

Rusproblemer blant eldre



Av **Siri Ytrehus** professor ved Diakonhjemmet høgskole, Institutt for sykepleie og helse, Oslo, hvor hun er faglig ansvarlig for et masterprogram i helse- og sosial faglig arbeid med eldre



Av **Randi Ervik**, høgskolelektor, cand.polit.

Innledning

Rusproblemer blant eldre har vært et ignorert problem som har fått liten oppmerksomhet i hjelpeapparatet(1-5). Rusproblemer blant eldre er ofte mistolket, oversett, underbehandlet eller ikke behandlet (2). Hensikten med denne artikkelen er å vise behovet for oppmerksomhet på denne problematikken i helse- og omsorgstjenesten overfor eldre og på sentrale utfordringer som tjenesten kommer til å møte med tanke på å utvikle god hjelp også til denne gruppen av eldre.

I artikkelen redegjør vi først for bakgrunnen for at denne problematikken blir framhevet i dag, og hvordan utviklingen av sentrale begreper innen dette feltet kan forstås. Artikkelen framhever videre at eldre med rusproblemer vil være en variert gruppe, og peker på forskjeller i betydning om rusproblem har vart gjennom hele livsløpet, sammenliknet med om rusproblem har oppstått i eldre år. Eldre kvinner med rusproblemer er dessuten en særlig utsatt gruppe. Siste hoveddel av artikkelen drøfter særskilt sentrale utfordringer i helse- og omsorgstjenesten og peker på forskningsutfordringer innen denne tematikken.

Økende bruk av rusmidler blant eldre

Forskning som har studert bruk av alkohol, har konsekvent funnet at alkoholforbruket er lavere og alkoholmisbruk mindre utbredt hos personer over 60 år (6), noe som det er naturlig å anta at kan ha vært en medvirkende årsak til lite oppmerksomhet på rusproblemer blant eldre. En viktig motivasjon for å sette rusproblemer blant eldre på dagsordenen i det siste tiåret er de store alderskullene som ble født etter andre verdenskrig – de såkalte baby-boomers – som blir eldre. Den demografiske utviklingen med høyere levealder og store fødselskull gir stor øking i antallet eldre. Blant norske kvinner og menn over 50 år er alkoholforbruket økt (7) og nesten doblet de siste tiårene (8). Eldre kan ta med seg nye levemåter og rusmiddelvaner inn i alderdommen på en måte som en ikke har sett blant tidligere kohorter. Uttrykket «den våte» generasjonen er gjerne brukt for å beskrive denne generasjonen i motsetning til den «den tørre» generasjonen som er brukt om forrige generasjon (9).

Hva er et rusproblem?

Myndighetene slår i St.meld.nr. 30 *Se meg! En helhetlig ruspolitikk* (7) fast at et økende alkoholforbruk,



FLERE MISBRUKERE:

En raskt voksende eldre befolkning med økende alkoholforbruk, vil trolig føre til at det blir flere eldre med rusproblem. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

«Det kan være knyttet et særlig stigma til rusproblemer hos eldre.»

Sammenheng

Rusproblemer blant eldre har fått liten oppmerksomhet i hjelpeapparatet. En viktig motivasjon for at rusproblemer blant eldre er satt på dagsordenen i det siste tiåret, er de store alderskullene som ble født etter andre verdenskrig. Med en raskt voksende eldre befolkning med økende alkoholforbruk og lett tilgjengelighet til rusmidler er det grunn til å tro at forekomsten av rusproblemer blant eldre vil øke. Denne artikkelen peker på behovet for økt oppmerksomhet og kunnskap i alle deler av helse- og omsorgstjenesten med tanke på å skulle nå fram med nødvendig hjelp. Tidlig identifisering vil ha stor betydning. Samtidig retter denne artikkelen oppmerksomheten på de store variasjonene det vil være i hjelpebehov og sosial situasjon blant eldre som har et rusproblem. Noen eldre har hatt et rusproblem gjennom store deler av voksenlivet. Andre har utviklet et rusproblem først og fremst som eldre. Artikkelen drøfter også sentrale utfordringer i helse- og omsorgstjenesten overfor eldre med tanke på å avhjelpe rusproblemer. Avslutningsvis peker artikkelen på forskningsbehov på dette området.

