

# 第一章

## 一种隐形流行病：老年人吸毒

### 导言

1. 世界上的人现在活得越来越久，随着寿命的延长，许多机遇和挑战也随之而来。这些挑战包括老年人在药物使用和药物依赖方面越来越严重的脆弱性。
2. 2016年，麻管局在其年度报告第一章中专门讨论了妇女与毒品问题，并在2019年专门讨论了改善针对年轻人的药物使用预防和治疗服务。老年人药物使用和药物依赖的模式日益增多，因此，麻管局将本专题章节专门用于讨论这一事态发展。
3. 根据联合国的数据，2019年世界上有7.03亿65岁或以上的人。预计到2050年，这个数字将翻一番，达到15亿。从全球来看，65岁及以上人口的比例从1990年的6%上升到2019年的9%。预计这一比例将进一步上升，到2050年，预计全球人口的16%，即六分之一，将达到65岁或以上。<sup>1</sup> 2018年的预计是，到2020年，60岁以上的人数将首次超过5岁以下的儿童人数。<sup>2</sup>
4. 人口老龄化的趋势最初始于高收入国家，发生的时间跨度相对较长。这一趋势现在也可以

在中、低收入国家看到，而且发生的时间跨度要短得多。例如，法国用了150年才从60岁以上的人占人口的10%过渡到占20%。巴西、中国和印度预计将在20年内实现同样的转变。在日本，30%的人口超过60岁。到2050年，预计智利、中国、伊朗伊斯兰共和国和俄罗斯联邦的老年人比例将与日本相似。此外，到2050年，预计80%的老年人将生活在低收入和中等收入国家。<sup>3</sup>然而，现在就需要为这些全球变化的影响以及老年人使用药物可能遇到的问题和挑战作出规划。

5. 与全球人口老龄化趋势相一致，美利坚合众国和欧洲许多地方的证据表明，近年来，老年人吸毒和与毒品有关的死亡以及因吸毒问题接受治疗的老年人人数也有所增加。<sup>4</sup>这种增长主要发生在高收入国家，可能是“婴儿潮”一代（出生于生育率上扬的1946至1964年期间的一代人，这一代人是在非法药物使用和滥用医药的水平相对较高的时期成长起来的。）老龄化的结果。随着这一代人中的在世者步入老年，使用药物的老年人人数上升的趋势可能会继续下去。<sup>5</sup>

<sup>3</sup>同上。

<sup>4</sup>《2018年世界毒品问题报告》，第4分册，《毒品与年龄：年轻人和老年人中的毒品及相关问题》（联合国出版物，2018年）。

<sup>5</sup>莎拉·瓦德和莎拉·加尔瓦尼，“被遗忘的人：晚年的毒品问题——给大彩票基金的报告——2014年7月”，（鲁顿，贝德福德郡大学，2014年）。

<sup>1</sup>《2019年世界人口老龄化：要点》（联合国出版物，2020年）。

<sup>2</sup>世界卫生组织，概况介绍，《老龄化与健康》，2018年2月5日。

6. 关于老年人药物使用程度的流行病学数据有限。总的来说,全面和长期的数据主要涉及高收入国家,通常考虑的年龄范围是15-65岁。即使在定期进行药物使用调查的国家,关于65岁以上人群使用药物的信息也很有限。关于药物使用的数据收集侧重于一般人群(15-65岁)、年轻人、年轻成年人以及边缘化和高危群体。在这种数据收集中,妇女及尤其是老年人等一些群体受到忽视。在科学、流行病学和文化方面,都存在着忽视老年人的倾向,从文献中存在的缺失和我们社会中对待老年人的态度里就能明显地看出这种倾向。老年人使用药物的问题只是最近才被认识到,具体的研究也是最近才开始进行的。信息和数据有限的后果之一是,尽管全世界都认识到老龄化带来的挑战,但却没有认识到使用药物的人发生老龄化带来的挑战。

## 老年人的界定

7. 多数工业化国家认为65岁以上的人是老年人。这一定义与一个人有权领取养老金的年龄有关,尽管随着预期寿命的延长,一些国家的退休年龄正在向70岁提高。然而,在所有不同的文化和社会中,老年人的定义是不同的。在许多中、低收入国家和非西方文化中,退休年龄没有制度化,养老金(如果有的话)也并不总是够用,老年人不得不在晚年继续工作。除了时间上的标杆(65岁)和经济地位(退休人员)之外,其他一些因素,如社区中的文化角色和健康状况,在有些社会中可能与如何界定老年人更为相关。

## 老年药物使用者的界定

8. 欧洲的一些研究选择40岁作为将药物使用者视为老年人的门槛。<sup>6,7</sup> 在大不列颠及北爱尔兰联合王国的威尔士,使用成瘾物质(酒精和毒

<sup>6</sup>凯瑟琳·科米斯基等人,“成瘾辩论:从政策到实践的热门话题”(伦敦, SAGE 出版物, 2020年)。

<sup>7</sup>劳伦·约翰斯顿等人,“应对老年吸毒者的需求”,(欧洲毒品和毒品成瘾监测中心(EMCDDA), 里斯本, 2017年)。

品)的人如果是50岁或以上,就被界定为老年人。<sup>8</sup> 联合王国药物滥用问题咨询委员会发现,近年来,统计数据显示,在联合王国,因使用药物而接受治疗的个人的年龄分布发生了明显变化,35岁以上的人被认为是老年群体。<sup>9</sup> 关于印度老年人饮酒和酒精使用病症的一篇文献综述主要侧重的是50岁以上的人。<sup>10</sup> 在关于挪威接受阿片剂维持治疗的老年人健康和社会问题的一篇述评中,老年人被归类为45岁或以上的人。<sup>11</sup>

