




Oslo kommune  
Velferdsetaten

TRODDE IKKE  
JEG SKULLE BLI  
EN DAG OVER  
27, NÅ ER  
JEG 65!!!

Kartlegging av MAR Oslo poliklinikk sine pasienter med  
legemiddelassistert rehabilitering over 10 år





Ved å løfte fram en problemstilling og foreta en foreløpig kartlegging kan vi allerede nå planlegge endringer i det kommunale tilbudet til pasientgruppen.

## Sammendrag

MAR Oslo poliklinikk har en stadig voksende pasientgruppe som har hatt legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i mange år. Pasientene er første generasjons pasienter i denne behandlingen i Norge, og i nasjonal sammenheng vet vi lite om de utfordringer eldre LAR pasienter møter. Vi har derfor foretatt en kartlegging både av egne pasienter, men også invitert andre vi samarbeider med til å formidle hva de ser.

Kartleggingen av senior LAR pasienter (som vi definerer som pasienter over 40år som har hatt LAR – behandling i 10 år og mer) viser at vi har en sammensatt pasientgruppe som møter mange utfordringer både med hensyn til somatisk og psykisk

helse. Et av de viktigste funnene er at bekymringer knyttet til hvilken bistand mange av pasientene vil komme til å ha behov for, deles av hjemmetjenester i bydelene, ruskonsulenter, ansatte ved Villa MAR tiltakene og ved MAR Oslo poliklinikk. Ved å løfte fram en problemstilling og foreta en foreløpig kartlegging kan vi allerede nå planlegge endringer i det kommunale tilbudet til pasientgruppen.

Våre funn viser at vi har for liten kunnskap om depresjoner hos eldre, det samme gjelder kognitiv svikt og demens. Vi er ikke kjent med at senior LAR pasienter har fått nevropsykologiske tester for å kartlegge fungering eller sykdom.

Mange av pasientene har kroniske somatiske lidelser, det er ofte behov for sykepleiefaglig oppfølging enten pasienten bor på institusjon eller har egen leilighet.

Forsoning med eget levd liv og forsoning med familiemedlemmer er også et viktig tema for senior LAR pasienter. Som hjelpere må vi våge å samtale med pasientene om eksistensielle spørsmål knyttet til tema som skyld, skam, aldring og død dersom senior LAR pasientene ønsker samtaler om disse temaene som er viktige i alle menneskers liv.

Kartleggingen munner ut i et forslag til handlingsplan for MAR Oslo poliklinikk. Vi har allerede tatt kontakt med Senter for aldring og helse for å få mer kunnskap knyttet både til kartlegging og behandling, og vi ønsker systematisk opplæring av ansatte i poliklinikken knyttet til observasjon av aldersrelaterte lidelser, det være seg både somatisk og psykisk.

# Innhold

<b>1. Innledning</b> .....	<b>4</b>
<b>Bakgrunn for kartleggingen</b> .....	<b>4</b>
Kartleggingens mål.....	4
<b>2. Kartleggingsprosess, metoder og kilder</b> .....	<b>4</b>
<b>Innledende konsultasjon</b> .....	<b>5</b>
<b>Data fra MAR Oslo poliklinikk</b> .....	<b>6</b>
<b>Intervju med pasienter</b> .....	<b>6</b>
<b>Gruppeintervjuer med samarbeidspartnere</b> .....	<b>6</b>
<b>Avsluttende konsultasjon</b> .....	<b>7</b>
<b>Eksisterende tiltak og nåværende respons</b> .....	<b>7</b>
Rehabiliteringsinstitusjoner.....	7
Omsorgsinstitusjoner.....	7
Lavterskel botiltak.....	7
Akutt botiltak.....	7
Helsetjenester.....	8
Aktivitetstilbud.....	8
Arbeid.....	8
<b>3. Funn fra kartleggingen</b> .....	<b>8</b>
<b>3.1. Bolig</b> .....	<b>8</b>
Hvor bor senior LAR-pasientene?.....	9
Pasientene om hvor de bor.....	9
Poliklinikkens ansatte og informantene om hvor pasientene bor.....	9
Pasientene om trygt bomiljø.....	10
Oppsummering.....	12
Ønsker om endring av bosituasjon.....	12
Oppsummering.....	13
<b>3.2. Økonomi</b> .....	<b>14</b>
Pasientene om egen økonomi.....	14
Oppsummering.....	16
<b>3.3. Helseplager eller fysiske hindringer som påvirker hverdagen</b> .....	<b>16</b>
Psykiske lidelser.....	17
Kognitiv svikt og demenslignende tilstander.....	17
Kols.....	17
Skjelett – og muskelplager.....	18
Lever sykdom.....	18
Nyresvikt.....	18
Oppsummering helse.....	18

<b>3.4. Senior LAR-pasientenes relasjoner til hjelpeapparatet</b> .....	<b>18</b>
Samarbeid om tiltak og behandling av senior LAR-pasienter.....	19
Oppsummering samarbeid.....	20
<b>3.5. LAR-behandling og identitet</b> .....	<b>21</b>
<b>3.6. Senior LAR – pasientenes opplevelse av hverdagen</b> .....	<b>22</b>
Oppsummering av hverdagen.....	25
<b>3.7. Relasjoner</b> .....	<b>25</b>
Familie.....	25
Venner.....	26
Møteplasser og fritidsinteresser.....	27
Arbeid.....	27
Oppsummering relasjoner.....	27
<b>3.8. Framtiden</b> .....	<b>28</b>
Hva tenker senior LAR-pasienter om fremtiden?.....	28
Senior LAR-pasienter, en voksende populasjon.....	28
Ensomhet og tap av livsmestring.....	29
Aldring og problemer med kognitive funksjoner.....	30
Aldring og somatiske helseproblemer.....	31
Organisering.....	32
<b>4. Vurderinger og anbefalinger til videre tiltak</b> .....	<b>32</b>
Appendix.....	34

## FAKTA OM LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING (LAR)

### «§ 2 Formålet med legemiddelassistert rehabilitering

Formålet med legemiddelassistert rehabilitering er at personer med opioidavhengighet skal få økt livskvalitet og at den enkelte får bistand til å endre sin livssituasjon gjennom bedring av vedkommendes optimale mestrings- og funksjonsnivå. Formålet er også å redusere skadene av opioidavhengighet og faren for overdosedødsfall.

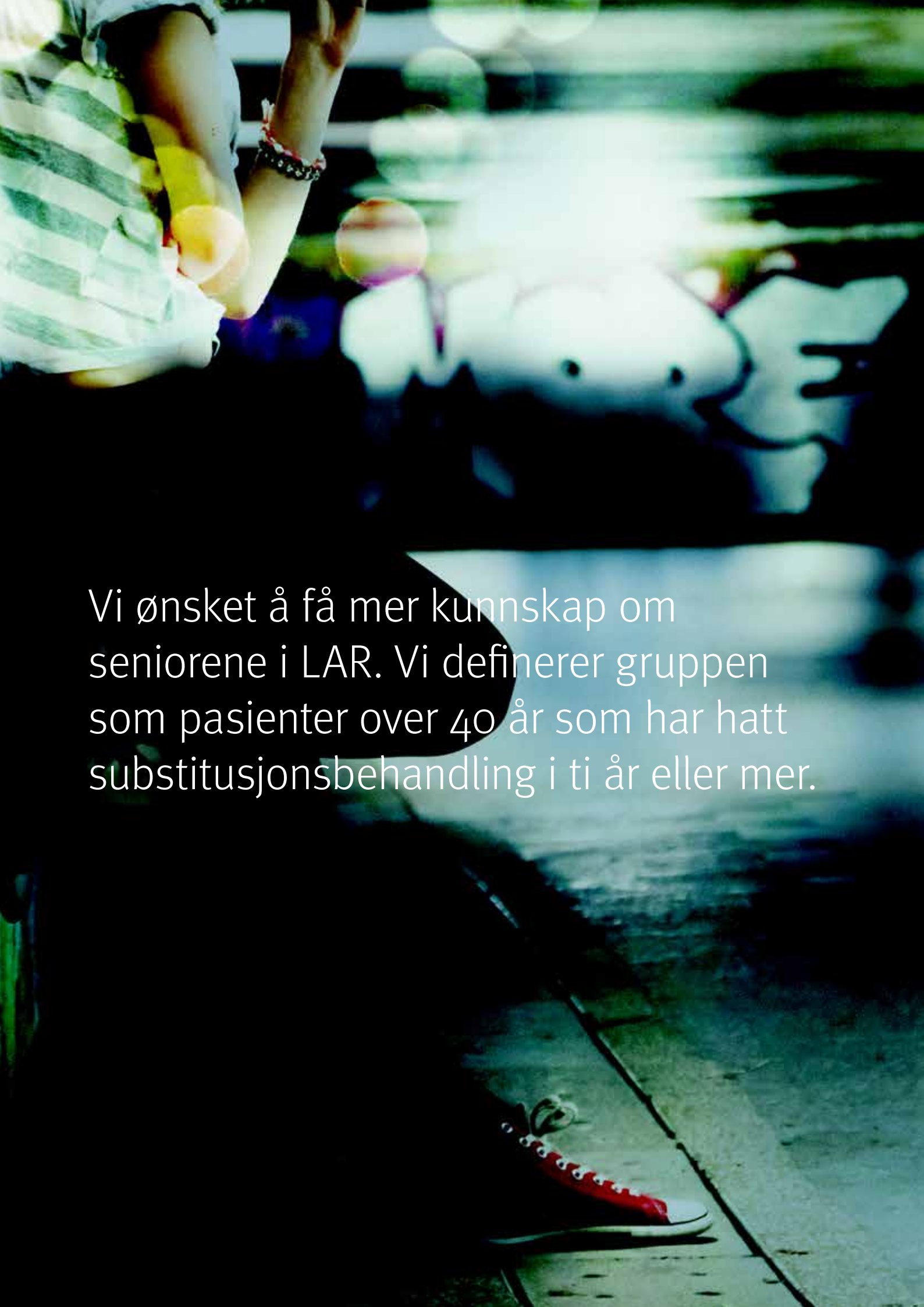
### § 3. Definisjon

Legemiddelassistert rehabilitering er tverrfaglig spesialisert behandling for opioidavhengighet der rekvirering av vanedannende legemidler i en bestemt dose (substusjonsbehandling) inngår som et deltiltak i et helhetlig rehabiliteringsforløp.»

De benyttede substusjonslegemidlene er Buprenorfin og metadon.

Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften)





Vi ønsket å få mer kunnskap om seniorene i LAR. Vi definerer gruppen som pasienter over 40 år som har hatt substitusjonsbehandling i ti år eller mer.

## 1. Innledning

MAR Oslo poliklinikk er et spesialisert kommunalt tiltak, som skal gi individuelt tilpasset oppfølging til mennesker som har eller har hatt rusrelaterte utfordringer. MAR Oslo poliklinikk skal ivareta og videreutvikle særlig kompetanse innen legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Medarbeidere ved poliklinikken registrerer en stadig eldre pasientgruppe som er førstegenerasjon pasienter i substitusjonsbehandling i Norge. I Oslo er gjennomsnittsalderen for LAR-pasienter økende, og Statusundersøkelsen 2014<sup>1</sup> oppgir en gjennomsnittsalder på 45,8 år. Ved MAR Oslo poliklinikk er eldste pasient 67 år.<sup>2</sup> Mange av pasientene har hatt langvarig oppfølging ved poliklinikken. Det er lite forskning knyttet til hvordan det har gått med LAR-pasienter som har vært i lenge i substitusjonsbehandling i Norge. Gruppen av seniorpasienter som har hatt substitusjonsbehandling i mer enn ti år ved poliklinikken er svært sammensatt, men det store bildet viser at mange har helseplager. Tilbudet poliklinikken gir disse pasientene inneholder både stabilisering og omsorg. Vi har en antakelse om at vi bør ha et større fokus på lindring, både av somatiske plager og lindring som perspektiv i samtaler rundt eksistensielle utfordringer. På den måten kan våre medarbeidere være en støtte i pasientenes forsoningsarbeid omkring eget levd liv.

### Bakgrunn for kartleggingen

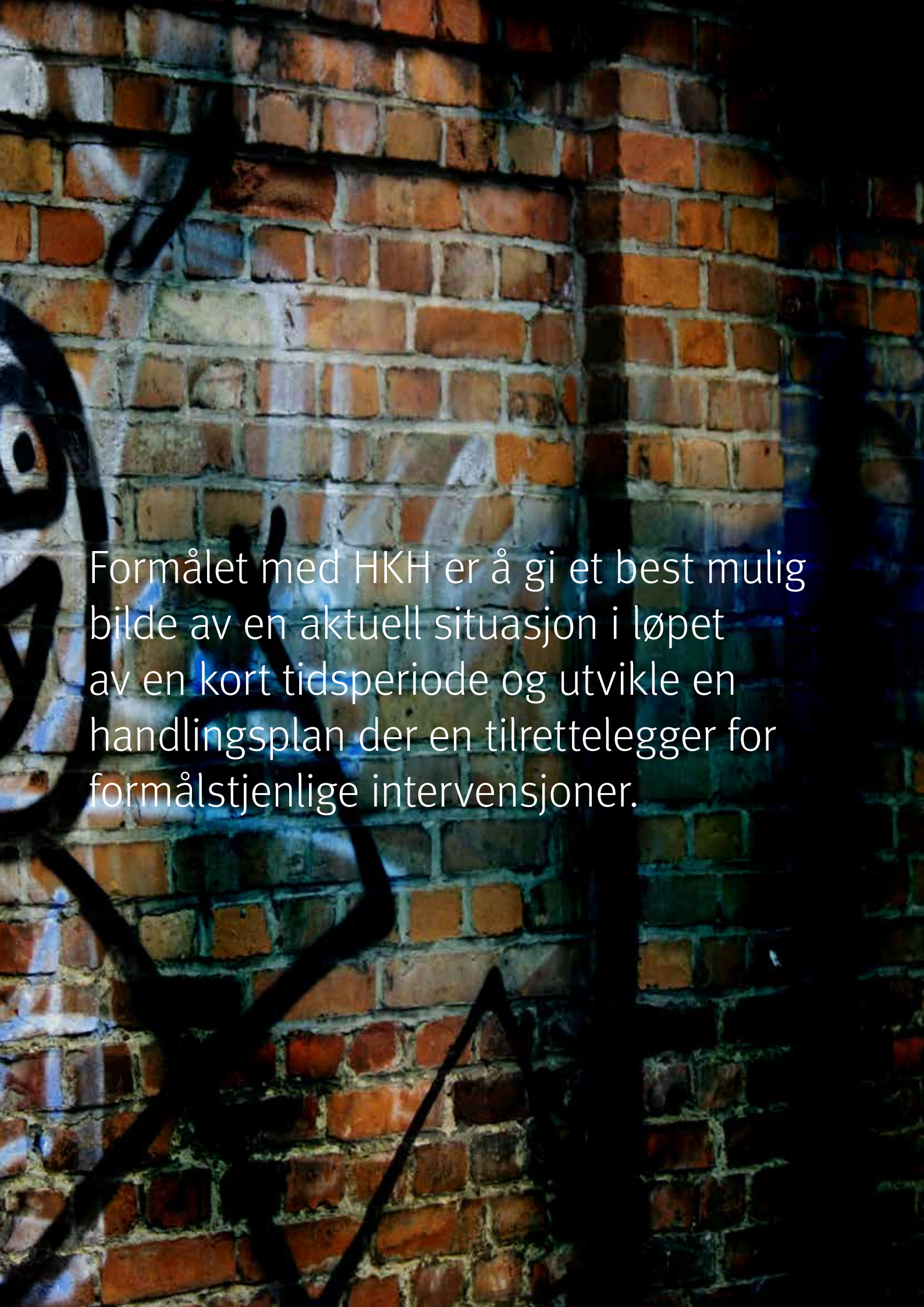
#### Kartleggingens mål

Vi ønsket å få mer kunnskap om seniorene i LAR. Vi definerer gruppen som pasienter over 40 år som har hatt substitusjonsbehandling i ti år eller mer.

Målet har vært å kartlegge helsesituasjon og opplevd livskvalitet til senior LAR-pasienter ved MAR Oslo poliklinikk. Med livskvalitet menes her psykisk velvære, det vil si å ha gode følelser og positive vurderinger om eget liv, slik livskvalitet er blitt definert av blant annet Siri Næss<sup>3</sup>. Vi ønsker at kartleggingen skal føre til mer kunnskap for å kunne ivareta bedre de pasientene som i årene fremover antakelig vil ha behov for annen bistand enn rehabiliterings- og endringsarbeid i tradisjonell forstand. Poliklinikken ønsker å planlegge internopplæring og organisering av tilbudet sitt basert på funn fra dette kartleggingsarbeidet. Arbeidet har munnet ut i et forslag til handlingsplan med gjennomførbare tiltak for pasientene i MAR Oslo poliklinikk.