Nøkkelord: Eldre, rusproblemer, helse- og omsorgstjenesten.

English abstract

Drug-related problems among the elderly have received little attention in the healthcare system. An important motivation for putting these problems among the elderly on the agenda in the last decade is the rapidly growing elderly population with an increasing alcohol consumption and easy access to drugs, there is reason to believe that drug related problems will increase among the elderly. This article underscores the need for increased awareness and knowledge in all parts of the health care system. Early identification will be important for elderly people with drug problems, as it is for all other groups. At the same time this article points to the large variations in helping needs and in the social situation for elderly who has a drug related problem. Some elderly have had a drug related problem throughout much of their adult life. Others have developed a problem primarily when they are old. The article points out and discusses key challenges in the health care system when it comes to providing help for elderly with drug related problems. Finally, the article points to the research needs in this area.

Keywords: Elderly, drug related problems, health care services

alkoholrelaterte skader og innleggelser med alkoholrelaterte diagnoser er en økende rusmiddelpolitisk utfordring. Hva som er et problematisk alkoholforbruk, er vanskelig å besvare. Jo høyere det allmenne forbruket blir, desto mer drikking skal til før det oppfattes som problematisk. Det er imidlertid ikke «stordrikkene» som forårsaker mest skade og sykdom og som påfører samfunnet de største kostnadene, men gruppen med et moderat forbruk av rusmidler, først og fremst alkohol. I faglig sammenheng knyttes begrepene rusbruk, skadelig rusbruk, rusmisbruk, ruslidelse og rusavhengighet til ulike forhold ved fenomenet rus. Rusavhengighet brukes ved tilstander hvor diagnostiske kriterier er oppfylt. Fagmiljøene peker på at det ikke kan trekkes klare grenser mellom hva som er bruk, misbruk og avhengighet. Andre begreper som brukes i Norge, er «risikofyllt eller problematisk bruk», «skadelig bruk» og «avhengighet». Tross ulik begrepsbruk er det faglig enighet om at risikofyllt eller problematisk bruk referer til en situasjon som innebærer helseisrisiko, og ikke et helseproblem i seg selv, mens skadelig bruk og rusavhengighet refererer til et helseproblem (10).

I Norge er illegale rusmidler definert som substanser som til enhver tid er oppført på narkotikalistene, samt ulovlig bruk av foreskrevne legemidler. Illegale rusmidler er dermed definert juridisk, og ikke ut fra skader ulike rusmidler kan forvalde. Det siste ville ha inkludert alkohol, som uten sammenlikning forvalder de største skader på individ, familie og samfunn. Misbruk i juridisk forstand straffes etter legemiddelloven eller straffelovens bestemmelser. Borgere som har misbrukt stoffer i denne forstand, har oftest, i tillegg til skader av for eksempel injisering av heroin og andre stoffer, også pådratt seg kontrollskader, som er en betegnelse på følger av selve kontrollsystemet (11).

Et stigmatisert helseproblem

Rusproblemer regnes som en stigmatisert lidelse. Lidelsen det er knyttet stigma til, vil innebære devaluering

«Familien kan ha vansker med å oppdage og erkjenne rusproblemet.»

av personen og betydelig skyld og skam for både den det gjelder, og kanskje også nære pårørende. Begrepet «courtesy stigma» er nettopp ment å illustrere at

stigma kan knyttes ikke bare til personen som har den stigmatiserte lidelsen, men også til nære relasjoner (12). Både den som har problemet og pårørende kan møte offentlig ansatte og andre, i både familien og samfunnet for øvrig, som i utgangspunktet kan ha et negativt syn på den hjelpetrengende og dermed kanskje også på de pårørende. Det er vist at det kan være knyttet et særlig stigma til rusproblemer hos eldre (13-15).