9. 在药物使用统计中对什么是“老年人”缺乏共识,这可能对吸毒者以及对从业人员和各种服务如何与客户和患者合作产生巨大影响。<sup>12</sup> 一项研究估计,有药物使用问题的人的老龄化进程至少会加快15年,老年人特有的一系列身体健康问题在这个过早老龄化的群体中显而易见。<sup>13</sup>

## 关于挑战规模和性质的全球估算

10. 如上所述,老年人使用药物的情况没有得到充分调查,因为关于药物使用的国家流行病学研究往往将调查人群限制在65岁以下。不过,有些信息是现成的,表明老年人使用药物的现象正在普遍增加。

11. 毒品和犯罪问题办公室《2018年世界毒品问题报告》的第4分册题为《毒品与年龄:青少年和老年人中的吸毒及相关问题》,其中强调,一些国家有证据表明,在过去十年里,老年人使用毒品的人数增长速度快于较年轻群体。虽然

<sup>8</sup>联合王国威尔士,药物滥用咨询小组,“老龄人口药物滥用报告”(2017年2月)。

<sup>9</sup>联合王国,药物滥用咨询委员会,“老年吸毒者群体”(2019年6月)。

<sup>10</sup>阿比吉特·纳德卡尼等人,“老年人的酒精使用和酒精使用病症印度:文献综述”,“老龄化与心理健康”,第17卷,第8期(2013年5月)。

<sup>11</sup>詹娜·高伦等人,“挪威类阿片药物维持治疗中老年患者的健康和社会问题”,“北欧酒精和药物研究”,第34卷,第1期(2017年3月),第80-90页。

<sup>12</sup>科米斯基等人,“成瘾辩论”。

<sup>13</sup>沃格特,“老年吸毒者的生活状况和健康:文献报告”,“戒毒”,第10卷,第1期(2009),第17-24页。

没有普遍性的证据,但有一些统计数据显示,在高、中、低收入国家都观察到了这些变化。

12. 在德国,2006年至2015年期间,40岁及以上人群中任何毒品使用的上年增长都超过了年轻群体。在瑞典,2017年55-64岁人群中非法使用任何药物的上年流行率为5.8%。就具体毒品而言,在西欧一些人口最多的国家,55岁至64岁的人群中的大麻吸食一直在增加。来自法国、德国、意大利、西班牙和联合王国的年度流行率数据显示,该年龄组人群中大麻吸食的增长率高于任何其他年龄组。

13. 在澳大利亚,2007-2016年期间,50-59岁和60岁及以上年龄组的吸毒流行率增加了60-70%。在智利,45-64岁人群的上年大麻吸食量在截至2016年的十年间增长了4倍,在1996年至2016年间增长了近30倍。可卡因使用也呈现出类似的模式,35-44岁年龄段的年流行率增加了14倍,而同期12-18岁和19-25岁年龄段的年流行率则有所下降。

14. 在美国,50岁或以上的人上年使用毒品的人数从1996年的不到100万上升到2016年的近

1,100万。<sup>14</sup> 2018年和2019年,在美国65岁或以上的人群中,大多数毒品的上年非法药物使用流行率约占总人口吸毒流行率的一半或三分之一(见表1)。

15. 如果将2012年的某些选定药物(可进行比较的药物)的比率与2019年的比率进行比较,65岁或65岁以上人群的使用流行率明显上升。2012年至2019年期间,65岁以上老年人上年使用的大多数药物增加了三倍或更多,就整个人口来说,增长较为有限。

16. 例如,65岁或65岁以上人群使用大麻的上年流行率从2012年的1.2%增至2019年的5.1%,增幅为325%。而就总人口而言,增幅相对较小,从2012年的12.1%增至2019年的17.5%,增幅不到50%。其他药物的非法使用也有类似的模式。65岁及以上人口上年非医疗使用或滥用止痛药的比例翻了一番(从2012年的0.8%增至2019年的1.7%),而总人口的比例略有下降(从2012年的4.8%降至2019年的3.5%)(见表2)。

<sup>14</sup>科斯基等人,“成瘾辩论”。

表1 美利坚合众国65岁或以上人群以及总人口非法药物使用的上年比例,2018-2019年

药物类型	上年使用率(百分比) 2018		上年使用率(百分比) 2019	
	65岁或以上	总人口	65岁或以上	总人口
任何非法药物	5.7	19.4	7.1	20.8
除大麻外的任何非法药物	2.1	8.5	2.7	8.6
大麻	4.1	15.9	5.1	17.5
类阿片	0.4	1.1	0.5	1.1
止疼药(不当使用)	1.3	3.6	1.7	3.5
可卡因	0.1	2.0	0.2	2.0
兴奋剂	2.4	6.6	2.5	6.6
致幻剂	0.1	2.0	0.2	2.2
甲基苯丙胺	0.1	0.7	0.1	0.7