Statusrapporten for 2014 - «En aldrende LAR-populasjon?» slår fast at det fortsatt er inntak av pasienter, men at størstedelen av dem er pasienter som tidligere har falt ut av behandling. Det er få nye pasienter som starter i LAR-behandling. På landsbasis ser man at LAR-behandling ikke appellerer til unge opiatavhengige. Rapporten viser videre at i Oslo har halvparten av pasientene i LAR omfattende somatiske lidelser, og at lidelstrykket øker med alderen.





Formålet med HKH er å gi et best mulig bilde av en aktuell situasjon i løpet av en kort tidsperiode og utvikle en handlingsplan der en tilrettelegger for formålstjenlige intervensjoner.

## 2. Kartleggingsprosess, metoder og kilder

MAR Oslo poliklinikk har brukt metoden Hurtig Kartlegging og Handling (HKH) for å få mer kunnskap om seniorer med langvarig substitusjonsbehandling. Hurtig Kartlegging og Handling er en analytisk tilnærming til sosialfaglige problemstillinger.

Metodikken er basert på «Rapid Assessment and Response» (RAR), en metode utarbeidet av Verdens Helseorganisasjon (WHO). Stiftelsen Bergensklippene har oversatt og tilpasset modellen til norske forhold. Formålet med HKH er å gi et best mulig bilde av en aktuell situasjon i løpet av en kort tidsperiode og utvikle en handlingsplan der en tilrettelegger for formålstjenlige intervensjoner. De foreslåtte intervensjonene skal være konkrete og raskt gjennomførbare. I HKH kartlegger man identifiserte problemområder parallelt med at opplysninger om ulike instansers nåværende respons innhentes, ved å benytte eksisterende data i kombinasjon med nye undersøkelser. Deretter gjøres en analyse ved metodetriangulering, og funn identifiseres på grunnlag av gjentatte treff i ulike kilde-data. Informasjon i kartleggingen innhentes ved ulike metoder som gruppeintervjuer, kafédialog, spørreundersøkelser og semistrukturerte intervjuer. Variasjon i metodebruk med påfølgende triangulering gir mulighet for kryssjekk og mest mulig valide funn i det korte tidsrommet en HKH skal utføres.

I denne kartleggingen har vi fått et godt bilde av den aktuelle situasjonen gjennom blant annet intervjuer med pasienter og medarbeidere ved poliklinikken. Med en bedre oversikt over

eksisterende tiltak, lovforslag, veiledere, retningslinjer med mer - og tilbud både i kommunen, på spesialisthelsetjenestenivå, i privat- og ideell sektor har vi identifisert "hull" og mangler slik at vi vil bli i stand til å gi våre pasienter bedre hjelp.

Kartleggingsteamet ved poliklinikken har bestått av Peter Borgwardt som prosjektleder, Berit Alnes har skrevet teksten og Anna Pettersson, Kristine Vatne og Roy Brovold har deltatt som teammedarbeidere.

HKH kartleggingen har hatt en styringsgruppe i Velferdsetaten bestående av Sentrums – og storbyavdelingen ved spesialkonsulent Anne-Katrine Sivesind, Institusjons- og boligavdelingen ved spesialkonsulent Kari Fauchald, Kompetansesenter rus - Oslo ved avdelingssjef Ragnhild Audestad og seksjonsleder ved MAR Oslo poliklinikk, Nina Bureid. Styringsgruppen har kvalitetssikret og kommet med gode innspill underveis i prosessen.

Veiledere har vært Runa Frydenlund og Yvonne Larsen, begge spesialkonsulenter ved Kompetansesenter rus - Oslo.

Kartleggingsprosessen startet med en såkalt innledende konsultasjon høsten 2014, innsamling av data foregikk de tre første månedene av 2015, etterarbeidet og analyse fram til sommeren 2015.

### Innledende konsultasjon

Innledende konsultasjon er et møte hvor HKH-teamet inviterer alle man tror kan bidra med informasjon om fenomenet man ønsker å undersøke. Vi hadde innledende konsultasjon 4. september 2014. I utgangspunktet inviterte vi bredt, fordi vi ønsket mest mulig informasjon fra så mange som mulig. Om lag 60 personer deltok, og vi fikk både ny informasjon og bekreftet antakelser vi hadde knyttet til eldre LAR-pasienter. Det ble blant annet reist spørsmål om hvorfor vi var opptatt av senior LAR-pasienter, i og med at eldre rusavhengige uten LAR også har plager og trenger tilrettelagte tiltak. Vi ønsket imidlertid å undersøke nettopp denne gruppen fordi de aller fleste av poliklinikkens pasienter har substitusjonsbehandling.

Professor emeritus Helge Waal ble i møtet bedt av teamet om å støtte vårt fokus på LAR-pasienter. Han holdt et innlegg hvor han gjorde oppmerksom på to problemstillinger knyttet til pasienter i LAR; alder er viktig i seg selv, men det er også for lite forskning på pasienter som har fått LAR-legemidler i mange år. Hans innlegg hadde tyngde siden han har vært med i etableringen av LAR-behandlingen i Norge, og han er fortsatt en sentral person i det medisinskfaglige arbeidet knyttet til LAR på nasjonalt plan.



## Data fra MAR Oslo poliklinikk

Vi har hentet mye informasjon om pasientgruppa fra Velferdsetatens elektroniske journalsystem (HK Velferd). Gjennom oversikter over pasientenes alder, hvor lenge de har vært i LAR, bosituasjonen deres og omfanget av trygdeytelser har vi fått et grovt bilde av populasjonen. Vi systematiserte også informasjon om hvilket LAR-legemiddel pasienten får, og om forskrivende lege er pasientens fastlege eller poliklinikkens lege. Vi hentet også informasjon ut fra Brukerundersøkelsene de siste tre årene<sup>4</sup>. Av spesiell interesse er pasientenes tilbakemelding knyttet til sin egen helsesituasjon, både psykisk og fysisk. Pasientene ved poliklinikken er svært fornøyde med tilbudet behandlerne gir, og gir også høy score på brukermedvirkning. Med hensyn til resultater av behandlingen, ser vi at pasientene er spesielt misfornøyd med bedring av sin fysiske helse. Samtaler med medarbeidere ved poliklinikken har vært av uvurderlig nytte for å sikre en kvalitativt god kartlegging og utdype funnene fra de ulike datakildene.

## Intervju med pasienter

MAR Oslo poliklinikk har 62 pasienter i alderen 40 – 67 år som har hatt substitusjonsbehandling i mer enn ti år. Vi har hatt seks individuelle pasientintervjuer. Intervjuene er i semistrukturert form, og ble gjennomført ved at 1 i kartleggingsteamet intervjuet og 1 tok notater. Vi utarbeidet en intervjuguide med temaer vi ønsket å belyse, og intervjuene hadde form av en samtale rundt disse temaene. Vi vektla å få med pasienter med forskjellige utfordringer. Noen av dem har rusutfordringer, andre lever relativt stabile liv. De to teamene ved poliklinikken valgte ut aktuelle kandidater. Deretter ble kandidatene spurt om de kunne hjelpe oss med utviklingen av tilbudet til senior LAR-pasienter ved MAR Oslo poliklinikk. De som deltok fikk et gavekort på kroner 300. Vi valgte ut flere pasienter, men noen av dem ønsket ikke å delta når tiden for intervju kom.

## Gruppeintervjuer med samarbeidspartnere

Vi ønsket også å snakke med relevante aktører i feltet og valgte å intervju dem i grupper. Gruppeintervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i spørsmål som kan sammenliknes med spørsmålene vi stilte pasientene. Gitt de forskjellige gruppene, hadde vi også tillegsspørsmål knyttet til deltakernes spesielle kompetanse. Vi har kalt de vi har snakket med i gruppene for informanter. Vi har valgt å intervju de fire Villa MAR tiltakene, to bydeler og tre omsorgstiltak. Til sammen hadde vi syv gruppeintervjuer, ett

intervju med en ansatt og ett telefonintervju med en annen ansatt.

Villa MAR i Velferdsetaten består av fire dagtiltak for brukere i LAR. Villa MAR Sagene, Bygdøy, Gamle Oslo og Grorud, har mange pasienter over 40 år som har hatt legemiddelassistert rehabilitering i over ti år. Flere av pasientene har vært tilknyttet Villa MAR over mange år, og medarbeidere der besitter naturlig nok mye informasjon om pasientgruppen.

Vi gjennomførte gruppeintervjuer med to bydeler vi har hatt et langvarig samarbeid med, både fordi vi har mange pasienter tilknyttet bydelene, men også fordi vi har et nært bydelssamarbeid og har hatt undervisningsoppdrag i de to aktuelle bydelene. De pekte seg ut som bydeler hvor vi kunne få mye og ulik informasjon. Den ene bydelen er sentrumsnær, den andre ligger i Grovuddalen.

Vi inviterte ansatte fra 3 omsorgstiltak som alle har hatt eller har pasienter ved poliklinikken. Det ene ligger utenbys og er et rusfritt tilbud, de to andre er sentrumsnære tiltak for beboere i aktiv rus. Botiden ved stedene er også ulik. Stedet utenbys har 3 måneders korttidsopphold og langtidsopphold opptil 1 år, mens det ene tiltaket i sentrum har maksimal botid på 2 år og det andre er uten tidsbegrensning.

## Avsluttende konsultasjon

Ble avholdt 5. februar hvor vi inviterte informantene til et to timers møte hvor vi redegjorde for funnene i rapporten.

## Eksisterende tiltak og nåværende respons

Teamet har kartlagt hvilke tiltak som finnes for senior LAR-pasienter både med hensyn til bolig og aktivitetstilbud. Ingen av de kartlagte tiltakene er spesielt utformet for denne gruppen - det er generelle tiltak de benytter i dag. Vi vet ikke hvor mange pasienter det er som bruker ordinære seniortiltak i bydelene, ei heller frivillighetssentraler, men det ser ut til å være få. Det kan være mange årsaker til dette. En åpenbar grunn er at de aller fleste av senior LAR-pasientene er mye yngre enn seniorer i befolkningen ellers.

Som link har vi valgt å legge en oversikt over kommunale plasser og plasser kjøpt av ideelle – og private eiere hentet fra *Institusjonsplan for rusomsorgen*<sup>5</sup> forfattet av Velferdsetaten 2015 til byrådsavdeling for eldre og sosial tjenester. Velferdsetaten drifter et differensiert botilbud og kjøper også plasser av ideelle og private eiere. De aller fleste botiltakene har fra ett til to års botid.

## Rehabiliteringsinstitusjoner

Velferdsetaten har ulike rehabiliteringstiltak for rusavhengige, både tiltak med krav om rusfrihet og tiltak som ikke har rusfritt mandat. Mål for tiltakene er etablering av ferdigheter for selvstendig tilværelse i egen bolig.

## Omsorgsinstitusjoner

Omsorgsinstitusjonene er både tilpasset beboere som ønsker et rusfritt botilbud og beboere med omfattende rusavhengighet og sammensatte somatiske og psykiske vansker.

## Lavterskel botiltak

Lavterskel botiltak er for beboere som trenger å stabilisere livssituasjonen slik at de kan overføres til rehabiliteringstiltak, omsorgstiltak eller egen bolig. Med begrepet lavterskel menes at man raskt og ubyråkratisk får plass, og at det ikke stilles høye krav under oppholdet. Mange beboere ved disse tiltakene trenger bistand fordi de lever kaotiske liv.

## Akutt botiltak

Akutte botiltak er tilbud til rusavhengige som av forskjellige årsaker står uten bopel. Tiltakene kontakter pasientens hjemmehørende bydel for bistand beboer har behov for.

Vi viser også til BOSO Oslo som har vært et boligsosialt utviklingsprogram i samarbeid mellom Oslo kommune og Husbanken i tidsrommet 2011 – 2015. En prosjektgruppe bestående av medlemmer fra Velferdsetaten og bydelene i Grovuddalen har utarbeidet en håndbok om arbeidet knyttet til boligframskaffelse. I håndboka finner vi også gode ideer knyttet til bydelene Alna, Bjerke, Grorud og Stovner. Vi har lagt ved link til håndboka i litteraturlisten.

## Helsetjenester

I tillegg til ordinære helsetjenester bruker senior LAR-pasientene også spesialiserte kommunale tjenester. Prindsen Mottakssenter, et tiltak i Velferdsetaten har både lavterskel HCV-klinikk, feltpleie og ambulante tjenester. Sistnevnte kan kontaktes dersom pasienten er syk, bor på døgninstitusjon i Velferdsetaten og er i behov av å få LAR-legemiddel hjem. HCV-klinikken gir poliklinisk hepatitt-behandling. Oslo kommune har til sammen syv feltpleiestasjoner spredt både i kommunale lavterskeltiltak, på Pro sentret (senter for prostituerte) og i Frelsesarmeens tiltak. Gatehospitalet gir et godt tilbud til

pasienter med infeksjoner og generelt dårlig allmenntilstand i behov av innleggelse.

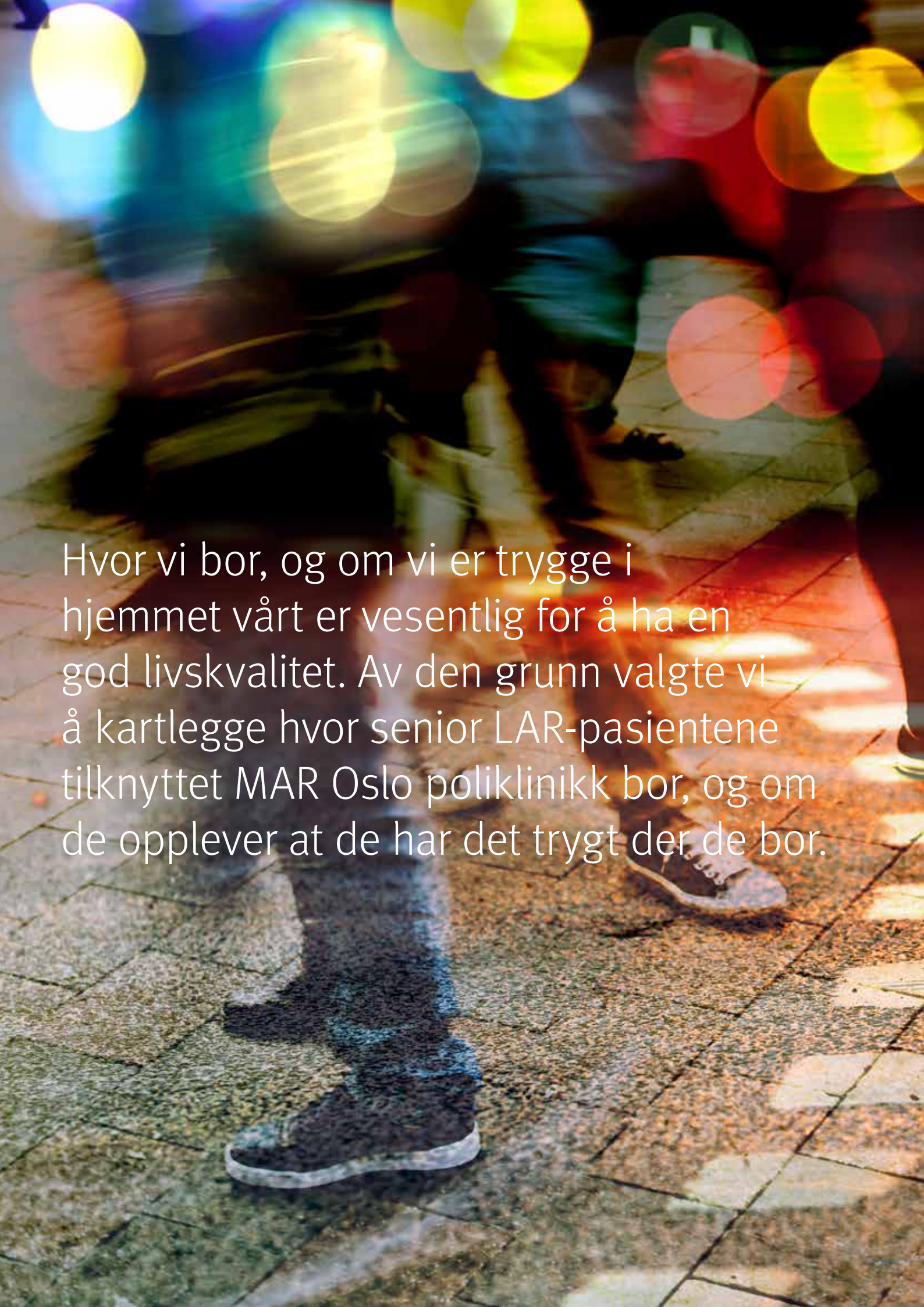
## Aktivitetstilbud

De 4 Villa MAR tiltakene er dagtilbud med blant annet legemiddelutlevering, aktiviteter og måltider hvor målgruppen er pasienter i LAR. Andre tiltak er Retretten og Safir, som er rusfrie dagtilbud - og Møtestedet som ikke er rusfritt.