Rusproblemer blant eldre

Mange faktorer påvirker rusproblemer blant eldre, både helseproblemer, følelsesmessige og sosiale problemer som for eksempel svak økonomi (1). De samme faktorene kan også bli forverret av et rusproblem. Rusproblemer kan føre til både helsemessige, sosiale og økonomiske konsekvenser. I tillegg kan aldersrelaterte endringer, både fysiologiske, psykologiske og sosiale, forverre de uheldige konsekvensene. For eksempel vil fysiologiske endringer som følge av aldringsprosessen gjøre at væskevolumet i kroppen reduseres. Ved alkoholbruk vil derfor promillen i blodet blir forholdsvis høyere enn hos yngre mennesker. Eksempler på andre helsemessige konsekvenser som er beskrevet, er demens, depresjon og angst (4).

Et høyt forbruk av legemidler blant mange eldre gjør dem særlig utsatt fordi blanding av alkohol og legemidler gir uheldige bivirkninger og kan ytterligere øke risikoen for skade og ulykker (7). Samtidig kan et høyt forbruk av legemidler gjøre eldre ekstra utsatt for misbruk av foreskrevne legemidler. Studier påpeker tendens til dette blant eldre (4).

Et problem som er særskilt for eldre, er at flere av symptomene på et rusproblem kan forveksles med andre helsemessige og sosiale problemer som kan følge alder. Eksempler på dette er demens eller depresjon. Dette kan skape ekstra utfordringer med å oppdage et rusproblem hos eldre og kan være en medvirkende årsak til at rusproblemer oversees.

Eldre med et livslangt rusproblem

De helsemessige og sosiale konsekvensene vil være forskjellige avhengig av både type rusproblem og langvarigheten av dette (7). Et tidlig debuterende rusproblem hos eldre vil være et rusproblem eldre har levd med enten hele sitt voksne liv eller store deler av dette. Eldre som dette gjelder for, kan ha utviklet en lang rekke fysiske, psykologiske og sosiale problemer som en konsekvens av et livslangt rusproblem. Mange kan ha utviklet leverproblemer og kardiiovaskulære problemer. Et langvarig rusproblem kan også medføre

kognitive skader. Mange kan også ha en historie med flere forskjellige og gjentatte behandlingsopphold. Vi vet at helseproblemer som vi vanligvis ser hos eldre mennesker, kan opptre tidligere hos personer med et langvarig rusproblem, og at aldringsproblematikk derfor kan opptre mye tidligere enn for befolkningen for øvrig.

Denne gruppen vil selvfølgelig være sammensatt. De aller dårligst stilte kan ha hatt en marginalisert posisjon overfor alle sentrale samfunnsinstitusjoner gjennom store deler av livsløpet. De kan ha hatt et rusproblem som kan ha medført manglende utdanning, yrkeserfaring, familieetablering og manglende bolig. Hjelp og støtte til eldre i denne situasjonen må ta hensyn til dette.

Helseproblemene vil variere etter hvilken type rusproblem det er snakk om. Blant injiserende stoffbrukere er det en høy andel kronisk hepatitt C (16). Mange smittes i ung alder, men de fleste HCV-relaterede dødsfall ser ut til å skje mer enn 25 år etter at man ble eksponert for viruset (17). Per ultimo 2012 mottok vel 7000 i denne gruppen substitusjonsbehandling gjennom programmet legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Gjennomsnittsalderen for deltakerne var i underkant av 42 år, med betydelige psykiske vansker og kroppslige sykdommer og plager som i stor grad vil svekke utfoldelse og livskvalitet (18).

Studier som har fulgt pasienter som har mottatt LAR-behandling, viser at slik behandling for mange fører til reduksjon i bruk av narkotiske stoffer og av kriminalitet (19). Men selv om mange slutter å bruke tunge narkotiske stoffer, viser denne studien at det fortsatt etter ti år i LAR-programmet forekommer bruk av ulike narkotiske stoffer også blant dem som mottok behandlingen. Denne studien viser også den store risikoen for tidlig død som denne brukergruppen er utsatt for (19).

