



Av: Einar Grøndalen,
Bydel St. Hanshaugen, Oslo kommune

Eldre over 67 år med helseproblemer på grunn av overforbruk av alkohol eller legemidler er målgruppe i et prosjekt i Bydel St. Hanshaugen i Oslo. Erfaringer fra satsingen presenteres i denne artikkelen.

Eldre, alkohol og legemidler – erfaringer fra et prosjekt i Oslo

Bakgrunn:

Andelen personer over 67 år ligger an til å mer enn dobles innen 2060¹. Andelen personer i yrkesaktiv alder, som skal finansiere og bemanne helse- og omsorgstjenester til gruppen over 67 år, vil forbli den samme². Norske helsemyndigheter har et tydelig fokus på å effektivisere og forbedre sine tilbud i møte med denne utfordringen³.

Alkoholforbruket blant eldre er i vekst⁴. Dette gjelder både generelt forbruk og skadelig bruk. Alkoholbruk har påvisbar sammenheng med mange av de alminnelige sykdommer og plager som eldre opplever⁵. Samtidig er bruk eller feilbruk av legemidler blitt anslått til å forårsake ca 10 % av sykehusinnleggelseser blant personer over 65 år⁶.

Den kommunale helsetjenesten har en stor kontaktflate av eldre med hjelpebe-

1 Statistisk sentralbyrå: Befolkningsframskrivninger 2010 – 2060, s. 38.

2 «Det står i dag 4,8 personer i yrkesaktiv alder, 20-66 år, bak hver person i yrkespassiv alder, 67 år og over (...). Fra 2011 vil imidlertid dette forholdstallet synke sterkt, til 3 i 2036 og 2,5 i 2060 (...). Dette er nesten en halvering fra dagens nivå.» Ibid.

3 «Endringer i befolkningssammensetning og sykdomsbilde truer samfunnets økonomiske bærekraft» www.regjeringen.no

4 I perioden 1979-2004 har alkoholforbruket økt både blant kvinner og menn. (...) Som følge av generasjonseffekten vil alkoholforbruket i Norge fortsette å vokse. SIRUS-rapport 02/2007, Horverak, Bye.

5 Expert Conference on Alcohol and Health, 21–22 September 2009, Stockholm, Sweden.

6 Bernhard Lorentzen, 15.09.09, avd. sjef / avd. overlege Alderspsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet sykehus.

hov. Ved å gjøre de ansatte i bedre stand til å avdekke og intervensere ved overforbruk av alkohol og legemidler, kan helse- tap unngås. Ressursbruk i form av mye bruk av hjemmetjenester eller innleggjel- ser på sykehjem kan avverges.

Prosjekt eldre og rusbruk i Bydel St. Hanshaugen hadde til hensikt å oppnå bedre helse og livskvalitet i bydelens el- drebefolkning, og begrense behovet for ressurskrevende tiltak til denne grup- pen. Målene for prosjektperioden var å gjennomføre en kartlegging av målgrup- pens omfang, og av hvilke tilbud som er tilgjengelig for denne gruppen. Det var også et ønske om å forbedre bydelens innsats overfor gruppen og å undersøke hvilke tilnærminger som kunne være hensiktsmessige.

Prosjektet ble finansiert av midler fra Helse- direktoratet etter anbefaling fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus. Pro- sjektet har også mottatt faglig og øko- nomisk støtte fra Kompetansesenter rus – Oslo. Einar Grøndalen ble ansatt som prosjektleder våren 2009. Fra juli 2010 fikk han selskap av sykepleiekonsulent Marcus Nøstdahl.

Målgruppen for prosjektet var motta- kere av hjemmetjenester over 67 år som hadde eller stod i fare for å utvikle ned- satt allmenntilstand eller funksjonsevne som følge av overforbruk av alkohol eller legemidler⁷.