资料来源:药物滥用和精神健康服务局,行为健康统计和质量中心,药物使用与健康全国调查,2018和2019年。

表 2 美利坚合众国 65 岁或以上人群以及总人口非法使用选定药物的上年比例，2012-2019 年

药物类型	上年使用率(百分比) 2012		上年使用率(百分比) 2019	
	65 岁或以上	总人口	65 岁或以上	总人口
任何非法药物	2.3	16.0	7.1	20.8
大麻	1.2	12.1	5.1	17.5
止疼药(非医疗使用/不当使用)	0.8	4.8	1.7	3.5
可卡因	0.0	1.8	0.2	2.0
致幻剂	0.1	1.7	0.2	2.2

资料来源：药物滥用和精神健康服务局，行为健康统计和质量中心，药物使用与健康全国调查，2012 和 2019 年。

17. 关于印度<sup>15</sup>和尼日利亚<sup>16</sup>药物使用的流行率新估算显示，在 45-64 岁年龄组中，类阿片药物和止咳糖浆的非医疗使用相当普遍。在尼日利亚，60-64 岁人群非医疗使用咳嗽糖浆(3.7%)和镇静剂(1%)的年流行率最高。

18. 在伊朗伊斯兰共和国，一项研究发现，环境因素是老年人使用毒品最常见原因。这些因素包括容易获得毒品、缺乏运动和娱乐设施以及周围的朋友也在使用毒品。<sup>17</sup>

19. 一项关于老年人长期不当使用抗焦虑药物和安眠药的后果的研究着重指出了老年人长期使用苯二氮卓类药物造成药物依赖的风险。<sup>18</sup>例如，在日本，对安眠药和抗焦虑药处方模式的评估表明，这些药物的处方比例在老年患者中过高。<sup>19</sup>该研究还表明，高剂量的抗焦虑药和安眠药通常被开给患有睡眠和/或焦虑疾患的患者，

大多数是老年人。此外，给这类患者开不止一种含有安眠药和抗焦虑剂的药物也很常见。

20. 在美国，65 岁及以上的人占总人口的 10% 以上，然而，他们占医疗处方的 30%。该年龄组使用止痛药、镇定剂、苯二氮卓类药物和镇静剂的上年比例高于整个人口(见表 3)。此外，有报告称，在对住在养老院、辅助生活设施或自己家中的老年痴呆症患者进行治疗时，普遍过度使用精神活性药物。

<sup>15</sup>阿图尔·安贝卡尔等人，“2019 年印度的毒品使用规模”(新德里，社会正义和赋权部，2019 年)。

<sup>16</sup>毒品和犯罪问题办公室与尼日利亚，“2018 年尼日利亚毒品使用情况：内容提要”(维也纳，2019 年)。

<sup>17</sup>法特梅·卡泽米等人，“老年人药物滥用的诱发因素，参见伊朗卡兹文成瘾治疗中心，2017 年”，《卡兹文医学大学学报》，第 22 卷，第 5 期(2018 年)。

<sup>18</sup>伊凡内特等人，“迟发性抑郁症精神药物治疗的疗效：治疗持续时间的优化”，*Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova* (“科尔萨科夫神经病学和精神病学杂志”)，第 116 卷，第 4 期(2016 年 1 月)。

<sup>19</sup>广冈隆明，“日本过度使用催眠和抗焦虑药”，日本临床医学杂志，第 73 卷，第 6 期(2015 年 6 月)，第 1049-1056 页。

表3 美利坚合众国65岁或以上人群以及总人口选定药物处方用药的上年比例, 2018-2019年

药物类型	上年使用率(百分比) 2018		上年使用率(百分比) 2019	
	65岁或以上	总人口	65岁或以上	总人口
止疼药	35.0	31.6	35.0	30.0
镇静剂	21.4	16.9	20.1	16.0
苯二氮卓类	13.0	11.2	12.6	10.7
镇静剂	9.1	6.1	8.3	5.7

资料来源: 药物滥用和精神健康服务局, 行为健康统计和质量中心, 药物使用与健康全国调查, 2018和2019年。

21. 毒品和犯罪问题办公室的《2018年世界毒品问题报告》提到, 2000年至2015年期间, 西太平洋<sup>20</sup>和美洲50岁或以上人口中因吸毒病症导致的死亡增加了三倍。在美国, 尽管1999-2017年期间所有年龄组的药物过量死亡率都有所上升, 但2017年, 25-64岁的死亡率(每10万人中有31.4人)明显高于65岁及以上的人(每10万人中有6.9人)。然而, 从1999年到2017年, 药物过量死亡率的最大百分比变化发生在55-64岁的成年人中, 从1999年的每10万例死亡中有4.2人增加到2017年的每10万例死亡中有28.0人。<sup>21</sup>

### 跨政策领域的预防、治疗和康复挑战

22. 由于普遍缺乏老年人药物使用数据,<sup>22</sup>所以, 在制定政策和方案时也就缺乏对这一问题的关注。鉴于专门方案数量有限, 科学证据收集有限, 很难确定哪些干预措施和政策在老年人吸毒方面取得了预防、治疗和康复的积极成果。

23. 联大第三十届特别会议题为“我们共同致力于有效解决和应对世界毒品问题”的成果文

<sup>20</sup> 澳大利亚、柬埔寨、中国、日本、马来西亚、蒙古、新西兰、菲律宾、大韩民国、越南, 以及太平洋岛屿国家。

<sup>21</sup> 霍雷·海德加尔德、阿里亚尔迪·米宁和玛格丽特·瓦尔内尔, “1999-2017年美国的药物过量死亡”, NCHS数据简报, 第329期(美国马里兰州海耶茨维尔, 国家卫生统计中心, 2018年11月)。