Deltakelse i LAR-behandling kan bidra til bedre levekår. Den refererte studien viste at deltakelse i LAR-behandling medførte lønnet arbeid for flere. Flere fikk erstattet sosialhjelp med uføretrygd, noe som vil innebære et stabilt og tryggere inntektsgrunnlag (19). Bosituasjonen hadde bedret seg for flere av deltakerne i denne studien. Vi vet at bolighistorien til brukere som har hatt et rusproblem over mange år, kan ha vært svært ustabil med flytting mellom mange ulike boliger, utkastelser fra bolig, opphold på midlertidig botilbud og kanskje også flere opphold på institusjon (20). Grunnene kan være mange, blant annet vansker med å oppret-

FARLIG BLANDING:

Eldre som bruker medisiner er ekstra utsatt for skader som følge av rus. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



holde de økonomiske forpliktelsene. Hjelp til bolig er viktig. For mange med omfattende rusproblemer er en trygg boligsituasjon en forutsetning for å kunne opprettholde en rusfri tilværelse. Mange vil også ha behov for hjelp og støtte for å få en tilfredsstillende og trygg bosituasjon.

Ensomheter et stort problem for mange som mottar LAR-behandling (19). Vi vet at det er krevende å etablere seg med nye relasjoner i et sosialt miljø som ikke er en del av et tidligere rusmiljø (21). Samtidig kan en trygg sosial tilhørighet etter et liv med langvarige rusproblemer være avgjørende for hvordan den eldre vil greie seg (21).

Eldre med et seint debuterende rusproblem

Rolleendringer og tapsopplever kan være medvirkende til et rusproblem som starter seint i livet. Tap av nær familie, partner og venner, endringer i arbeidslivet og redusert funksjonsnivå og sykdom er eksempler på dette. Tilpasning til slike endringer kan være krevende, særlig vil dette gjelde når mange ulike taps- og livsendringer kommer på samme tid. Det å miste en partner samtidig som helseproblemer og hjelpeavhengighet oppstår, kan representere slike livsendringer. Fysiske, sosiale eller psykologiske ressurser finnes ikke på samme måte lenger.

Seint debuterende misbruk, enten det er med

illegale eller legale rusmidler, kan være vanskelig å identifisere. Det kan være at eldre i større grad enn yngre vil skjule et rusproblem. Familie og annet sosialt nettverk kan ha vansker med både å oppdage og erkjenne rusproblemet. Fysiske tegn på rusproblemer kan forveksles med andre helseproblemer og med andre forhold som har med aldersfasen å gjøre.

Vi skal her kort nevne enda en type rusproblem blant eldre som er påpekt i forskningslitteraturen. Dette er såkalt «overstadig drikking» eller periodisk drikking, som er en alkoholbruk som har forekommet hyppigere blant yngre grupper. Samtidig er det antatt at denne bruken vil forekomme oftere blant nye grupper eldre enn blant tidligere tiders eldre (22). Denne bruken av alkohol trenger nødvendigvis ikke bli oppfattet som et avhengighetsproblem verken av den eldre eller av helsevesenet, men kan likevel føre med seg mange helseproblemer og skader for eldre.

En gruppe som skal neves spesielt, er eldre kvinner. Myndighetene ser med bekymring på det økende alkoholforbruket blant kvinner. Selv om det i Norge er lavt alkoholkonsum sammenliknet med andre europeiske land, har det siden 1970-tallet vært en jevn økning i kvinners forbruk av alkohol (7). Når det gjelder rusproblemer, er kvinner mer utsatt enn menn på grunn av forskjeller i metabolisme av alkohol. Dette gir høyere risiko for både fysiske,

medisinske, sosiale og psykologiske problemer ved høyt alkoholforbruk (23). Eldre kvinner er særlig utsatt (15).

Hvordan hjelpe?

Kartlegging av og kunnskap om rusproblemer kan se ut til å være mangelvare i tjenesteapparatet. En undersøkelse blant fastleger i Norge viste at legene foretok lite kartlegging av alkoholbruk, og at de følte seg mer kompetente til å gi råd om røyking enn om alkohol (24). Hovedforklaringen var mangel på tid og kompetanse.

Det har lenge vært et politisk mål å unngå det som har vært omtalt som særomsorg, også for personer med rusproblemer. Universalitet skal gjelde som premiss. Det vil si at det ikke skal bygges opp et tjenestetilbud på siden av den ordinære tjenesten, heller ikke for personer med rusproblemer (25).