Målgruppen ble altså definert slik at den omfattet ikke bare personer med ned- satt allmenntilstand eller funksjonsevne,

men også de som stod i fare for å utvi- kle dette. Derved kunne prosjektet også kartlegge personer som kunne unngå eller begrense helseskader. I henhold til diagnosesystemet ICD-10 kan dette grovt sett sies å tilsvare personer med avhen- gighetssyndrom og skadelig bruk⁸.

Ingen ble vurdert å tilhøre målgruppen uten at det ble gjennomført en samtale med vedkommende om alkohol eller le- gemiddelbruk. Samtidig mente vi at bru- ker har rett på informasjon om fare for helseskade. Samtaleintervensjon var i til- legg et tiltak vi ønsket å utforske.

Prosjektet deltok på personalmøter, i fagmøter, hospitererte i de forskjellige en- hetene og deltok i det daglige arbeid. Det ble avholdt seminarer og laget informa- sjonsskriv, brosjyrer og prosedyrer. Det ble også jobbet med konkrete caser for å få kunnskap om samarbeid med brukere i målgruppen, og om hvilke tilnærmin- ger og tiltak som var tilgjengelige og hen- siktsmessige ovenfor disse.

En vanlig saksgang for prosjekt eldre og rusbruk kan skjematiseres på følgende vis:

1. Prosjektet mottok informasjon om en bruker med mulig skadelig bruk, gjen- nom pasientjournalssystemet, fagmøte eller muntlig tips
2. Vi undersøkte situasjonen: hva som var observert / dokumentert / årsak til bekymringen, hvilket sykdomsbilde / hjelpebehov det dreide seg om og hvem som var involvert i saken.

7 Alternativt: mottakere av hjemmetjenester over 67 år med bruk av potensielt avhengighetsskapende psykoaktive stoffer i et mønster som gir eller sannsynligvis vil komme til å gi helseskade.

8 **Avhengighetssyndrom:** En rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener som utvikler seg etter gjentatt stoffbruk. **Skadelig bruk:** Bruk av psykoaktive stoffer i et mønster som gir helseskade. ICD-10 versjon 1 for 2011, <http://finnkode.kith.no>

3. Det ble gjennomført en samtale med bruker. Enten en enkel veiledning mht alkohol/legemiddelbruk eller en grundigere samtaleintervensjon
4. Dersom bruker var i målgruppen, kunne ytterligere tiltak iverksettes: kvalitetssikring av eksisterende tilbud, oppfølgende samtaler med bruker, kontakt med fastlege, pårørende eller andre, endring av bydelens arbeid med bruker eller søknad om institusjon eller behandling

Målgruppen

Bydel St. Hanshaugen er en bydel i Oslo med både «øst- og vestkant». Bydelen hadde 33 148 innbyggere den første januar 2010. Av disse var 2191 over 67 år (6,8 %). 374 personer over 67 år mottok kommunal hjemmetjeneste.

Prosjektet fant at 59 mottakere av kommunal hjemmetjeneste over 67 år hadde eller stod i fare for å utvikle nedsatt allmenntilstand eller funksjonsevne som følge av alkohol eller legemiddelmisbruk. Dette utgjorde 15,8 % av alle mottakere av kommunal hjemmetjeneste over 67 år.

Sju personer i målgruppen hadde primært legemiddelproblematikk. 37 var kvinner, 22 var menn. 19 personer hadde betydelige helseskader som følge av alkohol eller legemiddelmisbruk. Hos denne gruppen intervenerte prosjektet med mål om skadebegrensning. De øvrige 40 stod i fare for å utvikle betydelig helseskade. Hos denne gruppen foretok prosjektet tidlig intervensjon⁹, med mål om å avverge eller redusere helseskade.

9 «...arbeidet med å identifisere og håndtere et problem på et så tidlig tidspunkt at problemet forsvinner eller blir redusert med begrenset innsats». *Fra bekymring til handling*, Helsedirektoratet 10/2009.

