/oppfølging.

Fagpersonene mener at fastlegen har mye kompetanse om sammenhengen mellom alkohol og somatiske helseproblem. Denne type kompetanse bør videreutvikles til alle deler av hjelpetjenestene som kommer i kontakt med mennesker med potensielt skadelig alkoholbruk, fordi det er tjenestene samlet som må bære ansvaret for at for høyt alkoholbruk oppdages og håndteres. Det pekes på at somatiske helseproblem er en anledning til å spørre om alkoholvaner. Resultatene viser at tematisering av alkohol også handler om holdninger og mot til å spørre. Helsearbeidere «overser» gjerne alkohol som en faktor fordi de synes det er grenseoverskridende å spørre. Her bør kompetansen økes, både hos hjelpere og i befolkningen. Deltakerne mener imidlertid at mye av den nødvendige kompetansen allerede finnes, men at begrenset tid til rådighet overfor enkeltpasienter (gjelder alle deler av helsetjenesten) gjør at kompetansen ikke tas i bruk. Systematiske programmer etterspørres. For eksempel slik: 1. Identifikasjon, 2. informasjon, 3. bevisstgjøring (samtale om) og 4. tilby konkrete hjelpetiltak. Teknikker hentet fra motiverende intervju (MI) fremheves som nyttig

utgangspunkt for samtale mellom hjelper og pasient. Det vises til at det til tross for økt satsing på MI de senere årene, fremdeles mangler organisatorisk fokus knyttet til opplæring, implementering og vedlikeholdelse av denne type programmer.

De fleste helse- og omsorgstjenester har i utgangspunktet som sitt ansvar å formidle kunnskap om at økende alder kan føre til økt følsomhet for alkoholens virkninger og bivirkninger (tålegrense for alkohol). I varierende grad er formidling av denne type kunnskap satt i system. Kunnskap om at aldri fører til lavere tåleevne til alkohol er godt kjent blant leger og særskilte tjenester for eldre og alkohol. Det er mindre kunnskap og dermed bevissthet på temaet i mer generelle tjenester. Temaet blir derfor i for liten grad gjort allment kjent og tematisert overfor enkeltpasienter.

Kognitive problemer:

Fastlegen blir av deltakerne pekt ut til å være den viktigste «oppdageren» av begynnende kognitive problemer/demens. Helse- og omsorgstjenester som hjemmesykepleie og sykehjem peker seg ut som viktige tjenester for gruppen. Spesialisthelsetjenesten har en viktig rolle i forhold til utredning/behandling/skjerming. Kommunale demenskoordinatorer er et viktig bindeledd mellom tjenesteapparat og pårørende/pasient. Ulike former for utredningsenheter utpekes også som viktige tjenester for gruppen. Pårørende er en viktig ressurs, og mange av tilbudene retter seg mot denne gruppen. Tilgjengeligheten til utredning og spesialisthelsetjenester vurderes som lav. Deltakerne mener at tjenestene samlet sett har for lav kapasitet til at de klarer å gi nødvendig oppmerksomhet til hver enkelt pasient (både i forhold til utredning og oppfølging).

Først og fremst peker informantene på behovet for økt kompetanse i tjenestene til å se kognitive problemer/demens i sammenheng med alkohol. Deltakerne mener at det finnes god kompetanse på kognitive problemer og demens i de ulike tjenestene (fastleger, hjemmesykepleie, alderspsykiatri, geriatriiske avdelinger osv.), men at det gjenstår arbeid for å systematisere kompetansen (hvem gjør hva og når/gjøre alkohol relevant i forhold til spørsmål knyttet til denne type problemer). Det pekes på at manglende utredningskompetanse (og kapasitet) fører til «følgefeil» videre i behandlingsapparatet, og at kognitivt svikt som følge av for høyt alkoholbruk blir tatt tak i senere enn nødvendig.

Søvn, ernæring, aktivitet:

Frisklivssentraler og andre varianter av tilbud som har som formål å gi befolkningen folkehelse råd/hjelp blir pekt på som en viktig tjeneste i forhold til søvn, ernæring og aktivitet. Deltakerne mener at denne type tilbud bør etableres i alle kommuner. Det finnes svært mange ulike varianter av tjenester som tilbyr hjelp og undervisning til eldre om denne type problemer, men tilbudene varierer mye fra kommune til kommune. Fastlegen har en viktig rolle som veileder og videreformidler av oppfølgingstilbud til denne pasientgruppen. Spesialisthelsetjenesten kan være en nødvendig ressurs for å utelukke underliggende somatiske tilstander som årsak til problemene. Frivillig sektor har også mange tilbud for eldre hvor denne type problemer tematiseres. For pasienter med svakest funksjonsnivå vil hjemmesykepleie og andre former for hjemmetjenester være viktige tjenester for denne type problemer. Deltakerne mener at det er god tilgjengelighet til tjenester rettet mot søvn/ernæring/aktivitet, men også her peker deltakerne på manglende kobling mellom tilstand og alkoholbruk.

For søvn, ernæring, aktivitet peker fagpersonene på manglende kartleggingskompetanse (der alkohol inngår som en del av kartleggingen). Også her viser resultatene at det mangler kompetanse på å sette presenterte problemer i sammenheng med alkohol (tematisering).

Medisinbruk:

Fastleger, sykehus og ulike former for medisinske hjemmetjenester følger opp pasienters medisinbruk. Der hvor alkoholbruk er en kjent problematikk vil disse tjenestene også håndtere kombinasjonen alkohol/medisin. Særskilte tjenester som spesialavdelinger/senger rettet mot alkohol på sykehjem er tilgjengelige i noen kommuner. Denne type sykehjemsplasser håndterer alkoholproblematikk for de eldste og dårligste pasientene. I øvrige kommuner vil pasientgruppen få tilbud om hjelp av ordinære tjenester. Det er lav dekning i landet av særskilte tjenester for denne gruppen. Oppfølging av medisiner er et ansvar for fastlege, sykehus, hjemmetjenester, psykiatri, ruspoliklinikker, sykehjem osv. Deltakerne vurderer at det er god tilgjengelighet til denne type tjenester, men også her etterlyses det en systematikk i å oppdage denne type problemer. Det blir i følge deltakerne tilfeldig og avhengig av enkeltpersoner.

Fagpersonene mener at det er for lav kompetanse på sammenhengen mellom alkohol og medisiner. Kompetansen finnes gjerne, men det vurderes dithen at tjenestene samlet ikke har et systematisert fokus på problematikken. Deltakerne vurderer at temaet må inn mer

systematisk i undervisningssammenheng. Fokus bør være på det å snakke om alkohol. Det mangler ressursgrupper eller annen type systematisk kompetansemiljøer som raskt kan komme på banen og gi sin vurdering av pasientens oppfølgingsbehov i forhold til medisiner og alkohol. Flere deltakere peker på at kommunale bestiller/utførermodeller kan hindre god nok tid til å gjøre grundige kartlegging av oppfølgingsbehov.

Skader og ulykker:

De ordinære tjenestene som lege, legevakt og akuttmottak på sykehus er tilgjengelige for skader og ulykker som følge av alkoholbruk hos eldre. Ambulansepersonell, politi og brannvesen kan også være aktuelle tjenester. Det samme gjelder ulike former for hjemmetjenester (miljøtjeneste, hjemmesykepleie-/hjelp osv.). Deltakerne mener at det er varierende årvåkenhet (og dermed tilgjengelighet) på årsakssammenhenger mellom alkohol og skade/ulykke. Systematisk kartlegging av alkohol i alle ledd av behandlingkjeder ved ulykker/skader mangler de fleste steder. Flere kommuner har forebyggende samtaler med eldre, noe som deltakerne vurderer som bra (eldrerådgivere/rusrådgivere/helsehus osv.).

Økt kompetanse vil føre til tjenester som i større grad evner å se sammenhenger mellom skader/ulykker blant eldre og alkohol. Tjenestene må også øke samhandlingskompetansen. Dette vil si at tjenestene må bli flinkere til å koble på andre relevante tjenester og la kunnskapen om pasientens alkoholbruk følge med videre i behandlingsforløpet.

Angst og depresjon:

I følge våre informanter erfarer de at angst og depresjon er de mest aktuelle psykiske lidelsene. For angst og depresjonsproblemer erfarer fagpersonene at ulike former for ambulerende team/hjemmetjenester (både kommunale og i regi av spesialisthelsetjenesten) gir god og nyttig hjelp. Ved alvorligere tilstander er fastlege og polikliniske tilbud (psykiatrisk sengeposter/dps) viktige bidragsyttere. Deltakerne mener at eldre ikke har like god tilgang til spesialiserte tjenester som den yngre befolkning. Dette kan være en medvirkende årsak til at det tar lang tid før denne type problemer sees i sammenheng med alkoholbruk. Det mangler en del på kompetente og «modige» utredningsenheter. Utfordringen kan deles i 2; 1. generelt lav kapasitet hos kompetente utredningsenheter, 2. mot og evne til å fatte riktige beslutninger (oppdage sammenhenger for eksempel mellom angst/depresjon og alkohol) i helse- og omsorgstjenestene.

Fagpersonene mener at de ordinære tjenestene i utgangspunktet skal kunne håndtere angst og depresjon hos eldre med alkoholproblemer. Det pekes på at kompetansen bør økes på forhold som har med sammenhengen mellom alkohol og angst/depresjon. Manglende kompetanse kan være en medvirkende årsak til at integrert behandling (alkohol og psykisk lidelse behandles samtidig) tilbys i for liten grad. Manglende kompetanse om alkohol (også forholdsvis moderate mengder) bidrar også til at tjenestene unnlater å tematisere alkohol. Deltakerne mener at suicidproblematikk underkommuniseres for denne gruppen. Årsaken til dette mener deltakerne handler om lav kompetanse hos alle ledd i tjenestene. Deltakerne mener at tjenester som kommer i kontakt med pasienter i denne gruppen bør ha kompetanse til å viderefremme til eller tilby KID-kurs (kurs i mestring av depresjon).

Stigmatisering, fasade og skyld:

Fastlege, hjemmetjenester og psykologtjenester håndterer problemer knyttet til stigmatisering, fasade og skyld. Lege og hjemmetjeneste blir vurdert til å ha god tilgjengelighet.

Psykologtjenester (offentlige) har ofte lange ventetider. Ulike former for selvhjelpsgrupper gir også i mange tilfeller verdifulle bidrag til enkeltpersoner med denne problematikken. Ved livets slutt vil mange ha behov for anledning til egenrefleksjon og tid til å sørge over livet slik det har vært. Her kan sjelesorg og psykolog/sosionomtjenester være nyttige tjenester å tilby.

Det finnes god kompetanse i tjenestene på å håndtere problemer knyttet til stigmatisering, fasade og skyld. Det avgjørende er at tjenestene identifiserer at pasienter opplever disse problemene. Deltakerne mener at det er først og fremst identifikasjonskompetansen som må heves. Når deltakerne mener at dette er vanskelig å ta opp så tror deltakerne at dette handler om at det er tabuer knyttet kontrolltap over alkoholen. I tilfeller hvor alkohol er en åpenbar problematikk (alvorlig alkoholavhengighet) kan disse problemene også bli oversett, men da fordi ingen kommer på at dette også kan være problemfylt for alvorlig langkomne alkoholavhengige («de har sunket så dypt, at de ikke har mer å tape»).

Sosiale problemer:

Ensomhet, tap av livsmening/livskvalitet/roller:

Ulike former for hjemmetjenester gir hjelp til problemer som angår ensomhet, tap av livsmening/livskvalitet/roller. I tillegg til ordinære tjenester peker deltakerne på sosionomtjenester, sosial vaktjeneste, prestetjeneste og ambulerende psykiatritjeneste. Fastlegen er i mange tilfeller også en god samtalepartner/hjelper for denne type problemer.

Ved alvorligere tilstander vil spesialisthelsetjenesten først og fremst representert ved dps, være aktuelle tjenester. Frivillig sektor og brukerorganisasjoner for eldre legger ned en betydelig innsats for å kompensere for problemer i denne kategorien. Deltakerne mener at det er mye å hente på å videreutvikle tjenester i samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor. Eksempel på dette kan være møteplasser i regi av frivillig sektor (kafeer, aktivitetsbaserte møteplasser, kirken osv.) , hvor ulike offentlige instanser blir invitert inn etter behov fra brukerne.

Tjenestene mangler først og fremst kompetanse på å se ensomhet, tap av livs mening/livskvalitet/roller i sammenheng med alder og alkohol. Det har i de senere årene vært en betydelig skolering av ansatte i kognitive terapiformer og motiverende intervjuing (MI). Deltakerne er usikre på hvorvidt tjenestene vedlikeholder kompetansen på dette området (systematisk veiledning/etterutdanning) og hvor flinke de er til å sette metoden i system.

Relasjonsproblemer:

Ved relasjonsproblemer vil fastleger, familievernkontor, prestetjenester, helse- og sosial kontor, alkoholbehandlingstjenester, støttesenter, brukerforeninger osv. vil være aktuelle tjenester. Det er god tilgjengelighet til denne type tjenester, utfordringen blir å komme i kontakt all den tid det er knyttet mye sinne, skam og skyld til problemer i denne kategorien.

Det finnes mange kompetente tilbydere av hjelp til relasjonsproblemer, - både i privat og offentlig regi. Elefanten i rommet er alkoholen. Deltakerne mener at det blir vanskelig å jobbe med relasjonelle utfordringer uten å gjøre noe med selve årsaken til problemet.

Bolig og økonomi:

Spørsmål knyttet til bolig og økonomi er først og fremst en oppgave for NAV. Men også fastleger, kommunale boligkontor, ulike former for hjemmebaserte/ambulante tjenester er i kontakt med eldre som trenger hjelp i forhold til bolig og økonomi. Sykehjem kan være aktuelt for de eldste/dårligste. En må skille mellom de som bor i egen bolig og de som er i behov for offentlig hjelp til å skaffe seg tak over hodet. For mange vil det være en utfordring å ha kontroll over egen økonomi. Her kan ulike former for hjelp til å holde orden i privatøkonomien være aktuelt.

Det er god kompetanse i tjenestene til å gi hjelp med spørsmål knyttet til bolig og økonomi. NAV og kommunale boligkontor har god oversikt over ulike støtteordninger. Spesielt i

pressområder kan tilgangen på bolig være et hinder for å oppnå en god boligsituasjon, og da spesielt for de dårligst fungerende.

Oppsummering:

Hovedbildet er at helse- og omsorgstjenesten på langt har oversikt over alle eldre som har et problemfylt forhold til alkohol. En del av problemområdene som kommer frem i denne rapporten har også det i seg at det gjelder alle personer med et problemfylt forhold til alkohol, - og ikke bare eldre. Vi har i stor grad latt dette ligge. Det er likevel verdt å merke seg at erfarne fagfolk på området mener at dette er behov som i større eller mindre grad er udekket og bør adresseres.

Fagpersonene er enige om at helse- og omsorgstjenestene må formidle at alkohol både er et nytelsesmiddel, samtidig som det er et potensielt helseskadelig produkt. For å få til dette på en troverdig måte må tjenestenes aktører vite når alkoholen bør være et tema, og når det kan ligge. Å snakke om mot kan virke rart. Fagpersonene mener at tjenestene vegrer seg for å problematisere alkoholbruk stilt overfor ellers ressurssterke mennesker. Det er glidende overganger mellom såkalt vanlig alkoholbruk til gruppen litt for mye/ofte. Dermed ligner alkoholbruken til de som befinner seg i litt for mye/ofte gruppen på alkoholbruken til ansatte i helse- og omsorgstjenestene (over 95 % av befolkningen over 18 år drikker alkohol).

Eldre personer tåler generelt alkohol dårligere enn yngre personer, gitt samme alkoholinntak. Eldre personer med et problemfylt forhold til alkohol løper økt risiko for å utvikle problemer med somatisk og psykisk helse, samt oppleve tap av status og varierende grader av sosiale problemer.

I de senere årene har det blitt økt oppmerksomhet knyttet til somatiske sykehus som arena for å gripe tak i alkoholrelatert problematikk. Flere sykehus i landet har nå på planleggingsstadiet prosjekter etter modell av blant annet ruskonsulentordningen ved Stavanger

Universitetssykehus. Våre informanter fremhever også fastlegekontorene som en viktig arena for oppdagelse og behandling av alkohol. Forskning viser at anbefalt strategi (Screening and Brief Intervention) har vist seg vanskelig å implementere. En mer pragmatisk innfallsvinkel til problemstillinger knyttet til eldre og alkohol (der alkohol anses å være relevant i forhold til den somatiske helseproblem pasienten oppsøker lege/blir innlagt på sykehus for) har fått stadig større oppmerksomhet. Mye tyder på at dette ligger nærmere fastlegers forståelse av sitt oppdrag, og at det er slik mange allerede jobber i dag.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling har lite spesifikk kompetanse og tilbud til eldre personer med alkoholrelaterte problemer. Det er spesielt innenfor de private ideelle institusjonene med avtale og private kommersielle aktører som gir spesifikke tilbud til denne gruppen. Sistnevnte er kostbare, og kan bare benyttes av personer med god økonomi, eller personer i arbeid hvor arbeidsgiver har avtale med denne type aktører. Det store gross av eldre med alkoholrelaterte problemer, blir overlatt til seg selv og den nærmeste familie, eller blir et anliggende for fastlege, somatiske sykehus, sykehjem, hjemmesykepleie eller andre typer oppsøkende helse- og omsorgstjenester.