<sup>22</sup> 就本章而言, “老年人”是指65岁以上的人。

件<sup>23</sup>中, 简要提到了适合年龄和性别的服务和政策, 但没有强调老年人的具体需求。

24. 不当使用药物的老年人有不同的特点。在一些研究中, 他们被认为属于三个群体之一: (a) 维持者(生活模式不变)、(b) 幸存者(有问题的长期使用)和(c) 应激者(后期摄入或增量模式)。在其他研究中, 确定了两个不同的类别: (a) 早发使用; (b) 晚发使用。“早发”是指那些有长期药物使用史并随着年龄增长而继续使用的人使用药物, 而“晚发”是指步入老年而养成新习惯的人使用药物。<sup>24,25,26</sup> 晚发性用药的形成可能与开具止痛药物的处方有关: 如果处方不当, 这些药物可能会被误用。老年人慢性病的管理是复杂的, 适当的疼痛管理也是一个问题: 许多老年人报告说, 他们没有从保健提供者那里得到适当的疼痛缓解, 因为他们使用其他物质增加了他们对类阿片镇痛药的耐受性。<sup>27</sup> 此外, 随着全球人口老龄化, 接受手术和接受额外药物治疗的老

<sup>23</sup> 大会第S-30/1号决议, 附件。

<sup>24</sup> 科林·阿特金森, “针对老年高危吸毒者的服务对策: 文献综述”, SCCJR研究报告第06/2016号(格拉斯哥, 苏格兰犯罪和司法研究中心, 2016年)。

<sup>25</sup> 安妮·玛丽·卡鲁和凯瑟琳·科斯基, “老年人类阿片药物使用的治疗和结果: 系统文献综述”, “药物和酒精依赖”, 第182卷, (2018年), 第48-57页。

<sup>26</sup> 布伦达·罗等人, “药物使用和老龄化的经验: 健康、生活质量、关系和服务含义”, 《高级护理杂志》, 第66卷, 第9期(2010年9月), 第1968-1979页。

<sup>27</sup> 约翰斯顿等人, “应对老年吸毒者的需求”。

年患者比例也在增加。使用止痛药物是医疗保健的重要组成部分,进一步的挑战包括老年人缺乏医疗保险,这可能迫使他们利用非法渠道获取药品或缓解疼痛。麻管局先前已经确定了老年人中苯二氮卓类处方药的普遍存在及其过度使用的风险,当时麻管局呼吁所有政府对苯二氮卓类药物的使用不当和使用过度的后果保持警惕,并敦促密切监测这些药物的消费水平。<sup>28</sup>

25. 在拟订干预措施和相关方案时必须始终考虑到这些早发和晚发类别。<sup>29</sup>然而,无论分类如何,老龄化过程都可能引发心理、社会或健康问题,从而增加药物使用的可能性和易感性,而这反过来又会加剧原有的问题。

26. 服务提供者和保健专业人员需要考虑到,使用药物的老年人可能同时具有或原先就有精神健康方面的障碍,如认知障碍和抑郁症,以及复杂的身体表现,如疼痛、失眠或非医疗使用处方药和非处方药。<sup>30</sup>例如,2015年对印度吸毒病症的一项述评强调了药物使用和医学共病的重叠关系。<sup>31</sup>针对不良药物事件的一项研究强调,临床医生还需要了解患者可能使用的草药或膳食补充剂,他们可能不会主动提供此类信息,但自身体内很可能发生药物间的相互作用。这与老年人更为相关,因为对药物的敏感可能会随着年龄而增加。<sup>32</sup>

27. 多药疗法,即每天使用五种或五种以上的药物,无论是处方药、非处方药还是非法药物,是世界各地老年人日益严重的问题。关于全球范围药物使用不当和多药疗法的一项研究强调了这些做法在医疗、护理、社会和经济方面的负

面后果。<sup>33</sup>该研究发现,不同国家为改善药物使用不当和多药疗法的临床和经济结果所做的尝试包括各种临床、药理学、计算机辅助和教育方案。这一研究得出的结论是,需要采用与“单一疾病模式”完全不同的新方法对待研究、教育和临床实践指南,并以姑息疗法、老年医学和伦理原则为基础。这些新方法可能为治疗和减少药物使用不当和多药疗法提供新的工具,在考虑多药物使用问题时也可能具有相关性。

28. 一系列研究和述评提供了一些证据,证明使用药物的老年人在健康、社区和社会活动方面遇到的挑战。

29. 关于健康,与老年吸毒者有关的主要问题是:

(a) 死于疾病、用药过量和自杀的风险更高;<sup>34,35,36</sup>

(b) 平均死亡年龄更年轻;<sup>37</sup>

(c) 过早形成退行性疾病、心血管疾病、肝病、身体疼痛、身体机能减退、呼吸问题和糖尿病;