Antall personer i målgruppen er sannsynligvis høyere enn hva prosjektet har kunnet avdekke. Det er grunn til å tro at flere enn sju (1,9 %) har legemiddelproblematikk. Denne gruppen er trolig vanskeligere å avdekke enn de med alkoholproblematikk.

Prosjektet har dannet seg en oppfatning av visse **fellestrekk** hos personer i målgruppen.

Tap av livsledsager, familie, nettverk og helse går ofte igjen. Denne gruppens levetid alene gjør de spesielt utsatt for slike tapsopplevelser. I den grad det finnes en årsaksvirkning fra dette til utvikling av rus- eller psykisk helseproblematikk, er det derfor ikke overraskende om eldre er overrepresentert i forhold til yngre.

Prosjektet mener at **kognitive utfordringer** er vanligere i målgruppen enn hos andre eldre hjemmetjenestemottakere. Om dette er en effekt av eller en årsak til høyt forbruk er vanskelig å bedømme. I enkelte tilfeller virker det klart at en demens har utviklet seg som følge av alkoholvaner, i andre tilfeller virker det like sannsynlig at vedkommende har mistet oversikten over egne alkohol- eller legemiddelvaner og så uforvarende økt forbruket. Dette elementet gjør også at endring, behandling eller rehabilitering kan være ekstra utfordrende for denne gruppen.

Prosjektet har videre inntrykk av at flertallet av personene i målgruppen har hatt et høyt, men ikke nødvendigvis skadelig forbruk av alkohol lenge, som så av forskjellige årsaker har eskalert med alderdom.

Målgruppen omfatter altså personer med varierende former for nedsatt allmenntilstand eller funksjonsevne som følge av misbruk av alkohol eller legemidler. Noen har vært avhengige av rusmidler hele sitt voksne liv, andre har blitt det på sine eldre dager¹⁰. Mange har økt alkoholbruken fra adekvat til skadelig i møtet med alderdommens utfordringer. Noen har ganske enkelt opprettholdt et drikkemønster som har vært adekvat tidligere, men som er blitt uheldig i kombinasjon med alder, sykdommer eller legemiddelbehov som følge av å bli gammel. Andre igjen har uten viten og vilje utviklet legemiddelavhengighet.

Utfordringer på systemnivå

Både bestillere (fagkonsulenter) og utførere (hjemmetjenestene) rapporterte et høyere oppmerksomhetsnivå mot tematikken, og til dels høyere kunnskapsnivå mot slutten av prosjektet. Prosjektet lyktes delvis i å oppnå at hjemmetjenesten rutinemessig dokumenterer observasjoner som kan tilsi alkohol eller legemiddelmisbruk. Vi lyktes også delvis i å oppnå at ansatte tar opp tema alkohol, legemidler og helse med brukere.

Bydel St. Hanshaugen tilhører sektoren til Lovisenberg Diakonale Sykehus. Her henvises personer over 67 år til alderspsykiatrien om de har psykiske lidelser,

Flertallet av personene i målgruppen har hatt et høyt, men ikke nødvendigvis skadelig forbruk av alkohol lenge, som så av forskjellige årsaker har eskalert med alderdom.

herunder rus. Distriktpsykiatriske sentre avviser personer over 67 år. Disse ivaretas av Diakonhjemmets alderspsykiatriske avdeling. De følger opp rusproblematikk i den grad pasienten har en psykiatrisk primærlidelse. Få i prosjektets målgruppe har en diagnostisert psykiatrisk lidelse.

Det har vært vanskelig for prosjektet og bydelen å benytte seg av Rusmiddeletatens institusjoner i samarbeidet med personer i målgruppen. Dette er til dels på grunn av helseutfordringer i gruppen, der det i mange tilfeller er høyt pleie- og omsorgsbehov. Prosjektet har også erfart at personer i målgruppen ikke har ønsket å benytte seg av tiltak i Rusmiddeletaten, fordi de oppfatter Rusmiddeletatens institusjoner som lavterskeltiltak for tungt belastede narkomane og alkoholikere.