Flere av disse problemområdene er ikke eksklusive for eldre og alkohol. Hva angår kompetanse og oppmerksomhet fra helse- og omsorgstjenestene synes det som at tjenestene samlet er for dårlige til å kartlegge alkoholproblemer i sitt opptaksområde og dermed heller ikke er gode nok til å oppdage enkeltpersoner som drikker for mye. Til tross for mange prosjekter og enkelttiltak knyttet til alkohol og eldre, mener våre informanter at det mangler et overordnet fokus og en nasjonal strategi om metodevalg og praksiser overfor gruppen eldre og alkoholproblematikk i både kommuner og spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at en samler erfaringer fra ulike deler av landet gjort gjennom enkeltprosjekter. Denne type prosjekter og videre forskning vil kunne bringe helse- og omsorgstjenestene nærmer målet om å identifisere og behandle flere eldre personer med alkoholrelaterte problemer. Videre utvikling må ta på alvor spørsmål knyttet til implementering og skalering. Forskning og erfaring viser at det er viktig at metoder må vise seg robuste i møte med virkelighetens ordinære praksis før de implementeres. Med robuste menes her at de ikke mister sin opprinnelige effekt når de løftes ut av forskning/prosjektkontekst (skaleres opp) og prøves mot virkelighetens praksis (fastlegekontor, sykehus, hjemmesykepleie og lignende). Flere av våre informanter er inne på at det er knyttet skam og skyld til det å miste kontroll over eget alkoholforbruk. Mye forblir derfor uoppdaget og forsøkes løst i de private nettverk. Fra forskingen og private beretninger vet vi at det er vanskelig å ta opp problemer knyttet til alkohol i nære familie/vennerelasjoner. BrukerPlan fra 2014 viser at det er store mørketall i forhold til kartlegging av alkoholrelaterte problemer blant eldre. Tall fra BrukerPlan viser at landsgjennomsnittet (BrukerPlankartlegging av 201 kommuner) viser at 6 % av andelen kartlagte er over 60 år er 6 % i store kommuner. I Ålesund kommune inkluderte de i 2014 pleie- og omsorgstjenesten i kartleggingen (dette gjøres nå også i flere kommuner i resten av landet). Andelen kartlagte steg med dette til nær 30 %. Tall fra BrukerPlan viser videre at mindre og små kommuner gjennomgående kartlegger flere eldre over 60 år enn det som er tilfellet i de store byene.

Eksempelet fra Ålesund viser at større kommuner med sannsynlighet har mye å hente på inkludere pleie- og omsorgstjenestene i kartlegging av eldre personer med problemfylt forhold til alkohol. Kartlegging er ikke nok. Men det sier noe om hvor stort problemomfanget er, og er en god hjelp for kommuner når de skal utforme og dimensjonere tilbudet.

Referanser:

Elzerbi, C., Donoghue, K., Drummond, C. (2015): «A comparison of the efficacy of brief intervention to reduce hazardous and harmful alcohol consumption between European and non-European countries: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials». Doi: 10.1002/add. 12960

Hansen, A., B., G., Nielsen, A., S., Becker, U. (2014): «Utilstrækkelig viden i sundhedsvæsenet om effekten af kort intervention mod alkohol». Ugeskr Læger

Kaner, E., Bland, M., Cassidy, P., Coulton, S., Dale, V., Deluca, P., Gilvarry, E., Godfrey, C., Newbury-Birch, D., Oyefeson, A., Parrot, S., Perryman, K., Phillips, T., Shepherd, J., Drummond, C. (2013). "Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomized controlled trial". BMJ

Lid, T.G & Malterud, K. (2012). General practitioners' strategies to identify alcohol problems: a focus group study. Scand J Prim Health Care. 2012 Jun;30(2):64-9.

Lid, T. G. & Nesvåg, S & Meland, E. (2015). When general practitioners talk about alcohol: exploring facilitating and hampering factors for pragmatic case finding. Scand J Public Health. 2015 Mar;43(2):153-8.

O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J., Kaner, E. (2013): "The impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A systematic Review of Reviews". Alcohol and Alcoholism

Saitz, R. (2014): "The best evidence for alcohol screening and brief intervention In primary care supports efficacy at best, not effectiveness: You say tomato, I say tomato? That`s not all it`s about". Addiction Science & Clinical Practice

Sandvik, T. (2014): Identifikasjon av alkoholproblematikk i somatisk sykehus. Masteroppgave UiS.

van Beurden, I., Anderson, P., Akkermans, R., P., Grol, R., P., T., M., Wensing, M., Laurant, M., G., H. (2012): «Involvement of general practitioners in managing alcohol problems: a randomized controlled trial of a tailored improvement programme». Addiction

Kapittel 4. Helsemessige og sosiale problemer blant eldre i LAR

**Silvia Eiken Alpers, Siv-Elin Leirvåg Carlsen, Jan Tore Daltveit,
Zhanna Gaulen og Marianne Fjæreide**

Innledning

Denne kunnskapsoppsummeringen omhandler helsemessige og sosiale problemer blant eldre i LAR, som her defineres som personer i alder 45 år og oppover. Denne aldersgrensen er satt ut fra kunnskap om at den rusmiddelavhengiges tidligere livsførsel medfører at aldersrelaterte problemer oppstår i tidligere alder enn hos normalbefolkningen.

Metode

Denne delrapporten tar i bruk ulike datakilder, som internasjonal litteratur, kvalitetssikringsprosjekt om LAR-X pasienter, E-lab, nasjonale data fra BrukerPlan 2014 (KORFOR) og Statusrapport 2013 (SERAF). Nedenfor gis en kort presentasjon av disse.

Systematisk litteratursøk

Litteratursøk ble gjennomført i PsycINFO, EMBASE, MEDLINE, Web of Science og SveMed+. Søkeord som ble brukt er kombinasjoner av elderly, aging/ageing, older, adult, person, client, patient, individual, addict, dependent, user, opioid, opiate, buprenorphine, methadone, substitution, replacement, assisted og maintenance. Det var ikke mulig å gjennomføre søk med de spesifikke søkeordene som nevnt ovenfor på andre nordiske og norske databaser.

Litteratursøket inkluderte artikler publisert til og med mars 2015. Primærstudier, engelskspråklige eller nordiske, som omhandler mennesker i LAR fra 45 år og over og som sier noe om helse- eller sosiale problemer ble inkludert. Totalt inngår 32 studier i litteraturkildene.

Kvalitetssikringsprosjektet om LAR-X pasienter

Dette er et prosjekt ved Avdeling for rusmedisin, Seksjon Forsking og utvikling i Helse Bergen. Prosjektdeltakere er LAR-pasienter med daglig behandlingsansvar til fastlege. Data om rusmiddelbruk, behandlingsevaluering, fysisk og psykisk helse, sosiale forhold og egenaktivitet knyttet til å bedre mestring av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler fra 47 deltagere inngår i dette materialet. Aldersspennet på deltakerne er fra 29 til 63 år, og deles inn i aldergruppene under 45 år og over 45 år. 30 deltagere er over 45 år.

E-lab

E-lab er en brainstormingsmetode om en gitt problemstilling eller tema. Deltager har hver sin Pc koblet sammen i nettverk, der det som skrives er synlig for alle deltagerne, men avsenderen identifiseres ikke. Deltageren blir bedt om å rangere de skriftlige uttalelsene de mener er viktigst.

Det ble gjennomført tre E-labber i forbindelse med arbeidet med å kartlegge helsemessige og sosiale problemer hos eldre i LAR. En ble gjort med forskere og fagfolk innen LAR, en annen med fagfolk og en tredje med LAR-pasienter over 45 år. Forsker- og faggruppene fikk ikke helt identiske spørsmål. Den ene gruppen fikk spørsmål om hvilke helsemessige og sosiale problemer personer i LAR hadde, mens den andre gruppen fikk dette spørsmålet som to separate problemstillinger.

BrukerPlan

BrukerPlanundersøkelsen i 2014 kartlegger kommunens inntrykk av rusmiddelavhengige som mottar kommunale helse-, omsorgs- og velferdstjenester i løpet av de siste 12 månedene². Materialet omfattet 3.783 LAR-pasienter der 71 % er menn, 29 % er kvinner og gjennomsnittsalder er 42 år. Det rapporteres på ulike problemstillinger med tre fargekoder som indikerer alvorlighetsgraden, grønt indikerer den laveste alvorlighetsgraden, deretter gul og den alvorligste kodes med rødt.

I datasettet er inkludert kategorien «ukjent», men prosentene som presenteres, er uten denne.

Statusrapport for LAR 2013

Statusrapporten for LAR er en årlig rapportering fra alle Helseforetak og i Norge om ulike temaer knyttet til denne pasientgruppen.

Videre fremstilling

Data fra disse kildene presenteres samlet. Først belyses de psykiske problemstillingene hos eldre LAR-pasienter, deretter de sosiale og til slutt somatiske problemstillinger. Etterfølgt av diskusjon og konklusjon.

² *Rusmiddelmissbruk i Norge. BrukerPlan – statistikk 2013* (Håland, Lie, Nesvåg, & Stevenson, 2014).

Resultater

I dag er er fire av ti norske LAR-pasienter over 45 år, mens andelen over 60 år fremdeles bare er litt over 2 prosent (Håland, Lie, Nesvåg, & Stevenson, 2015; Waal, Bussesund, Clausen, Håseth, & Lillevold, 2014).

Et kjennetegn ved den Norske LAR-populasjonen er at flest i aldergruppen 45 år og over mottar metadon, og at metadondosen er høyest blant de to eldste aldersgruppene, henholdsvis 52% i aldergruppen 45-59 år og 62% hos de over 60 år. Gjennomsnittlig døgndose er respektivt 101 mg og 106 mg. Til sammenligning, hos de to yngste aldersgruppene er metadondosen 88 mg og 97 mg. Når det gjelder buprenorfinpreparater er gjennomsnittlig døgndose omtrent lik, uavhengig av alder.

Psykisk helse

I arbeidet med kunnskapssøket fremkom det begrenset informasjon om psykisk helse. Men, en vet at angst, depresjon, personlighetsforstyrrelser er vanlige problemer hos eldre i LAR (Dürsteler-MacFarland et al., 2010).

Litteratursøket avdekket to studier som sammenlignet eldre med yngre LAR-pasienter i forhold til forekomst av psykiske lidelser. Firoz og Carlson (2004) fant at forekomsten av psykiske problemer var lik (24 %) både blant LAR-pasienter over 55 år og de under 55 år. Badrakalimuthu, Tarbuck og Wagle (2012) fant imidlertid høyere forekomst av psykiske lidelser blant LAR-pasienter over 50 år (62 %) sammenlignet med pasienter under 50 år (43 %). Rosen, Smith og Reynolds (2008) fant at 57 % av LAR-pasienter i alderen 50-70 år hadde hatt en psykisk lidelse i løpet av det siste året. Andelen var større blant kvinner (67 %), sammenlignet med menn (52 %). I E-lab ble psykiske problemer generelt høyt rangert av pasienter og klinikere. Forskning viser at LAR-pasienter var plaget av hukommelsestap, paranoia og endret stemningsleie, med angst og sinne som det vanligste (Roe, Beynon, Pickering og Duffy (2010).

I BrukerPlan 2014 vurderes pasientenes funksjonsnivå i forhold til den psykiske helsen. Blant eldre LAR-pasienter ble 59 % i aldersgruppen 45-59 år, og 48 % i aldersgruppen 60+ vurdert å ha noe funksjonssvikt³ knyttet til psykisk helse. Til sammenligning var tilsvarende tall for

³ Hvor han/hun ikke klarer å oppfylle vanlige krav til fungering overfor venner, jobb/skole, avtaler, offentlige transportmidler, men i rimelig grad ivaretar egne daglige gjøremål og personlig hygiene.

de to yngste aldersgruppene 57-60 %. Andelen med alvorlig funksjonssvikt⁴ pga. psykisk helse var på ni prosent i aldersgruppen 45-59 år og åtte prosent i aldersgruppen 60 år og over, mens den var 13-15 % i de to yngste aldersgruppene.

Depresjon og suicidalitet

Depresjon og depressive symptomer forekommer ofte hos eldre LAR-pasienter (Beynon , Roe, Duffy, & Pickering, 2009; Roe et al., 2010). En av fem norske LAR-pasienter over 45 år er vurdert å ha en alvorlig depresjon siste 4 uker, og andelen er lik i alle aldersgruppene (Waal et al., 2014). Depresjon ble også rangert relativt høyt blant klinikerne i E-lab, men ikke spesifikt nevnt av pasientene.

Prevalensen av alvorlig depresjon i undersøkelsene identifisert gjennom litteratursøket, er på henholdsvis sju prosent, 33 % og 34 % (Lofwall, Brooner, Bigelow, Kindbom, & Strain, 2005) (Rosen et al., 2008) (Lofwall et al., 2005).

Selvmondsfare og -tanker ble rangert høyt av klinikerne i E-lab, men ikke spesifikt nevnt av pasientene. I Statusrapport 2013 hadde henholdsvis tre prosent (45-59 år) og fire prosent (60 år og over) et kjent selvmordsforsøk i løpet av det siste året. Tilsvarende andel blant de to yngste aldersgruppene var fem prosent (18-29 år) og fire prosent (30-44 år) (Waal et al., 2014). Kvinner har, i motsetning til menn, større grad psykiske plager som selvmordstanker og -forsøk (Grella & Lovinger, 2012).

Angstproblematikk

Statusrapport 2013 viser at i aldersgruppen 45-59 år ble 26 % vurdert til å ha alvorlig angst i løpet av de siste fire uker, mens andelen var lavere i aldersgruppen 60 år og over (15 %). Når det gjelder de to yngste aldersgruppene var tilsvarende andel 30 % (18-29 år) og 28 % (30-44 år) (Waal et al., 2014).

I E-lab ble angst og angstproblematikk rangert høyt av klinikerne, mens pasientene kun trakk frem sosial angst. Litteratursøket viste at ca. 30 % av eldre LAR-pasienter hadde en angstlidelse i løpet av det siste året (Rosen et al., 2008). I forhold til forekomsten av ulike typer fobier fant Rosen et al. (2008) mye høyere forekomst enn Lofwall et al. (2005). Angst var også et vanlig tema blant informantene til Roe et al. (2010).

⁴ Alvorlig funksjonssvikt og sviktende krefter, motivasjon og/eller ferdigheter i forhold til krav fra omgivelsene og til egen omsorg.

Psykiske traumer og posttraumatisk stresslidelse (PTSD) ble trukket frem av pasienter og klinikere i E-lab. Rosen et al. (2008) fant at 25 % av de eldre LAR-pasientene hadde PTSD i løpet av det siste året, mens Lofwall et al. (2005) fant at ingen i studien hadde PTSD.

Vrangforestillinger/hallusinasjoner

Andelen som ble vurdert å ha hatt vrangforestillinger/ hallusinasjoner i løpet av de siste fire ukene, er relativt lik i aldersgruppene. Men, andelen er størst hos de over 60 år (8 %) og lavest i aldersgruppen 45-59 år (6 %)(Waal et al., 2014).

I E-lab ble psykoser nevnt av pasientene, mens klinikerne oppga dobbeltdiagnoser som i stor grad vil omfatte psykoselidelsene. Lofwall et al. (2005) fant at to prosent av eldre LAR-pasienter hadde schizofreni og livstidsprevalensen var den samme.

Andre psykiske helseproblemer

Andre psykiske helseproblemer som ble trukket frem av pasienter og klinikere i E-lab, og som fikk høy skår var personlighetsforstyrrelser, søvnproblemer, kognitiv svekkelse og hukommelsesproblemer. Hukommelsestap rapporteres også i kvalitative studier (Beynon et al., 2009; Roe et al., 2010).

Sosiale problemer

Sosial isolasjon

Å være i LAR kan være positivt, da det kan reparere eller forbedre familie- og andre sosial relasjoner (Hamilton & Grella, 2009; Malvini Redden, Tracy, & Shafer, 2013).