(d) 感染艾滋病和丙型肝炎的风险更高;<sup>38,39</sup>

(e) 与年龄相关的其他疾病恶化(这尤其与成问题的类阿片药物使用有关);<sup>40</sup>

<sup>28</sup>E/INCB/2015/1, 第769段。

<sup>29</sup>拉胡尔·拉奥和安·罗氏,“老年人滥用药物:婴儿潮一代是风险最高的人群”,《英国医学杂志》,第358卷(2017年)。

<sup>30</sup>同上。

<sup>31</sup>西达尔特·萨卡尔、阿比特·帕尔马和比斯瓦迪普·查特吉,“老年人吸毒病症:综述”,《老年精神病学杂志》,第2卷,第2期(2015年12月),第74-82页。

<sup>32</sup>保拉·罗雄,“老年人药物处方”。UpToDate, 2020年6月8日。见www.uptodate.com。

<sup>33</sup>多伦·加芬克尔、伯肯·伊尔汗和古力斯坦·巴哈特,“常规抑制慢性药物以对抗多药疗法”,《药物安全治疗进展》,第6卷,第6期(2015年12月),第212-233页。

<sup>34</sup>约翰斯顿等人,“应对老年吸毒者的需求”。

<sup>35</sup>阿特金森,“针对老年高危吸毒者的服务对策”。

<sup>36</sup>莎拉·兰尼等人,“在注射吸毒者中定义人群和注射参数:对丙型肝炎治疗方案评估的影响”,《国际药物政策杂志》,第26卷,第10期(2015年10月),第950-957页。

<sup>37</sup>斯蒂芬妮·亚内尔等人,“晚年药物使用疾患:新兴公共健康问题文献的回顾和综合”,《美国老年精神病学杂志》,第28卷,第2期(2020年2月),第226-236页。

<sup>38</sup>约翰斯顿等人,“应对老年吸毒者的需求”。

<sup>39</sup>阿特金森,“针对老年高危吸毒者的服务对策”。

<sup>40</sup>“老年吸毒者群体”。

(f) 跌倒、骨折、受伤以及因驾车能力受损而导致交通事故的风险更高;<sup>41,42</sup>

(g) 从事日常生活活动的难度增加,例如与自我护理有关的个人杂事、身体疼痛增加、抑郁症发病率增加以及日常生活困难;<sup>43</sup>

(h) 过度施用镇静剂、用药过量、精神紊乱和崩溃的风险更高;<sup>44</sup>

(i) 慢性精神健康挑战的发生率更高。<sup>45,46</sup>

30. 在社区和社会活动方面,使用药物的老年人面临的主要问题是:

(a) 与吸毒问题相关的耻辱可能导致一种羞耻感,使他们不肯寻求治疗,从而妨碍家庭和保健提供者确定他们的治疗需求;<sup>47</sup>

(b) 财务问题、失业和无家可归的发生率更高;

(c) 与家庭和社群的联系有限,导致社会孤立、孤独和排斥;<sup>48,49</sup>

(d) 与通过自我转诊或从一般保健提供者得到治疗相比,这些人由于接触刑事司法系统而接受治疗的可能性更高;

(e) 害怕面对药物治疗服务专业人员的评判态度。

31. 对流行病学数据和上述证据的审视表明,在老年人吸毒方面需要解决三个领域的问题:(a)研究和数据收集;(b)消除污名;(c)需要综合、全面和适合年龄的护理。

## 研究和数据收集

32. 在讨论老年人吸毒的挑战时,缺乏数据是各国面临的主要问题之一。由于缺乏监测和信息,老年人吸毒往往得不到诊断。这就是为什么它被称为一种隐形流行病的原因。总体而言,改善对老年人健康和福祉的衡量和监测是必要的,但对吸毒者而言这是必须的。虽然认识到监测总是需要改进,但现有的监测系统没有得到充分利用也是事实。例如,可以利用现有监测系统的治疗需求数据改进对于吸毒老年人情况的了解。

33. 建议扩大流行病学研究中所调查人口的年龄范围。在应对毒品使用方面的新的全球挑战时,还需要创新和利用大数据。因此还建议,政策制定者和服务提供者考虑使用创新的辅助保健技术,或利用现有技术或创新方式来协调对使用毒品的老年人的治疗、支持和监测结果。

34. 例如,远程通信系统可用于提供远程医疗,并可促进向农村社区老年人提供药物使用服务的在线保健提供者的咨询和监测。为此目的使用远程通信系统的另一个例子,可能是对目前在老年人自己的家中或其亲属家中照顾和监测老人所使用的现有电话或移动电话技术进行改造。开发远程通信技术对于支持照顾老年家庭成员的人至关重要。

<sup>41</sup> 玛丽·克莱尔·范·豪特和其他人,“可待因使用、误用和依赖的概括研究”(布鲁塞尔,2014年)。

<sup>42</sup> 安娜·迪尼茨等人,“老年人的药物滥用:综述”,《精神病学:理论与实践》,第19卷,第(2017)号,第42-59页。

<sup>43</sup> 范·豪特等人,“可待因使用、误用和依赖的概括研究”。

<sup>44</sup> 迪尼茨等人,“老年人的药物滥用”。

<sup>45</sup> 约翰斯顿等人,“应对老年吸毒者的需求”。

<sup>46</sup> 阿特金森,“针对老年高危吸毒者的服务对策”。

<sup>47</sup> 卡罗尔·奥古斯丁等人,“对合并性药物滥用的老年人的社区干预:老年成瘾计划”(GAP),《双重诊断杂志》,第2卷,第3期(2006年),第31-45页。