Det er et kost / nytte element i lovverket med hensyn til spesialisert rusbehandling¹¹. Dette kan gjøre det vanskelig å få rett til behandling for eldre. Samtidig er det få eller ingen behandlingssteder i

11 Fra Forskrift om prioritering av helsetjenester § 2. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven §2-1 annet ledd, når:

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
2. pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

10 «Enligt undersökningen finns det en klar risk för ökat bruk av mediciner och alkohol bland änkor.» *NAD publication* 5 2008, s 43.

Oslo som har mulighet til å ta imot personer med pleie- omsorgsbehov¹².

For øvrig har prosjektet ikke hatt noen brukere som har vært både fysisk og psykisk i stand til å gjennomføre opphold i dagens behandlingstilstand, i tillegg til å være motivert for dette. Dette momentet er etter vår oppfatning svært interessant med henblikk på målgruppens muligheter for bistand utover hjemmetjenester og sykehjem.

Prosjektet fant at det sjelden ble snakket om alkohol- eller legemiddel- misbruk med brukere.

Arbeid med målgruppen

Ved oppstart var fokuset i organisasjonen og også i prosjektet stor grad på hvilke tiltak som burde igangsettes hos personer i målgruppen. Samtidig var ikke tjenestene verken i posisjon til å identifisere målgruppen på en systematisk måte, eller til å kunne drøfte situasjonen med brukerne. Det har derfor vært en utfordring å flytte en del av fokuset til tidligere i tiltakskjeden, og fra eksterne tiltak til hvordan bydelens ansatte kan bidra selv.

Samtalen ble, sammen med dokumentasjon, gjort til et hovedelement i prosjektet, som et tiltak i seg selv. Korte intervensjoner, enkel veiledning eller rådgivning kan i seg selv kan ha god effekt¹³. Samtidig er det stor tro på Tidlig Intervensjon innen rusfeltet.

¹² Prosjektet har erfart at en behandlingstrengende motivert bruker med påkleddningshjelp etter skulderskade, ikke kunne tilbys opphold på noen av behandlingsstedene i Oslo på grunn av skulderen.

¹³ «Pasientgruppen som ble kartlagt og hadde fått rådgivning hadde redusert alkoholkonsumet med 50 % etter ett år». *SIRIUS-rapport 5 2010*, s 41.

Prosjektet fant at det sjelden ble snakket om alkohol- eller legemiddel- misbruk med brukere. Et økt fokus i organisasjonen på veiledning av, og samtaler med, personer i målgruppen om alkohol eller legemiddelbruk, burde være et oppnå-

lig og lite ressurskrevende mål for bydelen. Dette ville være en kostnadseffektiv tilnærming til et problemfelt i vekst. Alle kan tilbys og ha effekt av samtale-

intervensjon, og den kan utføres av alle profesjoner innen helsefaget¹⁴.

Prosjektets forståelse av samtaleintervensjon er pragmatisk. Bruker skal motta informasjon relatert til dennes helse. Informasjonen skal formidles på en respektfull måte. I praksis vil det innebære etter vår mening å være rolig, ærlig og direkte. Prosjektet har to hovedtilnærminger:

1. Enkel veiledning eller informasjonsformidling. Anvendes når det ikke passer med en mer direkte eller tidkrevende samtale, eller når bruker ikke har behov for noe mer enn ren informasjon. Kan være en innledning til en samtaleintervensjon.

2. Samtaleintervensjon. En samtale begrunnet av observasjoner av og tegn på mulig helseskadelig bruk av alkohol eller legemidler. Målet i samtalen er å gjøre bruker oppmerksom på mulige helseskader som følge av denne bruken. Formålet med samtalen er at bruker be-

¹⁴ «Det spiller neppe noen rolle om det er lege eller annet helsepersonell som foretar tidlig intervensjon». *SIRIUS-rapport 5 2010*, s 41

varer eller oppnår bedre helse og livskvalitet, gjennom å endre forbruksmønster.