Undersøkelser fra Norge og USA (Nyhagen, 2014; Rosen, Goodkind, & Smith, 2011) viste at eldre i LAR har et stort ønske om å være til nytte for andre. Ved å være i LAR får de mulighet til å ta ansvar for egne eller andres barn, barnebarn eller eldre familiemedlemmer og på denne måten kan de gi noe tilbake (Rosen et al., 2011). Dette er også en viktig grunn til at de holder seg rusfri. En studie fra Singapore (Guo, Winslow, Manning, & Thane, 2010) viser at hele familien blir involvert i LAR-behandlingen, og at familien har en positiv opplevelse av LAR sin innvirkning på den eldre. Studien trekker frem familiens funksjon – der barna eller svigerbarna står for utlevering av LAR-medisin og familien opplever byrden ved å ha en rusmiddelavhengig i familien som mindre.

BrukerPlanundersøkelsen for 2014 rapporterer at blant eldre i LAR har 42 % en god sosial fungering. Uavhengig av alder er det like mange i LAR-X prosjektet som er fornøyd med fritiden sin (40 %), mens andelen som er misfornøyd er litt større hos de eldre (40 % versus 30 %). Når det gjelder venner er andelen som er misfornøyd dobbelt så stor hos de yngste (53% versus 23 %).

Flere internasjonale studier viser at eldre i LAR generelt har lite sosial støtte, de har få venner og ofte liten eller ikke kontakt med familie (Dürsteler-MacFarland, Schmid, & Vogel, 2010; Ege, 2012; Nyhagen, 2014; Pedersen, 2006; Rosen, Goodkind, & Smith, 2011; Smith & Rosen, 2009).

For mange rusmiddelavhengige oppleves sosial isolasjon som en del av aldringsprosessen (Hamilton & Grella, 2009), og tap av familiekontakt kommer tydeligere frem i denne livsperioden. Vansker i relasjoner til familien pga. uløste konflikter og skuffelser, og mange års fravær fra familien gjør det problematisk å gjenoppta kontakten. Samtidig viser funn fra LAR-X prosjektet at 83 % av deltagerne har opplevd tap av nær familie eller andre (ved dødsfall), og at dette har påvirket dem mye i negativ forstand. I E-lab rangerte pasientene sosial isolasjon som det nest største sosiale problemet. Sosial isolasjon forklares også her med tap av ektefelle og venner. Foruten dette har de vansker med å bygge opp en ny sosial plattform, da de kommer seg lite ut og mangler sosiale ferdigheter som trengs for å ta kontakt med «streite» personer. Forskere og klinikere i E-lab understøttet også dette funnet.

I Norge oppgir 70 % av LAR-pasientene i aldersgruppen 45 år og over å ha et svært dårlig nettverk (Håland et al., 2015). Denne tendensen finner en og hos den yngre aldersgruppen. I følge forskning har menn, i større grad enn kvinner, problemer med sosial fungering (Grella & Lovinger, 2012).

I en dansk studie, om eldre LAR-pasienter på pleiehjem, fremkommer det at de fleste har svært begrenset kontakt med familiemedlemmer (Pedersen, 2006). Ofte oppfordret og hjalp ansatte ved pleiehjemmet beboerne til å ta kontakt med familiemedlemmer. Nettverket til beboerne bestod stort sett av andre beboere. Samtidig følte enkelte at familien sviktet dem og brøt kontakten eller trakk seg tilbake når de informerte om at de f.eks. har HIV (Pedersen, 2006; Smith & Rosen, 2009).

Forholdet til familien kan være vanskelig fordi LAR-pasienten sliter med skyldfølelse (Ayres et al., 2012; Hamilton & Grella, 2009; Nyhagen, 2014; Pedersen, 2006; Smith & Rosen,

2009). Dette handler om at de eldre LAR-pasientene ikke har vært tilstede eller vært den rollemodellen de tenker de burde ha vært (Nyhagen, 2014; Smith & Rosen, 2009).

Til tross for det faktum at de ofte ser tilbake på ruskulturen og livet som rusmiddelavhengig med nostalgi, fyller denne nostalgien dem også med skam og anger på valg de har gjort, og konsekvenser dette har fått (Malvini Redden et al., 2013). Skamfølelsen knyttes til hva de har utsatt familien for og hva de har gjort i forhold til rusmiddelmissbruk og kriminell aktivitet. Ved å være i LAR opprettholdes skamfølelsen (Smith & Rosen, 2009), blant annet ved at de ser ned på seg selv fordi de fortsatt bruker rusmidler (Ayres et al., 2012). LAR-pasienter nevner i E-lab skam og skyld spesielt i forhold til egne barn. De opplever begrensninger i kontakten med dem og nevner sorg over tapt tid. Tiden andre har brukt på å stifte familie og få seg en karriere har de brukt til rusmidler. Denne tiden får de ikke igjen.

En annen forklaring for hvorfor nettverket er lite kan være at eldre i LAR bevisst velger å holde avstand fra de venner og familie som fortsatt bruker rusmidler (Smith & Rosen (2009)). Ved å holde avstand til andre, både til gamle og nye kontakter, holder en også avstand til potensielle problemer av ulik karakter og en unngår å utsette seg selv for risiko (Smith & Rosen, 2009). Deltakere fra E-lab støtter opp om dette, og det fremkom at eldre i LAR ikke tåler støy, uro og "jag" etter rus på samme måte som tidligere, og derfor trekker seg mer unna rusmiljøet.

En annen forklaring for sosial isolering er at eldre LAR-pasienter ofte har stor motvilje mot å stole på andre (Smith & Rosen, 2009). Eldre LAR-pasienter har opplevd å miste mange av sine venner i overdose, skilsmisse, sykdom eller på andre måter, og er redd for å oppleve slike tap igjen. Dette, sammen med deres livshistorie og livserfaringer, virker inn på muligheten til å etablere eller opprettholde relasjonen til andre. I en norsk studie, med fokus på aldring, sier deltagerne at de «ikke orker noe» (Nyhagen, 2014). De klarer ikke å opprettholde kontakten med familie og venner, eller etablere nye kontakter. Det sosiale livet deres blir begrenset og fører til at de føler seg isolerte. De har med andre ord et udekket behov når det gjelder meningsfulle nettverk (Nyhagen, 2014).

Stigmatisering

Stigma er ikke nødvendigvis belyst spesifikt i litteraturen, men sitater kan tolkes som uttrykk for opplevelse av stigmatisering. Conner og Rosen (2008) tar for seg opplevelser av multistigmatisering. Den vanligste kombinasjonen av stigma er det å være rusavhengig, å

være eldre, å motta psykotropisk medisiner og å ha depresjon. Dette opplever 66 % av de eldre. Samtidig blir og en del sosialt ekskludert fra samfunnet generelt:

“You know, we [opiate addicts on methadone treatment] are the scum of the earth to them people that write them books” (Conner & Rosen, 2008, s. 252).

Funn fra E-lab støtter opp om dette. Mange LAR-pasienter føler de ikke har en plass i samfunnet, og har opplevd en eller annen form av stigmatisering. Sitater som: «nytter ikke å forandre seg, omgivelsenes inntrykk kan ikke forandres», «legen forstår meg ikke, hører ikke på meg, ser meg ikke» og «problemer med å få behandling i helsevesenet fordi du er stemplet som rusavhengig» illustrerer dette. De føler seg stigmatisert som person, både fordi de er eldre og mottar metadon:

«I know this is stupid, but I’m basically embarrassed to tell anybody that I’m on meth” (Conner & Rosen, 2008, s. 254).

Det å søke behandling oppleves spesielt som krenkende da de må søke behandling sammen med yngre rusmiddelavhengige. Flere eldre sier også at de blir stigmatisert sterkere enn yngre rusmiddelavhengige:

«I know I’m too old to be in here [methadone clinic]... it is going to be kind of rough for me” (Conner & Rosen, 2008, s. 254).

Eldre LAR-pasienter poengterer at LAR som system er lagt opp for de unge, og de savnet at der er mer tilrettelagt for eldre (Nyhagen, 2014; Rosenberg, 1995). Flere studier (Ayres, Eveson, Ingram, & Telfer, 2012; Pedersen, 2006) omtaler opplevelsen knyttet til kontrollen i LAR, henteordninger og overvåket inntak, som stigmatiserende. De eldste blir stigmatisert av yngre LAR-pasienter (Ayres et al., 2012):

«When I come here and sit in the drop-in I feel embarrassed, younger people make me feel like I shouldn’t be here.” (Ayres et al., 2012, s. 27),

men også fra de som arbeider i LAR-systemet:

«I asked him (GP) about a personal problem, he said he hadn’t got time . . . I think it would have been different if I wasn’t drug user, he (GP) thinks I’m after more medication” (Ayres et al., 2012, s. 6).

De er redd for å etterspørre annen medisinsk behandling for aldersrelaterte tilstander i frykt for å bli mistrodd om intensjonen for forespørselen:

«I'm a junkie, I'm too scared to ask for prescribed valium» (Ayres et al., 2012, s. 25).

Økonomi

Økonomiske problemstillinger av ulike karakterer blir belyst i forskningslitteraturen. Det er mye selvrapportert fattigdom blant eldre i LAR (Conner & Rosen, 2008). Noen eldre blir økonomisk avhengig av sine barn/svigerbarn (Guo, Winslow, Manning, & Thane, 2010), mens andre ikke har mulighet eller råd til å handle på butikker som har bedre utvalg og lavere pris på sunn mat (Beynon, Baron, & Hackett, 2013). Dårlig økonomi skyldes blant annet at færre har jobb og flere lever på uførepenger (Dürsteler-MacFarland, Vogel, Wiesbeck, & Petitjean, 2011).

Resultater fra E-lab viser at LAR-brukere rangerer økonomiske vansker som det største sosiale problemet, og da spesifikt det å ha gjeld. En blir ikke kvitt gammel gjeld, en får stadig større gjeld og nye inkassokrav. I tillegg, har de gjerne gjeld i rusmiddel miljøet som er hemmende iht. å bryte ut av dette miljøet. Manglende økonomi medfører og at pasientene har vanskeligheter med å planlegge aktiviteter, og å ta seg av egne barn og yte noe til dem.

En positiv side ved å være i LAR er at det kan gi en bedre økonomi da de eldre slipper å bruke mye penger på å få tak i rusmidler (Malvini Redden, Tracy, & Shafer, 2013):

«Although in many ways “money in my pocket” is a quite literal benefit of MAT (Medication-Assisted Treatment), it also served as shorthand to a broader theme in our data of “the good life.” Participants described components of the good life—housing, hygiene, freedom, transportation, family, relationships» (Malvini Redden et al., 2013, s. 956).

Norske data viser at 60 % i aldersgruppen 45 år og oppover vurderes å ha god økonomi og kun sju prosent i denne aldersgruppen vurderes å ha dårlig økonomi (Håland et al., 2015). Statusrapporten fra LAR viser at flertallet, 68 %, har uføretrygd som den største inntektskilde, 17 % har arbeidsavklaringspenger, og fem prosent har sosialstønad som viktigste inntektskilde (Waal et al., 2014). Sammenligner en dette med LAR-pasienter i alderen 18-44 år er den største inntektskilden arbeidsavklaringspenger (52 %), etterfulgt av uførestønad (18 %) og sosialhjelp (16 %). Blant eldre deltagere i LAR-X prosjektet oppgir 56 % at de ikke er fornøyd med sin økonomiske situasjon. Dette gjelder for 47 % hos de yngste. Andelen som er tilfreds med økonomien er lik uavhengig av alder, dvs., 26 % versus 29 %.

Arbeid

I følge forskning er få i alderen 45 år og over i jobb (Dürsteler-MacFarland et al., 2011). BrukerPlanundersøkelsen viser at 42 % av LAR-pasienter i denne aldersgruppen ikke har arbeid eller aktivitet, mens 31 % i noen grad har lønnet arbeid eller meningsfull aktivitet (Håland et al., 2015). Nasjonale data for LAR viser at 86 % er uten beskjeftigelse eller er arbeidsledig, og 11 % har en eller annen form for beskjeftigelse (Waal et al., 2014). Hos de under 45 år er andelen som er arbeidsledig på 80 %, mens 17 % har en eller annen form for beskjeftigelse (Waal et al., 2014).

Dette samsvarer og med hva deltagerne i LAR-X prosjektet rapporterer. Blant de yngste har 53 % videregående skole, mens hos de over 45 år har 57 % fullført grunnskolen som høyeste fullførte utdanning. 17 % har av de over 45 år har fagbrev, mens ingen av yngste har dette. På tross av dette er 90 % uten arbeid eller tiltak blant de eldste, mens dette gjelder for 59 % hos de under 45 år. Hos de eldste er 10 % i fullt arbeid, mens 36 % er i fulltids- eller deltidsarbeid.

Problemer relatert til arbeid var ett av momentene som kom frem i E-lab. LAR-pasienters manglende arbeidsevne, referanser, store hull i CV-en og lite eller ingen utdannelse ble nevnt spesifikt. Et annet moment var LAR-pasienters opplevelse av liten hjelp fra det offentlige til å skaffe arbeid.

Data fra Statusrapport 2013 viser at over 80 % ikke har yrkesrettet aktivitetstilbud som dagsenter, kurs eller velferdstilbud (Waal et al., 2014). Tendensen er den samme for de under 45 år. Dette ble også støttet av funn fra E-lab og LAR-X prosjektet. En del av LAR-pasientene har lite innhold i hverdagen. De har ofte et stort ønske om å fylle fritiden med aktiviteter, men de har få eller ingen slike. En del tyr da til rusmidler pga.

kjedsomhet/ensomhet. Over halvparten av deltagerne i LAR-X prosjektet oppgir å ikke ha en aktivitet i hverdagen som gir mening eller betyr noe. Motsatt tendens finner en hos de under 45 år, her har over halvparten en meningsfull aktivitet.

Bolig

Boligsituasjonen hos eldre i LAR ser ut til å være god. I en studie fra USA (Rajaratnam, Sivesind, Todman, Roane, & Seewald, 2009) oppgir 13 % at de er hjemløse eller bor i shelters. I Norge har over 84 % i denne aldersgruppen egen bolig, eid eller leid, mens fem prosent har ingen bolig eller bor på hospits (Håland et al., 2015; Waal et al., 2014). Hos de under 45 år har 66 % egen bolig mens 15 % bor enten på institusjon eller med foreldre (Waal et al., 2014). Disse dataene sier ingenting om personenes tilfredshet med boligen. Data fra

LAR-X prosjektet viser at alle har egen bolig, uavhengig av alder. Andelen som er tilfreds med boligsituasjonen er størst blant de som er under 45 (53 % versus 40 %). Prosentandelen som i svært liten grad er tilfreds er tilnærmet lik mellom aldersgruppene (37 % i aldersgruppen 45 år og over og 35 % hos de under 45 år).

I E-lab rangerte LAR-deltagerne det å ikke ha egen bolig som viktig og uttalte at «de lever i plastposer». Å kjøpe egen bolig ble trukket frem som viktig i henhold til framtidsplanlegging og økt livskvalitet.

Et trygt sted å bo ble ansett som et viktig sosialt problem blant klinikere og forskere. Mange bor i et belastet område, der noen er i LAR mens andre ikke er det. Dette fører ofte til uroligheter og bråk. Her blir det og press på dem som er i LAR om å selge/gi vekk medisinen sin. For mange er det en hverdag preget av angst, og de fleste ønsker seg et annet sted å bo. Den andre faggruppen trakk frem egnet bolig som viktig. Eldre LAR-pasienter har større behov for mer tilrettelagt hjelp, og det mangler et boligtilbud når hjemmetjenester ikke lenger er tilstrekkelige for at pasienten skal fungere. Det er behov for boliger for eldre LAR-pasienter, gjerne i bofellesskap, men og sykehjemsplasser/aldersboliger eller annen kommunal bolig. Dette støttes også av en internasjonal studie (Firoz & Carlson, 2004) som fant at de dårligst stilt helsemessig enten er i syke- eller eldreheim eller er døde.

Fysisk helse

I aldersgruppen 45-59⁵ år har 42 % av norske LAR-pasienter skader eller sykdommer som vedvarende har påvirket livsførsel eller livskvalitet i løpet av de siste fire ukene. Denne andelen er økt til 57 % for de over 60 år. Andelen er lavest i de to yngste aldersgruppene med henholdsvis 20 % (18-29 år) og 28 % (30-44 år) (Waal et al., 2014). Når det gjelder fysisk helse i BrukerPlan 2014⁶, vurderes 64 % av LAR-pasientene i aldersgruppen 45-59 år og 71 % i aldersgruppen 60+, å ha fysiske helseproblemer som fører til alvorlige konsekvenser for den daglige funksjonen og/eller for fremtidig helsetilstand. Andelen er lavest i de to yngste aldersgruppene med henholdsvis 43 % (18-29 år) og 52 % (30-44 år) (Håland et al., 2015). I følge forskning har 64 % av LAR-pasientene over 50 år en somatisk komorbiditet, mens andelen for de under 50 år er 26 % (Badrakalimuthu et al. 2012).