Dette ble særlig tydelig da personer med rusproblemer fikk pasientrettigheter etter spesialisthelse-tjenesteloven. I og med prinsippet om universalitet vil alle deler av helsetjenesten møte eldre med rusproblemer, både spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Dette gjelder alle eldregrupper med rusproblemer, også de som har hatt et langvarig rusproblem, og som først og fremst har blitt ivaretatt i tjenestetilbud som har vært utvi-

ULIKE GRUPPER: Det er store forskjeller i hjelpebehov og sosial situasjon blant eldre som har et rusproblem. Noen har ruset seg store deler av livet, andre har blitt misbrukere i voksen alder. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



klet for personer med rusproblem. Hjemmebaserte tjenester er, sammen med fastlegen, helt sentrale-kommunale tjenester for eldre med rusproblemer. Disse tjenestene må ha nødvendig kompetanse.

Mange har vært opptatt av betydningen av at rusproblem oppdages tidlig. Tidlig oppdagelse og behandling vil bety store besparelser både for den eldre og for samfunnet. Det å ukritisk akseptere og unnlate å ta opp et rusproblem blant eldre, enten det er familier eller tjenester som gjør dette, kan sees på som uttrykk for manglende tro på at det er mulig å bli kvitt rusproblemet. Å hevde at en ikke vil ta fra eldre den eneste gleden de har, kan oppfattes som uttrykk for en aldersdiskriminerende holdning.

Kort intervensjon er en velprøvd og lite inngripende intervensjon (26). Korte intervensjoner rettet mot rusproblemer er ikke en spesiell type behandling eller et spesielt tiltak, men må forstås som en gruppe av tiltak som alle har til hensikt å hindre videreutvikling av rusproblemer. Det vil imidlertid sjelden være klare skiller mellom hva som er tidlig intervensjon, og hva som er behandling. Betegnelsen korte intervensjoner brukes om intervensjoner av kort varighet, men varigheten kan også være svært forskjellig. Korte intervensjoner kan være alt fra fem minutters samtaler til opp mot en times samtale med oppfølgende samtaler. Ulike tiltak kan inngå. Kartlegging av rusproblemet, opplæring, kunnskapsformidling, rådgivning, samtale og henvisning er elementer som kan inngå i korte intervensjoner iverksatt av helsepersonell. Korte intervensjoner er ikke ment for personer med alvorlige og langvarige rusproblemer. Eldre som allerede har kontakt med helsetjenesten eller pleie- og omsorgstjenester og har rusrelaterte problemer, kan være særlig motivert for å få hjelp til endring. Både rusproblemet og skadene får oppmerksomhet, og den eldre kan være innstilt på endring fordi det har oppstått helseproblemer.

Myndighetene legger i dag stor vekt på at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i fellesskap skal arbeide sammen med den som har rusproblemer, om å få til god hjelp. Samhandlingen mellom forvaltningsnivåene, det vil si de spesialiserte tjenestene overfor personer med rusproblemer, og kommunale tjenester fungerer ikke godt nok. Hjelpetilbudet oppleves som fragmentert (7). Også når et behandlingsopphold avsluttes og den eldre skal få videre hjelp fra primærhelsetjenesten, er det behov for god samhandling. Denne overgangen må

planlegges. For eksempel skal ansvaret for pasienter i LAR-behandling som er stabilisert i spesialisthelsetjenesten, overføres til kommunalt nivå, med fastlegen som hovedansvarlig for behandlingen og NAV for rehabiliteringen (18). Fasen etter et behandlingsopplegg kan oppleves som en særlig sårbar og utsatt fase. Vi vet lite om hvordan denne samhandlingen fungerer for eldre med rusproblemer.