<sup>48</sup> 阿特金森,“针对老年高危吸毒者的服务对策”。

<sup>49</sup> 艾普尔·肖和奥斯汀·史密斯,“老年药物依赖者和护理结构:苏格兰——定性报告”(格拉斯哥,苏格兰药物论坛,2010年)。

35. 另外还强调, 需要改进对方药物使用情况的评估和监测。<sup>50</sup> 处方监测系统的开发和利用, 有可能在总体上减少多重处方、为开处方而求医以及急诊就诊, 但特别是减少老年人的此类现象。此外, 重要的是改进与使用药物的老年人群相关的诊断和评估工具。<sup>51,52</sup>

36. 一个明确的优先事项是开发监测系统, 以衡量老年人药物使用的性质和程度, 包括滥用处方药和非处方药。麻管局因此建议, 各方政府建立处方监测制度或者扩大和改进现有的此类制度。如果已经存在针对非法药物使用的监测系统, 建议取消 65 岁这一通常的人为年龄上限, 并将监测范围扩大到处方药和非处方药。

37. 还建议利用现有资源的力量并增加其价值, 包括数据集、评估和监测以及新的、智能和新兴创新和技术带来的机会。就增加现有数据的价值而言, 建议对相关的现有国家老年人健康记录系统进行分析研究, 以便对老年人中未确诊的药物使用, 包括不当使用处方药和相关合并症的隐性流行程度进行初步估计。这个过程应该定期重复。适当的记录系统可包括医院急诊科系统、门诊或住院记录系统、药物或药房系统、全科医生系统、健康保险系统和道路交通事故记录系统。如果有多个数据系统, 就有可能使用较为先进的数据分析方法, 如捕获—再捕获技术, 来提供国家以下一级隐性流行率的估计。

## 消除污名

38. 药物使用的全球性质和挑战已在最高国际政策层面得到论述。2016 年的大会第三十届特别会议专门用于讨论解决和应对世界毒品问题。在该届会议的成果文件中, 会员国确认药物依赖

<sup>50</sup> 雷切尔·马雷等人, “老年人滥用类阿片药物和苯二氮卓类药物的系统综述”, 《美国老年精神病学杂志》, 第 24 卷, 第 11 期 (2016 年 11 月), 第 949-963 页。

<sup>51</sup> 伊拉·克鲁姆, “老年人滥用药物: 制定更高的标准”, 《临床医学》, 第 13 卷, 第 6 期 (2013 年 12 月), 第 s46-s49 页。

<sup>52</sup> 迪尼茨等人, “老年人的药物滥用”。

是一种复杂的多因素健康障碍, 其特点是慢性和复发性, 具有社会原因和后果, 可通过有效的科学循证药物治疗、护理和康复方案等加以预防和治疗。承认药物使用是一项全球健康挑战, 对于解决污名化问题具有重要意义。

39. 使用药物的老年人更有可能遭受耻辱、社会排斥以及与家人和朋友隔离。在对奥地利、德国、波兰和英国苏格兰的老年人进行的一项研究中, 发现这种污名越来越多。<sup>53</sup> 该研究发现, 污名化对使用毒品的老年人的影响可能是深远的, 并可能成为治疗和康复的重大障碍。解决污名的宣传和实际对策包括挑战媒体语言和陈规定型观念, 鼓励公众人物说出自己的个人经历, 为非专业人员提供更好的培训, 以及促进吸毒者和非吸毒者之间的更多接触。<sup>54</sup>

40. 加拿大老年人心理健康联盟制定了老年人使用大麻、阿片剂和苯二氮卓类药物的治疗指南。<sup>55</sup> 一个共同的发现是, 人们认识到, 社会污名和个人认知障碍可能是对老年人药物使用现象了解不足的一个原因。考虑到证据的质量、成本和可行性, 制定了一套建议, 其中一项关键的建议是确保开展的筛查是不具判断性和非污名化的。关于老年人毒品使用情况的一篇述评也指出了对该问题缺乏认识以及认知障碍和污名在诊断不足中的作用。<sup>56</sup> 麻醉药品委员会在其题为“推动采取不污名化的态度, 确保针对吸毒者的保健、护理和社会服务的提供、获取和交付”的第 61/11 号决议中, 也认识到了与一般吸毒有关的污名化问题。

<sup>53</sup> 肖和史密斯, “老年药物依赖者和护理结构”。

<sup>54</sup> 查理·劳埃德, “问题药物使用者的污名化: 叙事性文献综述”, 《毒品: 教育、预防和政策》, 第 20 卷, 第 2 期 (2013 年), 第 85-95 页。

<sup>55</sup> 加拿大老年人心理健康联盟, 《老年人阿片剂药物使用疾患指南》(多伦多, 2019 年); 加拿大老年人心理健康联盟, “加拿大老年人大麻使用疾患指南” (多伦多, 2019 年)。

<sup>56</sup> 亚历克西斯·库尔比斯和其他人, “老年人的药物滥用”, 《老年医学诊所》, 第 30 卷, 第 3 期 (2014 年 6 月), 第 629-654 页。



41. 建议利用现有的循证预防战略来防止对吸毒老年人的污名化。这些方法包括普遍和有针对性的预防服务。还建议老年人参与制定社区一级消除污名的宣传工作,并参与对普遍性和有针对性的预防服务提供者的专业发展培训。还建议持续监测和评估反污名化培训方案,以确保这些方案与时俱进,与目的相契合。