⁵ Eget datauttrekk med inndeling i aldersgruppene 18-29 år, 30-44 år, 45-59 år og 60+.

⁶ Eget datauttrekk med inndeling i aldersgruppene 18-29 år, 30-44 år, 45-59 år og 60+.

Både pasienter og klinikere i E-lab trekker frem nedsatt mobilitet og daglig funksjonsnivå, som blant annet medfører problemer i forhold til å hente LAR-medikament.

Lever- og nyreproblemer

Pasienter og klinikere i E-lab trakk frem hepatitt C-infeksjon blant de viktigste fysiske helseproblemene. Data fra Statusrapport viser at 56 % av pasientene mellom 45 og 59 år og 54 % av pasientene i aldersgruppen over 60 år er smittet med hepatitt C. I aldersgruppene 18-29 år og 30-44 år er andelen Hepatitt C positive på henholdsvis 42 og 50 %. Hepatitt C status er imidlertid ukjent hos mellom 11 og 17 % hos de to eldste aldersgruppene (Waal et al., 2014).

Forskning viser at forekomsten av hepatitt C varierer fra 24 til 82 % blant eldre LAR-pasienter (Fareed, Casarella, Amar, Vayalapalli, & Drexler, 2009; Lofwall et al., 2005; Rosen et al., 2008). Beynon et al. (2009) fant at selv om mange eldre LAR-pasienter er smittet med hepatitt C, så opplever de det ikke som problematisk noe som også er funnet i andre kvalitative studier. I disse studiene er det en tendens til at rusmiddelbrukere i alle aldre ser på infeksjon med hepatitt C som normalt og en nærmest uunngåelig del av å injisere rusmidler. Hepatitt C blir også sett på som en fysisk sett relativt godartet sykdom sammenlignet med HIV.

Også leversvikt/leverskade ble ansette som viktig blant deltakerne i E-lab. Litteratursøket viser at andelen LAR-pasienter med leversykdom er mellom 11-18 % (Firoz & Carlson, 2004; Novick et al., 1993) og andelen med levercirrhose på 14 % (Rosen et al., 2008). I sistnevnte studie fant man også en høyere forekomst av levercirrhose blant kvinner (19 %) sammenlignet med menn (12 %).

Nyreproblem/nyreskader/nyresykdom var et annet moment som ble trukket frem av pasienter og klinikere i E-lab. Klinikerne nevnte at ulike urene stoffer ikke sjelden gir amyloidose og nyresvikts utvikling, og at nyreproblem etter lang tids bruk av amfetamin.

Respirasjonsproblemer

Lungesykdom/KOLS ble nevnt i E-lab. I følge Rosen et al. (2008) hadde 22 % av LAR-pasientene en kronisk lungesykdom. Dette stemmer også godt overens med deltakerne i studien til Beynon et al. (2009), hvor 33 % rapporterte om respiratoriske problemer. I de inkluderte studiene varierer forekomsten av KOLS fra ni til 16 % (Fareed et al., 2009; Novick

et al., 1993) og forekomsten av astma fra fire til 10 % (Firoz & Carlson, 2004; Lofwall et al., 2005; Novick et al., 1993)

Sirkulatoriske problemer

I studier blant eldre LAR-pasienter varierer forekomsten av hypertensjon fra 11 til 73 % (Fareed et al., 2009; Firoz & Carlson, 2004; Lofwall et al., 2005; Novick et al., 1993; Rosen et al., 2008).

I E-lab ble blodpropp/dyp venetrombose, amputasjon, dårlig blodsirkulasjon grunnet langvarig sprøytebruk og bomskudd, infeksjoner m. m nevnt. Studie har også dokumentert dype venetromboser og skader på vener på grunn av langvarig intravenøs rusmiddelbruk (Beynon et al. (2009).

Andre fysiske skader som ble trukket frem i E-lab er hjertelidelser/hjerteproblemer, klaffeproblemer og arytmier. Litteratursøket viser at det er benyttet forskjellige klassifiseringer av hjertesykdom i de ulike studiene. Rosen et al. (2008) fant at 18 % av LAR-pasientene hadde en hjertesykdom. Lofwall et al. (2005) fant at 54 % hadde kardiovaskulære problemer. Novick et al. (1993) og Fareed et al. (2009) fant at henholdsvis fem og 25 % hadde koronar arteriesykdom.

Ernæring og fordøyelsesproblemer

Diabetes ble nevnt i E-lab. Forekomsten av diabetes blant eldre LAR-pasienter i de inkluderte studiene, varierer fra sju til 18 % (Fareed et al., 2009; Firoz & Carlson, 2004; Novick et al., 1993; Rajaratnam et al., 2009; Rosen et al., 2008).

Også mage- og tarmsykdommer nevnes i E-lab. Lofwall et al. (2005) fant at 27 % av pasientene hadde gastrointestinale problemer (som inkluderte både magesår, sykdom i galleblære og levercirrhose), mens Rosen et al. (2008) fant at 21 % av LAR-pasientene hadde magesår/irritabel tarm.

Flere forhold knyttet til kosthold, ernæring og tannhelse ble nevnt i E-lab. Dette er også belyst i flere kvalitative studier (Beynon et al., 2013; Beynon et al., 2009).

Muskel- og skjelettproblemer

Smerteproblematikk som migrene og muskel- og skjelettsykdommer var ett tema som kom opp i E-lab. Av litteraturen fremgår det at 54 % av eldre LAR-pasienter har skjelett/leddproblemer (Lofwall et al., 2005), mens forekomsten av artritt varierte fra 29 til 54 % (Lofwall et al., 2005; Rosen et al., 2008). I kvalitative studier fremkommer erfaringer med og frykt for utilstrekkelig smertelindring i forbindelse med blant annet sykehusinnleggelse (Ayres et al., 2012; Beynon et al., 2009).

Diskusjon og oppsummering

Både i Norge og internasjonalt blir LAR-populasjon eldre. I dag er fire av ti norske LAR-pasienter i aldersgruppen 45-59 år, og andelen av eldre LAR-pasienter vil øke i de neste ti årene.

Som vist ovenfor er det en rekke fysiske, psykiske og sosiale problemstillinger aldrende LAR-pasienter står ovenfor. Det må poengteres at en del forskning og studier på denne populasjonen har et «elendighetsperspektiv». Dette kan forklares med at deltagerne i slike studier ofte rekrutteres via LAR-sentre/utdelingssteder, der oftest de lavt eller dårligst fungerende pasienter oppholder seg. De mest velfungerende LAR-pasientene er sjelden i kontakt med LAR-sentre eller andre hjelpe- og omsorgstjenester. De som er godt integrert i samfunnet er i arbeid, har familie og et godt rusfritt nettverk og er ofte «usynlige» og skiller seg ikke ut fra resten av befolkningen. Dette er en viktig gruppe for forskningen å få kontakt

med, både slik at vi kan få mer kunnskap om hvilke suksessfaktorer som virker inn, men og for å nyansere «elendighetsperspektivet» i forskningen rundt LAR.

Det er begrenset forskning i forhold til helsemessige og sosiale forhold spesielt blant de aller eldste LAR-pasientene. Flest studier omhandler fysisk helse, og noen få har undersøkt psykisk helse.

Majoriteten av pasienter over 45 år er preget av flere års rusmiddelavhengighet og har en høy somatisk og psykisk sykkelighet. Psykiske sykdommer og rusmiddelproblemer opptrer ofte sammen. For noen forverres ikke nødvendigvis dette med alderdom, men holdes stabilt høyt også uavhengig av behandlingsstatus. Det er noe indikasjon på at angsten reduseres ved alder, mens depresjon holdes stabilt. Det kan være ulike årsakssammenhenger, men dette må det forskes mer på.

Mange opioidavhengige pasienter lider tidlig av nevrokognitive restriksjoner som forstyrrelser i oppmerksomhet og hukommelse. Dette problemet kan forsterkes ved langvarig bruk av alkohol, benzodiazepiner og kokain. Noen restriksjoner ser ut som å være reversibel ved abstinens fra benzodiazepiner. Likevel er effekten av langvarig rusmiddelbruk på den aldrende hjernen fortsatt utilstrekkelig studert.

Kroniske psykiske lidelser, som opioidavhengige mer enn gjennomsnittlig ofte lider av, avtar ikke i løpet av livet, men vedvarer i eldre alder. I tillegg til angstlidelser og stemningslidelser, som depresjon, nevnes personlighetsforstyrrelser, som i betydelig grad kan komplisere relasjonsbyggingen og føre til sosiale utfordringer i alderdommen. Psykisk helse kan påvirke sosiale faktorer, og motsatt. En del eldre i LAR sliter med angstproblemer, noe som kan gjøre at de blir sosialt isolert.

Noen velger å isolere seg som en form for beskyttelse. De ønsker ikke å knytte seg til nye mennesker i frykt for å miste dem. Dette fører igjen til at mange sliter med ensomhetsproblematikk. Andre ønsker å komme i kontakt med rusfrie personer, men de er usikker på hvordan de skal gå frem og mangler sosiale koder for å klare dette. De har opplevd multistigmatisering som rusmiddelavhengig, noe som også preger hverdagen. På grunn av stigmatisering er det en del LAR-pasienter som ikke får adekvat behandling både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Dessuten kan en del stigma knyttet til det å være eldre i seg selv. Dette kan en se opp til hvilke forventninger andre og en selv har til utøvelsen av den sosiale rollen det er å være eldre. Det er dermed diskrepans mellom den man selv er og

den en føler en burde ha vært. Samtidig eksisterer det et ønske hos mange om et verdig liv, et ønske som ofte blir sterkere med alderen.

Sosial støtte er en viktig del av behandlingsprosessen. Det å ha venner eller familie som støtter en har betydning for rehabiliteringen og for sosial inkludering. De ønsker å føle en tilhørighet, og å kunne gi noe tilbake til familie og samfunn. Mange har et optimistisk og positivt syn på fremtiden.

I vårt samfunn er arbeid viktig for den enkelte og for samfunnet. Eldre i LAR har ulik grad av utdanning og arbeidserfaring. Forskjeller som fremkommer når det gjelder utdanning hos de yngre i LAR versus de eldre vil kunne forklares med at det er to ulike generasjoner som har vært igjennom ulike skolereformer og krav til formell utdanning. Uavhengig av dette er det utfordrende å komme inn i utdanningssystemet, og vanskelig å komme inn i arbeidslivet igjen. Flertallet er uten ordinært arbeid eller noen form for tiltak og har uførestønad som inntektskilde. Nyere forskning viser at sannsynligheten for å komme tilbake i jobb er liten når en først har fått innvilget uførestønad. Dermed står LAR-pasienter overfor mange ulike utfordringer i forhold til arbeidslivet. Konsekvenser av dette kan være sosial eksklusjon og svak økonomi.

Økonomi er et relativt begrep. Som nevnt har største parten av LAR-pasientene uførestønad som inntektskilde og rapporterer god økonomi grunnet mer stabil inntekt og reduserte utgifter for rusmidler. På tross av dette er det også mye selvrapportert «fattigdom» blant LAR-pasienter. For noen vil gammel gjeld være belastende, og ikke gi rom til å kunne delta i samfunnet på lik linje med andre. Andre har gjerne ikke råd til å kjøpe sunn og næringsrik mat eller gå på kino med barn/barnebarn.

Når det gjelder bosituasjonen har de fleste eldre i LAR egen bolig, som ofte er kommunal og lokalisert i ett sosialt belastet miljø. Andre bor på hospits eller tilfeldig hos venner. Dette kan medføre at en ikke føler seg trygg i egen bolig, og at det blir vanskeligere å komme ut av rusproblemene. Mange ønsker seg bolig i et rusfritt miljø. Det kan derfor være en fordel å ikke lage «gettoer» med mange sosialt vanskeligstilte. En god og trygg bolig er blant annet viktig for livskvaliteten. På tross av dette, finnes det svært lite kunnskap om pasienter i LAR og deres tilfredshet med boligsituasjonen. Dette er det viktig å forske mer på.

Mange har vansker med å bo og trenger bo-oppfølging i det daglige. Med økende alder blir den somatiske helsen til LAR-pasienter ofte redusert. For de som får forverret helsesituasjon

sin vil det være et behov for en mer tilrettelagt bolig, hyppig tilsyn og kontakt med pleie- og omsorgstjenesten samt tettere oppfølging i hjemmet.

Generelt ser det ut som om helseproblemer, som følge av langvarig rusmiddelbruk og tilhørende risiko, intensiverer de vanlige aldersrelaterte funksjons- og helseproblemer. Mange LAR-pasienter virker fysisk eldre enn deres tilsvarende biologiske alder og har, sammenlignet med aldersnormen i den generelle befolkningen, en betydelig dårligere helse.

Over halvparten av eldre LAR-pasienter i Norge blir behandlet med metadon, og de får også den høyeste gjennomsnittlige døgndosen. Med høy somatisk og psykisk sykkelighet blant LAR-pasientene øker risikoen for legemiddelinteraksjoner, spesielt dersom man får behandling med metadon. Med økende alder får en endringer i kroppssammensetningen. Dette vil kunne påvirke doseringen for eksempel ved langvarig sykdom, da det vil kunne bli nødvendig med justering av dosering for å unngå akkumulering av metadon i kroppen. Dette kan medføre overdosering og redusere kognitiv funksjon. Morfin- og opiatbrukere har også større risiko for fallulykker, blant annet på grunn av virkninger knyttet til det sentrale nervesystem. I tillegg avtar beintettheten i større grad enn sammenlignet med den generelle befolkningen. Noen risikofaktorer for lav bentetthet er dårlig ernæring, røyking og alkoholkonsum. Dette er risikofaktorer som ofte attribueres med LAR-pasienter. Siden mange pasienter begynner tidlig med røyking, rusing og tilhørende livsstil kan det ha sammenheng med bentettheten, nærmere bestemt at den maksimale bentettheten som blir nådd er lavere enn hos den jevnaldrende normalpopulasjonen. Dermed er det to momenter i forbindelse med bentetthet hos LAR-pasienter: for det første at den maksimale bentettheten kan være lavere og for det andre at bentettheten sviner tidligere og i større grad enn det som regnes som normalt.

Norske undersøkelser viser at rundt halvparten av eldre LAR-pasienter har fysiske helseproblemer som påvirker deres livsførsel og funksjon. Hepatitt C og leverskader peker seg spesielt ut. Også tilstander som hypertensjon, samt andre hjerte- og karsykdommer, synes å være hyppig forekommende. Muskel- og skjelettlidelser og smerteproblematikk er også vanlig i denne gruppen. Dette kan medføre problemer i forhold til pasientenes misbruksbakgrunn og mer farmakologiske utfordringer knyttet til at pasientene allerede behandles med opioider.

Referanser

- Ayres, R. M., Eveson, L., Ingram, J., & Telfer, M. (2012). Treatment experience and needs of older drug users in Bristol, UK. *Journal of Substance Use*, 17(1), 19-31. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/14659891.2010.513756>
- Badrakalimuthu, V. R., Tarbuck, A., & Wagle, A. (2012). Maintenance treatment programme for opioid dependence: characteristics of 50+ age group. *Drugs and Alcohol Today*, 12(3), 157-163.
- Beynon, C., Baron, L., & Hackett, A. (2013). Perceptions of food choices of people aged 50 and over in contact with a specialist drug service: a pilot qualitative interview study. *Journal of Substance Use*, 18(6), 499-507. doi: 10.3109/14659891.2012.707282
- Beynon, C. M., Roe, B., Duffy, P., & Pickering, L. (2009). Self reported health status, and health service contact, of illicit drug users aged 50 and over: a qualitative interview study in Merseyside, United Kingdom. *BMC Geriatr*, 9, 45. doi: 10.1186/1471-2318-9-45
- Conner, K. O., & Rosen, D. (2008). "You're nothing but a junkie": Multiple experiences of stigma in an aging methadone maintenance population. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8(2), 244-264. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15332560802157065>
- Dürsteler-MacFarland, K. M., Vogel, M., Wiesbeck, G. A., & Petitjean, S. A. (2011). There is no age limit for methadone: a retrospective cohort study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 6, 9. doi: 10.1186/1747-597X-6-9
- Fareed, A., Casarella, J., Amar, R., Vayalapalli, S., & Drexler, K. (2009). Benefits of retention in methadone maintenance and chronic medical conditions as risk factors for premature death among older heroin addicts. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(3), 227-234. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.pra.0000351884.83377.e2>
- Firoz, S., & Carlson, G. (2004). Characteristics and treatment outcome of older methadone-maintenance patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(5), 539-541. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajgp.12.5.539>
- Guo, S., Winslow, M., Manning, V., & Thane, K. K. W. (2010). Monthly Take-Home Methadone Maintenance Regime for Elderly Opium-Dependent Users in Singapore. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 39(6), 429-434.
- Håland, M. E., Lie, T., Nesvåg, S., & Stevenson, B. (2015). *Rusmiddelmisbruk i Norge. BrukerPlan - Statistikk 2014*. Stavanger: Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning – KORFOR, Stavanger universitetssjukehus.
- Lofwall, M. R., Brooner, R. K., Bigelow, G. E., Kindbom, K., & Strain, E. C. (2005). Characteristics of older opioid maintenance patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(3), 265-272. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2005.01.007>
- Malvini Redden, S., Tracy, S. J., & Shafer, M. S. (2013). A metaphor analysis of recovering substance abusers' sensemaking of medication-assisted treatment. *Qualitative health research*, 23(7), 951-962.