## Arbeid

Arbeid og sysselsettingstiltak senior LAR-pasientene bruker er =Oslo, Nyttig Arbeid, Jobben og praksisplass for ordinært arbeid. Både =Oslo, Nyttig Arbeid og Jobben er fleksible tiltak for rusavhengige arbeidstakere.





Hvor vi bor, og om vi er trygge i hjemmet vårt er vesentlig for å ha en god livskvalitet. Av den grunn valgte vi å kartlegge hvor senior LAR-pasientene tilknyttet MAR Oslo poliklinikk bor, og om de opplever at de har det trygt der de bor.

### 3. Funn fra kartleggingen

Vi har valgt å undersøke senior LAR-pasientenes livskvalitet ved å stille dem, ansatte på Villa, ansatte ved omsorgstiltak og ansatte i bydeler tilnærmet identiske spørsmål. Vi tok utgangspunkt i områder av livet vi tenker at er viktige når det gjelder livskvalitet og helse. Områdene vi ønsket å undersøke er bolig og økonomi, pasientenes hverdag og opplevde livssituasjon, hvilke relasjoner pasientene har og om disse er stabile. Videre ønsket vi informasjon om pasientenes helse og helseutfordringer, vi spurte også om hva pasienter og hjelpere ser for seg av utfordringer i framtiden. Trenger denne pasientgruppen spesielle tiltak, eller kan de bruke de ordinære tiltakene for seniorer? Dette er spørsmål vi stilte oss som hovedmål for kartleggingen. Som det framkommer av funnene i rapporten, er det en svært sammensatt pasientgruppe. Noen lever gode liv, andre har det strevsomt og har problemer som vanskeliggjør bruk av de tjenester den ordinære seniorbefolkning benytter seg av.

#### 3.1 Bolig

Hvor vi bor, og om vi er trygge i hjemmet vårt er vesentlig for å ha en god livskvalitet. Av den grunn valgte vi å kartlegge hvor senior LAR-pasientene tilknyttet MAR Oslo poliklinikk bor, og om de opplever at de har det trygt der de bor. Vi har også spurt de forskjellige gruppene vi har intervjuet om deres erfaringer i møte med pasientgruppen.

#### FAKTA

##### Om seniorer generelt

De aller fleste av seniorene (50 år +) eier boligen sin, enten som selveiere eller som andelseiere i borettslag eller boligaksjeselskap. 87 prosent av alle seniorene eier boligen sin. I aldersgruppen 50-66 år var 93 prosent eiere i 2008, det samme som i 2003. Blant dem som er i aldersgruppen 67-79 år, er andelen eiere noe lavere – 90 prosent, og i den eldste aldersgruppen, 80 år og mer, er andelen 73 prosent.

Andelen aleneboende i privathusholdninger er høyest blant de aller eldste. Blant personer 80 år og over bor nærmere seks av ti alene, mens én av tre bor alene i aldersgruppen 67-79 år. Blant kvinner 80 år og over bor mer enn 70 prosent alene, mens dette gjelder for bare en tredjedel av mennene i samme aldersgruppe. Oslo er fylket med høyest andel eldre som bor alene.

(Seniorer i Norge 2010 s.33)

Senior LAR-pasientene i Oslo skiller seg vesentlig fra seniorer generelt. De aller fleste leier bolig, enten kommunal bolig eller på det private marked. Relativt få eier sin egen bolig. En del LAR-pasienter bor i tiltak med bemanning, men de aller fleste av pasientene ved poliklinikken bor i kommunal bolig. Vi har valgt å presentere en oversikt over hvilke boformer pasientene ved poliklinikken har. Denne viser mangfoldet blant de 62 pasientene i målgruppe for HKH-kartleggingen.



### Hvor bor senior LAR-pasientene?

Tabell som viser hvilke boformer MAR Oslo poliklinikk sine seniorpasienter over 40 år med ti år eller mer i LAR har.

Boform/type bolig	Antall pasienter	Kommentarer
Privat eid bolig	7	Noen av pasientene har hatt egen leilighet i mange år, andre har kommet inn på markedet ved hjelp av Startlån.
Privat leid bolig	5	
Privat bolig eid av annen	1	
Hos familie/venner	2	
Kommunal bolig	34	
Annen døgninstitusjon	9	Rehabiliterings- eller omsorgsplasser både i Velferdsetaten og i ideelle institusjoner.
Midlertidig akutt overnattingstilbud	3	
Ingen bolig	1	

Ingen av poliklinikkens pasienter bor for tiden på sykehjem. Som forventet bor de aller fleste av pasientene i kommunale leiligheter. Informanter fra Villa MAR tiltakene og bydelene bekrefter dette bildet. Vi ble imidlertid overrasket over at så mange eier egen leilighet. Dette er data vi ikke har samlet systematisk tidligere. Det er også positivt at bare tre av seniorpasientene er i behov for midlertidig akutt overnattingstilbud. Pasienten som ikke har noen bolig flytter rundt i de forskjellige tiltakene og bor andre steder. Vi har lagt ved en oversikt over hvor pasientene bor, og omtrent halvparten bor i sentrumsnære strøk, de resterende har lengre reisevei til sentrum.

#### Pasientene om hvor de bor

Fire av de seks pasientene vi har intervjuet bor i kommunal leilighet, en eier leiligheten sin og en bor i Velferdsetatens midlertidige botilbud. En av pasientene er samboer, de andre bor alene.

*«Jeg eier min egen bolig, det er en 3-roms leilighet jeg kjøpte for 20 år siden.»*

De fleste har bodd relativt lenge i sin kommunale leilighet, enkelte av pasientene har nylig fått leilighet. 1 av pasientene har bodd i forskjellige midlertidige botiltak i Velferdsetaten i drøye ti år.

#### Poliklinikkens ansatte og informantene om hvor pasientene bor

De aller fleste av pasientene bor alene. Noen av pasientene er samboere, noen bor sammen med familiemedlemmer, enkelte av mennene bor hos mor, og et fåtall har et botilbud i Velferdsetatens døgninstitusjoner. Det ser ut til at kvinnene har mer stabile boforhold enn mennene. Vi kan ikke dokumentere påstanden, men har en opplevelse av at menn flytter mer. De mister oftere bolig på grunn av husleierestanser og brudd på husordensregler i botiltakene. De siste årene har derimot få mistet bolig grunnet vold og trusler om vold. Vi ser også en nedgang i utkastelser over år. Dette kan handle om at senior LAR-pasientene har blitt eldre og roligere.

For tiden er det bare menn i senior LAR-populasjonen som bor i omsorgsinstitusjoner. Vi vet ikke hvorfor ingen av de eldre kvinnene bor i slike tiltak. En antakelse er at de er i bedre stand til å ta vare på seg selv og boligen sin. Vi har ikke bistått mange pasienter som har måttet flytte fra kommunal bolig til omsorgstiltak, men ser generelt at det er sårt for pasientene å måtte flytte fra egen leilighet. Mange har en lang historie som institusjonsbeboer hvor drømmen har vært egen bolig. Når pasientene på ny må institusjonaliseres, kan det oppleves som et nederlag.

Enkelte av senior LAR-pasientene får hjelp av medarbeidere ved poliklinikken i forbindelse med søknad om START-lån<sup>6</sup>. Dette er pasienter som ikke ønsker å bo i kommunal bolig og som ikke finner seg til rette i botiltak for rusavhengige. De

ønsker å etablere seg i den ordinære boligmassen.

Ansatte ved poliklinikken følger opp enkelte av seniorpasientene i form av hjemmebesøk. Vår erfaring er at mange som har egen bolig, det være seg både eid og leid, ikke har hjemmetjenester fra bydelen sin. Det kan være mange grunner til det - pasientene vil ikke ha bistand, de får ikke bistand eller de får oppfølging fra oss i stedet.

Informantene fra bydelene problematiserer at Velferdsetaten har endret mandater i sine tiltak. De aller fleste av dem har nå begrenset botid, hvilket betyr at bydelene må etablere nye tilbud eller søke kommunal bolig til senior LAR-pasientene. Enkelte seniorpasienter bor i kommunal bolig selv om de ønsker institusjonsplass fordi de er utrygge der de bor.

#### Pasientene om trygt bomiljø

Hvorvidt pasientene er trygge der de bor - varierer. To av dem poengterer at de bor trygt, og begge vektlegger at avstand fra et aktivt rusmiljø er viktig for å oppleve trygghet.

*«Ja, vi bor trygt nå. Når vi flytta inn var vi ikke helt rusfrie. Det var uheldig at vi hadde kontakt med en som er avhengig. Jeg har gitt beskjed når han ringer om at det ikke er noen vits å ringe, vi skal ikke ha noe. Har møtt han i byen, vi er enig om at vi ikke er på hils, og det er greit.»*

Andre pasienter bor i bygårder hvor det er mer turbulent, og både innbrudd og trusler om vold virker inn på opplevelsen av trygghet.

«Nei, jeg har uberegnelige naboer. Ringeklokka har blitt tapet igjen, det er bråk i oppgangen, en har smelt til døren min og truet med vold. Døren er i orden, men karmen er ødelagt. Det går litt opp og ned. Det kan være rolig i lang tid, og så er helvete i gang.»

*«Nei, (gråter)Jeg har bedt om å få bytte leilighet etter ti år, fikk avslag....Det er mye bråk, uro, og politi i oppgangen og i blokken. Har blitt truet på livet der jeg bor.»*

Pasienten som bor i Velferdsetatens midlertidige botilbud opplever heller ikke tilbudet som trygt:

*«Nei, det er ikke trygt å bo her. De som bor her kommer seg inn på rommene.»*

Informantenes inntrykk av om pasientene føler seg trygge eller ikke der de bor stemmer godt overens med det pasientene selv sier. Pasienter som har bodd i bydelen sin hele livet opplever tilhørighet og føler seg trygge. Informanter beskriver også at en trygg bosituasjon har endret seg for mange etter hvert som de har blitt eldre. Senior LAR-pasientene føler seg mer utrygge i blokka eller bygården de bor i, de reagerer på bråk og uro og er redde for selv å bli utsatt for noe. Pasientene er ikke så sterke lenger, de er mer sårbare – og det samme er nettverket deres som også er preget av høy alder. De er reduserte både fysisk og mentalt. Noen er engstelige for å bo alene, de har persiennene nede døgnet rundt og føler seg generelt redde og utrygge.

Det vises også til pasienter med konkrete helseutfordringer. En pasient har utviklet demens og er redd, en annen som har hatt hjerteinfarkt er også redd for å bo alene. For andre senior LAR-pasienter er utrygghet knyttet til at kjærester og ekskjærester lager kaos, og de er redde for å miste boligen på grunn av bråk og uro.

Informantene opplever at pasientene enkelte steder føler seg utrygge fordi stedet har lav bemanning, det er lett tilgang på illegale rusmidler, tyverier og besøk utenfra. Noen bor på Flexbo<sup>7</sup>, atter andre pendler mellom lavterskelhusene og omsorgstiltakene i Velferdsetaten.

Noen pasienter er trygge der de bor, de bor spredt rundt i Groruddalen. Det eneste de er redde for, i følge booppfølger, er å miste "tilleggsmedisinen" sin. Med "tilleggsmedisin" menes angstdempende legemidler<sup>8</sup>. Pasientene som bor i kommunale leiligheter har, i følge informantene, et godt miljø. Det er enighet om at botilbud med oppfølging er vesentlig for å sikre en trygg alderdom. En informant viser til et tilfelle hvor pasienten var svært omsorgstrengende og hele ansvarsgruppen var enig i at det var nødvendig med sykehjemsplass. Pasienten fikk omsider plass på sykehjem, der ble han ivaretatt og helsetilstanden ble svært forbedret. Så bra at han ble skrevet ut og hjem til samboer, som hadde mer enn nok med egne helseplager.

Informantene forteller at et annet problem er at svært få senior LAR-pasienter ønsker sykehjemsplass til tross for et reelt



behov for dette. Det uttrykkes bekymring for at denne gruppen pleietrengende pasienter vil øke i årene framover. Dette er en pasientgruppe som er storforbrukere av Gatehospitalet.

I sentrum formidler informantene at de har flyttet enkelte av sine LAR- pasienter på grunn av utrygghet. Da har det vært mye uro i oppgangen knyttet til omsetning av rusmidler, tyverier og bråk.

Omsorgstiltakenes informanter mener at de fleste føler seg trygge, men at det tar noe tid før pasientene faller til ro. Informant fra tiltaket utenbys peker på at mange pasienter er skeptiske til et tilbud så langt fra byen.

*«De første 14 dagene er kritiske, enten drar de hjem, eller så slår de seg til ro.»*

Fra de sentrumsnære omsorgstiltakene er inntrykket at LAR-pasientene er mer uforutsigbare enn de alkoholavhengige, de ser hyppigere inn- og utflyttinger blant LAR-pasientene.

### Oppsummering

De fleste av senior LAR-pasienter i Oslo bor i kommunal leilighet, mens noen bor i tiltak driftet av Velferdsetaten, Kirkens Bymisjon eller Frelsesarmeen. En liten gruppe senior LAR-pasienter eier sin egen leilighet, vi har ikke oversikt over hvor mange utenom poliklinikken det er tale om. Vi ser at det er et relativt godt samsvar mellom hva pasientene vi har intervjuet forteller, hva informantene sier og hva vi selv ser. Det er stor variasjon i boforhold og hvorvidt pasientene opplever boligen sin som et trygt sted å være eller ikke. Noen bor trygt og er svært fornøyde. Det kan se ut som om det er en sammenheng mellom lavt eller intet rusinntak og trygge boforhold. De pasientene vi har intervjuet med lavt eller intet rusinntak som bor i leiligheter med få rusavhengige i nabolaget, opplever at de bor trygt. Det ser ut til at LAR-pasientene som bor i kommunale leiligheter i Groruddalen er trygge og kjenner naboer de er trygge på. Andre bor under stressende forhold med bråk i oppgangen, trusler om vold og innbrudd.

Både bydeler og de fire Villaene er bekymret over at mange senior LAR-pasienter som bor i egne og kommunale leiligheter begynner å bli fysisk skrøpelige og får sammensatte somatiske lidelser i tillegg til angst, depresjoner og mulig kognitiv svikt.

### Ønsker om endring av bosituasjon

Pasientene vi har intervjuet har varierte ønsker. De som bor trygt, kan også godt tenke seg å flytte. Grunnene de oppgir er enten ønske om å flytte nærmere sentrum, eller at husleien er så høy i den kommunale boligen at det er like greit å søke Startlån og kjøpe egen leilighet. Behovet for å flytte er ikke presserende, de bor godt der de bor også. En pasient drømmer om å flytte til Spania, to ønsker å flytte fra kommunal leilighet til leilighet på det private markedet. En av pasientene er svært fornøyd med sin leilighet, han vil bli boende på tross av at det til tider er uro i oppgangen.

Tilbakemeldingene fra informantene i gruppeintervjuene varierer. De har et inntrykk av at i sentrum ønsker flere eldre senior pasienter å flytte fra kommunal leilighet til tiltak med døgnbemanning hvor de fortsatt kan disponere en leilighet. Mange skjønner at de ikke kan ivareta seg selv på stedet der de bor lenger. Andre senior LAR-pasienter ønsker å flytte ned i første etasje fordi de sliter med å gå i trapper. En pasient ønsker å flytte i kollektiv sammen med andre senior LAR-pasienter for å slippe ensomheten. Noen ganger anbefaler informantene pasientene om å vurdere flytting fordi de ser at pasientens funksjonsnivå er dalende og hjelpebehovet på vei opp.

