

# ”Man slutar inte dricka för att man får stödat” – om bistånd, hemtjänst och alkohol

Evy Gunnarsson & Lis Bodil Karlsson

”Man slutar inte dricka för att man får städat” – om  
bistånd, hemtjänst och alkohol

Evvy Gunnarsson & Lis Bodil Karlsson

# Innehållsförteckning

## **Kapitel 1. Inledning**

Syfte och forskningsfrågor

Äldreomsorgens struktur och förutsättningar

Biståndsbedömning

Omsorgsarbete

## **Kapitel 2. Tidigare forskning**

Äldre och alkohol

Äldre, äldreomsorg och missbruk

## **Kapitel 3. Teoretisk referensram och metod**

Balansen mellan underlåtenhet och övergrepp

Metod

## **Kapitel 4 Biståndshandläggarna tal om arbetet med äldre med alkoholproblem**

Hur biståndshandläggare agerar

Hembesök under pågående utredning

Uppdraget som handläggare

Vem som slår larm

Skälig levnadsnivå och inköp av alkohol

Självbestämmande som utmaning

### **Biståndshandläggarnas tal om äldre och alkoholbruk**

Kvinnor har skäl till sitt drickande, män dricker ändå

Att ha eller inte ha resurser

Att dölja, skämmas eller erkänna sitt missbruk

Utslagen på gamla dagar

Kulturell bakgrund – ”Det beror på”

Kroppens gradvisa förfall med påföljande sociala isolering

## **Kapitel 5. Omsorgspersonalens tal om sitt arbete med äldre med alkoholproblem**

Ingen vacker bild

Mängden sopor indikerar missbruk

Äldres problematiska drickande som en särskild arbetsbörda

Vem har ansvar

**Kapitel 6.** Avslutande diskussion

Referenser

## Kapitel 1. Inledning

Alkoholkonsumtionen i befolkningen har ökat under senare år på grund av ändrade alkoholvanor, inte minst bland kvinnor. Äldre i åldern 65 till 80 år dricker idag vin och öl i större utsträckningen än tidigare generationer. Särskilt äldre kvinnor har ökat sin konsumtion av alkohol, framförallt av vin. Allt färre äldre personer är nykterister. Men fortfarande dricker äldre kvinnor mindre än män i samma ålder, och äldre dricker mindre alkohol än vuxna i övrigt. Samtidigt har det skett en stadig uppgång av alkoholrelaterad död bland både kvinnor och män i åldern 65 till 80 år (Ramstedt 2009). Ett liknande mönster finns i andra europeiska länder (Hallgren et al 2008).

Socialstyrelsen (2012a) konstaterar i sin Lägesrapport 2012 att alkoholkonsumtionen bland äldre har ökat. Det finns emellertid inga behandlingsprogram som riktar sig till äldre, trots att alkoholen är farligare för hälsan för äldre än för yngre, inte minst på grund av att äldre ofta har ordinerats och använder många olika läkemedel. Socialstyrelsen framhåller att det ökade alkoholbruket är ett växande problem inom äldreomsorgen. De öppna jämförelserna för kommunens missbruks- och beroendevård 2011 visar emellertid att socialtjänstens missbruksvård samarbetar i minst utsträckning med äldreomsorgen (Socialstyrelsen 2012b).

I Missbruksutredningens slutbetänkande (SOU 2011:35) påpekas förekomsten av många riskkonsumenter bland äldre och att dessa kan förväntas öka i framtiden. Därför betonas i utredningen nödvändigheten av att utveckla målgruppsanpassade preventiva strategier och särskilda riktade insatser. De förändringar som beskrivits ovan påverkar och kommer i ökande grad att fortsätta att påverka vardagen både för personalen och för de äldre inom äldreomsorgen.

Även om arbetet med äldre personer som har missbruksproblem är en påtaglig del av vardagen för personal inom äldreomsorgen, framförallt inom hemtjänsten, finns emellertid ingen systematisk genomgång eller forskning inom området (Gunnarsson 2008a). Data från en stor nordisk enkätstudie *Nordcare 2005* om äldreomsorgspersonalens arbetsvillkor, i hemtjänsten och på äldreboenden, kan emellertid ge en fingervisning om problemens omfattning (Szebehely 2008). I studien tillfrågades omsorgspersonal bland annat om följande: *Enligt din bedömning, hur många av dem du vanligtvis hjälper har missbruksproblem?* I den svenska delen av studien uppgav 61 procent av hemtjänstpersonalen att de hade hjälptagare

med missbruksproblem. Personalen på äldreboenden uppgav i mindre utsträckning, det vill säga 26 procent, att de hade hjälptagare med motsvarande problem. Siffrorna visar att personalen i äldreomsorgen relativt ofta möter omsorgstagare med missbruksproblem. I en telefonenkät till chefer för biståndsenheter och för hemtjänstgrupper svarar en tredjedel av de tillfrågade att problemet är vanligt förekommande medan hälften svarar att de förekommer ibland (Gunnarsson 2013).