- Novick, D. M., Richman, B. L., Friedman, J. M., Friedman, J. E., Fried, C., Wilson, J. P., . . . Kreek, M. J. (1993). The medical status of methadone maintenance patients in treatment for 11–18 years. *Drug and alcohol dependence*, 33(3), 235-245.
- Nyhagen, H. T. (2014). *Den aldrende LAR pasienten. En studie om eldre personer i legemiddelassistert rehabilitering.*, Universitetet i Oslo, Oslo. Hentet fra <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-45899>
- Pedersen, D. (2006). *De står til de falder. En evaluering af Plejekollektivet -et pleje- og omsorgstilbud til syge og hjemløse stofmisbrugere.* København: Socialforvaltningen, Københavns kommune. Hentet fra <http://www.forchhammersvej.dk/media/File/Evalueringsrapport%202006.pdf>
- Rajaratnam, R., Sivesind, D., Todman, M., Roane, D., & Seewald, R. (2009). The aging methadone maintenance patient: Treatment adjustment, long-term success, and quality of life. *Journal of Opioid Management*, 5(1), 27-37.
- Roe, B., Beynon, C., Pickering, L., & Duffy, P. (2010). Experiences of drug use and ageing: health, quality of life, relationship and service implications. *J Adv Nurs*, 66(9), 1968-1979. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05378.x
- Rosen, D., Smith, M. L., & Reynolds, C. F., 3rd. (2008). The prevalence of mental and physical health disorders among older methadone patients. *Am J Geriatr Psychiatry*, 16(6), 488-497. doi: 10.1097/JGP.0b013e31816ff35a
- Rosenberg, H. (1995). The elderly and the use of illicit drugs: Sociological and epidemiological considerations. *International Journal of the Addictions*, 30(13-14), 1925-1951.
- Waal, H., Bussesund, K., Clausen, T., Håseth, A., & Lillevold, P. H. (2014). *Helseforetakene - et godt sted å være? Statusrapport 2013 (SERAF RAPPORT 1/2014).* Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF/Nasjonalt kompetansesenter for legemiddelassistert rehabilitering/Avdeling spesialiserte ruspoliklinikker, ASP/Nasjonalt kompetansesenter TSB og LAR. Hentet fra <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2014/ndlastninger/seraf-rapport-nr1-2014-statusrapport-2013.pdf>

Kapittel 5.

Helsemessige og sosiale problemer blant eldre i LAR – vurdering av tjenestetilbud og kompetansesituasjon

Ole Næss

Introduksjon:

Andelen LAR pasienter (legemiddelassistert rehabilitering) over 50 år er fordoblet i perioden 2006 – 2012. I 2006 var 11 % av LAR pasientene over 50 år. Ved utgangen av 2012 var det registrert 7038 pasienter i LAR, 22 % av disse var over 50 år (SERAF Rapport 1/2013). Frem mot år 2020 vil ventelig 40 % av LAR pasientene være over 50 år (Nyhagen, 2014).

Rapporten omhandler LAR-pasienter hvor alder har blitt en faktor i utvikling av sosiale og/eller helsemessige problemer.

Rapportens problemstillinger:

Det vil være til dels store individuelle forskjeller for når denne type problemer inntreffer, men for de aller fleste vil aldersrelaterte helse- og/eller sosiale problemer oppstå langt tidligere enn for den øvrige befolkningen. Spørsmålene som stilles i denne rapporten omhandler det å være eldre i LAR og befatter seg ikke med spørsmål knyttet til LAR generelt. Rapporten gjør ingen distinksjon mellom lang eller kort behandlingstid i LAR. Det er kombinasjonen alder og det å være i LAR som er rapportens fokus.

1. Hvordan bør LAR utvikles og organiseres i årene som kommer for å møte utfordringene med en aldrende LAR-pasient populasjon?
2. Hvilke kompetanse bør utvikles i årene som kommer for å møte disse utfordringene?

Nøkkelresultater:

- Aldrende Lar-pasienter får flere somatiske helseproblemer.
- Aldrende Lar-pasienter får oftere økende problemer med kognitive funksjoner.
- Aldrende Lar-pasienter er oftere ensomme og føler tap av livsmening.
- Øvrige problemer som for eksempel psykisk sykdom, «sidemisbruk» og arbeidsløshet er for store grupper LAR-pasienter omfattende, men stabile problemer gjennom livsløpet. For enkelte LAR-pasienter er også dårlig økonomi og manglende bolig et stort, men stabilt problem.
- En stabil gruppe eldre i LAR vil oppleve å nyttiggjøre seg de ordinære helse- og omsorgstjenestene slik de er organisert og tilrettelagt i dag. Dette gjelder LAR-spesifikke tjenester (kommunale og LAR-sentrene i TSB) og øvrige helse- og omsorgstjenester (sykehus, sykehjem, fastlege, hjemmesykepleie og så videre).
- Det bør vurderes å utvikle særskilte helse- og omsorgstjenester for de mest ustabile pasientene i LAR. Tilrettelagt bolig med adekvat oppfølging (som også kan fungere

som veiviser og hjelper til øvrige helse- og omsorgstjenester) synes å være det rette utgangspunktet for slike særskilte tjenester. Primærhelsetjenestene og spesialisthelsetjenestene bør også samarbeide om å utvikle en organisering av tjenester som sikrer god tilgang til utredning, behandling og medisinsk oppfølging også for de mest ustabile pasientgruppene (i tråd med Samhandlingsreformens målsettinger).

- Det mangler kartleggingskompetanse i LAR-spesifikke tjenester og i generelle helse- og omsorgstjenester (se over), særlig i forhold til sviktende kognitiv fungering og økt somatisk sykkelighet.
- Negative holdninger blant ansatte representerer i noen tilfeller barrierer for den aldrende Lar-pasients tilgang til ordinære helse- og omsorgstjenester.

Metode for datainnsamling:

Rapporten bygger i hovedsak på informasjon fra erfarne fagpersoner og forskere innhentet gjennom telefon og e-post-kontakt, systematisk informasjonsinnhenting gjennom en såkalt E-Lab, supplert med informasjon fra Statusrapport 2013 og BrukerPlan sine data fra kartlegginger av kjente rusmiddelmissbrukere i 201 kommuner (kartlegginger gjennomført pr. 31.12. 2014).

Fylkesmannsembeter og regionale helseforetakene (RHF) ble tilskrevet med følgende spørsmål:

- Finnes det en eller flere kommuner og/eller helseforetak (HF)/private leverandører innenfor fylket og/eller regionen som har etablert **særlige** tiltak eller prosjekt for LAR pasienter der alder har blitt en faktor i utvikling av helse- og/eller sosiale problemer?
- Finnes det kommuner og/eller HF i fylket og/eller regionen som innenfor det **ordinære** tjenesteapparatet har etablert prosjekter eller egne tjenestetilbud, eller har gjennomført egne kompetansehevingstiltak rettet mot eldre pasienter i LAR?

KORFOR mottok svar fra 15 Fylkesmannsembeter, 3 RHF og 2 HF. Vi fikk tilbake informasjon om navn på helse- og omsorgstjenester rettet mot eldre i LAR i kommuner og HF. Informasjonen omhandlet både ordinære tjenester, særskilte tjenester og prosjekter.

Samlet gav dette et overordnet bilde av helse- og omsorgstjenestene til eldre i LAR i Norge, inkludert de største byene og Oslo.

På denne bakgrunn ble det ringt og sendt epost til nøkkelpersoner⁷ i de mest aktuelle tjenestene. Gjennom denne prosessen ble det gitt informasjon om ytterligere fagpersoner/tjenester som ikke fremkom i runde 1. Ringerunden gav KORFOR mye informasjon, som også er brukt som datagrunnlag.

I begynnelsen av februar ble 8 fagpersoner og 1 forsker invitert til elektronisk laboratorium (E-lab) i Stavanger. E-Lab er bærbare datamaskiner koblet i nettverk. En gruppe i KORFOR laget agenda over dagen og sendte denne ut til fagpersonene på forhånd (vedlegg 1). E-Lab ble ledet av KORFOR.

Et strategisk utvalg av informanter ble invitert til å delta i E-Lab. Informantene som ble valgt ut representerer: Sandnes kommune, Hå kommune, Oslo kommune, Oslo universitetssykehus, Helse Bergen, St. Olav HF, Helse Stavanger, Nasjonal kompetansetjeneste TSB/Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF). Samlet har gruppen som deltok, solid erfaring og kompetanse knyttet til spørsmål om eldre i LAR.

E-Lab er en demokratisk prosess der alle fagpersonene kan være aktive samtidig. Strukturen i E-Lab var som følger: Brainstorming over alle problemområder som kan tenkes å ha noe med eldre i LAR å gjøre. Påfølgende votering av problemområder etter alvorlighet. Deretter ble fagpersonene bedt om å skrive inn sine kommentarer til hvert av problemområdene. Instruksjonen til fagpersonene var å prioritere de alvorligste temaene først. En rå-rapport over resultatene ble generert i løpet av et par dager og sendt til fagpersonene for eventuelle ytterligere kommentarer. Rå-rapporten ble også tilsendt to forskere (Ivar Skeie og Hege Tollefsen Nyhagen) som ga sine kommentarer. Deretter ble endelig rå-rapport utarbeidet.

Rå-rapporten samt informasjon fra nøkkelpersoner som KORFOR var i kontakt med forut for E-Lab utgjør det viktigste datamaterialet for dette kapitlet. 17. mars ble en høringsgruppe invitert til Stavanger og forelagt et tidlig utkast av rapporten. Høringsgruppen besto av representanter fra de regionale kompetansesentrene for rusfeltet (KoRus) og en representant fra Senter for omsorgsforskning. 18. mars ble utkastet forelagt og diskutert i fagmiljøet knyttet til LAR Helse Stavanger. Alle innspill og kommentarer har blitt vurdert og innarbeidet i rapporten.

⁷ Fagpersoner og/eller tjenester som har vist særlig interesse for eldre i LAR (vedlegg 2)

I tillegg har KORFOR hentet kunnskap og informasjon fra LAR Statusrapport (2014), BrukerPlan og 68 eposter og 39 telefonsamtaler med fagpersoner fra hele landet og fra alle nivå i helse- og omsorgstjenesten.

Resultatdiskusjon:

I grove trekk kommer det frem at det er mulig å definere to kategorier eldre i LAR.

- De som klarer seg relativt bra (stabile i LAR)⁸
- De som har en markert svikt i sin daglige fungering (ustabile i LAR)⁹.

Forenklet kan vi si at den gruppen som klarer seg bra, nyttiggjør seg ordinære tjenester (fastlege, sykehus, psykiatri, helse- og sosialtjenester, ulike former for hjemmetjenester med mer). Denne gruppen har ikke behov for nye og særskilte tjenester for å håndtere aldersrelaterte problemer.

Med den ustabile gruppen er bildet motsatt. De er i behov av særskilte tjenester som med samtidighet kan håndtere ustabilitet i LAR og begynnende aldersrelaterte plager og sykdommer. Det er denne gruppen som gir størst utfordringer til helse- og omsorgstjenestene, og som vil ha størst behov for at det utvikles nye og særskilte tjenester.

For begge grupper mener våre informanter at det er dårlig tilgjengelighet til kartleggongs- og utredningskapasitet¹⁰.

Kontrollert for alder er det tre hovedkategorier av problemområder som skiller seg ut; Somatiske helseplager, sviktende kognitiv fungering og sosiale problemer i form av ensomhet og tap av livsmening (angst/depresjon). Vi har gitt noen korte kommentarer om psykisk lidelse generelt under kapittelet om sviktende kognitiv fungering. For en nærmere beskrivelse av alle problemområdene som ble identifisert av fagpersonene vi har vært i kontakt med vises det til kunnskapsoppsummeringen annet sted i denne rapporten, samt oversikten over problemområder slik de fremkom i rapporten fra E-Lab.

⁸ Kjennetegnes av å ha sosialt nettverk, orden på økonomi, bolig, somatiske/psykiske plager under kontroll/behandling og ved at de bruker illegale rusmidler lite eller ikke i det hele tatt.

⁹ Kjennetegnes ofte ved ensomhet, rotete økonomi, bostedsløse, mer somatiske/psykiske plager enn yngre i LAR/jevnaaldrende generelt og har et forholdsvis omfattende forbruk av illegale rusmidler.

¹⁰ Her menes utredningskapasitet i forhold til å identifisere aldersrelaterte problem og vurdere hjelpebehov i forhold til disse.

Rapporten presenterer hvordan fagpersonene og de ulike hørings-personene (videre samlet omtalt som fagpersonene) mener tjenestene bør møte de utfordringene som disse tre problemområdene representerer. Problemområder knyttet til uenighet om behandlingsregime, atferdsproblemer, kriminalitet og trusler er tatt med selv om sistnevnte problemområder ikke utelukkende dreier seg om eldre i LAR. Vi tar det med fordi disse problemområdene kan ha betydning for hvordan helse- og omsorgstjenestene håndterer problemer knyttet til somatiske helseplager, kognitiv fungering og sosiale problemer.

Somatiske helseplager:

Tjenester:

Fagpersonene mener at økende helseproblemer best løses gjennom etablerte hjelpetiltakene som fastlege, spesialisthelsetjeneste, hjemmesykepleie og kommunale «boligoppfølgere» representerer. Behovet for sykehjemsplass begynner å gjøre seg gjeldende for aldrende LAR-pasienter. Det finnes ikke særskilte sykehjemsplasser for LAR-pasienter i dag. I løpet av de neste 10 årene vil presset på sykehjemsplasser fra denne gruppen øke. Det haster med å utrede løsninger/modeller for ivaretagelse av LAR-pasienter i sykehjem. Fagpersonene kommer ikke med løsninger til hvordan slike løsninger/modeller skal se ut, men er overbevist om at etableringen av slike plasser må skje i samarbeid mellom spesialisthelsetjenester og kommunene. Fagpersonene mener at de fleste pasientene vil kunne nyttiggjøre seg ordinære sykehjemsplasser. Det må arbeides for å alminneliggjøre LAR-medikasjon på lik linje med øvrig medisinerings. Fagpersonene er inne på at funksjonsnivået til en eldre LAR-pasient som er i behov av sykehjemsplass ikke nødvendigvis skiller seg fra øvrig pasientpopulasjon ved sykehjemmet. Det som skiller er at LAR-pasienten er yngre enn det en vanligvis forbinder med en sykehjemspasient med dårlig funksjonsnivå. Langt på vei vil inntak av LAR-pasienter i ordinære sykehjem også være et holdningsspørsmål.

Hjemmesykepleiere med kompetanse til å håndtere LAR-pasienter fremheves som svært viktig. Likeens påpeker fagpersonene at hjemmebesøkene bør utføres av noen få faste personer som brukeren har tillitt til. Det er god tilgjengelighet på de fleste tjenester, men det fremheves at bildet er variert og at tilgjengeligheten må styrkes der denne vurderes å være svak. Spesielt gjelder dette tjenester som går på hjemmebesøk.

Den aldrende LAR-pasient opplever en forverring av sine somatiske helseproblemer. Dette gjelder både målt mot jevnaldrende utenfor LAR (over 45) og for yngre personer i LAR (under 45) (Nyhagen, 2014). Statusrapporten fra 2013 viser at det er en tilnærmet dobling (27

% vs. 43 %) av antall somatiske helse relaterte skader og sykdommer i gruppen over 45 år sett i forhold til gruppen under 45 år. Brukerplan fra 2014 bekrefter dette bildet. Forbruket av somatiske helsetjenester øker etter at pasienten har passert 45 år. Individuell plan blir bare tilbudt en mindre andel av pasientene. Statusrapporten viser at andelen pasienter som har individuell plan synker ved økende alder. Det er ingen grunn til å tro at behovet for individuell plan (behov for langvarige og sammensatte tjenester) blir mindre viktig med økende alder. Snarere tvert i mot. Rosen et. Al (2008) konkluderer med at den fysiske helsetilstanden for eldre i LAR er dårligere enn for andre sammenlignbare grupper, og at mange av disse pasientene i realiteten er nærmere slutten av livet enn midt i livet.