Informantene fra sentrumsbydelen sier de har senior LAR-pasienter som ønsker flytting på grunn av mye rus i oppgangen, men at de ikke får tilbud om ny kommunal leilighet fordi de selv er en del av det samme rusmiljøet. Noen ganger har de flyttet pasienter som har startet et rehabiliteringsforløp fordi de vet at det vil være svært utfordrende å bo i en oppgang med mange naboer i aktiv rus hvor pasienten tidligere var en del av miljøet. Bor du i en kommunal leilighet og ønsker å flytte til en annen, skal boligkontoret i bydelen vurdere behovet for flytting. Det er ikke enkelt å dokumentere at pasienten har dårlig nok helse til at det er nødvendig med flytting. Det er et problem at bydelene har så få leiligheter tilpasset personer med begrenset bevegelighet. Det er få leiligheter med tilgang på heis, og de få som finnes brukes av eldre og fysisk funksjonshemmede. Det er heller ikke alltid greit med rusavhengige i disse bomiljøene. Det kan være en utfordring med integrering i et allerede sårbart bomiljø.

Flere pasienter følges opp med tekniske hjelpemidler som elektrisk scooter og annet, men den tid kommer hvor de ikke lenger kan bo i leilighet uten heis og hvor de vil få behov for mer tilsyn enn de får i dag.

Informanter fra sentrumsbydelen ser at når pasientene flytter ut fra omsorgstiltakene i Velferdsetaten, kan de ikke flytte inn i ordinær kommunal leilighet. Det er ønsker og behov for tiltak mellom Velferdsetatens omsorgstiltak og sykehjem. Tilpassede omsorg+ boliger kan også være et alternativ. Omsorg+ er boliger for dem over 67 år, med tilpassede leiligheter, døgnbemanning, tilbud om middagsservering og fellesrom for aktiviteter. I omsorg+ boliger har man husvert som døgnbemanning. Muligens bør en slik bolig ha bemanning med helsefaglig utdanning dersom den primært skal være for rusavhengige beboere. Det er svært viktig at pasientene får et varig botilbud med oppfølging av personale med helsefaglig kompetanse både i forhold til somatiske lidelser og psykisk uhelse. En del eldre LAR-pasienter bor på sykehjem, men de trives ikke særlig godt. På noen sykehjem er derimot trivselen større.

*På Stovnerskogen sykehjem er gjennomsnittsalderen på avdelingen for rusavhengige 55 år. Det er en svært sammensatt gruppe pasienter som fungerer sammen. De ansatte har jobbet for å få til et godt miljø i avdelingen, de er svært inkluderende.*

Det er for få sykehjems plasser til denne pasientgruppen i følge informantene. De ser at de gamle alkoholavhengige mangler plasser, og det antas å bli det samme med senior LAR-pasientene.

*«LAR-pasientgruppen er mer krevende. LAR-brukeren kommer med LAR-medisin, andre medisiner, mange samarbeidspartnere, masse kaos og mer kompleks oppfølging. Mer krevende, mer driv. Mens de gamle alkoholikerne – de kommer med to bæreposer og et alkoholproblem og prognosene for endring er små» Ansatt, omsorgstiltak*

Det er gruppen senior LAR-pasienter med behandling i skadereuserende perspektiv som er mest misfornøyde, i følge informantene. De ønsker å flytte fra lavterskeltilbudene til noe annet.

Mange beboere som bor utenbys tenker at det vil være godt med et miljøskifte etter endt opphold, forteller informant ved tiltak utenbys. Enkelte ønsker å flytte ut av byen, de har ingen

rusfrie venner å flytte tilbake til, og tenker det er bedre å bo på landet. Andre ser at de ikke mestrer å bo i egen leilighet lenger, de må bo på en eller annen institusjon med oppfølging. På omsorgsinstitusjon med ubegrenset botid, er de aller fleste fornøyde med tilbudet.

### Oppsummering

Ingen av pasientene vi har intervjuet har ytret ønske om tilpasset leilighet eller behov for omsorg + bolig. Ansatte ved tiltak som skal yte hjelp til pasientene er imidlertid samstemte i behovet for døgnbemannede tiltak med et omsorgsnivå lavere enn på sykehjem men høyere enn i nåværende omsorgstiltak drevet av Velferdsetaten, bydelene og ideelle organisasjoner. Uansett ser det ut til at det ikke er så heldig å bosette mange med psykiske problemer og omfattende avhengighetsproblematikk på samme sted. Det er utrygt dersom man er psykisk syk og bedrer ikke rusavhengigheten. Er problemet både psykisk lidelse og rusavhengighet, hvilket ofte er tilfelle, er boforholdene ikke helsefremmende. Mange pasienter både ved poliklinikken og på Villa MAR har hatt langvarige boforhold i kommunale boliger. Vi tolker det dithen at mange i vår pasientgruppe har gode boferdigheter og ivaretar forpliktelser knyttet til å betale husleie og ivareta både bolig og naboskap.

## 3.2 Økonomi

Blant norske husholdninger er det ingen som har hatt så gunstig inntektsutvikling de siste årene som eldre seniorer, det vil si de som er 67 år eller eldre. Dagens pensjonister har et klart bedre pensjonsgrunnlag gjennom opptjente rettigheter i folketrygden enn gårdsdagens pensjonister. De har også oftere tjenestepensjon og mer i oppsparte midler som gir betydelige renteinntekter. Blant seniorenne i yrkesaktiv alder (50-66 år) er flere enn før i jobb, særlig kvinner over 60 år. Også seniorennes formue og samlet gjeld har økt. Aleneboende minstepensjonister og eldre innvandrere med kort botid har klart mindre å rutte med enn andre seniorer. Mens alle husholdninger sett under ett har hatt en realvekst i totalforbruket på 17 prosent de siste seks årene, har de eldste hatt en vekst på 25 prosent i gjennomsnitt. (Seniorer i Norge 2010)<sup>9</sup>



I følge Statusrapport 2014 er 87% av samlet LAR-populasjon i Oslo uten tilknytning til arbeidslivet og heller ikke under utdanning. De fleste av senior LAR-pasientene ved poliklinikken har uførepensjon.<sup>10</sup>

Som det framkommer, har ikke pasientene opparbeidet et godt pensjonsgrunnlag. Få er i ordinært arbeid, og de aller fleste vil være minstepensjonister når de når pensjonsalderen. Pasientene vil bli, som beskrevet ovenfor, stort sett aleneboende minstepensjonister som har betydelig mindre å rutte med enn andre seniorer.

#### Pasientene om egen økonomi

Samtlige seks pasienter vi intervjuet hadde uførepensjon. En av pasientene hadde en 50 % uførepensjon og 50 % AAP (Arbeidsavklaringspenger), de resterende var 100 % uføretrygdede. De har hatt trygd i lang tid – fra tre til atten år. Fire av informantene er rimelig fornøyde,

*«Jeg har alltid klart meg. Jeg sparer og har en buffer. Jeg har autotrekk på faste utgifter, full kontroll på økonomien og sparer. Jeg har lyst til å reise, det får meg til å spare... Jeg er bevisst på hvilke merker jeg kjøper. Jeg er First Price, en krone her og en krone der, alle små ører drar...»*

*« ... Jeg betaler regninger når de kommer, enten det er husleie eller andre. Nå som vi får benzodiazepiner av fastlegen har vi en helt annen økonomi. Nå har vi penger på kontoen og kunne kjøpe oss vaskemaskin. Råd til å dra på ferie har vi også!»*

De har oversikt, planlegger og «det går rundt» som en av pasientene sier. Pasientene sparer – noe som er imponerende gitt så vidt lav inntekt. Problemer knyttet til gjeld tas opp av to pasienter. En informant skylder lånekassen kr. 360 000, en annen forteller at hun har fått hjelp til å ordne opp i all statlig gjeld, men plutselig kom et krav fra lang tid tilbake i forbindelse med at hun hadde overtrukket kontoen. Den gjelda har vokst.

*«Fortiden kommer tilbake med masse inkassoer og ubetalte regninger. Man må gjøre opp for seg og bli gjeldfri. Det er viktig å be om hjelp til gjeldssanering.»*

To av pasientene er ikke fornøyde med sin økonomiske situasjon, en har tvungen forvaltning, noe han ikke er fornøyd med, den andre har høye utgifter knyttet til kjøp av beroligende medikamenter.

*«Jeg kjøper et Rivotrilglass for 700 kroner hver fjortende dag, 100 tabletter. Jeg bruker Evangeliesenteret tirsdager og torsdager. Hadde uansett brukt det om dersom økonomien var bedre.»*

Medarbeidere ved poliklinikken har en opplevelse av at kvinnene har bedre kontroll over egen økonomi enn de mannlige senior LAR-pasientene. Kvinnene prioriterer og planlegger bedre, er hva medarbeidere i legemiddelutleveringen hører når pasientene diskuterer hva de bruker pengene til. De fleste av senior LAR-pasientene ved poliklinikken forvalter sin egen økonomi, og de lever med fattigdom. De er vant til å klare seg med lite. Vi vet at dårlig økonomi gir store utslag i livskvalitet og helse, blant annet tannhelse. De fleste pasientene har dårlig tannstatus, mange har tannkjøttlidelser. De har ikke økonomi til implantater og tannprotesene er rimelige og ofte dårlig tilpasset.<sup>11</sup> Mange senior LAR-pasienter er ofte skrøpelige med sammensatte helseplager. Utgifter til legemidler merkes også godt. Noen har ikke økonomi til å løse ut viktige legemidler.

Informantene ved Villa MAR og bydelene oppgir at de aller fleste pasientene har uførepensjon. Dette er en lav, men forutsigbar inntekt. Noen har økonomisk forvaltning av trygden. Enkelte har sosialhjelp, noen har AAP og en del av pasientene deltar også i tilpassede arbeidsopplegg som Nyttig arbeid eller de selger =Oslo. Det generelle inntrykket til Villa MAR er at det stort sett er få problemer knyttet til økonomi. Senior LAR-pasienter lever mer stabile liv og fordeler trygden utover måneden, forteller informantene. Mange er vanemennesker – og stabile i forhold til inntak av rusmidler, hvilket gir en mer oversiktig økonomi. Med et stabilt rusmiddelinntak har de få episoder hvor de ruser seg «nord og ned» som en informant sier, fordi det er i forbindelse med sånne episoder trygden blir brukt opp. Informantene har observert stor forskjell på yngre og eldre

LAR-pasienter med hensyn til økonomistyring, og de eldre har så absolutt best orden på sakene. De betaler regningene selv og har oversikt. Trygden gir dem relativt stor frihet, de trenger lite hjelp til planlegging av utgifter. Noen av de eldre pasientene har problemer med å bruke nettbank og pinkoder. De glemmer ofte pinkoden. Det var enklere for hjelperne å bistå i forbindelse med banktjenester før, da gikk de sammen i den lokale banken.

Både informanter fra Villa MAR og bydelene peker på at husleieøkningen i de kommunale leilighetene er et problem. Økningen er såpass stor at den økonomiske handlefriheten har blitt kraftig redusert. Det pekes også på at det ikke er gitt at statlig bostøtte innvilges rett etter husleieøkning, noe som kan føre til meget stram økonomi i perioder. Ofte klarer senior LAR-pasienter seg bra inntil de får husleierestanser, og da tar de kontakt med NAV for hjelp. I sentrum har de aller fleste LAR-seniorene det trangt økonomisk. Får de en relativt god pensjon, hjelper det lite fordi de da mister tilleggsytelser. Det fortelles også om løpende merutgifter knyttet til at vindusruter blir knust, dører brutt opp, mobilen blir stjålet og postkassenøkkelen forsvinner. Mange får ikke mobilabonnement og bruker derfor dyre kontantkort. Mange klarer ikke leve av trygden alene, og må spe på med andre aktiviteter for å få pengene til å strekke til.

I et hardt presset boligmarked har Groruddalen mange rimelige boliger til salgs. Mange senior LAR-pasienter har fått innvilget Startlån for å kjøpe leilighet i bydelene der. Dette gjelder også senior LAR-pasienter fra andre bydeler. Av den grunn får man en opphopning av eldre LAR-pasienter, på lik linje med en opphopning av eldre alkoholavhengige.

Omsorgstiltakene har svært forskjellige tilbakemeldinger når det gjelder pasientenes økonomi. Beboerne i sentrumstiltakene bruker rusmidler daglig, og de har lite å rutte med til annet. Ved det rusfrie omsorgstiltaket utenbys er den økonomiske situasjonen for pasientene relativt god, sies det.

#### Oppsummering

De pasientene denne undersøkelsen omfatter er stort sett uførepensjonister, og har av den grunn ikke mye å rutte med. Til tross for dette ser vi at mange av pasientene vi intervjuet ikke klager over dårlig råd. De er vant til å klare seg med lite, som en pasient sier. De har en forutsigbar inntekt, og de har oversikt over hva trygda dekker til i løpet av måneden. Enkelte sparer til ting de ønsker seg, eller ferieturer. Vi ser også at mange sliter for å dekke helt grunnleggende behov som innkjøp av livsvik-

tige legemidler eller tannproteser som fungerer. For andre er rimelige mattilbud på lavterskeltakene for rusavhengige viktige for å få trygda til å strekke til. Det ser også ut til at høyere husleie i de kommunale boligene merkes godt i denne pasientgruppen. Mange klarer seg bra og har ingen kontakt med NAV før de får husleierestanser de trenger hjelp til å få oversikt over, og hjelp til å betjene.

En pasient påpeker viktigheten av gjeldsrådgivning. Etter mange år som rusavhengig er det mye ubetalt som ligger og venter. Rådgivning, økonomisk oversikt og gjeldssanering er viktig for et trygt liv.

### 3.3 Helseplager eller fysiske hindringer som påvirker hverdagen

Ugunstige levekår i barndommen kan resultere i dårlig helse i voksne og eldre år.

Helse varierer med sosial status ... Jo høyre status, desto bedre helse.

(Vital aldring)

Statusundersøkelsen 2014 viser at den samlede LAR-pasientgruppen i Oslo har et stort lidelsestrykk både psykisk og somatisk.

Psykisk lidelse	Oslo
Andel med depressive symptomer	21 %
Andel med symptomer som ved alvorlig angst	32 %
Andel med vrangforestillinger	8 %

Andelen pasienter som har symptomer på skader eller somatiske sykdommer som begrenser funksjon eller livskvalitet er 46 % for Oslo.

Statusundersøkelsen 2014 (s.14) slår fast at hjerte- og karsykdommer, kreft, leversykdom og bakterielle infeksjoner dominerer. Dette gjenspeiler den store somatiske sykdomsbyrden blant LAR-pasienter. Byrden øker med økende alder, og somatisk sykdom synes å være årsak til godt over halvparten



av alle dødsfall i LAR. Vi har samlet informasjon vi har fått fra medarbeidere ved poliklinikken og informantene utenfra om samme sykdommer og helseplager. Senior LAR-pasientene sliter med mange og sammensatte helseutfordringer. Denne pasientgruppen er redd for å søke helsehjelp, de er redde for å høre hva legen finner. Vi har fokusert spesielt på lidelser knyttet til et langt liv som injiserende rusavhengig med en ellers lite helsefremmende livsstil.

Pasientene som ble intervjuet hadde forskjellige helseutfordringer. Tre av pasientene er plaget med ryggsmarter, to av informantene forteller at det ene beinet er kortere enn det andre. To pasienter har mageproblemer, enten fordi de sliter med obstipasjon eller kvalme, eller oppkast på grunn av angst.

*«Jeg er ofte kvalm, det er jo sånn at alt slår seg på magen. Har jeg angst, slår det seg på magen. Noen ganger tenker jeg at jeg har gått for lenge på metadon, det er derfor jeg er så plaget.»*

En annen pasient uttrykker også bekymring over langvarig metadonbehandling:

*«Jeg har gått på metadon i store doser – 130 mg – først en periode fra 1998 i 4,5 år, deretter fra 2005 fram til nå. Jeg er plaget av svette, det er en bivirkning, og nå kommer overgangsalderen også.»*

#### Psykiske lidelser

Medarbeidere ved poliklinikken og informantene eksternt ser at svært mange av senior LAR-pasientene har alvorlige og sammensatte psykiske utfordringer. I pasientpopulasjonen ved poliklinikken er personlighetsforstyrrelser mer utbredt enn psykisk sykdom i form av for eksempel schizofreni og bipolare lidelser. Senskader av traumer både i barndom og voksenliv er vanlig forekommende, slik at medarbeidere ved poliklinikken har hatt nytte av et traumeopplæringsprogram for å kunne bidra til lindring av plager og stabilisering av pasientene. Enkelte lever med alvorlig psykisk lidelse som i perioder er skremmende både for pasienten selv og omgivelsene. Andre har dårlig affektregulering og oppleves som aggressive av omgivelsene. De får ofte ikke den hjelpen de trenger, fordi de skremmer bort dem som kan hjelpe. Angstlidelser er utbredt, og det samme er depressive lidelser. Et viktig funn er at svært få av pasientene ved MAR

Oslo poliklinikk har et tilbud i spesialisthelsetjenesten i forhold til sine psykiske plager.