Prosjektet gjennomførte ca 80 samtaleintervensjoner. Én person reagerte med avvisning. De øvrige respondert positivt eller nøytralt¹⁵. Dette støttes av internasjonale studier¹⁶.

Prosjektet har ikke kunnet måle effekt av intervensjon eller tiltak over tid, men har fått tilbakemeldinger fra brukere og kollegaer om at helse og livskvalitet har bedret seg etter prosjektets samtaleintervensjoner.

Om barrierer

Det er en rekke barrierer i prosjektarbeidet med eldre og rus som i seg selv kan ansees som interessante funn.

Det er en opplevelse av tidsmangel i alle deler av tjenestene. De ansatte, enten de er bestillere eller utførere, ser i sin hverdag ofte liten mulighet til å gjøre mer enn de allerede gjør. Både ansatte og ledere har uttrykt bekymring for om kartleggingen vil avdekke nye hjelpebehov, nye brukere og dermed nye oppgaver som ikke vil kunne følges opp.

15 «Jeg følte meg sett», «Inga», 83.

«Det er jo like naturlig som å snakke om været», «Kjell», 79
«Dette vil jeg gjerne vite mer om, det er ingen som har snakket med meg om slikt før», «Astrid», 68

16 «...the experience gained from numerous research studies indicates that almost all patients are cooperative, and most are appreciative when health workers show an interest in the relationship between alcohol and health.» *Brief Intervention for hazardous and harmful drinking, WHO, 2001, s 8.*

«Enligt undersökningen förhöll sig äldre positivt till diskreta förfrågningar om alkoholbruk och upplevde dem som en meningsfull del av hälsovården.» *NAD publication 5 2008, s 51.*

Ansatte forteller at manglende kompetanse gjør det vanskelig for dem å forholde seg til rusproblematikk. Samtidig gjør kunnskapsmangel det vanskelig å oppdage helseskader ved overforbruk av alkohol eller legemidler. I enkelte sammenhenger har informasjon om dette også blitt møtt med skepsis, gjerne med henvisning til oppslag i media om gunstige virkninger av alkohol¹⁷. Det er også ofte manglende på tro på effekt av intervensjon og rehabilitering.

Det er naturlig at hjemmetjeneste og bestillere har fokus på det de oppfatter som sine kjerneoppgaver. I eldreomsorgen dreier det seg ofte om somatiske forhold og om vanlige aldersdomsplager. At eldre mennesker har problemer med balanse eller blodtrykk, er nedstemte eller opplever kognitive vansker, er vanlig. Det er også vanlig å godta slike tilstander som en naturlig del av aldringsprosessen, og ikke behandle de¹⁸. Å sette slike tilstander i sammenheng med overforbruk av alkohol eller legemidler er ikke vanlig. I en håndfull tilfeller har prosjektet blitt bedt om å la brukere med et helseskadelig forbruk «være i fred», fordi fokuset har vært på mer alvorlige ting, som for eksempel kreft eller sorg. En annen relevant faktor er også at effekten av prosjektets aktiviteter ikke nødvendigvis er særlig synlige for de ansatte.

For mange i hjemmetjenesten oppleves rollen som hjelper i privathjemmet som en utfordring. En befinner seg hjemme

17 Hans Olav Fekjær, psykiater, skriver at det preges av «ønsketenkning « når det hevdes, særlig i mediene, at alkohol eller vin hjelper mot ulike sykdommer. Smart av vin?, Dagbladet 24 august 2010

18 Mats Hallgren, Kieran Moriarty, *Expert Conference on Alcohol and Health, 21–22 September 2009, Stockholm, Sweden.*

hos en privatperson, med et bestemt og begrenset oppdrag. Å ta opp brukers vaner og livsførsel kan av den ansatte oppleves som en krenkelse av bruker. Å dokumentere noe som en frykter bruker vil oppleve som ufordelaktig kan oppleves som illojalt.