42. 具体地说,建议咨询和支持使用毒品的老年人,以创建在社区一级使用的消除污名的信息,并创建培训,作为相关服务工作人员持续专业发展的一部分。

### 需要综合、全面和适合年龄的护理

43. 除了污名化问题是认识吸毒问题的一个障碍之外,建议各方政府为使用药物的老年人制定有效的服务对策。这些应包括多重问题的共同治疗,如与身体健康、心理健康和药物依赖有关的问题。还应提供持续的个人支持。需要无缝的连续护理,以确保患有药物使用疾患的老年人从筛查到康复都得到充分支持。《老龄化与健康全球战略和行动计划》<sup>57</sup>还处理了综合护理问题。综合护理计划强调,长期护理服务需要以老年人的功能能力和福祉为导向。该战略具体指出,这可以通过跨多种职业和环境以及特定的条件和护理服务形成综合护理来实现。痴呆症和姑息治疗服务是作为例子提出的,但这些建议也与药物依赖和心理健康服务有关。国际临终关怀和姑息治疗协会也重申,在治疗严重疼痛、心理健康状况、吸毒病症、姑息治疗和临终护理方面,需要开展培训和获得国际管制的基本药物。该协会强调需要解决年龄歧视、作为姑息治疗一部分的疼痛缓解权、全球获得基本药物的重要性以及保健专业人员在这些领域缺乏培训等问题。

44. 一项研究<sup>58</sup>将药物使用和精神健康服务纳入初级保健产生的效果与向外部服务提供者强化转诊得到的效果进行了比较后认为,尽管没有发现两种护理模式之间的临床结果差异,但在综合护理模式中,获得和参与心理健康和药物使用服务的情况明显更好。这些发现有可能用于解决初级保健机构中老年人不当使用苯二氮卓类和类阿片药物的问题。

45. 联合王国皇家精神病学院在关于老年人使用毒品的信息指南中认识到,人们通常在一系列服务中接受评估和治疗,既有平行的,也有顺序的。为了确保适当的转诊并提高护理质量和结果,重要的是要在协调护理的模式下工作,在这种模式下,有一套由职责分明的协调员统筹的牵头服务。<sup>59</sup>

46. 美国制定的“老年成瘾方案”是要满足经历一系列与药物依赖和一般健康有关的问题的老年人的需求。虽然大多数客户因酗酒问题被转介到该方案,但约15%的客户同时存在毒品问题。该方案是一个以社区为基础的干预方案,重点是为在家的老年人提供毒品使用干预、评估和联系服务。该方案的证据表明取得了积极成果,但尽管如此,该方案并没有得到广泛推广。<sup>60</sup>

47. 一般而言,研究表明,需要帮助的老年人不仅更喜欢在自己的家中而不是在正规机构或养老院中得到照顾,而且更喜欢由非正规护理人员或家庭成员而不是专业人员和正规护理人员来照顾。事实上,在许多文化和社会中,老年人与

<sup>58</sup> 马雷等人,“老年人滥用类阿片药物和苯二氮卓类药物的系统综述”。

<sup>59</sup> 拉胡尔·拉奥和阿米特·阿罗拉,“老年人的药物滥用:信息指南”,教师报告,第OA/AP/01号(伦敦,皇家精神病学院,2015年)。

<sup>60</sup> 奥古斯丁等,“对同时患有药物滥用的老年人的社区干预”。

<sup>57</sup> 世界卫生组织(日内瓦,2017年)。

其成年子女或年幼兄弟姐妹生活在一起并由他们照顾是一种规范。<sup>61</sup>

48. 根据毒品和犯罪问题办公室和世界卫生组织的《吸毒病症治疗国际标准》，家庭外联是在目标人群家中开展的工作。<sup>62</sup>这一点在吸毒者因受羞辱和歧视而与社区隔离的地区非常重要。家庭外联包括定期家访吸毒者或其家庭护理人员。包括家庭外联和综合护理、专门针对生活在自己家中或生活在对他们加以护理的家庭成员家中的老年人的药物治疗方案，有可能节省大量费用，减少不必要的痛苦以及家庭成员和亲属的护理负担。

49. 巡回外联是在人们已经获得一些服务或在很可能遇到目标人群的环境中开展的工作（例如无家可归的老年人收容所或住房项目）。巡回外联侧重的不是个人，而是很有可能在其中找到目标人群的组织和环境。巡回外联强调扩大接受健康教育信息的人群范围，并培训更多的工作人员向其客户提供教育和宣传。

50. 需要对药物使用的治疗和康复采取更宽泛的整体观点，这反映了心理健康服务中不断变化的康复概念，也反映了《残疾人权利公约》的原则，该公约对残疾人进行了广泛的分类。根据该公约第四条，缔约国应承诺确保和促进充分实现所有残疾人的所有人权和基本自由，不得有任何基于残疾的歧视。此外，《经济、社会、文化权利国际公约》承认人人有权享有能达到的最高标准的身心健康。无论人的年龄如何，也无论社会的经济成本和效益如何平衡，老年人和青年人都有一项基本和平等的人权，即获得对药物使用依赖的适当治疗。全球各地的研究表明，使用药物的老年人的需求既独特又复杂，因此必须为协