#### Kognitiv svikt og demenslignende tilstander

Mange sliter med kognitiv svikt eller demenslignende tilstander. Ingen av informantene har snakket om at senior LAR-pasientene har vært utredet med tanke på demens. Begrepet «pilledemens» benyttes, og med det menes at senior LAR-pasienter som i utgangspunktet er glemske blir helt kaotiske når de inntar store mengder benzodiazepiner. Effekten er voldsom, fordi kroppen som tidligere tålte store mengder rusmidler nå reagerer helt annerledes. For mange pasienter er det sorg knyttet til at de ikke kan innta rusmidler som før, for hva er det da igjen av livet? Demenslignende tilstander fører til at de ofte glemmer å følge opp avtaler som legetimer og at de glemmer å ta medisiner.

#### Kols

Lidelsen er spesielt problematisk for pasientene om vinteren, og på grunn av kulda kommer de seg ikke ut for å hente LAR-legemiddel. Da må enten ansatte ved tiltakene, ambulant team eller Sykepleie på hjul sørge for å bringe legemiddelet hjem til pasienten. En av pasientene ved poliklinikken strevde med dårlig form og lavt energinivå. Ved å bytte fastlege og få utført en test av oksygenopptaket, viste det seg at pasienten ikke var tiltaksløs som opprinnelig fastlege påsto, men at pasienten hadde kols han nå behandles for. KORFOR-rapporten viser til at kols er en underdiagnostisert lidelse i vår pasientgruppe.

#### Skjelett – og muskelplager

Informantene har pasienter som plages med nedsatt førlighet. Vinterføre med glatte veier og brøytekanter er en utfordring for pasientene. Med begrenset førlighet er det også problematisk å bruke tilbudene ved de Villaene som ikke er tilpasset pasienter med nedsatt gangfunksjon eller rullestolbrukere. På rusfritt omsorgstiltak sliter beboerne med vondter og smerter - symptomer som er ruset bort tidligere dukker opp når rusmidler ikke inntas lenger. Sykepleier der bruker mye tid på smerteutredning, og mange pasienter får fullført mange undersøkelser i forhold til utredning i løpet av oppholdet. Det er en utfordring å smertelindre, formidler en informant.

#### Leversykdom

Hepatitt C er utbredt. Alle informantene rapporterer om at de jobber med å motivere for poliklinisk hepatittbehandling i Velferdsetatens regi. De informerer også om pasienter som nå er friske etter behandling.

#### Nyresvikt

Mange har pasienter i dialyse, både hjemmedialyse om natten og på sykehus. Pasientene er til dialyse tre ganger i uka, og det er ansatte som har oversikt over kontroller og følge til sykehus. Til tross for tidkrevende behandling formidler informantene at pasientene får mer energi og høyere livskvalitet. En informant ved et omsorgstiltak ser at han som sykepleier må tilrettelegge både før og etter behandlingen. Skal behandlingen ha god effekt betyr det også riktig kosthold og medikamentellbehandling. Før diagnosen blir stilt, ser informant at beboere får angst, blir slappe og har vekttaap.

Pasientene har mange helseutfordringer formidler ansatte og nevner i tillegg til ovennevnte lymfeproblematikk, HIV, AIDS, kreft, hjerneslag, hjernedrypp, diabetes, utslitte hofter og alvorlige leggsår. Dårlig tannhelse er også felles for mange. Med manglende tenner og smerter i tannkjøtt er det ikke enkelt å ha et sunt og variert kosthold.

#### Oppsummering helse

Senior LAR-pasienter har sammensatte og store helseutfordringer, og de fleste sliter både med somatisk og psykisk uhelse. Pasientgruppen, som ofte har vansker med å søke om legehjelp, kan derfor være dårlig utredet og mottar heller ikke den medisinske behandlingen de har behov for. En del pasienter har problemer med å følge opp egen helsesituasjon. Mange pasienter med behov for dialysebehandling trenger oppfølging av det kommunale tjenesteapparatet. Det er et udekket behov for psykiatrisk helsehjelp til pasientgruppen. Videre sliter mange pasienter eksistensielt – det er mye skam knyttet til det livet de har levd. Angst og depresjoner er utbredt.

## 3.4 Senior LAR-pasientenes relasjoner til hjelpeapparatet

Pasientene vi intervjuet har forskjellig kontaktflate opp mot hjelpeapparatet. MAR Oslo poliklinikk er viktig for pasientene,

pasientene sier de er trygge på sine konsulenter der. En av pasientene har HIV og følges opp på infeksjonsmedisinsk avdeling, andre får hjelp av psykisk helsevern, psykolog og feltpleietiltakene.

*«Er redd for å bli innlagt og havne på lavdose. Det er å be om bråk, for meg er det det samme som å be om at jeg skal gå og kjøpe dop. Jeg har ikke vært rusfri på 29 år. Det er det jeg kan! Satt og tenkte: hva kan jeg? Jeg kan dopet.»*

MAR Oslo poliklinikk har en svært stabil medarbeidergruppe og den samlede kjennskap til pasientene er høy. Konsulentene og pasientene kjenner hverandre godt, ofte representerer konsulentene et nav og et fast holdepunkt i pasientens liv. Enkelte pasienter har vært gjennom mange forskjellige institusjonsopphold, de har opplevd bytte av NAV-konsulenter mange ganger og har liten kontakt med familien og få venner. Konsulentenes arbeidsoppgaver er varierte, og pasientene søker hjelp til mange problemer og oppgaver i det daglige. Fordi relasjonene har blitt trygge over år, kan det også «gå ei kule varmt» til tider.

Relasjonene senior LAR-pasientene har til ansatte i Villa MAR er gode og langvarige, sier informanter ved tiltakene. Felles er også at mange pasienter har brukt tiltakene over flere år.

*«Mangel eller brudd på relasjoner er det vanskeligste å reparere i denne gruppen. Det vi tilbyr er nært og viktig. Mye annet i livet deres er flyktig.»*

Tiltaket er ofte det eneste pasientgruppa har. For mange av pasientene tar det lang tid å etablere tillit til profesjonelle hjelpere. Det pekes også på at når det går galt for pasientene, er det de ansatte som får det.

*«Sånn er det med de fleste av oss, det er de nærmeste som får høre det når vi er triste, har hatt en grusom dag eller er frustrerte,» i følge informant fra Villa. «Mange hviler på oss» sier en annen informant «dersom pasienten nok en gang bryter en relasjon i hjelpeapparatet, så må vi sy det hele sammen igjen.»*



Enkelte av senior LAR-pasientene ønsker tett oppfølging nesten hele tiden, i følge en informant. Han opplyser videre at han opplever å være en svært viktig person for LAR-pasientene. Dette gjelder for pasienter hvor bydelen har et skadereduserende fokus. Han er ofte den eneste stabile kontaktpersonen til pasienten, sier han.

#### **Samarbeid om tiltak og behandling av senior LAR-pasienter**

Det er det kommunale tilbudet som er viktig for denne gruppen, i følge informantene og medarbeidere ved poliklinikken. Medarbeidere ved poliklinikken samarbeider med botiltak i Velferdsetaten, og Ambulant team er viktig for utlevering av LAR-legemiddel når pasienten er syk. Den kommunale hjelpen knytter vi blant annet til hjelp i eget hjem, sier informanter fra bydelene. Hjemmesykepleien, hjemmehjelp og booppfølgere er viktig for å bidra til et kvalitativt godt kommunalt tilbud. Kommunale hjelpere trenger seg ikke på når de får informasjon om pasienter som har behov for dem. Deres tjenester er frivillige å motta, og pasientene kan avvise dem. Men, sier hjelperne, når vi endelig får kontakt og kommer i posisjon, så stiller mange av pasientene høye krav. Det tar lang tid før pasientene tør å åpne seg, det tar tid å etablere et tillitsforhold. Alt blir så mye enklere når pasient og hjelper kjenner hverandre godt.

En bydel i Groruddalen har fått et godt system på hygienesakene knytta til nedsøplede leiligheter, og det er laget en rutine som henviser til lovverket for å kunne gå inn å rydde og vaske. Bydelen har et eget firma som renoverer leilighetene. Det er mye skam knyttet til nedsøpling av leiligheter, men også solskinshistorier som handler om god kontakt etter at leiligheten ble i orden igjen.

*«En av pasientene på over femti år bodde i ei leilighet som ikke så ut, vi fikk ordna med lån slik at hun fikk pussa opp, og det var et strålende prosjekt! Det nytter!!»*

Ellers er de mange feltpleiestasjonene viktig. Mange går til Frelsesarmeens feltpleie for sårstell, mat og sosial omgang. Stedet karakteriseres som et tilbud som pasientene har brukt i mange år.

Pasientene er en gruppe mennesker som sjelden oppsøker fastlege. Mye tid går med til å motivere pasientene til legebesøk for helsesjekk. Informantene forsøker å finne ny fastlege som er flink med senior LAR-pasienter dersom de ikke opplever

at den de har fungerer. Mange pasienter sliter med angstlidelser og ønsker forskrivning av benzodiazepinpreparater<sup>12</sup> av sin lege. I følge den nasjonale LAR-retningslinjen og LAR-forskriften anbefales ikke LAR-legemiddel i kombinasjon med benzodiazepiner. Informantene fra bydel opplever at noen fastleger sier de ikke liker denne pasientgruppen, pasientene opplever det samme på sykehus også. Av den grunn følges ofte pasientene når de legges inn på sykehus. Ved poliklinikken har mange av senior LAR-pasientene forskrivning av LAR-legemiddel fra lege ansatt ved tjenestestedet.<sup>13</sup> De aller fleste har også kontakt med sin fastlege, og i mange tilfeller samarbeider vår lege og fastlege. Noen ganger deltar også begge i pasientenes ansvarsgruppe.

Bydelene formidler at de har minst kontakt med spesialisthelsetjenesten, men at tjenesten er på banen når de trenger dem. De er der med både råd og veiledning, og tar dem på alvor. Men, samarbeidet med spesialisthelsetjenesten kan også by på utfordringer. Mange pasienter forteller til informantene at de er redde for innblanding fra spesialisthelsetjenesten når det gjelder legemiddellassistert rehabilitering, og flere av pasientene forteller at de har dårlige minner fra «gamle dager». Informantene har fått bekymrede spørsmål fra pasienter som har blitt oppringt av ansatte i spesialisthelsetjenesten i forbindelse med Statusundersøkelsen. Pasientene er redde for å bli fratatt tilleggsmedisiner, som regel benzodiazepiner.

Ansatte i NAV opplever utfordringer i samarbeidet med andre avdelinger på sykehusene:

*«Våre pasienter trenger forløpskoordinatorer, akkurat som kreftpasienter. Når de er inne til dialyse, ville det vært veldig greit å få tatt sårstell etterpå. Nå er det sånn at etter dialyse er det ned på legevakta, deretter opp på Ullevål for sårbehandling. Det er tungvint og slitsomt for pasienten.»*

Er pasientene innlagt på sykehus for sårbehandling, skrives de ofte ut og overføres hjemmesykepleien for tidlig. Hjemmesykepleien viser til at pasientene får infeksjoner på ny og at dette blir svært ressurskrevende for dem.

Også omsorgstiltak viser til behov for koordinator for å kunne bistå senior LAR-pasienter med sammensatte lidelser. Informanten er ikke fornøyd med dialyseavdelingen på syke-

huset, da sykepleier ikke får den nødvendige informasjonen til å følge opp pasientene der de bor. Ellers er omsorgstiltakene fornøyd med samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, selv om det trekkes fram at det kan være problemer knyttet til samarbeid med akuttpsykiatrien.

#### **Oppsummering samarbeid**

Senior LAR-pasientene oppsøker sjelden fastlegen og mange er underdiagnostiserte både med hensyn til somatiske og psykiske lidelser. Det pekes på behov for koordinator i de tilfellene hvor pasientene har flere, eller sammensatte lidelser. For mange pasienter tar det tid å bygge opp tillit til det kommunale hjelpeapparatet, det er viktig med kontinuitet. Mange av informantene har fulgt opp sine pasienter eller klienter i mange år. Senior LAR-pasientene har en langvarig relasjon til LAR i spesialisthelsetjenesten. Systemet var tidligere svært rigid, og mange pasienter er derfor engstelige når de får henvendelser derfra fordi de er redde for at de ikke lenger skal få beholde for eksempel angstdempende legemidler. Informantene opplever utfordringer i samarbeidet med sykehusavdelinger som ikke koordinerer behandlingen avdelingene imellom.

LAR-behandling og identitet

Fem av seks informanter forteller at det faste holdepunktet i hverdagen er knyttet til LAR-legemiddelet. Noen har utlevering daglig på apotek eller utleveringen ved MAR Oslo poliklinikk, mens andre får utlevert legemiddel for flere dager av gangen. Vi har derfor først sett på aspekter ved LAR-behandlingen, deretter hverdagen ellers.

*«Litt før ni tar jeg trikken til MAR. Jeg vil fortest mulig hjem etterpå for å slappe av. Det tar cirka en time før metadonen virker. Minst mulig skjer, jeg ser mye på TV og dormer en del på dagen.»*

For en av informantene, som er i arbeid, innebærer inntak av LAR-legemiddelet planlegging før jobb.

*«Skal jeg på jobb klokka åtte, står jeg opp klokka fem. Jeg har bivirkninger av LAR- medikamentet og er plaget med mageproblemer og obstipasjon. Jeg trenger tid om morgenen.»*

Kartleggingsteamet ønsker å trekke fram mange av pasientenes ambivalente forhold til LAR-legemiddelet. Ansatte i MAR Oslo forteller at mange pasienter er glade for å ha LAR-legemiddelet, de er fornøyd og lever relativt stabile liv. Noen pasienter er fornøyd fordi de faktisk lever, og uttrykker takknemlighet over det. Det er primært forsvarlighetsvurderingene og kontrollaspektet i behandlingen som vi hører pasientene opplever at kan virke krenkende og invaderende.

*«Jeg er over 50 år og har hatt medisinen i årevis – har henta hver dag – når kan jeg få en bedre ordning?»*

Utsagn som dette høres ofte i legemiddelutleveringen ved MAR Oslo poliklinikk.

«God helse er betinget av evnen til å løse motsetninger. Utfordringer knyttet til det å ha en fri vilje i en verden fylt med ulike begrensninger, det å forhandle om frihet og begrensninger, kan arte seg som eksistensielle spørsmål»  
Søren Kierkegaard<sup>14</sup>

Utleveringsordningene er ikke så rigide nå som mange pasienter opplevde i oppstarten av LAR-behandling i Norge, men mange pasienter med langvarig LAR-behandling har i årevis vært underlagt kontroll for å sikre forsvarlig legemiddelhåndtering. Pasientene måtte i begynnelsen av behandlingen avgi 3 overvåkede urinprøver i uka, med gradvis reduksjon mot ukentlige prøver i takt med pasientens utvikling. Forsvarlighet handler både om at legemiddelet inntas korrekt og at en skal forhindre lekkasjer av legemidler, det vil si sikre at pasientene ikke selger eller gir bort medisinen til andre.

Vurderinger knyttet til utleveringsordninger gjøres fortløpende, og eventuelle endringer baseres både på biologiske



prøvesvar og helhetlig sosialfaglig vurdering. Det tas individuelle vurderinger, og noen pasienter føler seg urettferdig behandlet fordi andre har en bedre utleveringsordning enn de selv har. LAR-pasienter som får utlevert LAR-legemiddel daglig på apotek, må innta legemiddelet under påsyn. Det er forståelig at disse kontrollrutinene over år oppleves som belastende.

LAR-behandlingen griper inn i pasientenes liv på så mange områder, og vi ser at pasientene har en identitet som LAR-pasient som er så innarbeidet at det er vanskelig å finne «konkurrerende» identiteter som kan være mer livsbejaende og meningsbærende enn pasientrollen. Når vi søker på internett, ser vi at det finnes forum for LAR-mødre, identiteten kan også omfatte LAR-bestemødre, LAR-pensjonister med mer. Som det framkommer av intervjuene med pasienter fra poliklinikken, har mange det primære fokus for dagen på LAR-legemiddelet, bivirkninger av det og muligheten til eget valg av legemiddel.