Rusproblemer for et familiemedlem får konsekvenser for hele familien til den personen som har problemet (27). Selv om familier ikke har en juridisk forpliktelse til å hjelpe, vil mange familiemedlemmer strekke seg langt for å hjelpe et voksent familiemedlem med rusproblemer, og noen ganger langt ut over det som mange i dag oppfatter som en selvfølgelig forpliktelse mellom voksne familiemedlemmer (28). For dem som ikke har stiftet egen familie som voksen, vil eldre foreldre og søsken fortsette å være de aller nærmeste og de som støtter og hjelper, selv om den det gjelder, er voksen og selv kan regnes som eldre. For eldre foreldre kan derfor det å ha en voksen eldre datter eller sønn med et langvarig rusproblem innebære en livslang forpliktelse (29). For familiemedlemmer som gir hjelp til andre i familien med et rusproblem, kan det være svært vanskelig og krevende å finne fram til hvordan grensen skal trekkes for hvor mye hjelp og støtte som skal gis (28). Ikke bare den som har problemet, men også familiemedlemmer kan oppleve skam, skyld og maktesløshet på grunn av det stigmaet som følger rusproblemet. Støtten må innrettes ikke bare mot den som har problemet, men også mot andre familiemedlemmer (30, 31). Familien kan spille en sentral rolle overfor

«Fastleger følte seg mer kompetente til å gi råd om røyking enn om alkohol.»

et medlem med et rusproblem, men kan samtidig ha behov for og nytte av hjelp og støtte for egen del.

Noen kommuner har i dag etablert egne sykehjem eller sykehjemsavdelinger for eldre personer med rusproblemer, etter en dansk modell. Et grunnprinsipp ved disse sykehjemmene eller avdelingene er at det skal være tillatt å bruke rusmidler der. Tanken er at når det ikke stilles krav om rusfrihet, vil det være lettere å opprettholde tett kontakt med beboerne og dermed lettere å nå

«Det kan være at eldre i større grad enn yngre vil skjule et rusproblem.»

fram med nødvendig helsehjelp og omsorg. På den måten kan brukerne sikres de tjenestene de har rett til og behov for. De behøver ikke å holde seg borte fra sykehjemmet for fortsatt å kunne bruke rusmidler. Noen vil mene at en annen fordel med egne sykehjemsavdelinger er at beboere med rusproblemer da unngår negative reaksjoner fra andre beboere og fra personalet ved sykehjemmet, og at de dermed unngår å oppleve den sosiale utestengningen som kan følge av slike reaksjoner. Enda en begrunnelse for å ha egne avdelinger for personer med rusproblemer kan være hensynet til de andre beboerne.

Det kan imidlertid reises flere innvendinger mot å utvikle egne institusjoner for eldre med rusproblemer. Selv om eldre som bor der, har det til felles at de har et rusproblem, vil det være store individuelle variasjoner i behov og situasjon og i typen og omfanget av rusproblem. Miljøet i avdelingen kan bli påvirket av rusproblemene, og beboerne kan oppleve det som belastende å bo der, selv om de selv har et rusrelatert problem. Å bo sammen med andre som misbruker rusmidler, kan gjøre det vanskeligere å redusere sitt eget rusproblem, til tross for et sterkt ønske om å klare det. Det er fra andre land vist at eldre på institusjon nedprioriteres når det gjelder behandling for rusproblemer (32). Det er naturlig å regne med at behovet for egne sykehjemsavdelinger vil reduseres dersom hjemmetjenesten legger vekt på å legge til rette for et godt tilbud også for eldre som har rusproblemer, enten i den eldres egen bolig eller i boliger besørget og tilrettelagt av kommunen.

En medvirkende årsak til at rusproblemer blant eldre ikke tas på alvor verken når det gjelder å avdekke eller å avhjelpe problemet, kan være manglende tro på at behandling hjelper. Redegjørelse for og drøfting av ulike typer behandlingsopplegg for eldre ligger utenfor rammene for denne artikkelen. Her skal kort nevnes at forskning peker på at behandling av eldre for et rusproblem som starter seint i livet, har god prognose (33). De eldre vil ha erfaringer fra et langt liv uten rusproblemer. Denne erfaringen kan komme til nytte i prosessen med å bli kvitt et rusproblem. Sosiale relasjoner vil kanskje ikke ha blitt skadelidende på samme

måte som kan være tilfelle for personer med et rusproblem som har vart gjennom hele voksenlivet. Vi har sett at rolleendringer og tapsopplever kan være medvirkende til et rusproblem som starter seint i livet. I så fall vil det være vesentlig å kunne tilby hjelp og støtte som innebærer mulighet til å håndtere eventuelle rolleendringer og tap. Behandling kan være nødvendig. Men her vil kommunens helse- og omsorgstjenester kunne spille en viktig rolle, gitt at de har den nødvendige kunnskapen og innsikten.