Kompetanse:

Fastleger har etter fagpersonenes mening en nøkkelrolle i møte med økt somatisk sykkelighet som følge av alder. Det er viktig at det etableres tett samarbeid mellom fastlege og øvrig hjelpeapparat. Fagpersonene mener at kompetanse hos fastlegene om at det kan være en sammenheng mellom LAR-behandling og tidlig alderdomstegn er varierende. LAR-pasientene generelt og den aldrende LAR-pasient spesielt kan ha problemer med å møte tidnok til oppsatte timer. Dette gjelder også ved nødvendig helsehjelp ved somatiske avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Dersom pasienter ikke møter til time så fanges de ikke alltid opp på annen måte. Helsetjenesten bør rigges på en måte som gjør at den aldrende LAR-pasient kommer i kontakt med helsetjenesten når det er nødvendig. Antakelig må dette skje ved en eller annen form for lavterskel organisering og/eller oppsøkende virksomhet. Fagpersonene mener også at det er varierende kunnskap om sammenhengen mellom LAR-behandling/ruslidelser og en rekke somatiske tilstander (herunder aldersrelaterte helsemessige tilstander).

Sviktende kognitiv fungering:

Tjenester:

Erfarne leger og psykologer gir tilbud om utredning for problemer med kognitiv svikt, demens og spørsmål knyttet til egenomsorg. Sviktende egenomsorg kompenseres i form av ulike former for hjemmetjenester og institusjonsopphold. Det er etter hvert flere eksempler på gode samarbeidstiltak mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Fagpersonene mener at det generelt er for dårlig tilgjengelighet til nevropsykologiske tjenester. Utredningskapasitet oppleves å være en «flaskehals». Samtidig peker fagpersonene på at det ikke alltid er nødvendig med full nevropsykologisk utredning. Det finnes flere enkle og valide tester som

kan utføres av ordinært helse/sosialfaglig/psykologfaglig personell og som er gode nok for å vurdere graden av kognitiv fungering. Behandling bør derimot igangsettes av erfarne terapeuter som kan gi pasientene trygghet og oversikt i en begynnende kaotisk hverdag. Ved behov bør ordinære tjenester for demensbehandling kobles inn. Ulike former for «hjemmetjenester» vurderes å være viktig for å mestre utfordringer knyttet til denne type problematikk.

Bruker med lavest omsorgsevne bør tilbys kommunal døgnbasert oppfølging f. eks. bemannede bofellesskap og/eller sykehjemsplasser. Villa Mar (4 stykker) i Oslo vurderes som et godt utgangspunkt til å være en god modell for de aller dårligst fungerende pasientene. «Villa Mar modellen» bør for denne gruppen utvides til også å være et botilbud. Enten som bemanningsbase som kan rykke ut til på forhånd definerte bo-satellitter, eller som bofellesskap der brukerne/pasientene bor på plassen. Slike tiltak bør, i følge flere av våre informanter, etableres som samarbeidstiltak mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Det er viktig at denne type tiltak organiseres slik at boligen blir det naturlige og stabile utgangspunkt for øvrige helse- og omsorgstjenester. Personell som jobber i denne type særtiltak bør utvise stor grad av fleksibilitet og anse det som sin hovedoppgave å legge til rette slik at den eldre kan bli boende i leiligheten livet ut. Ansatte må ha kompetanse og myndighet til å koble på øvrig helse- og omsorgstjenester ved behov. Det er viktig at ansatte sørger for at eksterne avtaler følges opp.

Statusrapporten fra 2013 viser en nedgang fra 17 % til 10 % i forbruk av psykiatrisk behandling. Samme tendens gjenfinner vi i tall fra Brukerplan fra 2014. Hva nedgangen i forbruk av psykiske helsetjenester skyldes, har vi ikke tilgjengelige data på. Lofwall et. al (2005) finner at det ikke er målbare forskjeller i forekomsten av psykiske lidelser gjennom livsløpet for pasientgruppen. Fagpersonene var enige om at lettere psykiske vansker (angst, depresjon) burde utredes i LAR-poliklinikkene. Mange i pasienter i denne målgruppen har bakenforliggende ubearbeidede traumer. Helse- og omsorgstjenesten bør sørge for at det er tilgjengelighet til traumebehandling. Det var ingen uenighet i gruppen om at psykiatriske sengeposter var rett adresse når lidelsen var av en slik karakter at behandling i institusjon var påkrevd. Fagpersonene mente gjennomgående at psykiatrien var lite tilgjengelig for gruppen LAR-pasienter generelt.

Kompetanse:

Først og fremst bør hjelpetjenesten bli bevisstgjort på at problemer med kognitiv svikt, demens og evnen til å utføre egenomsorg kan oppstå flere år tidligere enn for normalpopulasjonen. Ernæring, fysisk aktivitet og søvn fremheves som viktige beskyttelsesfaktorer ved denne type problemer. Kunnskapen om denne type sammenhenger bør generelt økes for hjelpetiltak som kommer i kontakt med gruppen. Det bør utvikles metoder knyttet til vedlikehold av eksisterende ferdigheter og kompensering for tapte ferdigheter. Helse- og omsorgstjenesten bør ha høy kompetanse på hvordan et langt liv med rus kan ha påvirket kognitive funksjoner og være i stand til å iverksette beste praksis for pasienter med denne type problemer. Utredning av demens bør inngå som ledd i standard utredning ved f. eks fylte 50 år.

Fagpersonene mener at tjenestene generelt har for lav kompetanse hva angår aldring i LAR og aldersrelaterte psykiske vansker (angst/depresjon). Der hvor kompetanse finnes, vurderer fagpersonene at LAR-brukere blir nedprioritert. Fagpersonene peker på at økende alder for mange er ensbetydende med økende problematikk. Helse- og omsorgstjenestene bør nedtone aktive behandlingstjenester til fordel for omsorgstjenester (kommunehelsetjenesten) med lett tilgang til aktive behandlingstjenester (spesialisthelsetjenesten). Det å vite når det ene skal vike til fordel for det andre handler om kompetanse. Det pekes på at det kan være vanskelig å skille psykiske lidelser fra et langt liv med rus. Spesielt langvarig benzodiazepinforbruk (ikke uvanlig for gruppen) kan tildekke psykiske tilstander og demens. Fastleger spesielt bør øke sin kompetanse på dette området. Fagpersonene mener at fastlegen ofte er den som kjenner pasientens totale forbruk av medikamenter best. Fastlegen er dermed kanskje den som er nærmest til å oppdage kognitive problemer/demens/angst/depresjon best. Det pekes på at holdninger til gruppen kanskje er en vel så stor barriere som kompetanse.

Sosiale problemer:

Tjenester:

Fagpersonene peker først og fremst mot kommunene og på frivillig sektor når det dreier seg om problemer knyttet til ensomhet som følge av tap av venner og familie. Tjenestenes innhold bør være innrettet mot ulike former for aktivitetstilbud. Problemene tilhørende denne kategorien løses best gjennom ulike former for gruppetilbud. Både styrte grupper og selvhjelpsgrupper nevnes som gode virkemidler for å kompensere for problemer knyttet til ensomhet. Fagpersonene mener at denne type tjenester bør organiseres som lavterskeltilbud.

Spesialisthelsetjenesten kan initiere til nettverksmøter. Denne type tilbud kan gis fra LAR-poliklinikker og DPS. Fagpersonene mener at det er god tilgjengelighet til tilbud i regi av frivillig sektor i de store byene. Ulike former for aktivitetstilbud til brukergruppen i regi av det offentlige vurderes å ha tilfredsstillende tilgjengelighet, men at tilgjengeligheten varierer for mye fra sted til sted.

I forhold til spørsmål om bolig (en viktig forutsetning for å oppleves følelse av tilhørighet i samfunnet, kunne invitere venner på besøk, opplevelsen av trygghet), peker fagpersonene først og fremst på at brukeren må få tilbud om egnet bolig. Kommunene har en nøkkelrolle til å yte hjelp til problemer knyttet til boligspørsmål. Hva som er egnet bolig for denne gruppen er svært individuelt. Spennet i boligbehov går fra egen bolig uten tilsyn via bofellesskap med døgkontinuerlig bemanning til sykehjemsplasser. Ulike former for bofellesskap og sykehjemsplasser vil noen ganger måtte etableres i nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Fagpersonene peker på at bo-evne ikke er statisk. Med økende alder øker behovet for tilrettelegging i bolig. Dette stiller krav til at tjenestene kontinuerlig overvåker boligbehovet for den enkelte. Oppfølging i bolig fremheves som en viktig ressurs. Hjelpen som behøves, kan variere fra dag til dag. Oppfølgingen bør være fleksibel. Hjelpen som gis, må tilpasses den enkeltes behov der og da. Fagpersonene gir eksempler på at problemstillingene kan variere fra å få kontroll over avfall i boligen (mange brukere er samlere) til å gi hjelp til å skifte batteri i brannvarslere. I tillegg kommer hjelp til tradisjonelle hjemmetjenester som oftest forbindes med eldrebefolkningen (matlaging, husvask, sengeskift, hjelp til å holde egenhygiene med mer). Tradisjonell bestiller/utføremodeller kan hindre nødvendig fleksibilitet. Bolig, boevne og personlig økonomi beskrives av fagpersonene som en gjenganger blant utfordringer som hjelpeapparatet har overfor denne gruppen. I pressområder ser fagpersonene at det mangler tilgang på nok boliger for denne gruppen. Fagpersonene mener at egnet bolig med adekvat oppfølging er en forutsetning for å kunne gi hjelp til nær sagt alle andre problemområder omtalt i denne rapporten.

Fagpersonene peker på at ulike former for frivillige organisasjoner kan gi tilbud om hjelp til spørsmål knyttet til sorg og tap av livsmening. I de store byene finnes det mange slike tilbud. Det er avgjørende at det offentlige hjelpeapparatet kjenner til hva som finnes, slik at de kan være en reell veiviser til de ulike tilbudene. Selvhjelpsgrupper, besøksvenn, prestetjenester, støttekontakt nevnes som eksempler på tilbud som kan gi eksistensiell hjelp og støtte. Behandlere i LAR-poliklinikker, fastlegen og miljøterapeuter/saksbehandlere i kommunen skal også være ressurser for eldre i LAR som ønsker å ta opp eksistensielle problemer.

Fagpersonene peker på at det offentlige hjelpeapparatet har et ansvar for å følge med på om slike problemer er under utvikling. For noen vil slike eksistensielle problemer knyttet til det å bli gammel, kunne bli av en så alvorlig karakter at behandling i spesialisthelsetjenesten er påkrevd (angst, depresjon, gamle traumer som kommer til overflaten osv.). Fagpersonene peker på at eldre (og stabile) personer i LAR ikke lenger har like aktive ansvarsgrupper. Ansvarsgruppene kan være et forum hvor denne type problemer settes på dagsorden.

Kompetanse:

Den store utfordringen, i følge fagpersonene, er mangel på kompetanse i helse- og omsorgstjenesten om at eldre i LAR kan ha problemer med ensomhet. Temaet blir i for liten grad tematisert. Helse- og omsorgstjenesten mangler for ofte kompetanse på at aldersproblematikker opptrer tidligere for denne gruppen, enn for befolkningen for øvrig. Helse- og omsorgstjenestene bør ha kompetanse på å snakke om spørsmål av eksistensiell karakter. Mange av disse brukerne befinner seg i en fase av livet hvor slike spørsmål gjerne melder seg (angst for døden, meningen med livet som en har levd, tro og tvil).

Helse- og omsorgstjenestene har samlet sett god kompetanse på å gi bo-oppfølging. De senere års satsing på boligsosialt arbeid og ulike former for bolig-prosjekter har gitt svært nyttig kompetanse på dette området. Det er først og fremst organisatoriske- og ressursmessige barrierer som oppleves som den store utfordringen til denne kategorien av problemer. Også her pekes det på at kompetansen må økes i forhold til faktorer som skiller eldre i LAR fra øvrig LAR, og hva som skiller eldre i LAR fra øvrige eldre. Informantene mener at helse- og omsorgstjenesten aktivt må legge til rette for aktiviteter med utgangspunkt i boligen som kan forhindre ensomhet.

Helse- og omsorgstjenestene er grunnleggende innstilt på å drive med rehabilitering og behandling. Eksistensielle problemer som sorg og tap av livsmening gis ikke like stor oppmerksomhet. Tema som ensomhet, forsoning og tilgivelse (både til seg selv og andre) kan bli viktigere for pasienten. Spørsmål knyttet til tro og tvil kan også dukke opp. Fagpersonene mener at helse- og omsorgstjenestene samlet har lite kompetanse til å håndtere slike spørsmål.

Uenighet om behandlingsregime:

Problemer knyttet til uenighet om behandlingsregime, atferdsvansker, kriminalitet og trusler er ikke utelukkende knyttet til alder. Fagpersonene har fremhevet disse problemområdene fordi de kan ha betydning for hvordan helse- og omsorgstjenestene håndterer problemer knyttet til somatiske helseplager, kognitiv fungering og sosiale problemer.

Tjenester:

Fagpersonene peker på at det er viktig at det er lav terskel både i poliklinikker og kommune om å imøtekomme pasientene ved uenighet. Laveste effektive tiltak i potensielle konfliktsituasjoner er å kalle inne ansvarsgruppen og åpent diskutere uenigheter. Dersom det er en mer isolert konflikt mellom pasient og et bestemt tiltak/behandler, bør tiltaket sørge for at pasientens sak blir diskutert i kollegiet. Likenes bør pasienten uten å måtte be om det, bli tilbudt å snakke med leder eller annen fagperson ved tiltaket for å få fornyet vurdering. Dersom slike tiltak ikke fører frem bør pasienten gis informasjon om klageadgang. Pasienten skal uoppfordret bli satt i kontakt med pasientombud, brukerorganisasjoner og andre relevante aktører som kan bidra til å bistå pasienten. Pasienten bør også uoppfordret bli tilbudt hjelp til å klage på vedtak eller behandling. Tilgjengeligheten til denne type tjenester og rettsregler vurderes å være god. Likevel mener fagpersonene at det oppstår unødige konflikter fordi tjenestene bruker for lang tid til å informere og bistå pasienten i alle typer tvistesaker.

Kompetanse:

Fagpersonene mener at det er behov for mer kompetanse om kombinasjoner av kognitive vansker, negative erfaringer og uheldige mestringsmåter. Tjenestene mangler kompetanse til å romme fortvilelse og sorg. Likenes bør kompetanse økes om fenomener knyttet til overføringer og motoverføringer. Fagpersonene mener at kompetanse på brukermedvirkning er økende i tjenestene, men at det likevel er mer å hente på dette området. Spesielt peker fagpersonene på at velfungerende ansvarsgrupper og oppdaterte individuelle planer er gode verktøy for å forebygge uenigheter.

Atferdsvansker, kriminalitet, trusler

Tjenester:

Ulike former for behandling foreslås. Det finnes mange typer utredning som kan være aktuelle for denne type problematikk. Fastlege, LAR-poliklinikk og psykiatrien kan alle gjøre utredninger og initiere behandling for denne type problemer (individualterapi, sinnemestringskurs, gruppebehandling osv.). Fagpersonene mener at denne type tiltak må iverksettes der det er faglige grunner for å gjøre det. I hovedsak mener fagpersonene at pasientgruppen med stor sannsynlighet har gjennomgått utredninger og mottatt behandling og tiltak for denne type problemer tidligere i livet. Hvis så er tilfelle så vil tiltak rettet mot denne type problemer handle om adekvate omsorg- og skjermingstiltak. Denne type tiltak kan være rettet mot livssituasjonen som sådan (bolig, omgang med familie og venner), men også i

forhold til utlevering og henting av medisiner. Dersom årsaken til atferdsproblemer, kriminalitet og trusler er å finne i pågående rusbruk, må tiltak som avrusing og skjerming i spesialisthelsetjenesten vurderes. Fagpersonene peker på at en del av problemene som faller inn under denne kategorien kan bli dempet ved økende alder.

Kompetanse:

Alle tjenester som kommer i kontakt med denne pasientgruppen må ha kompetanse på konfliktdependende strategier. I og med gruppens antatt lave funksjonsnivå på grunn av økende alder vil tjenestene først og fremst trenge mer kompetanse på når «skiftet» mellom rehabilitering og behandling på den ene siden og skjerming og omsorg på den andre siden inntreffer.