Noen kommer til legemiddelutleveringen tidlig om morgenen. De snakker med konsulentene, inntar legemiddelet og mange går deretter til Urtegata som er et lavterskel tiltak i Frelsesarmeen. Der sitter de ved «Metadonbordet.» Ansatte i Urtegata forteller at disse pasientene har en høyere status blant de andre rusavhengige gjestene enn de som ikke er i LAR-behandling.

Det er vanskelig for mange pasienter å akseptere at man har blitt gammel, sier en informant fra bydel. Det er tungt å erkjenne at livet man har levd har ført til at man har mange helseplager. Mange pasienter legger skylden på bivirkninger av metadonen, da de har vært i LAR i mer enn 20 år. For noen pasienter er turen til apoteket for å få utlevert dagens dose med legemiddel det eneste som skjer den dagen, og den sosiale kontakten der er viktig. Andre er misfornøyde med daglig utleveringsordning og med at det blir så mye planlegging i forhold til ferier og andre reiser. Fra bydelene forteller informantene at noen pasienter føler seg låst av systemet. De forteller at dersom du har begynt med metadon, må du ha medisinen resten av livet. Mange pasienter forteller at de opplever livet som dødt, og at LAR-legemiddelet fører til at de ikke får kontakt med følelsene sine.

En ansatt i hjemmesykepleien påpeker at de ikke vet så mye om de som har det bra – fordi de følger primært opp pasienter som ikke klarer seg selv. Noen ganger er det kun viktig at hjemmesykepleien kommer med LAR-legemiddelet, noe som kan være nok til at pasienten kommer seg ut på egenhånd senere på dagen.

### 3.6 Senior LAR – pasientenes opplevelse av hverdagen

Fem av de seks senior LAR-pasientene vi intervjuet har ingen faste aktiviteter å gå til. De fleste våkner tidlig, mellom klokka fem og åtte, og forteller om dårlig søvnkvalitet. Pasientene sliter med uregelmessig søvnmønster og døgnrytme, de våkner om natta og dupper om dagen. Fra kartleggingsteamets side synes det å være en sammenheng mellom rusmiddelinntak og manglende innhold i hverdagen.

Tre av kvinnene ser ut til å ha mer innhold i hverdagen. Den ene har katt, hun lager smykker og bruker nettbrett. Den andre er rusfri, og hun har omsorgsoppgaver i forhold til samboer med dårlig helse og gammel mor på sykehjem. Hun har studert og ønsker å ta opp studier dersom omsorgsoppgavene blir færre. Den tredje kvinnen er i arbeid.

Pasienten som har en katt mener den gir dagen både mening og oppgaver

*«Jeg står opp ved seks – sju tiden. Sjekker kassa til katta og ordner i den. Så tar jeg medisinen min – metadon - fra kjøleskapet. Tar med en iskaffe som jeg er glad i fra kjøkkenet inn på stua. Jeg lager frokost til katta først mellom klokka åtte og ni. I natt var det annerledes, katta våknet i fire tiden, hun har astma og hostet i en drøy halvtime ... Jeg vasker eller støvsuger hver dag, det kommer litt an på røyteperiode hva jeg gjør.»*

Ensomhet og manglende nettverk er et tema flere av pasientene kommer tilbake til.

*«Jeg sitter nå her og sitter nå her... Jeg prøver å ligge til sengs så lenge som mulig. Jeg har ikke så mye å gjøre og det er grenser for hvor mye jeg kan vaske. Jeg kjenner på ensomheten, røyker og tenker»*

Fire av de seks har liten kontakt med familien. Flere oppgir at de har mistet venner, og to av kvinnene har mistet bestevenninnen.

*«To av venninnene mine har dødd i løpet av et halvår, den tredje er gal»*

*«Min beste venninne døde i fjor. Vi pleide å feire jul og nyttår sammen, jeg savner henne.»*

Pasientene forteller ikke hva venninnene døde av, men flere av dødsfallene skyldes nok hendelser eller lidelser knyttet til et langvarig rusmiddelinntak. Kartleggingsteamet vil tro dette gjør noe med de som er igjen, og som selv er i risiko for å miste livet av samme årsak.

To rusfrie pasienter er tilfredse med situasjonen nettopp fordi de er rusfrie og dagene har mer innhold.

*«Har jeg en tom dag, går jeg inn i dekoderboksen! Jeg har fagbrev i søm og syr litt uniformer og tar noen reparasjoner i helgene. Jeg klarer ikke å ha så høyt tempo hjemme, jeg tror jeg sover mer enn andre gjør. Jeg er bare glad jeg kan fungere på jobb, det er viktig for meg. ..Jeg VIL mestre jobben min, jeg vil ikke begynne å ruse meg igjen.»*

Informasjon om pasientenes hverdag får konsulentene ved poliklinikken både ved hjemmebesøk, samtaler ved poliklinikken eller per telefon. Medarbeidere ved poliklinikken har en opplevelse av at mange pasienter lever relativt ensomme liv med få meningsfylte aktiviteter. Dette er i samsvar med informantenes tilbakemeldinger. Enkelte av de svært ensomme, godt voksne kvinnene i poliklinikken LAR-behandling har nesten daglige, lange samtaler med sin konsulent.

Informantene er enig om at det ser ut til at senior LAR-pasienter som ikke ruser seg eller har et lavt inntak av rusmidler har det rimelig bra. Mange pasienter formidler til ansatte ved Villa MAR at de setter pris på tilbudet deres, at stedet gir mening med livet, akkurat som en familie. Det er noen som bryr seg, og noe meningsbærende utover det å hente LAR-legemiddelet. De opplever at de er en del av et fellesskap.

*«De står opp tidlig, kommer til Villa, får LAR-legemiddelet, sitter her, venter på lunsj.» Eller som en annen informant sier:» Mange er vane-mennesker, de kommer klokka ni om morgenen, og har de ikke kommet til klokka ti, ringer vi for å høre om noe er galt. Andre kommer fem på stengetid uansett når vi stenger»*

På den annen side formidler informantene at det er mye klaging. Det klages over egen kropp som svikter, det klages over NAV, og det klages som respons på det ansatte driver på med som hjelpere. Flere ansatte antar at klagingen er en slags overlevelsestrategi eller en uheldig form for kommunikasjon. Noen pasienter klager derimot lite, de ber ikke om hjelp selv om de burde fått hjelp til endring. Ansatte forteller at de tar tak i enkelte pasienter de opplever at har det vanskelig selv om de ikke sier så mye om det. Det er de eldre brukerne som oppholder seg mest på Villa. En informant sier senior LAR-pasientene ønsker at stedet skulle være åpent døgnet rundt. Ofte er det kvinnene som setter i gang sosiale aktiviteter. Er det juleverksted går praten blant kvinnene rundt bordet, mens mennene sitter litt på siden og er til stede på sitt vis. Når det gjelder andre aktiviteter derimot, ser de at det er mennene som deltar. Kanskje ikke så rart, sier en av informantene, når aktivitetene er minigolf, bowling og klatring. Der må ansatte må være med på aktivitetene fra starten, brukerne klarer ikke å starte aktiviteter på egen hånd.

*«Vi kjenner en parentes av pasientenes liv, de kommer til oss til faste tider»*

sier en annen informant. Etter stengetid antar de at de fleste går hjem. Det meste av det sosiale livet finner sted utendørs. Hva gjør pasientene hjemme? De ser på TV, hevder informantene. Og de låner filmer på biblioteket. Det ser ut til at de har god oversikt over de fleste TV-serier, men ser mindre på nyheter. Hjemme forteller pasientene til de ansatte at de er alene, mange opplever ensomhet og de kjeder seg. Det ser ut til at hverdagene er bedre enn helger og høytider. Noen pasienter kommer til tiltaket på mandager og sier

*«Du må stoppe meg hvis jeg snakker for mye, jeg har ikke snakka med noen i hele helga»*

Etter forholdene lever pasientene gode liv, de slipper jaget etter rusmidler, det turbulente livet er lagt bak dem og økonomien har blitt romsligere. De fleste har også fått kontakt med familien sin. Noen pasienter har brukt eller bruker fortsatt tilbudet på Villa MAR. Hjelperne forsøker også å få pasientene med til Frisklivssentralen og Aktiv på Dagtid. Det er ikke enkelt, pasientene må ha følge og motiveres over tid. En informant viser til et utsagn fra en av hennes pasienter:

*«Det er mye kjedsommelighetens rus, og rusen har ingen sosiale konsekvenser. Jeg liker ingen, ikke engang meg selv.»*

Det er stille og fredelig på tiltaket utenbys. Det arrangeres turer, men det er lav gjennomføringsvilje i beboergruppen. De er entusiastiske når turer planlegges, men det er ikke lett å bli med når dagen kommer. Informanten undres på om mange års behandling med LAR-legemiddel og andre legemidler går på motivasjonen løs. De ser at beboerne blir rastløse og klare for endringer i eget liv på slutten av maksimal botid. Informanten opplever at pasientene har en ambivalent holdning. På den ene side er det utrygt å avslutte boforholdet, på den annen side stiger misnøyen og rastløsheten. Hverdagen til beboerne i de sentrumsnære tiltakene er preget av mye rus og helt sikkert mye angst, og mye sosial angst, antar informantene. Senior LAR-pasientene er, i følge informantene, ikke fornøyd med livet. Livet som injiserende LAR-pasient er ugreit. Mange av beboerne er mye på huset, LAR-brukerne isolerer seg mot sitt nettverk, de bruker ansatte ved behov, men er ellers lite i kontakt med hjelperne. På et annet tiltak er de fleste fornøyd med noe. De har en del fellesaktiviteter LAR-pasientene deltar på, noen få oppsøker Jobben eller selger magasinet =Oslo.

#### Oppsummering av hverdagen

Kartleggingen vår har tydeliggjort hvor stor plass LAR-behandlingen har i senior LAR-pasientenes liv. Vi har blitt oppmerksom på pasientenes ambivalens til egen behandling – på den ene side er det en livreddende behandling, på den annen side oppleves kontrollaspektet knyttet til behandlingen som krenkende. Mange senior LAR-pasienter lever ensomme og kjedelige liv, og det ser ut til at mennene sliter mer med ensomhet enn kvinnene. På den annen side – mange har lagt bak seg det turbulente livet, og de har derfor bedre økonomi. Når rusnivået også er lavt, har de også fått bedre kontakt med familien.

## 3.7 Relasjoner

### Familie

Pasientene vi intervjuet har varierende kontakt med familie. En av pasientene har god kontakt med barna sine, og formidler at nå er de trygge på henne.

*«Nå har vi god kontakt, hun er spørrende til oppveksten min, hvordan jeg hadde det som liten og som ungdom. Hun prøver å forstå historien min. Dersom hun får barn, vil hun gjerne at jeg skal sitte barnevakt en dag i uka. Det er en slags tillitserklæring, jeg har sagt vi får se..»*

*«Ja! Det er familien! Jeg har god kontakt med familien min, alle søsknene mine og barna, både felles barn, mitt barn og samboers barn. Samboer er ofte trett, men jeg har sagt at barna alltid skal få komme på besøk. Er han sliten, får han gå og legge seg, men vi avviser ikke barna våre.»*

For andre pasienter er relasjonen til familien mer komplisert, enten fordi kontakten er på familiens premisser eller fordi det alltid er pasienten som tar kontakt med slekta.

*«Jo, jeg har kontakt, men på deres premisser. Jeg skulle ønske kontakten var bedre. Akkurat nå har jeg ikke kontakt med min søster, jeg tror hun er sur på meg. Jeg hadde kontakt med broren min før jul, og mamma ringer meg. Hun spør alltid hvordan det går med meg, og det er ikke alltid greit å svare når det ikke går så bra. Jeg ringer ikke til henne når det ikke går bra med meg.»*

Informantene har et felles inntrykk av at noen av senior LAR-pasientene har kontakt med familien, men at det generelt sett er lite kontakt. En del eldre LAR-pasienter har bedre kontakt med familien enn de yngre. Informantene forklarer det med at de eldre lever mer stabile liv, og da er det også lettere å opprettholde relasjonen. Kontakten med familien avhenger av gode perioder hvor det er lite eller ikke rusmiddelinntak, og at det ikke er noen eller veldig liten kontakt når pasienten er inne i rusperioder. Noen er besteforeldre uten samvær med barn og barnebarn. De følger familien på Facebook,

men det blir med det. De sørger over egne barn som har avvist dem, og over at de ikke får hilse på barnebarna. Det er mye sorg og skam som kommer til uttrykk i utsagn som

*«Drittfolka som ikke tar kontakt eller viser omsorg for slekta..»*

For noen senior LAR-pasienter er kontakten svært konfliktfylt og vond. Enkelte av senior LAR-pasientene som lever mer stabile liv, men har liten kontakt med familien, opplever det som sårt å bli stengt ute fra arveoppgjør. Det er heller ikke så enkelt dersom man har blitt en del av familien igjen. Pasientene kan fortelle at de kan ha det hyggelig i familieselskap, men så blir de minnet på tidligere liv, kanskje bare i en bisetning – og da er ”festen over” for deres del.

Mor er den sentrale i familien, sier informantene, de ser og hører ofte om sterke bånd mellom mor og sønn, men også mellom mor og datter. De ser også at i enkelte tilfeller er godt voksne foreldre viktige for eldre LAR-pasienter. En pasient falt helt sammen når moren døde. Mor var den som hadde full oversikt i pasientens liv, så for pasienten raknet det meste og det var stor sorg etter dødsfallet. Noen har kontakt med barnebarn. I følge informantene er far sjelden til stede i pasientenes liv. Mange seniorpasienter har hatt mange vonde opplevelser i oppveksten, og det er et stort skritt å ta kontakt med familien på ny. Informantene ser at de voksne barna til LAR-pasientene er bekymret for hvordan det går med foreldrene.

Beboerne på omsorgsinstitusjonene har generelt liten kontakt med familien sin. Mange får aldri besøk av slektninger. Informantene viser til at det ser ut til å være nederlag knyttet til reetablering av kontakt. De har gode erfaringer med at pasientene får kontakt eller følger familiemedlemmer på Facebook. Savner beboerne kontakten med familien? En informant forteller at mange har brutte familierelasjoner, og beboerne ser ut til å oftere savne medbeboere som har dødd, enn familien.

### Venner

En informant påpeker at pasientene er prisgitt de de omgås – de fleste har ikke venner i tradisjonell forstand. Antagelsen er at mange av pasientene har ervervet relasjonsskader i barneårene, og at de av den grunn har hatt problemer med å knytte langvarige relasjoner gjennom hele livet. Et liv som rusmiddelavhengig har heller ikke styrket relasjonene.

Det ser ut til å være enighet blant informantene om at kvinnene ofte strever med venninnerelasjoner. «Tuppen og Lillemor»-forhold

er begreper som brukes om kvinner som i det ene øyeblikket er hjertevenner for deretter å bli bitre fiender som aldri skal snakke med hverandre igjen – for deretter å bli hjertevenner på ny. Det høres ut som om ansatte opplever venninnerforholdene som preget av tidlige relasjonsskader, de har ikke lært å regulere nærhet og avstand i forholdet. Venninnerforholdene karakteriseres også som umodne, kan hende de ikke har hatt venninner i tenårene. På den annen side, kvinnene passer også på hverandre. De bekymrer seg over de som uteblir, de bekymrer seg over om de lever eller ei. Andre informanter svarer enten at kvinnene har venninner de treffer både hjemme hos hverandre og på kafe, eller at kvinnene har kontakt med få venninner, henger med gutta og går inn og ut av kjærlighetsforhold.

Når det gjelder mennene, er informantene mer samstemte. De eldre mennene har stort sett ikke kamerater. Informantene ser det samme som de ser i forhold til de eldre alkoholavhengige. Mennene sitter alene, og de oppleves som ensomme. Mennene er ikke pådrivere i det sosiale fellesskapet. Ansatte ser også at kvinnene i samboerforholdet organiserer fritiden, avtaler besøk hos hverandre og mennene dilter etter.

Vennskapene på omsorgstiltakene varer over tid, noen ganger med skikkelige utblåsninger – men sånn er vennskapene til informantene også. På den annen side er vennskapene skjøre, plutselig kan man bli ranet av naboen. Uvennskap er til tider knyttet til trygdeutbetaling og inntak av rusmidler. Det kan bli mye krangling og anklager om tyveri. Ofte oppstår kranglene mellom alkoholavhengige på den ene siden og opiatavhengige på den andre.