Ansatte har opplevd det som et etisk dilemma hvorvidt de skal involvere seg i en brukers overforbruk av alkohol eller legemidler. Det har blitt argumentert sterkt for at særlig bruk av alkohol er et privat anliggende, som kommunal helsetjeneste ikke har rett til å involvere seg i. På samme vis har det blitt argumentert at et hensyn til total livskvalitet bør stå over en forpliktelse til å dokumentere og gi veiledning i helse spørsmål.

Noe av det kanskje mest interessante og også trolig den sterkeste barrieren prosjektet har møtt på, er opplevelsen av tabu. De fleste ansatte har en eller annen gang målbåret antagelsen at en bruker vil reagere negativt om de tar opp overforbruk av alkohol eller legemidler. Ansatte antar at bruker vil ta det som kritikk av leveste å dokumentere eller drøfte uheldige alkohol eller legemiddelvaner. De lar det derfor være, av respekt for bruker, eller av frykt for ubehag..

Mange studier har påpekt at helsepersonell ikke i tilstrekkelig grad drøfter rusmiddelbruk med pasienter¹⁹. Ansatte

i Bydel St. Hanshaugen er i så måte ikke alene om å finne dette vanskelig. Samtidig er det prosjektets erfaring at det er uproblematisk å ta opp alkohol eller legemiddelproblemer i et helseperspektiv.

Om muligheter

Omfanget eldre som har eller står i fare for å utvikle helseproblemer som følge av alkohol eller legemiddelbruk er betydelig. Det avtegner seg et bilde der det er få tilpassede tiltak rettet mot prosjektets målgruppe. Det er liten oppmerksomhet mot og kunnskap om helseskader relatert til alkohol eller legemiddelmisbruk i kommunal helsetjeneste, sett i forhold til de menneskelige og økonomiske ressurser som går med til å bistå personer i målgruppen.

Det nytter med målrettet arbeid for å få alle aktører innen feltet mer oppmerksomme på, kunnskapsrike om og handlekraftige i forhold til eldre i denne gruppen. Gjennom slik innsats kan den kommunale helsetjeneste med begrensede midler ivareta mange flere brukere på en mye bedre måte enn i dag.

Utvidelse og videreførelse

Bydel St. Hanshaugen har et ønske om å videreføre satsningen på eldre med alkohol og legemiddelproblematikk. Sammen med nabobydelene Gamle Oslo, Grünerløkka og Sagene er det utar-

Noe av det kanskje mest interessante og også trolig den sterkeste barrieren prosjektet har møtt på, er opplevelsen av tabu.

19 Brief Intervention for hazardous and harmful drinking, WHO, 2001, s 7., NAD publication 5 2008, s 51 Mats Hallgren, Kieran Moriarty, Expert Conference on Alcohol and Health, 21–22 September 2009, Stockholm,

Sweden., Use and Barriers to Use of Screening and Brief Interventions for Alcohol Problems Among Norwegian General Practitioners: Nygaard, Pachall, Aasland, Lund, 2010.

beidet en plan for spredning og utvikling av satsningen. I denne planen har også Lovisenberg Diakonale Sykehus, som de fire bydelens sektorsykehus, en sentral rolle. Kompetansesenter Rus – Oslo vil også bidra i dette eldre, alkohol og legemidler - nettverket. En søknad behandles i skrivende stund av Helsedirektoratet og Fylkesmannen i Oslo og Akershus.

Om forfatteren:

Einar Grøndalen er prosjektleder i «Nettverk eldre alkohol og legemidler» i Bydel St Hanshaugen, Oslo