Oppsummering:

Våre informanter er helt klare på at ordinære tjenester i hovedsak er svaret på utfordringer av sosialfaglig, psykiatrisk og somatisk karakter. Det vil være helt klare unntak for en gruppe pasienter som er svært mye dårligere enn hva «normalpopulasjonen» i LAR er. Fagpersonene mener at det ekstraordinære ikke må bli førende for tjenestene generelt. Det er bedre å lage «unntak for unntakene». Spørsmålet om sykehjem ble spesielt drøftet. Fagpersonene mente at ordinære sykehjem vil være et adekvat tilbud for majoriteten av LAR-brukere. Der det må etableres unntak, mente fagpersonene at tjenestene måtte innrettes med fleksibilitet og «romslighet» nok til at pasientene ble værende i tiltaket. I de store byene vil tjenestene ha mye å vinne på å spille på lavterskeltilbud som feltpleie, gatehospital og lignende.

Den aldrende LAR-pasient behøver tjenester som har god samhandlingskompetanse og som evner å se den enkeltes behov. Vi finner at den aldrende LAR-pasient behøver helse- og omsorgstjenester som opptrer fleksibelt og løsningsorientert. Dette krever i mange tilfeller at helse- og omsorgstjenestene viser evne og vilje til å tenke og handle utenfor etablerte «sannheter» og rutiner.

Hovedbildet er at helse- og omsorgstjenestene for LAR pasienter tilbyr behandling og oppfølging av god kvalitet. Spesielt for de best fungerende pasientene.

Det er ikke skarpe overganger mellom den voksne og den eldre LAR-pasienten. Flere av problemkategoriene i vårt materiale gjelder LAR-pasienter generelt, og er ikke nærmere omtalt. Det betyr ikke at det er mindre viktig. Det betyr bare at problemer som alvorlig psykisk lidelse, økonomi, kriminalitet, «sidemisbruk», tannhelse er problemområder som

gjelder hele LAR-populasjonen. Det vil være nyttig å diskutere videre flere av problemområdene som avdekkes i denne rapporten, men som ikke er aldersspesifikke. Men dette ligger ikke til vårt mandat. Vårt oppdrag har vært å forsøke å identifisere spesifikke aldersrelaterte problemområder.

Vår konklusjon blir at helse- og omsorgstjenestene bør gripe fatt i organisatoriske utfordringer og øke kompetansen hos fagfolk tilknyttet tjenestene for følgende problemområder:

- LAR-pasienten opplever økt somatisk sykkelighet. Dette inntreffer betydelig tidligere enn for normalpopulasjonen.
- Aldersrelaterte kognitive problemer opptrer betydelig tidligere for LAR-gruppen enn for normalbefolkningen.
- Den aldrende LAR-pasient opplever oftere mer ensomhet og tristhet (tap av mening, angst, depresjon).

Helse- og omsorgstjenestene bør innrettes slik at de aller fleste LAR-pasienter får aldersrelatert hjelp innenfor de ordinære tjenestene. Det er imidlertid viktig at unntakene (ofte de mest ustabile) identifiseres. LAR-pasienter i sistnevnte gruppe bør bli gitt skreddersydde tilbud tilpasset den enkelte bruker. I begge tilfeller gjelder det at fastlege, kommune og spesialisthelsetjeneste må følge pasienten med aldersadekvate tiltak helt frem til døden.

Kapittel 6. Oppsummering og anbefalinger

Sverre Nesvåg

Innledning

Økningen i antallet eldre, endringer i livsstil og livssituasjon og endringer i bruk av rusmidler, skaper nye utfordringer for helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. Dette gjelder både for store befolkningsgrupper og for grupper av allerede definerte pasientgrupper. I denne utredningen har vi sett på to områder der disse endringene er særlig påfallende: 1. endringer i alkoholbruk og helsemessige og sosiale konsekvenser av endringer i alkoholbruk i den generelle eldre befolkningen, her definert som personer over 60 år, og 2. endringer i antall LAR-pasienter i alderen over 45 år og endringer i helsemessige og sosiale problemer i denne pasientgruppen.

De to aldersgrensene som er satt, illustrerer hvordan aldring og konsekvenser av aldring ikke kan relateres til en bestemt aldersgrense, men må vurderes ut fra særegne forhold ved de gruppene som studeres. Vi har også, igjen og igjen, understreket hvor viktig det er å ikke se på definerte pasient- eller aldersgrupper som enhetlige og klart avgrensede grupper.

Alkoholvaner og konsekvenser av alkoholvaner er trolig mer forskjellig innen gruppen av eldre enn mellom eldre og yngre, og de helsemessige og sosiale problemene innen gruppen av LAR-pasienter er trolig større enn mellom LAR-pasienter og ruspasienter utenom LAR. I denne utredningen har vi først, på grunnlag av informasjon fra forskning, nasjonale kartlegginger og vurdering fra forskere, klinikere og brukere, sett på hva som kjennetegner problemsituasjonen for de to gruppene (kapittel 2 og 4). Deretter har vi, på grunnlag av synspunkter fra et stort antall forskere, klinikere og brukere, sett på hvilke utfordringer dette representerer for utvikling av tjenestetilbud og kompetanse rettet mot de to gruppene (kapittel 3 og 5). Vi vil nå først oppsummere resultatene som er presentert i disse kapitlene og deretter komme med våre anbefalinger om hvordan tjenestetilbud og kompetans bør utvikles.

Oppsummering

Eldre og alkohol

Ulike undersøkelser gir et sammenfallende bilde av at det er blitt færre avholdne og at det gjennomsnittlige alkoholforbruket har økt i den eldre delen av befolkningen. Prosentvis har de eldre aldersgruppene økt gjennomsnittsforbruket mer enn de yngre. Ut fra HUNT 2 og 3, kan vi anta at eldre over 60 år kan ha så mye som doblet sitt alkoholforbruk i perioden 1998 – 2008. Siden 2008 har alkoholforbruket i den totale befolkningen stabilisert seg, men grunnet kohorteffekter kan en tenke seg at økningen i alkoholforbruket blant eldre kan ha fortsatt etter

2008 og at det vil fortsette å øke enda en god stund framover. Men andre faktorer som stabilisering av kjøpekraftsutviklingen framover, kan komme til å bidra til en stabilisering av alkoholforbruket også blant de eldre.

I forhold til yngre aldersgrupper er det en lavere andel eldre som har et episodisk høyt forbruk og en lavere andel som har et risikofyllt eller problematisk forbruk. I SIRUS sin befolkningsundersøkelse publisert i 2015 var det 3,4 prosent i gruppen over 60 år som skåret mer enn 8 AUDIT-poeng, sammenlignet med 17% for alle undersøkte. Slike tall er imidlertid generelt forbundet med stor usikkerhet og sannsynlig under-rapportering, grunnet lave svarprosjenter og spørsmål som er ofte forbundet med skyld og skam. Det vil trolig gjelde i enda større grad for den eldre delen av befolkningen.

Oppsummert kan en fastslå at alkoholforbruket blant eldre er doblet siste ti-år fram mot 2008. Etter 2008 har alkoholforbruket stabilisert seg i den totale befolkningen, mens kohort-effekter kan ha ført til en videre økning blant eldre. Eldres alkoholforbruk synes imidlertid å ha en mindre risikofyllt mønster enn blant yngre. Det sikreste anslaget for hvilken økning vi vil få i risikofyllt og skadelig alkoholforbruk blant eldre i årene framover, vil vi imidlertid få om vi forutsetter at økningen vil være minst like stor som økningen i antallet eldre.

Eldre år er for stadig flere forbundet med god helse og et aktivt liv. Men samtidig er aldring generelt forbundet med økt sårbarhet for sykdom og nedsatt funksjonsevne. Aldring er også ofte forbundet med krevende endringer i livssituasjon og tap av venner og pårørende. For de fleste eldre inngår bruk av alkohol i det gode liv. Samtidig vet vi at kroppens toleranse for alkohol reduseres med alderen. Mange eldre har også et høyt forbruk av legemidler, noe som øker risikoen for sykdom og ulykker. I sum gir dette en økt risiko for alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problemer blant eldre.

I et temanummer av Nordisk alkohol & narkotikastidsskrift (NAT 2009/5) om eldre og alkohol, viser flere undersøkelser at sammenhengene mellom alkoholforbruk og skadeomfang er de samme blant eldre som blant yngre (totalkonsummodellen). Det vil si at en kan regne at en doubling av alkoholforbruket fører til en firedobling av skadeomfanget. En studie av endringer i alkoholforbruk og skadeomfang i Norge i perioden 1993 – 2003 (Rossow, I. Trends in alcohol consumption and alcohol-related harms in Norway around the turn of the millennium. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 2007: supplement) for hele befolkningen viser at skadeutviklingen følger noe ulike baner for ulike typer skader. Det er særlig den

alkoholrelaterte sykkeligheten som har økt i takt med økningen i forbruket, mens f.eks. den alkoholspesifikke dødeligheten ikke har økt. Disse ulikhetene i skadeutvikling vil trolig særlig gjelde de eldre som i større grad har et drikkemønster som i større grad fører til økt alkoholrelatert sykkelighet enn til økt alkoholspesifikk dødelighet. Vi kan dermed gå ut fra at den alkoholrelaterte sykkeligheten blant eldre har økt i takt med økningen i antall eldre og med økningen i alkoholforbruket, og at sykkeligheten vil fortsette å øke minimum i takt med økningen i antall eldre.

Ulike undersøkelser viser at mange eldre opplever alkoholrelaterte somatiske helseproblemer, skader, og alkoholrelaterte psykiske helseproblem. For noen vil søvnvansker, psykiske plager og tap av livsmening kunne gi økt risiko for bruk av alkohol som en problematisk mestringsstrategi. Og for noe få vil alkoholbruken være preget av avhengighet og omfattende helsemessige og sosiale skader.

I kapittel 3 er denne variasjonen stilt opp som et kontinuum av alkoholrelatert problematikk med «litt for mye – litt for ofte» bruksmønsteret i den ene enden, til den marginaliserte, alkoholavhengige i den andre enden. Hovedinntrykket er at problematikk i retning av den første enden i stor grad forblir uoppdaget i dagens tjenestetilbud, selv om mange har kontakt med tjenestene for å få hjelp og behandling for de problemene som har oppstått. Man behandler de alkoholrelaterte problemene uten å oppdage de mulige alkohol-relasjonene. For eldre med problematikk i den marginaliserte enden av skalaen, blir det som oftest ganske synlig at deres alkoholbruk er relatert til deres sosiale og helsemessige problem. Mange av disse er storforbrukere av helse- og omsorgstjenester men uten at tjenestene nødvendigvis setter inn tiltak rettet mot selve alkoholbruken og avhengigheten. Men noen får åpenbart ikke den hjelpen de trenger. Dette ser både ut til å skyldes at tjenestene, av holdningsmessige grunner, trekker seg unna pasienten/brukeren, men også at den eldre selv og hans/hennes pårørende føler på skyld og skam, og derfor trekker seg unna tjenestene.

Felles for hele bredden av alkoholrelatert problematikk er dermed den manglende identifisering av det mulig alkoholrelaterte i den problematikken som tjenestene møter. Dermed får man ikke kartlagt på hvilken måte alkohol kan være en årsak til den Eldres problemer og får heller ikke vurdert om endringer i alkoholbruk kan vil være av betydning for det videre problem-forløpet. Det siste er det viktigste, fordi det betyr at man ikke får satt inn tiltak som kan bidra til å endre alkoholvanene og dermed til å bedre det videre forløpet.

Til tross for flere iherdige forsøk, har det vist seg svært vanskelig å få implementert anbefalte metoder for å identifisere alkoholrelatert problematikk i ulike deler av helse- og

omsorgstjenestene. I utredningen pekes det både på negative holdninger og manglende kompetanse som årsaker til dette. Men det pekes også på at dagens metoder i liten grad ser ut til å kunne passes inn i de praksiser som dominerer helse- og omsorgstjenestene. Dette er praksiser som, i tillegg til holdninger og kunnskap, kan relateres til en rekke forhold som tjenestene og fagfolkens forståelse av sitt oppdrag, organiseringen av tjenestene, de økonomiske incentivene for tjenestene og tjenestenes rettslige grunnlag. Når det så i de siste årene er kommet forskningsresultater som sår alvorlig tvil om effektene av de anbefalte metodene (Screening og Brief Intervention), er tiden inne til å utvikle og teste alternative metoder og strategier for identifikasjon og intervensjon, som kan vise seg mer effektive og lettere å implementere enn de som nå anbefales.

I utredningen er det lagt stor vekt på å vurdere hvordan de «ordinære» helse- og omsorgstjenestene, dvs. tjenester som er rettet inn mot alle innbyggere med behov for de aktuelle tjenestene uavhengig av tilleggsproblematikk og alder, i dag møter eldre med alkoholrelatert problematikk. Konklusjonen er at tjenestene gir den hjelp og har den kompetansen som er nødvendig for å gi god behandling og hjelp for selve de helsemessige og sosiale problemene som oppstår. Vurderingen er at ulike grupper fagfolk også i noen grad har kunnskap om hvordan alkohol kan være en direkte eller medvirkende årsak til mange problemer av helsemessig eller sosial karakter, og at alkoholbruk kan ha en negativ innvirkning på det videre forløpet.

Det er imidlertid behov for mer kunnskap på dette området. Kunnskap om kompliserende effekter av alkoholbruk i kombinasjon med ulike typer medisiner er et viktig tema. Kunnskap om alkoholbruk og endringer i kognitiv fungering er et annet. Det samme gjelder kunnskap og ferdigheter om hvordan de ordinære helse- og omsorgstjenestene kan hjelpe eldre med alkoholrelaterte problematikk til å endre sine alkoholvaner. Men mest avgjørende er det at de ordinære tjenestene ikke lar være å identifisere eller støter fra seg eldre med problematisk alkoholbruk på grunn av negative holdninger til mennesker med denne typen problematikk.

Vurderingen av behovet for spesifikke tjenester rettet mot gruppen eldre med alkoholrelatert problematikk, bygger på forutsetningen om at spesifikke tjenester, så langt det er mulig, ikke må bygges opp for å kompensere for manglende tilbud i de ordinære tjenestene. I utredningen er det imidlertid pekt på noen områder der det allerede finnes eller er behov for å utvikle mer spesifikke tjenester og kompetanse.

Et åpenbart område er den spesialiserte rusbehandlingen i TSB. I noen få tjenester innen TSB er det fagfolk som har interessert seg for å gi et godt behandlingstilbud til eldre. Deres erfaring er at eldre med alkoholrelatert problematikk i liten grad krever en annen behandlingsmetodikk enn andre grupper. Det samme vil gjelde for den spesialiserte alderspsykiatrien. Nyttan av integrert behandling ved samtidige rus- og psykiske lidelser er den samme for eldre som yngre pasienter. Det viktigste er at henvisende instanser ser nytten av å bruke slike tilbud og at fagfolk i slike tilbud får erfaring med å arbeide med eldre pasienter. I utredningen er det pekt på kunnskap om at eldre ofte har en større nytte av slik behandling enn yngre.

På samme måte som for andre pasientgrupper, er det behov for økt rusmedisinsk kompetanse både i de spesialiserte rustjenestene og i de øvrige spesialiserte tjenestene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. En styrking av den rusmedisinske kompetansen i TSB, vil være av stor betydning for at disse tjenestene skal bli et godt tilbud til eldre. For de øvrige tjenestene er det mer usikkerhet om hvordan både rusmedisinsk kompetanse og mer dybdekompetanse om identifisering, kartlegging og behandling/hjelp bør bygges opp og organiseres. I større fagmiljø i somatiske sykehus og innen helse- og omsorgstjenestene i større kommuner, er det god erfaring med å bygge dybdekompetanse hos noen fagpersoner og så tilby denne inn i de øvrige tjenestene. Det viktige er at slike fagpersoner støtter og utfyller heller enn erstatter et godt faglig arbeid i disse tjenestene.

I utredningen er det understreket at disse forutsetningene også må legges til grunn ved behov for omsorgsboliger og sykehjem. Så langt det er mulig bør det ikke være i noe i veien for at slike tjenester ivaretar hjelpebehovene også for eldre med alkoholrelaterte problem. Slike tilbud er jo nettopp de best egnede for å ivareta vanlige alkoholrelaterte problem som særlig tilpassede boforhold, fysiske pleiebehov, behov ved dårlig kognitiv fungering, lettere psykiske lidelser og behov for sosiale fellesskap. Men i noen tilfeller ser en at eldre med særlig alvorlige alkoholrelaterte problem, kan ha en væremåte, inkludert bruk av alkohol, som oppleves som en for stor utfordring for både øvrige beboere og ansatte i ordinære fellesboliger og sykehjem. Flere kommuner har allerede etablert egne enheter for å ivareta eldre i en slik situasjon. Mange stiller imidlertid spørsmål ved hvor stort behovet er for slike enheter og hvordan de i tilfelle bør utformes og organiseres.