Innen tematikken eldre og rusproblemer er det store forskningsbehov i Norge (3, 9, 34). Det er behov for forskning om alders- og kohortrelaterte endringer i rusproblemer, også for illegale rusproblemer, om hvordan utviklingen vil være for ulike aldersgrupper over tid, om hvilke helsemessige og sosiale problemer som gjelder særskilt for eldre, samt om hvilke faktorer som en må være spesielt oppmerksom på som risikofaktor for rusproblemer blant eldre. Videre er det behov for forskning på hva som er god hjelp, og på hvilke områder det er behov for særskilte tiltak for eldregruppen. Hva vil være de mest nyttige tilnærmingene for å gi hjelp til ulike grupper av eldre med rusproblemer? Hva kan forebyggende tiltak være? Hvordan vil det variere for ulike eldregrupper og for eldre sammenliknet med andre grupper? Hvilke hjelpebehov har denne gruppen, hvordan kan det ordinære hjelpeapparatet bidra med hjelp og støtte, og hvordan kan vi sikre at kunnskap om denne gruppens behov ikke bare er kunnskap som avgrensede spesielle hjelpetilbud har? ■

Referanser:

1. Benschoff JJ, Harrawood LK, Koch DS. Substance abuse and the elderly: Unique issues and concerns. *Journal of Rehabilitation* 2003; 69(2):43-48.
2. Han B, Gfroerer JC, Colliver JD, Penne MA. Substance use disorder among older adults in the United States in 2020. *Addiction* 2009; 104(1), 88-96. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02411.x
3. Lunde LH. Rusproblemer hos eldre. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2013; 3:133:118-139.
4. Miller NS, Belkin BM, Gold MS. Alcohol and drug-dependence among the elderly - epidemiology, diagnosis, and treatment. *Compr Psychiatry* 1991; 32(2):153-165. doi: 10.1016/0010-440x(91)90008-z
5. Oslin DW. Late-life alcoholism - Issues relevant to the geriatric psy-



KVINNER DRIKKER MER: Siden 1970-tallet har det vært en jevn økning i kvinners forbruk av alkohol. Illustrasjonsfoto: Scanpix Microstock.