Den första juni 2012 blev det lagligt i Sverige att servera vin, starköl, och andra alkohol- eller spritdrycker, på särskilda boenden för service och omvårdnad för äldre och funktionshindrade. Fortsättningsvis kommer inget serveringstillstånd att krävas vid utskänkning till de boende och deras närstående, bland annat under förutsättning att mat serveras och att serveringen sker under överinseende av vårdpersonal. Lagändringen kan betraktas som ett led i formulerandet av en värdegrund, där äldre skall ges möjlighet att leva ett värdigt liv utifrån principer som självbestämmande och autonomi. I Lagrådsremissen (2011) fastslår regeringen att de äldre ”inte kan antas vara några storkonsumenter eller tillhöra någon riskgrupp även om det naturligtvis också finns individer med alkoholproblem också på de särskilda boendena” (s. 23). Regeringen utgår från att enskilda personers hälsa inte kommer att drabbas och att ordningsstörningar inte kommer att uppstå. Lagändringen kan uppfattas som ett konkret uttryck för de stora förändringar som samhället genomgått under senare år efter Sveriges inträde i EU. Inträdet har bland annat inneburit en ökad tillgänglighet av alkohol, förändrade dryckesmönster och en långtgående liberalisering på det alkoholpolitiska området. Alkohol, framförallt ett glas vin, har blivit en markör för det goda livet som även äldre inom äldreomsorgen ska ha tillgång till. Idag gör vissa särskilda boenden reklam på sina hemsidor om att alkohol erbjuds i samband med att mat serveras. Socialstyrelsens etiska råd (2012) understryker exempelvis att äldre ska ha rätt att få inhandlat alkohol på samma sätt som andra varor.

Kommunerna har ansvar för vård och behandling av personer med missbruksproblem oavsett ålder, men också för att äldre ska kunna leva under trygga förhållanden. Enligt Socialtjänstlagen kap 5 § 9 framgår att kommunen ska ”aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket”. Vården och hjälpen ska också planeras i samförstånd. Av kap 5 § 4 framgår att ”socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund)”. Vidare ska kommunen ”verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och

meningsfull tillvaro i gemenskap med andra”. Den ena paragrafen betonar värdet av behandling och den andra paragrafen trycker på betydelsen av omsorg. I kommunerna är de två olika uppgifterna uppdelade mellan olika enheter, d.v.s. mellan Individ- och familjeomsorgen där missbruksvård ingår och Äldreomsorgen vars uppgift är att ge omsorg.

Det sociala arbetet handlar traditionellt om att behandla sociala problem och att föra tillbaka personer som avviker till det normala (Johansson 2004). Det sociala arbetet är således knutet till förändring, vilket också gäller för missbruksvården. Men, de äldre med missbruksproblem ställs ofta utanför missbruksvården och i många kommuner finns inte någon verksamhet som riktar sig till dessa äldre (Runesson & Eliasson 2000). Istället för behandling med syfte till förändring får äldre med en alkoholproblematik omsorg inom hemtjänstens ram. Detta omsorgsarbete utgår ifrån att individen ska kunna behålla sin funktionsförmåga, men inget särskilt behandlingsarbete bedrivs.

Olika studier pekar på en rad dilemman som omsorgspersonalen ställs inför. Det rör både hur personalen kan närma sig äldre personer som de misstänker har alkoholproblem och vilken hjälp som kan erbjudas. I de fall en person har ett känt missbruk kan förväntan om inköp från Systembolaget leda till problem på olika nivåer utifrån tidsaspekter, men även moraliska dimensioner (Gunnarsson 2012, 2013). Biståndshandläggare och omsorgspersonal har i begränsad omfattning utbildning för att möta problematiken och det finns i det närmaste ingen specialisering mot äldre med alkoholproblem inom äldreomsorgen (Gunnarsson 2013). I en så kallad beställar-utförarorganisation tenderar dessutom besluten att pressas neråt i organisationen. Det är i stor utsträckning upp till omsorgspersonalen att ta ställning till hur olika insatser ska verkställas, exempelvis om inköp av alkohol skall ingå i inköp av dagligvaror eller inte (a.a.).

I studien används begreppen omsorgspersonal och hemtjänstpersonal synonymt och hänsyftar på undersköterskor och vårdbiträden som arbetar i hemtjänsten.

### **Syfte och forskningsfrågor**

Föreliggande rapport är ytterligare ett led i att undersöka hur arbetet med äldre personer med alkoholproblem bedrivs inom äldreomsorgen. Rapporten utgår både från biståndshandläggares och från omsorgspersonals perspektiv. Respektive perspektiv tar sin utgångspunkt i de olika yrkesroller som biståndshandläggare respektive omsorgspersonalen har. De har olika arbetsuppgifter i relation till de äldre som behöver hjälp i sin vardag.