调一致的综合护理连续体开发一个灵活和适应性强的模式。重要的是，要利用政策和做法，努力为使用毒品的老年人建立一个全面的综合护理系统。

51. 综合护理的定义隐含着一个概念是，护理应以个人、其家庭和社区的需求为中心。需要跨领域的明确领导、专家指导和方向，超越单一政策领域的优先事项，将老年人置于解决方案的中心。就参与而言，无论是在卫生还是更广泛的社会和安全政策中，建议在制订综合护理政策的过程中听取使用或曾经使用过药物的老年人意见。

52. 在确保使用药物的老年人获得连续护理方面，建议扩大或发展现有的针对使用药物者的外联服务，将居家和流动服务包括在内，并将这些外联服务作为针对使用药物的最边缘化老年人的连续综合护理的入口或切入点。

53. 从历史上看，老年人与其他年龄组相比，接受药物使用筛查的可能性较低，有几个因素阻碍了筛查和随后的药物使用识别。这些因素包括面对临床医生评估药物依赖时可能出现的不适感、使用药物的症状与晚年常见的其他疾病的相似性，以及老年人普遍以为，药物引起的症状是正常衰老的一部分，而不是使用药物本身引起的。此外，在一些文化和社会环境中，吸毒可能被视为老年人最后的乐趣或放纵。

54. 建议对老年人进行药物使用筛查和评估，并建议对这种筛查和评估进行改进。还建议，目前对使用药物的老年人采用的现有筛查和评估工具以及循证方案在文化上应当加以调整，以适应不同社会和背景的老年人。

55. 根据最佳做法和世卫组织老龄化优先事项，建议为使用药物的老年人建立一个综合护理系统。在支助老年人的服务中，除了药物治疗服务，还需要了解和宣传客户使用毒品的可能性、

<sup>61</sup>凯瑟琳·科斯基等人，“呼吸项目，一个移动应用，家庭中的视频监控对护理角色的帮助：非正式护理人员的需求、可接受性和关注点”，“数字健康”，第4卷（2018年），第1-8页。

<sup>62</sup>毒品和犯罪问题办公室与世卫组织，《吸毒病症治疗国际标准：纳入现场测试结果的修订版》（日内瓦和维也纳，2020年）。

可能产生的影响以及如何减轻这种影响。此外,需要更多地了解吸毒病症治疗服务的转诊通道。努力建立一个综合护理系统将确保使用毒品的老年人在需要的时间和地点获得无缝护理,从对他们进行药物审查的初级保健提供者,直到对他们的现有或未来与药物或年龄相关的共病的潜在治疗。在个人层面,这可能涉及为初级保健提供者和全科医生制定指导文件和护理路径,以及为护理系统制定指导文件和共享护理协议。这种协议将概述各组织内工作人员的作用和责任,并提供一种建立机构间伙伴关系的手段,在专门服务和康复服务与保健和社会护理服务之间实现转介对接。

56. 建议各国让使用毒品的老年人参与服务的开发。倾听服务使用者的意见并采取相应行动是为所有公民规划和提供保健服务的重要组成部分。

57. 鉴于会员国在联大第三十届特别会议成果文件中承诺提供适合年龄和性别的服务,建议为使用药物的老年人制定的任何政策都应以《联合国老年人原则》<sup>63</sup>规定的独立、参与、护理、自我实现和尊严原则为基础,并应利用《积极老龄化:政策框架》<sup>64</sup>和《老龄化与健康全球战略和行动计划》来制定。

## 向前迈进

58. 2020年,一场前所未有、始料未及的流行病跨越国界和其他边界而席卷全球。COVID-19疫情正在对全球人口产生巨大影响,老年人此时面临最严重的威胁和挑战。尽管所有年龄组的人都有感染COVID-19的风险,但由于随着年龄的增长和潜在的基础健康状况带来的生理变化,老年人面临患严重疾病的重大风险。一个特别脆弱的群体是使用毒品的老年人,随着这一流行病

的持续,各国应确保向使用药物的老年人提供有重点和适当的健康和社会支持,使他们能够在这一流行病中生存下来,同时防止吸毒及其相关后果。

59. 使用药物的老年人的需求,从个人需求到家庭、社区、系统和服务需求,多种多样。对所有老年人来说,健康需求可能是复杂的,对吸毒者来说更是如此,特别是如果这些药物最初是由保健专业人员开具的,或者如果药物使用是一种慢性复发性状况,从不当使用酒精到不当使用类阿片止痛药等。其他需求可能涉及到老人害怕受虐待,与家人隔绝和失去朋友,害怕被污名化,害怕接触司法系统,对贫困和无家可归感到恐惧。

60. 然而,现在已经有了解决这些问题的指导原则、政策和良好做法。国家、社区和政策制定者在满足使用药物的老年人的需求时,需要摆脱一味补缺的模式,转而追求基于公民参与、综合全面护理以及持续性专业发展和社区发展合力共创的模式,以解决个人、家庭和服务层面的污名化问题。

61. 全球使用药物的老年人面临着前所未有的全球性健康、安全和参与挑战。麻管局谨敦促会员国就药物使用和老龄化的综合挑战采取行动,并利用现有的科学证据和本报告中的建议(见第四章)来解决过去的不足,并为吸毒老年人这个最边缘化的社会群体之一争取更积极的未来。

<sup>63</sup>大会第46/91号决议。

<sup>64</sup>世卫组织(日内瓦,2002年)。