Eldre i LAR

LAR-pasienter er en stor og svært sammensatt pasient-gruppe. Pasientene varierer fra stabile og velfungerende personer med ingen sidebruk av rusmidler, liten forekomst av fysiske og psykiske helseplager, ordnet økonomi, gode boforhold, fast arbeid eller annen meningsfull

aktivitet og gode sosiale relasjoner og nettverk. I den andre enden av skalaen finner vi LAR-pasienter med et liv preget av stor ustabilitet, mye sidebruk av både forskrevne og illegale legemidler og rusmidler, store fysiske og psykiske helseplager og store økonomiske og sosiale problemer. Denne variasjonen finner vi også innen den eldre delen av LAR-pasientpopulasjonen. I denne utredningen har utgangspunktet vært den sterke forventede økningen i antall eldre LAR-pasienter. I 2014 var 22% av LAR-pasientene over 50 år og i 2020 forventes andelen å være nær doblet. Et annet utgangspunkt har vært å utrede omfanget av helsemessige og sosiale problemer blant eldre LAR-pasienter (45 år og eldre) og i hvilken grad forekomsten av disse problemene ser ut til å være annerledes i gruppen over 45 år sammenlignet med gruppen under 45 år.

Utredningen viser at det er en relativt liten andel av LAR-pasientene som sliter med alvorlige problemer med manglende bolig og mangel på faste inntekter (for de alle fleste i form av faste stønader). Langt flere er imidlertid lite fornøyd med sine boforhold og for noen fører særlig gammel gjeld og sidebruk av illegale legemidler og rusmidler til større økonomiske problemer. Dette er en situasjon som ikke ser ut til å være avhengig av om en er i gruppen av yngre eller eldre LAR-pasienter.

Høy forekomst av både somatisk og psykisk sykkelighet preger hele LAR-populasjonen. Forekomsten av psykiske lidelser ser ut til å være generelt stabilt høy, uavhengig av alder. Forekomsten av angst er noe lavere og forekomsten av depresjon noe høyere i de eldre aldersgruppene. Forekomsten av alvorlige psykiske lidelser i relativt høy i alle aldersgrupper. Forekomsten av somatiske helseplager er som ventet høyere i den eldre gruppa og mange somatiske helseplager som ofte forbindes med økende alder, er ofte å finne blant LAR-pasienter fra førti års alder. Alvorlige lever- og nyrelidelser er en stor helsemessig utfordring, men også en rekke andre somatiske helseproblemer som hjerte- og kar-lidelser, lungelidelser og fordøyelseslidelser er ofte forekommende. Det samme er kroniske smerteproblemer og søvn- og døgnrytme-vansker.

Dårlig kognitiv fungering er nært forbundet med alle typer alvorlig rusmiddelavhengighet. Overgangen fra en omfattende rusmiddelbruk til stabil medisinerings med LAR-medikamenter, gir en klart positiv effekt på den kognitive fungering. Men også selve LAR-medikamentene, men i enda større grad, sidebruk av legemidler og rusmidler, har en negativ innvirkning på den kognitive fungeringen. Det er derfor ikke uventet at forekomsten av kognitive problemer, inkludert demens, er høyere blant de eldre LAR-pasientene.

Det siste problemområdet som er identifisert i denne utredningen er forekomsten av sosial isolering og tap av livsmening. Dette synes å være et økende problem for mange LAR-pasienter etter hvert som de blir eldre. Dette er problemer som en også ser i den øvrige eldre befolkningen, men for LAR-pasienter øker problemene i tidligere alder og forsterkes også av stadige opplevelser av stigmatisering og sosial marginalisering.

Vurderingene av tjenestetilbudet til eldre LAR-pasienter og hvilken kompetanse som er nødvendig for å yte gode tjenester, bygger på de samme forutsetninger som for eldre med alkoholrelatert problematikk. Så langt det er mulig bør behandling og hjelp for helsemessige og sosiale problem blant eldre (og yngre) LAR-pasienter ytes av de tjenestetilbudene som ordinært yter slik behandling og hjelp.

Utredningen viser at utviklingen av både det spesialiserte og det kommunale tjenestetilbudet rettet mot somatiske helseproblem blant LAR-pasienter har blitt betydelig mer tilgjengelige etter rusreformen og tildelingen av ordinære pasientrettigheter. Kompetansen til å yte den nødvendige hjelp og behandling er jevnt over god i disse tjenestene. Fremdeles kan en nok oppleve at noen tjenester og enkelte fagfolk vegrer seg mot å yte den nødvendige hjelp og behandling. Argumentene går da mest på spørsmål om sikkerhet, på vurdering av kost-nytte av behandlingen og på hva som er medisinsk faglig forsvarlig behandling, men ikke på spørsmål om en har ansvar eller kompetanse i forhold til de somatiske helseproblemene som pasienten sliter med. Noen ganger vil en nok også oppleve stigmatiserende holdninger generelt overfor personer med rusrelaterte problem, og særlig overfor personer som har vanskelig for å tilpasse seg til vanlige normer for framturen og atferd. Det er som oftest de mest ustabile LAR-pasientene (og for så vidt også andre ustabile ruspasienter) som har de mest uavklarte, omfattende og komplekse helseproblemene. Det er disse pasientene som har størst vanskeligheter med å få tilgang til nødvendige tjenester, både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Sosiale problemer knyttet til økonomi og boligproblemer er ofte forekommende blant både eldre og yngre LAR-pasienter. Både de kommunale omsorgs- og boligjenestene og de statlige velferdstjenestene opplever nok store vanskeligheter med å yte hjelp i forhold til de behov for eldre (og yngre) LAR-pasienter sliter med, men det skyldes nok mest et opplevd misforhold mellom alvorligheten av problemene og de ressursene og arbeidsmetodene en rår over i disse tjenestene.

I utredningen vurderer en det til at det er bydelig større problemer med å få nødvendig tilgang og hjelp med psykiske helseproblem. Dette er problemer som kjennetegner store grupper av

personer med rusrelaterte problem og omfanget av problematikken synes ikke å være større blant eldre enn blant yngre LAR-pasienter. Det er imidlertid et tankekors at selv LAR-pasienter som har vært lenge i LAR-behandling ikke opplever reduserte psykiske helseplager. I hvilken grad dette skyldes en livsstil og livssituasjon som opprettholder de psykiske helseproblene eller det er et resultat av manglende behandling for psykiske lidelser tidligere i forløpet, kan ikke denne utredningen gi svar på. Men fra alle hold pekes det på den dårlige tilgangen LAR-pasienter har til nødvendige psykiske helsetjenester. Også innenfor det psykiske helsevernet og det psykiske helsearbeidet i kommunene kan en nok finne de samme grunnene for et manglende tilbud som for somatiske lidelser, men særlig innenfor store deler av psykisk helsevern finner en også sterke krefter som avviser at det å gi hjelp til denne gruppen er deres ansvar. Dette er klart i strid med formelle pasientrettigheter og retningslinjer for behandling av samtidige ruslidelser og psykiske lidelser.

På noen områder synes manglende kompetanse (kunnskap og ferdigheter) å være den største utfordringen. Det gjelder så viktige områder som økte kognitive vansker, ofte forekommende og lengevarende søvn- og døgnrytme problemer og problemer i forhold til kosthold og ernæring. Det synes å være for lite oppmerksomhet rettet mot disse områdene, noe som resulterer i for dårlige kartlegginger og for lite behandling og hjelp for denne typen problemer. Nå er jo dette problemer som slett ikke er uvanlige blant eldre, men siden dette er personer i LAR-behandling og fordi problemene ofte oppstår tidligere i livsløpet enn blant andre eldre, vil «ordinære» tjenester som har kompetanse på kartlegging og behandling av slike problem, ofte være lite tilgjengelige. Fastleger, hjemmesykepleie og spesialiserte alderspsykiatriske tjenester er eksempler på dette.

Et særlig viktig problemområde å være oppmerksom på blant eldre LAR-pasienter, er den ofte økende opplevelsen av sosial marginalisering og tap av livsmening. Mange har hatt store tapsopplevelser gjennom et langt liv med rusrelatert problematikk og mange får en økt bevissthet om alle de muligheter til har forspilt. Dette er en type problematikk som det er vanskelig for de ordinære helse- og omsorgstjenestene å ta tak i. Mange typer organisasjoner og fellesskap utenom det offentlige tjenestetilbudet spiller allerede en viktig rolle på dette området og dette er en type tiltak som bør utnyttes langt bedre. Det samme bør gjelde de kommunale kultur- og fritidstilbudene. Det er imidlertid da en viktig rolle for fagpersoner i det offentlige tjenestetilbudet å formidle kontakt til og samarbeide med slike tiltak.

Det leder oss inn på det grunnleggende spørsmålet om hvilke spesifikke tiltak som eldre LAR-pasienter synes å ha behov for. Det mest åpenbare spesifikke tjenestetilbudet er LAR-

sentraene som er en integrert del av TSB. Disse sentraenes oppgave er både å sørge for at LAR-pasienter gis et forsvarlig rusmedisinsk tilbud. Ut over dette er de i noe ulik grad ansvarlige for selv å yte og i tillegg hente inn og koordinere den behandling og hjelp fra andre tjenestetilbud som er nødvendig for at pasienten skal kunne utvikle og vedlikeholde sitt optimale funksjonsnivå. Etter hvert har mye av disse funksjonene blitt overført til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Disse har igjen samlet disse oppgavene som en del av spesifikke rustjenester eller integrert dem i det øvrige tjenestetilbudet.

Vurderingen i denne utredningen er at LAR-sentraene og de kommunale tjenestene som arbeider mer eller mindre spesifikt med LAR-pasienter, har et særlig ansvar for å sikre at LAR-pasientene, både yngre og eldre, får de tjenestene de har krav på og behov for. I økende grad vil en anta at ordinære tjenester som har ansvar for selv å yte nødvendig behandling og hjelp eller som har ansvar for å henvise til andre tjenester som har et slikt ansvar, vil ivareta dette ansvaret på en tilfredsstillende måte. Særlig vil dette gjelde for eldre LAR-pasienter i den godt fungerende enden av skalaen.

I dårlig fungerende enden av skalaen er det nok mange pasienter som vil trenge en aktiv hjelp og støtte fra de spesifikke LAR-tjenestene, for at de skal få tilgang på nødvendige behandling og hjelp i det ordinære tjenestetilbudet. Det synes særlig å gjelde for pasienter som har vanskeligheter med å tilpasse seg til vanlige normer for framturen og atferd. Det vil også gjelde i de tilfellene der tjenester som faktisk har ansvaret for å yte nødvendig hjelp ikke vil eller kan ta dette ansvaret. I slike tilfeller vil eldre (og yngre) LAR-pasienter trenge støtte og hjelp fra kompetente fagfolk i spesifikke LAR-tjenester, og fagfolk i ordinære tjenester vil trenge støtte og veiledning når de skal yte den nødvendige hjelpen.

En siste problemstilling som trekkes fram i utredningen er spørsmålet om egne spesifikke bo- og omsorgstilbud for eldre LAR-pasienter med særlige behov for tilpassede boligløsninger, pleie, aktivitet og sosiale fellesskap. Et svar på denne utfordringen er at den type enheter som er etablert for eldre med omfattende alkoholrelaterte problem (for eksempel rusposter i sykehjem) blir minst like aktuelle for eldre LAR-pasienter med den samme typen problem. Et annet svar er utvikling av spesifikke lavterskeltilbud til eldre LAR-pasienter slik vi finner det i Oslo (Villa MAR), og videreutvikle denne typen tiltak til også å omfatte tilknyttede tilpassede boligløsninger, det vil si fler-bolig-løsninger med tilknyttet personale. Dette er en problemstilling som nok i økende grad vil bli aktualisert i større kommuner, men også som interkommunale tiltak, og i samarbeid med LAR-sentraene.

Anbefalinger

Eldre og alkohol

De to første av anbefalingene nedenfor er formulert ut fra behovene relatert til problematisk alkoholbruk blant eldre, men har åpenbart like stor relevans for yngre med alkoholrelaterte problem. De tre siste anbefalingene er mer spesifikt rettet mot eldre med denne typen problematikk:

- Den anbefalte strategien omtalt som Screening and Brief Intervention (SBI) er i ny forskning vurdert som svært lite effektiv og har også vist seg svært vanskelig å implementere. Ledende forskere på feltet (se referanseliste i kapittel 3) mener det trengs alternative metoder og strategier. Ny forskning i Norge (se igjen referanseliste i kapittel 3) viser at «pragmatisk case-finding og intervensjon» kan representere et slikt alternativ. Denne strategien bør nå videreutvikles og testes for å kunne nærmere vurdere dets effekt og om den lar seg implementere innenfor de praksiser vi finner i de ordinære helse- og omsorgstjenestene, både på spesialist og kommunalt nivå. Det er et stort behov for å få på plass metoder som gjør fagfolk i stand til å kunne identifisere og gi god hjelp og endringsstøtte til eldre som ved å endre sine alkoholvaner kan bedre sin helsemessige og sosiale situasjon. De metoder som brukes i spesialisert rusbehandling er bare i begrenset grad anvendelige innenfor de praksiser vi finner i de ordinære helse- og omsorgstjenestene.
- Det bør utvikles et kompetansehevingsprogram med ulike tilpasninger for ulike tjenester innen spesialiserte og kommunale tjenester, som kan styrke kompetansen i forhold til identifisering, kartlegging, råd, veiledning og endringsstøtte for eldre pasienter/brukere med alkoholrelatert problematikk. Et slikt kompetansehevingsprogram bør også adressere de negative og stereotype holdninger vi kan finne, rettet mot eldre. Gjennomføringen av kompetansehevingen bør foregå på det enkelte tjenestested, slik at fagmiljøene kan utvikle felles kunnskap, ferdigheter og holdninger i arbeidet med alkoholrelatert problematikk. Det beste vil selvsagt være om denne typen kompetanse kommer sterkere inn i utdanningene til de ulike faggruppene, men dette synes å være et lengre lerret å bleke.
- En bør sikre at alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problemer blant eldre får en viktig plass i utviklingen av rusmedisinsk kompetanse, både i den rusmedisinske spesialiteten og som del av andre medisinske fagfelt.

- Behandlingstilbudene innenfor TSB bør samarbeide med henvisende instanser for å øke henvisningene av eldre med alvorlig alkoholavhengighet, og dermed også styrke sin egen erfaring i å gi god og tilpasset behandling til denne målgruppen.
- Det bør settes i gang et utviklingsprosjekt for å evaluere og videreutvikle gode tilpassede bo- og pleie-løsninger for eldre med omfattende alkoholrelaterte problemer, som vanskelig lar seg plassere i ordinære omsorgsboliger og sykehjemsavdelinger.

Eldre i LAR

Også her er de to første anbefalingene også relevante for en større gruppe pasienter som har de samme typene helsemessige og sosiale problemer som vi har identifisert blant eldre LAR-pasienter. De to siste anbefalingene retter seg mer spesifikt mot eldre i LAR.

- Det bør slås uttrykkelig fast i opptrappingsplanen og i oppdragsbrevene til RHF-ene og HF-ene at det psykiske helsevern har plikt til å yte nødvendig psykiske helsehjelp til personer med omfattende psykiske lidelser og ruslidelser, selv om den psykiske lidelsen vurderes som rusutløst, selv om disse er i LAR-behandling, og selv om de måtte ha en væremåte og atferd som utfordrer ansatte og andre pasienter.
- Det bør settes i verk tiltak som kan styrke kompetansen og kapasiteten for identifisering og kartegging av økende somatiske helseproblem, kognitive problem, søvn- og døgnrytmeproblem og problem i forhold til kosthold og ernæring blant eldre i LAR. Disse tiltakene bør rette seg mot fagmiljøene ved LAR-sentrene i TSB og de kommunale tilbudene spesifikt rettet mot LAR-pasienter, men også mot fastleger, primærhelsetjenesten og når det gjelder kognitive problem, også alderspsykiatrien.
- Kommuner og helseforetak bør oppfordres til å utvikle og implementere organisatoriske samarbeidsløsninger for å kunne yte nødvendige helsetjenester for den mest ustabile pasientgruppen med de mest uavklarte, omfattende og komplekse helseproblemene.
- Organisasjoner og sosiale felleskap utenom de offentlige tjenestetilbudene og offentlige kultur- og fritidstilbud bør bli bedt om å engasjere seg i å tilby eldre, sosialt marginaliserte LAR-pasienter tilpassede aktiviteter og inkluderende sosiale felleskap.
- Det bør utvikles modeller for hvordan lavterskel pleie- og omsorgstiltak (som Villa Mar) bør utvikles i kombinasjon med tilpassede flerbolig-løsninger med egen bemanning. Dette kan være gode løsninger for eldre LAR-pasienter med omfattende helsemessige og sosiale problemer.