- chriatrist. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2004; 12»6), 571-583. doi: 10.1176/appi.ajgp.12.6.571
6. Smith JW. Medical Manifestations of Alcoholism in the Elderly. *Subst Use Misuse* 1995; 30»13-14):1749-1798. doi: doi:10.3109/10826089509071055
 7. Meld. St. 30 (2011-2012). Se meg! En helhetlig ruspolitikk. Alkohol – narkotika – doping. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.
 8. Clausen SE, Valset K, Blekesaune M, Romøren TI. Helsevaner blant dagens og morgendagens eldre. I «(red.) Slagsvold B, Solem PE. Morgendagens eldre. En sammenlikning av verdier, holdninger og atferd blant middelaldrende og eldre. NOVA-rapport nr.11/05. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 2005: 131 – 53.
 9. Frydenlund R. Eldre, alkohol og legemiddelbruk: en kunnskapsoppsummering. Oslo: Kompetansesenter rus, 2011.
 10. Biong S, Ytrehus S. Helsehjelp til personer med rusproblemer. Oslo: Akribe, 2012.
 11. Hauge R. Har narkotikapolitikken spilt fallitt? *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvitenskap* 2000; 87»3): 241 – 45.
 12. Goffman E. *Stigma*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1963.
 13. Keyes KM, Hatzenbuehler ML, McLaughlin KA, Link B, Olfson M, Grant BF, Hasin D. Stigma and Treatment for Alcohol Disorders in the United States. *American Journal of Epidemiology* 2010; 172»12): 1364-1372. doi: 10.1093/aje/kwq304
 14. Sattar SP, Petty F, Burke WJ. Diagnosis and treatment of alcohol dependence in older alcoholics. *Clinics in Geriatric Medicine* 2003;19»4): 743-+. doi: 10.1016/s0749-0690»03)00045-4
 15. Epstein EE, Fischer-Elber K, Al-Otaiba Z. Women, aging, and alcohol use disorders. *J Women Aging* 2007; 19»1-2): 31-48. doi: 10.1300/J074v19n01_03
 16. Dalgard O, Egeland A, Ervik R, Vilimas K, Skaug K, Steen TW. Risikofaktorer for hepatitt C - smitte blant sprøytemisbrukere. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129»2): 101 - 4.
 17. Kielland KB, Skaug K, Amundsen KJ, Dalgard O. All-cause and liver-related mortality in hepatitis C infected drug users followed for 33 years: A controlled study. *Journal of Hepatology* 2013; 58»1):31–37.
 18. Waal H, Bussesund K, Clausen T, Håseth A, Lillevold PH. Statusrapport 2012. LAR som det vil bli fremover? Oslo: Universitetet i Oslo og Oslo Universitetssykehus. SERAF 2013:1
 19. Lauritzen G, Ravndal E, Larsson J. Gjennom 10 år: en oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling. Oslo: Statens institutt for rusmid delforskning, 2012:6.
 20. Ytrehus S, Drøpping JA. Den vanskelige fortsettelsen: en kartlegging av tjenester til tidligere bostedløse. Oslo: Fafø, 2004:448.
 21. Ytrehus S, Sandlie H-C, Skårberg A. Fra bostedsløs til egen bolig: del- evaluering av tilskudd til oppfølgingstjenester. Oslo: Forskningsstiftelsen FAFO, 2007:7.
 22. Gfroerer J, Penne M, Pemberton M, Folsom R. Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort. *Drug Alcohol Depend* 2003; 69»2):127-135. doi: 10.1016/s0376-8716»02)00307-1
 23. Blow FC. Treatment of older women with alcohol problems: Meeting the challenge for a special population. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research* 2000; 24»8):1257-1266. doi: 10.1111/j.1530-0277.2000.tb02092.x
 24. Asland OG, Johannessen A. Screening and brief intervention for alcohol problems in Norway. Not a big hit among general practitioners *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift «(NAT, Nordic Studies on Alcohol and Drugs)* 2008; 25: 515-21.
 25. Anderson I, Ytrehus S. Re-conceptualising Approaches to Meeting the Health Needs of Homeless People. *Journal of Social Policy* 2012; 41:551-568. doi: 10.1017/s0047279412000220
 26. Nesvåg S, Backer_Grøndahl A, Duckert F, Huseby G, Kraft P. Tidlig intervensjon i rusfeltet – en kunnskapsoppsummering. Oslo: Sosial og helse- direktoratet 2007: 6 (Rapport IRIS 2007/021).
 27. Ytrehus S. familiens situasjon. I (red.) Ytrehus S, Biong S. Helsehjelp til personer med rusproblemer. Oslo: Akribe Forlag 2012, s 219-240.
 28. Ytrehus S, Biong S. Foreldrehjemet som midlertidig oppholdssted for bostedsløse. Drammen: Høgskolen i Buskerud, 2011.
 29. Bigel DE, Sales E, Schulz R. Family caregiving in chronic illness. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1991.
 30. Polgar M. How Are People Empowered to Help a Homeless Relative? *Human Organization* 2009; 68»4): 431-438.
 31. Dixon L, Stewart B, Krauss N, Robbins J, Hackman A, Lehman A. The participation of families of homeless persons with severe mental illness in an outreach intervention. *Community Mental Health Journal* 1998; 34»3): 251-259.
 32. Buchanan RJ, Gorman DM, Wang SJ, Huang CF. Co-morbidity and treatment needs among nursing home residents receiving alcohol and drug treatment. *J Addict Dis* 2003; 22»2): 31-47. doi: 10.1300/J069v22n02_03
 33. Zimberg S. Treating alcoholism: An age-specific intervention that works for older patients. *Geriatrics* 1996; 51»10): 45-49.
 34. Bye EK, Østhus S. Alkoholkonsum blant eldre: hovedfunn fra spørreundersøkelser 1985-2008. Oslo: SIRUS, 2012.
- Takksigelse**
Takk til kollega Hege Bøen for kommenter til denne artikkelen.