### Møteplasser og fritidsinteresser

Felles for senior LAR-pasienter er at de møtes i nærmiljøet på fritiden i følge informantene. Enten der de bor, eller i nærheten av dagtilbudet etter at de har vært der. Noen har funnet en hyggelig kafe hvor de trives, andre er ute i parker eller utenfor kjøpesenter. Pasientene som har et høyt rusinntak, har hyppig kontakt med rusmiljøet. En del av pasientene ved poliklinikken er daglig på Frelsesarmeens tilbud i Urtegata, der har de fast bord.

Noen av pasientene har husdyr. De fleste av dem har katter, og enkelte har hund. En pasient som fikk hund, går mange turer, treffer folk og har fått bedre helse. Noen av pasientene har tipping som fritidsinteresse, og en bruker spillingen også for å ha et nettverk. På kiosken har han bekjente, det er et fellesskap knyttet til felleskuponger og diskusjoner om sportsbegivenheter og veddeløp. Pasientene er med på aktiviteter ved de forskjellige Villaene,



men det ser ikke ut til at hva de gjør på dagtilbudet overføres til hobbyer på hjemmebane. Pasientene ser mye på TV hjemme, noe ansatte i bydelene også oppfatter. Enkelte er storkonsumenter av TV-serier, og noen liker dataspill. En del pasienter sykler, både som framkomstmiddel og fordi de liker å sykle.

#### Arbeid

Vi har ikke spurt om arbeidsdeltakelse blant senior LAR-pasientene spesielt, men har fått flere tilbakemeldinger som handler om viktigheten av arbeid både fra pasientene og bydelene.

Pasient som ble intervjuet og var i 50 % jobbtrening var overbevist om viktigheten av arbeid.

*«På jobbintervjuet sa jeg at jeg bare hadde meg selv å tenke på, jobben er viktig for meg! ...Er det mye stress, kan jeg gjøre feil. Jeg sletta feil pasient en gang, han skulle avslutte behandlingen, men hadde samme navn som en som skulle fortsette også, ble helt stressa og huska ikke navnet på noen av dem etterpå. Da ble jeg fortvilet og tenkte at nå er jeg for gammel... Ooooh! Jeg lærer av sånne feil!»*

En pasient vi intervjuet var også opptatt av frivillig arbeid-

*«Jeg har lyst til å ha noe å gjøre, jeg vil være til nytte for noen. Jeg vil at noen skal ha bruk for meg, jeg vil være til nytte for andre. Oslo er full av ensomme mennesker, hjelper jeg andre, hjelper jeg kanskje også meg selv.»*

Informantene viser til at mange som har fått jobbtilbud er fornøyde, enten de er på Jobben, Nyttig Arbeid, =Oslo eller Lønn som fortjent. Det er viktig å ha en jobb å gå til, det betyr mye for selvfølelsen. Noen pasienter finner oppgaver selv, enten det er som «reservevaktmester» eller barnevognreparatør i gården de bor i. De får ikke lønn, men det hjelper godt på selvfølelsen når naboen ringer på for å få hjelp til å reparere barnevogna.

#### Oppsummering relasjoner

Bildet er sammensatt og viser at til tross for at enkelte har god kontakt med nærmeste familie, er det mange som ikke opplever at de er en del av familien lenger. Mange føler skam over det livet de har

levd og våger ikke ta kontakt med familien. I innledningen av kartleggingen vektla vi forsoning med levd liv som et tema vi trodde at kunne bli viktig i årene som kommer. Kartleggingen av senior LAR-pasienters relasjoner viser at denne antakelsen stemmer godt.

Det ser også ut til at reetablering av kontakt med nettverk er lettere når senior LAR-pasienten er rusfri eller har et lavt rusmiddelinntak. Vennerelasjonene er skjøre. Mange av kvinnene har venninner, men disse vennskapene er ofte stormfulle fordi kvinnene ser ut til å ha problemer med å regulere den emosjonelle temperaturen i vennskapene. Informantene påpeker at mennene er mer ensomme enn kvinnene. Møteplassene er primært i nærmiljøet som det er for de fleste mennesker i Oslo. Senior LAR-pasientene har relativt få fritidsinteresser. Vi ser at arbeid eller annen type frivillig innsats er viktig. Pasientene er opptatt av å være til nytte og bidra i nærmiljøet. Lønnet arbeid er viktig for selvtiliten og er også en arena hvor de samhandler med vanlige folk.

## 3.8 Framtiden

«Det er mange måter å aldres på og store forskjeller blant eldre. Mange mener at forskjellene øker gjennom livet, til dels gjennom den såkalte Matteus-effekten, at mye fører til mer og lite fører til mindre – i forskningstermer gjerne omtalt som teorien om kumulative fordeler og ulemper (Dannefer 2003, Hagestad & Dannefer 2001, Crystal & Shea 2002, Daatland & Biggs 2004) Gode vilkår tidlig i livet er tilbøyelig til å gi gode muligheter og ytterligere fordeler etter hvert, slik at innledende forskjeller er tilbøyelige til å øke.»  
(Morgendagens eldre, s. 19)<sup>15</sup>

#### Hva tenker senior LAR-pasienter om fremtiden?

Det generelle inntrykket er at det er lite snakk om fremtiden blant seniorenene. For noen er det å ha planer for neste uke nok. Det er ikke lett å planlegge over tid fordi morgendagen er så åpen. De har en innarbeidet livsstil knyttet til livet her-og-nå. Noen har drømmer om å flytte tilbake dit de opprinnelig kommer fra, andre drømmer om et lite, rødt hus på landet - gjerne med hund. Mange drømmer også om en tur til Syden, og noen klarer også å realisere denne drømmen.

En del pasienter ønsker å trappe ned sin rusmiddelbruk, komme nærmere familien og distansere seg fra rusmiljøet de er en del av.

Egentlig er det lite snakk om fremtida, sier en informant, pasientene lever som om de er evig unge. Det pasientene bekymrer seg mest for er helseskader på grunn av tobakksrøyking.

Informantene i bydelene viser til at pasientgruppen er sammensatt også når det gjelder framtidstro. På den ene siden er det mye tristhet og skam knyttet til at de ofte tenker at de må være resten av livet i LAR. På den annen side er hjelperne imponert over de eldre pasientenes vilje til å prøve på nytt og på nytt. Håpet er nok at stumpene reddes.

#### Senior LAR-pasienter, en voksende populasjon

Som nevnt innledningsvis har gjennomsnittsalderen for pasientene ved MAR Oslo poliklinikk blitt høyere (se vedlegg), og få yngre rusavhengige ønsker et LAR-tilbud ved poliklinikken. Statusrapporten for 2014 peker på den samme tendensen også nasjonalt. Helse- og omsorgsdepartementet har nylig gitt ut en kunnskapsoppsummering som viser de samme tendensene. (fotnoter)

På landsbasis er andelen LAR-pasienter over 50 år fordoblet i perioden 2006-2012. I 2012 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 2020 vil ventelig 40% av LAR-pasientene være over 50 år. Nøkkelresultater fra utredningen til Helse- og omsorgsdepartementet viser blant annet at:

- Aldrende LAR-pasienter er ofte ensomme og føler tap av livsmestring
- Aldrende LAR-pasienter får oftere problemer med kognitive funksjoner
- Aldrende LAR-pasienter får flere somatiske helseproblemer

Funnene oppsummerer temaer vi allerede har kartlagt når vi spør informantene om de opplever endringer i tjenestetilbudet. Utredningen viser også at det prinsipielt er to grupper av senior LAR-pasienter: de som klarer seg bra, det vil si nyttiggjør seg ordinære helsetjenester, og de som har markert svikt i daglig fungering.

#### Ensomhet og tap av livsmestring

Temaet aldri kan være utfordrende for ansatte å ta opp. Det er et mørkt tema, sier enkelte av informantene. Men aldri tematiseres, og det dukker gjerne opp når pasientene runder femti år. Enkelte pasienter hadde aldri trodd de skulle bli så gamle, og de er kjempelade for at de lever. Enkelte av våre pasienter har steinhelse, sier en av informantene. Det er helt utrolig at de lever.

*En pasient trodde han ikke skulle bli en dag over 27, nå er han 65 år.*

Pasientene snakker om utseendet sitt også: «Før var jeg så pen, nå henger alt... Det er ingen som snur seg etter meg lenger». Felles for informantene er at de påpeker at mange av de eldre LAR-pasientene ikke er aldersadekvat antrukket, de har en svært ungdommelig klesstil. Pasientene går jo ikke av med pensjon, derfor endrer ikke livet seg dramatisk slik det gjør for dem som er i arbeidslivet. Endringene skjer gradvis, og å forholde seg til at man blir eldre og mer sårbar for sykdommer er sårt for mange pasienter.

*«Kanskje vi burde minne dem på at de blir eldre? De skjønner det kanskje ikke helt sjøl? Minne dem på at visse prosesser er normale?»*

Informantene viser til at metadonen ofte får skylden for vanlige prosesser, men at det har vært for lite fokus på det i kollegafellesskapet. Spesielt det å få dårligere hukommelse, det må vi ta opp med pasientene, sier en. Temaet aldri er sårt, pasientene får refleksjoner om at det ikke er så mye tid igjen for endring og lite å se fram til. De snakker om at de har ødelagt livet sitt.

Mange pasienter har tanker om hvordan livet har vært, både på godt og vondt, og det er ikke vanskelig å snakke om aldri, sier enkelte informanter. Mange er bekymret for levd liv med mange års rusmiddelinntak. I utgangspunktet hadde mange av senior LAR-pasientene ikke tenkt at de måtte ha metadon som livslang behandling, men de må akseptere at livet faktisk ble sånn. Det er trist når helse og kroppen svikter, forteller informantene. Når hjelperne er på sykehusbesøk og må fortelle pasientene at de ikke kan bo i leiligheten sin lenger, er det tungt å formidle at de nå trenger et høyere omsorgsnivå. Noen pasienter formidler at de synes at de har blitt eldre og klokere, og ofte knyttes det til reduksjon av rusmiddelinntak. De er fornøyde med hvert år som har gått, og de sier at året i år er bedre enn det som var i fjor.

Ved omsorgstiltakene er aldri sjelden et tema. Å bli eldre er knyttet til noe negativt formidler en informant der. Mange lever fra dag til dag, forteller informanter ved omsorgstiltakene. Hva er rus, psykiatri og hva er naturlige aldringsprosesser?

Utredningen til Helse- og omsorgsdepartementet<sup>15</sup> peker på at tjenestene generelt har for lav kompetanse hva angår aldri i LAR og aldersrelaterede psykiske vansker (angst/depresjon). Der hvor kompetanse finnes, vurderer fagpersonene at LAR-brukere blir

nedprioritert. Det pekes først og fremst på kommune og frivillig sektor når det dreier seg om problemer knyttet til ensomhet som følge av tap av venner og familie. Utredningen anbefaler ulike former for gruppetilbud, og både styrte grupper og selvhjelpsgrupper nevnes som gode virkemidler for å kompensere for problemer knyttet til ensomhet. MAR Oslo poliklinikk har et etablert gruppetilbud for menn og en ny gruppe for kvinner, som vi kaller selverfaringsgrupper. Enkelte av de mannlige gruppedeltakerne har deltatt på flere runder med gruppesamlinger, og uttrykker at de har stort utbytte av samlingene. Gruppelederne har videreutviklet tilbudet underveis, og ved siste grupperunde har de åpnet hver gruppesamling med en kort mindfulness øvelse. Det har hjulpet gruppedeltakerne til å holde fokus på hva som skjer i gruppen her-og-nå.

I den sentrumsnære bydelen er LAR-konsulent overbevist om at hennes senior LAR-pasienter hadde hatt nytte av et tilbud ved MAR Oslo poliklinikk eller Villa MAR. Når temaet tas opp, viser klientene både til gamle historier om bekjente de ikke liker som bruker Villa eller poliklinikken, eller de viser til uheldige episoder lang tid tilbake som begrunnelse for ikke å bruke tilbudene. Et annet argument er at det bare er gamlinger som går på Villa MAR. Safir blir nevnt som et godt tilbud til senior LAR-pasienter. Der er det rom for eldre i et nesten rusfritt miljø bestående av tidligere rusmiddelavhengige. Der kan pasientene få en ny start og bygge relasjoner i et nytt nettverk. Det er imidlertid høy terskel for å komme seg dit, og den ansatte formidler at de burde være flinkere til å følge pasientene til tilbudet.

I bydelene er informantene enige om at det er mange tilbud, men at pasientene har problemer med å bruke dem. Informanter forteller også om pasienter som er fornøyd med det livet de har, og at pasientene ikke gir uttrykk for at de bekymrer seg særlig over hva som vil skje framover.

#### Aldring og problemer med kognitive funksjoner

*«Temaene endrer seg på Villa. Det er mye mindre skramle, ramle, slenge med dører atferd hos de gamle. De har blitt roligere. Tidligere var det mye mer krangling og knuffing, vi har ikke voldsepisoder nå.»*

Tidligere handlet mye av jobben om korrigeringer av uønsket atferd og hvordan lage et godt miljø, forteller ansatte ved en av Villaene. Det var mye mer testosteron i lufta. Jobben har gradvis skiftet

karakter, nå er det mye mer «psykiatrigalskap». Det har vært en veldig stor endring.

Det pekes på en dreining fra miljøterapeutisk rehabiliteringsarbeid til mer medisinsk- og helsefaglig oppfølging, sikring av at LAR-legemiddel tas som forskrevet, samt arbeid med vedlikehold av eksisterende ferdigheter. For pasienter med omfattende helsetutfordringer, både somatisk og psykisk, tenker de ansatte mer på livskvalitet enn endringsarbeid. Mange av pasientene har blitt svært rolige og sedate. De vil ha sine daglige rutiner i fred.

Utredningen til Helse- og omsorgsdepartementet slår fast (s. 75) at det generelt er for dårlig tilgjengelighet til nevropsykologiske tjenester. Utredningskapasiteten 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 eller psykologfaglig personell, og som er gode nok for å vurdere graden av kognitiv fungering. Det pekes også på at dårlig kognitiv fungering er nært forbundet med alle typer alvorlig rusmiddelavhengighet, men også med selve LAR-legemidlene. Imidlertid har samtidig bruk av legemidler og rusmidler, i enda større grad, 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 (s 89).

#### Aldring og somatiske helseproblemer

Tiltakene må allerede jobbe på en annen måte enn tidligere fordi de ansatte må mer ut av huset. Som tidligere nevnt, kommer kolspasienter seg ikke ut når det er kaldt. Da går de ansatte til pasienten, og det krever ressurser. Flere tiltak formidler at listen over senior LAR-pasienter som trenger følge til andre hjelpetilbud blir lengre og lengre. Både Villa MAR og omsorgstiltakene har større fokus på helse, og det er behov for flere sykepleierstillinger. Dagtiltakene har ikke alltid ressurser til å gå hjem til syke pasienter med LAR-legemiddel, de er avhengig av at Ambulans team i Velferdsetaten, Sykepleie på hjul eller hjemmesykepleien bistår. Det vektlegges at man må arbeide for bedre tilrettelegging for utlevering av LAR-legemidler for å sikre at senior LAR-pasientene får sin daglige dose legemiddel.

Endringen har skjedd gradvis, og en av informantene reflekterte over at hun faktisk ikke har tenkt så mye på hvor forandret innholdet i arbeidet har blitt før hun og kollega forberedte seg til HKH- intervjuet med oss. I et tiltak ble problemer knyttet til høye doser metadon og bruk av store mengder benzodiazepiner aktu-

alisert i forbindelse med at en av deres eldre pasienter døde. Kombinasjonen er svært farlig i høy alder, og de ansatte spør seg om det er deres ansvar å kontrollere de gamle og snakke om rus og farlige kombinasjoner, eller om de skal akseptere at livet går sin gang. Rus og aldring må være et tema i denne pasientgruppen som i befolkningen for øvrig. Det samme rusmiddelinntaket kan ikke opprettholdes, da blir de gamle LAR-pasientene syke. Når temaet tas opp, blir pasientene deprimerte, og de synes ikke de har noe å leve for lenger. De ser ofte ikke noen framtid uten rusmidler.

Dagtiltakene er svært dårlig tilpasset pasienter med nedsatt førlighet og mobilitet. Der antar de at mange av dem som i dag bruker tilbudet ikke kan bruke det om fem år.