Rapportens syfte är att fördjupa kunskapen om hur biståndshandläggare och omsorgspersonal beskriver och resonerar kring sitt arbete med äldre personer med alkoholproblem: Hur talar biståndshandläggare respektive omsorgspersonalen om sitt arbete med äldre personer med missbruksproblematik? Vilka utmaningar och dilemman ställs personalen inför?

### **Äldreomsorgens struktur och förutsättningar**

I de flesta kommuner är äldreomsorgen organiserad utifrån en beställar-utförarmodell. Det är en organisationsmodell inspirerad av New Public Management, NPM, som introducerades i äldreomsorgen i början av 1990-talet (Trydegård 2012). Det har gjort det möjligt att öppna upp för privata utförare, framförallt inom hemtjänsten. Modellen kännetecknas även av att cheferna ska se till att produktivitet och effektivitet ökar. Det ska dessutom finnas konkurrens, kundval, kontrakt som reglerar vilka insatser som ska utföras och till vilken kvalitet, liksom kostnadskontroll (a.a.).

### **Biståndsbedömning**

Kommunens biståndshandläggare är myndighetsutövare och fattar beslut om vilka insatser en äldre person anses ha behov av varefter hemtjänsten tar vid. I många kommuner kan idag den äldre personen välja mellan både privata och kommunala utförare. Biståndshandläggarnas arbete styrs av lagar, framförallt socialtjänstlagen och förvaltningslagen, av organisatoriska villkor men även av moraliska villkor (Dunér & Nordström 2009). Socialtjänstlagen ger de allmänna utgångspunkterna för arbetet, medan kommunala riktlinjer styr den organisatoriska nivån. På den organisatoriska nivån preciseras som regel de insatser som kommunen tillhandahåller. De moraliska villkoren utgörs av de allmänna uppfattningar som finns om samhällets ansvar för skröpliga äldre och hur den hjälpen i sin tur ska utformas (a.a.).

Biståndsprocessen påbörjas när en ansökan om hjälp kommer in till biståndsenheten. Därefter görs en utredning om behovet av hjälp som sedan ligger till grund för ett beslut. Dunér och Nordström (2009) menar att det finns tre sätt att agera i beslutsprocessen; expediera, omvandla behov och avvisa. Om den äldres ansökan på ett enkelt sätt svarar mot de insatser som erbjuds i den berörda kommunen kan beslut fattas relativt snabbt och den äldre få den efterfrågade hjälpen. I mer komplicerade ärenden kan beslutsprocessen ta längre tid och behoven anpassas efter insatserna, med andra ord behov behöver omvandlas så att det passar till de insatser som äldreomsorgen har till sitt förfogande (a.a.).

All behovsprövning ska utredas individuellt och rätt till individuellt stöd och skälig levnadsnivå beskrivs i 4 kap § 1 SoL. Lagen anger att ”den som inte själv kan tillgodose sina



behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv”.

Av kap 5 § 4 framgår att ”socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund)”. Vidare ska kommunen ”verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra”. Socialnämnden ska även bedriva uppsökande verksamhet och upplysa om socialtjänstens verksamhet på detta område, kap 5 § 6.

Lindelöf och Rönnbäck (2007) menar att det framförallt är kommunernas egna riktlinjer som styr biståndshandläggarnas möjligheter att bevilja hjälp. Bedömningen är insatsstyrd, snarare än behovsstyrd. Andersson (2007) finner i sin forskning att biståndsbedömningar oftast kretsar kring fyra frågor: Finns det verkligen ett behov? Kan behovet lösas på annat sätt? Är den enskilde verkligen berättigad? Kan en skälig levnadsnivå uppnås genom insatserna som erbjuds? I bedömningssituationen finns också en spänning mellan gemensamma riktlinjer och individuell prövning. Vanligen görs en mer standardiserad behovsbedömning även om biståndsbedömarna själva anser att de gör en individuell behovsbedömning. Det är också i praktiken upp till utförarna att fylla insatserna med konkret innehåll. De avgör om och hur vissa insatser ska utföras hos den äldre. Ett exempel handlar om inköp på Systembolaget där en biståndsbedömare i Anderssons studie hävdar att hemtjänsten aldrig köper alkohol till de äldre. Biståndsbedömaren vet emellertid inte var det finns skrivet eller vem som bestämt att det skall vara så. Standardiserade lösningar kan vara ett sätt att undvika moraliska dilemman, men de kan också minska den äldres inflytande och innebära att en persons behov måste vara känt. Det försvårar för nya grupper av äldre med ”nya” behov att få hjälp från äldreomsorgen.