*«Vi må tenke framover og planlegge – flere av våre pasienter blir mer gebrekkelige med åra. Vi må tenke kompensering – habilitering – omsorg. Vi ser det skjer en snikende endring mot disse områdene i personalgruppen.»*

Det er bred enighet om at Villa MAR allerede har endret karakter, men at de også må tenke ytterligere endring av tilbudet i årene framover. Informantene uttrykker bekymring for de eldre pasientene -

*«Hvor skal det bli av dem? Hvor skal de gå når de ikke lenger kan gå i trappene her?»*

Vi har snakket om at vi er i ferd med å bli et eldresenter, sier en annen informant. De deler opp maten til enkelte av senior LAR-pasientene og følger ned trappen dersom pasienten har hatt stygge fall. Det påpekes også at det er for lite kunnskap og forskning knyttet til senior LAR-pasienter. Det er stort aldersspenn også, og tiltakene har både relativt unge og eldre brukere. De eldre har god innflytelse på de unge, som har respekt for dem som gode rollemodeller. Når det er mye styr med de unge, har de eldre og rolige en tendens til å bli glemt. Vi må tenke bredt, og gi et tilbud som favner alle.

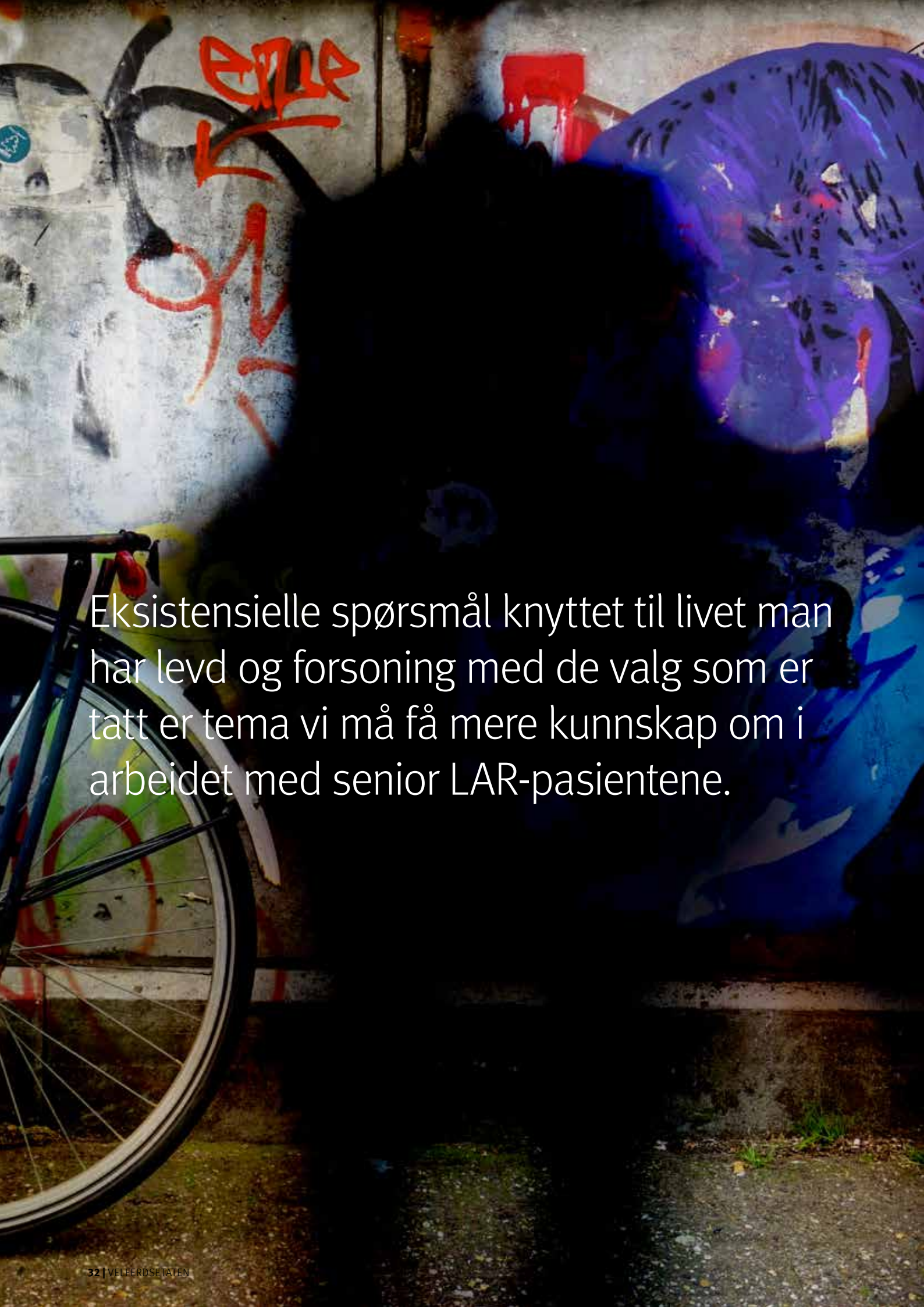
Fastlegene er ikke oppmerksomme nok, hevder en informant. De burde undersøke pasientene bedre. Som for oss alle, blir en god fastlege viktigere etter hvert som vi blir eldre. Den ansatte viser til pasienter som forteller at de ikke bruker fastlegen til helseplager, og det er et stort problem siden pasientene har kom-

plekse lidelser. Fastlegen har ansvar for forskrivning av LAR-legemiddel og noen forskriver også angstdempende legemidler, mens andre helseproblemer tar pasientene sjelden opp. Vi ser også at mange av pasientene har liten kontakt med fastlegen sin. I følge utredningen til Helse- og omsorgsdepartementet er fastlegene nøkkelpersoner i møte med økt somatisk sykkelighet som følge av alder. Fagpersonene som ble intervjuet i forbindelse med utredningen mener at kompetanse hos fastlegene om at det kan være en sammenheng mellom LAR-behandling og tidlige alderdomstegn er varierende (s. 75).

#### Organisering

Bekymringer knyttet til hvordan tjenestetilbudet til eldre LAR-pasienter skal organiseres deles av informantene. De ordinære seniortilbudene passer ikke for senior LAR-pasienter. Mange er relasjonsskadet og sliter i sosiale sammenhenger. Mange har det ganske greit i leilighetene sine, men de er ensomme. Andre ganger er det ikke så greit i leilighetene heller. Hjemmetjenesten sliter i forhold til pasientgruppen. Noen ganger er det voldsomt mye rot og det er skittent, og hjemmetjenesten tør ikke gå inn. Hjemmetjenesten er hardt presset og går etter stoppeklokka. Dersom senior LAR-pasientene sier de ikke trenger hjelp, går de ikke inn. Når en uerfaren hjemmehjelp kommer inn og spør «hva kan jeg hjelpe deg med i dag?» og leiligheten er et eneste kaos, kan det oppleves som helt feil av beboerne. Pasientene trives bedre med de som tar et overblikk, bretter opp ermene og går i gang. I Groruddalen er det mange unge og uerfarne i hjemmetjenesten, og enkelte er redde for pasienter som kan være verbalt ufine. Ofte kan manglende språkforståelse også vanskeliggjøre samarbeidet.





Eksistensielle spørsmål knyttet til livet man har levd og forsoning med de valg som er tatt er tema vi må få mere kunnskap om i arbeidet med senior LAR-pasientene.

## 4. Vurderinger og anbefalinger til videre tiltak

MAR Oslo poliklinikk har ressurser til å ivareta senior LAR-pasienter i behandlingstilbudet, men vi må gjennomføre kompetansehevende tiltak med fokus på aldring både i normalbefolkningen og i møtet med senior LAR-pasientene.

Som det framkommer av forslag til handlingsplan, vil det være ønskelig å opprette kontakt med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og demens for bedre kunnskap om aldersrelaterte forandringer og lidelser. Vi ser også behovet for å invitere til etablering av en tverretattlig gruppe som regelmessig møtes for å drøfte kliniske spørsmål knyttet til senior LAR-pasienters spesielle behov. Ingen av poliklinikkens senior LAR-pasienter er utredet med tanke på kognitiv svikt eller begynnende demens. Det finnes valide tester som kan brukes av helse- og sosialarbeidere, men vi må vurdere om testing uten at pasienten er sikret kompetent oppfølging dersom kognitiv svikt eller begynnende demens, er etisk forsvarlig. Dette er et område hvor flere enn poliklinikken må kobles inn siden det kan handle om bolig med høyere omsorgsnivå og annen spesialisthjelp.

Eksistensielle spørsmål knyttet til livet man har levd og for-

soning med de valg man har tatt er tema vi må få mer kunnskap om i arbeidet med senior LAR-pasientene. Recovery eller bedringsprosesser kan sees på som en filosofi eller holdning som fremmer muligheter og tro på at mennesker kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv selv om de har en rusmiddelevhengighet, psykiske problemer eller andre lidelser. Vi må tilpasse filosofien til senior LAR-pasientene i poliklinikken.

Traumebehandling og stabilisering av traumeutsatte pasienter har vært et opplæringstema over flere år ved poliklinikken. Vi har også fokus på mentalisering som holdning i møtet med pasientene. Metodene er virksomme i arbeidet med å lindre angst og bedre livskvalitet. Dette fagfokuset kan videreutvikles med fokus på eldre pasienter. Videre må vi i større grad henviser pasienter med behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten inn til behandling av psykiske lidelser. Det ville være ønskelig om psykolog fra spesialisthelsetjenesten i større grad kunne komme ut i kommunen og snakke med pasienter i poliklinikken som et slags lavterskeltilbud.

Identiteten som LAR-pasient bør kunne utvides, og LAR-behandlingen bli mer alminneliggjort. Senior LAR-pasienter i 40-årene bør fortsatt ha mulighet for tilpasset eller ordinært arbeid. MAR Oslo poliklinikk har et samarbeid med Nyttig Arbeid i den hensikt å lage et IPS-prosjekt (*Individual Placement and Support eller arbeidsrettet rusbehandling på norsk*). Det er viktig at vi bistår denne pasientgruppen i forhold til deltakelse i arbeidslivet. IPS er en evidensbasert metode som bistår personer med alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddelevhengighet med å finne ordinært, lønnet arbeid i tråd med deres preferanser.

Grundigere somatisk helsesjekk for senior LAR-pasienter er nødvendig. Poliklinikken må samarbeide med fastleger, og formidle kunnskap om at senior LAR-pasienter ser ut til å få geriatriske lidelser før normalbefolkningen. Medarbeidere ved poliklinikken bør ha et større fokus på observasjon av somatiske lidelser og viderefremming av pasientene ved bekymring.

# Appendix

## Data, MAR Oslo poliklinikk per 31.03.2015

	40-49 år	50-59 år	60-69 år	
Kjønn				
Kvinne	11	9	1	21
Mann	18	22	1	41
	<b>29</b>	<b>31</b>	<b>2</b>	

### År i LAR

10 år	7	2	0	9
11 år	6	3	0	9
12 år	5	2	0	7
13 år	7	5	0	12
14 år	0	4	0	4
15 år	3	3	0	6
16 år	1	7	1	9
17 år	0	2	1	3
18 år	0	3	0	3
19 år	0	0	0	0
	<b>29</b>	<b>31</b>	<b>2</b>	

### Legemiddel

Metadon	17	27	2	46
Suboxone/Subutex	12	4	0	16
	<b>29</b>	<b>31</b>	<b>2</b>	

### Forskriver

Fastlege	12	8	1	21
MOP	17	23	1	41
	<b>29</b>	<b>31</b>	<b>2</b>	

### Bydel

Alna	1	6	0	7
Bjerke	0	1	0	1
Frogner	2	1	0	3
Gamle Oslo	4	7	0	11
Grorud	4	2	0	6
Grünerløkka	5	5	1	11
Nordre Aker	2	0	0	2
Nordstrand	2	0	0	2
Sagene	1	2	0	3
St. Hanshaugen	3	1	0	4
Stovner	1	0	0	1
Søndre Nordstrand	2	0	1	3
Ullern	0	0	0	0
Vestre Aker	0	1	0	1
Østern	1	5	0	6
Ikke Oslo	1	0	0	1
	<b>29</b>	<b>31</b>	<b>2</b>	

	40-49 år	50-59 år	60-69 år	
<b>Bolig</b>				
Annen døgninstitusjon	4	4	1	9
Egen privat bolig	1	0	0	1
Hos familie/venner	2	0	0	2
Ingen bolig	0	1	0	1
Kommunal bolig	14	19	1	34
Midlertidig akutt-overnattingstilbud	2	1	0	3
Privat bolig eid	3	4	0	7
Privat bolig eid av annen	1	0	0	1
Privat bolig leid	2	2	0	4
	<b>29</b>	<b>31</b>	<b>2</b>	

### Yrkesstatus

Heltidsjobb	1	0	0	1
Kurs	1	0	0	1
Under utdanning/ student/skoleelev	2	0	0	2
Utenfor arbeidsmarkedet og ikke under utdanning	25	31	2	58
	<b>29</b>	<b>31</b>	<b>2</b>	

### Hovedinntekt

Arbeidsavklaringspenger	5	0	0	5
Lønn	1	0	0	1
Sosial stønad	3	2	0	5
Uførepensjon	19	29	2	50
Uførepensjon/AAP	1	0	0	1
	<b>29</b>	<b>31</b>	<b>2</b>	

## Lover og forskrifter

### LOVER

LOV 1984-03-30 nr 15: Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven).

LOV 1992-12-04 nr 132: Lov om legemidler m.v. (legemiddeloven).

LOV 1994-08-05 nr 55: Lov om vern mot smittsomme sykdommer [smittevernloven].

LOV 1999-05-21 nr 30: Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven).

LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).

LOV 1999-07-02 nr 62: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).

LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) [pasientrettighetsloven].

LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).

LOV 2000-04-14 nr 31: Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven).

LOV 2001-06-15 nr 53: Lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven).

LOV 2009-12-18 nr 131: Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen

LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)

### FORSKRIFTER

FOR 1978-06-30 nr 08: Forskrift om narkotika m.v. (Narkotikalisten)

FOR 2000-12-01 nr 1208: Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)

FOR 2000-12-21 nr 1385: Forskrift om pasientjournal

FOR 2002-12-20 nr 1731: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

FOR 2005-08-29 nr 941: Forskrift om begrensninger i helsepersonells adgang til å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse.

FOR 2009-12-18 nr 1641: Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften)

FOR 2011-12-16 nr 1256: Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og Koordinator.

### Lover og retningslinjer som regulerer LAR arbeidet

- Litteraturliste:
  - Institusjonsplan for Rusomsorgen
  - Livskvalitet som psykisk velvære - NOVA Rapport 03 2001
  - Morgendagens Eldre - NOVA Rapport 11 2005
  - Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet
  - Seniorer i Norge 2010 - Statistisk sentralbyrå, februar 2011
  - Seraf 2015 nr. 2 Statusrapport 2014
  - Vital Aldring og Samhold mellom Generasjoner - NOVA Rapport 15 2013
  - Brukerundersøkelsene 2012-2014 (intern)

### Fotnoter

- Seraf rapport 2/2015 – Statusrapport 2014 : En aldrende LAR – populasjon? 8 Benzodiazepiner
- Oversikt over alderssammensetting ved poliklinikken som vedlegg 9 Senior Norge 2010 – S.17
- NOVA Rapport 3/01, Livskvalitet som psykisk velvære, S. 10 10 Oversikt over inntektsgrunnlag ligger som vedlegg.
- Brukerundersøkelsen er en årlig fornøydhetens undersøkelse for alle Velferdsetatens tiltak. Områder med lav skår skal følges opp og være en del av tiltakets handlingsplan. 11 LAR-pasientene har et gratis kommunalt tannhelsetilbud i Oslo
- Link til institusjonsplan vedlagt i litteraturlisten. 12 Vival, Valium, Sobril m.m.
- Husbanken i samarbeid med bydelene gir rimelige lån til personer med lav inntekt. 13 Vedlegg viser oversikt over hvem som forskriver til poliklinikken pasienter
- Flexbo er et tilbud til rusavhengige bestående av solide boenheter i skjermede omgivelser med noe oppfølging av sosialarbeidere. 14 Flore Singer Aaslid (2012) Rus og Samfunn nr. 4 – 2012
- Utredning til Helse og Omsorgsdepartementet juni 2015 s. 77 om sosiale problemer 15 Morgendagens eldre : Novarapport 11/05 red: Brit Slagsvold, Per Erik Solem
- 16





**MAR Oslo poliklinikk,**  
Hausmannsgate 7

**Velferdsetaten**  
Postboks 30, Sentrum  
0101 Oslo  
Telefon  
02 180  
[www.vel.oslo.kommune.no](http://www.vel.oslo.kommune.no)