Westerlund (2006) påpekar att det finns en tendens i kommunerna att tona ner myndighetens roll genom att förskjuta beslut från handläggare till utförare. Handläggaren ger den äldre tillgång till vissa hemtjänstinsatser som sedan preciseras i den genomförandeplan som utföraren i ett senare skede ska utforma tillsammans med den äldre.

Av Socialstyrelsens tillsynsrapport (2011) framgår att äldre personer sällan känner till att de kan söka om insatser som ligger utanför kommunens riktlinjer. Det leder till att äldre avstår från att ansöka om den hjälp de egentligen tycker sig vara i behov av. Det i sin tur innebär i

praktiken att ansökningar om bistånd i stor utsträckning kommer att överensstämma med kommunernas utbud. I Socialstyrelsens tillsynsrapport påpekas också att biståndsbesluten oftast är allt för otydliga. Besluten är utformade som rambeslut utan uppgifter om vilka specifika insatser som beviljats, som tid och omfattning. I dessa fall förskjuts återigen bedömningen och beslutsfattandet från myndigheten till personalen i hemtjänsten (a.a. s 51).

### **Omsorgsarbete**

Biståndshandläggarna och omsorgspersonalen har olika positioner i förhållande till den äldre hjälpbehövande personen. Biståndshandläggarna är myndighetspersoner som beslutar om vilka insatser den äldre kan bli berättigad till. När biståndsbedömningen gjorts vidtar själva omsorgsarbetet. Den äldres rätt till självbestämmande och autonomi är en central utgångspunkt för omsorgsarbetet. Omsorgspersonal har som första uppgift att tillsammans med den äldre formulera en genomförandeplan. De insatser som biståndsbedömts, som t ex inköp, dusch eller promenad ska preciseras och bestämmas när och hur de ska utföras. Omsorgspersonal, såsom undersköterskor och vårdbiträden, är antingen anställda av kommunala eller privata utförare. Hemtjänstens uppdrag är att hjälpa äldre i deras hem så att de kan leva under trygga förhållanden. I Socialtjänstlagen står att omsorgen ska göra det möjligt för den äldre att leva ett värdigt liv. Personalen utför det vardagsnära, relationella och kroppsnära arbetet i den äldres hem. Omsorgsarbetet handlar dock, förutom om de praktiska sysslorna, om att skapa förtroendefulla relationer. Att skapa relationer förutsätter kontinuitet och att personalen känner till den äldres rutiner (Astvik 2003, Gunnarsson 2012). Av forskningen framgår även att det oftast är omsorgspersonalen som upptäcker om en person har ett riskdrickande eller någon form av alkoholproblematik (Gunnarsson 2012, 2013).

## Kapitel 2. Tidigare forskning

### Äldre och alkohol

Internationell forskning visar att den gängse föreställningen är att människors alkoholkonsumtion minskar med stigande ålder. Gilhooly (2005) menar att det är oklart om minskningen är en följd av ålder eller handlar om effekter som en konsekvens av att olika kohorter eller tidsperioder jämförs med varandra. Det är svårt att separera olika orsaker i tvärsnittsstudier, men Gilhooly menar att det finns alltmer bevis för att åtminstone en del av minskningen av alkoholkonsumtionen med stigande ålder kan hänföras till kohortskillnader i dryckesmönster, snarare än påverkan av ålder. Gilhoolys hypotes är att fyrtilialisterna, de s.k. *baby boomers*, kommer att fortsätta sin högre alkoholkonsumtion även när de åldras (a.a.).

Få studier har gjorts om äldres livsstil och alkoholens roll. I en europeisk undersökning om äldre och mat framkom att de äldre som dagligen drack alkohol angav njutning, att ha trevligt och vara tillsammans med andra som motiv (Vaz de Almeida et al 2005). För majoriteten av respondenterna i studien var att dricka ett glas vin eller öl en viktig del av en god måltid, till exempel till helgen eller när man hade gäster. I en svensk studie av äldres värderingar kring alkohol betonas också att alkoholens plats är i den sociala samvaron. Men om man dricker i ensamhet måste drickandet motiveras (Abrahamson 2009). De äldre i studien föddes mellan 1914 och 1930 och de talade i termer av nykterhet och måttlighet. Alkoholbrukets betydelse påverkas av historiska, sociala och kulturella faktorer och de äldre i Abrahamsons studie växte upp i en tid då nykterhetsrörelsen spelade en stor roll i samhället. Från att gränsen tidigare har gått mellan att dricka alkohol och ta avstånd från alkohol går gränsen idag mellan att dricka och att dricka för mycket. Individen är således ansvarig för måttlighet och att inte dricka för berusning (Abrahamson 2009, Room 1997).

I Ahlströms (2008) forskningsöversikt om alkoholanvändning och problem bland äldre kvinnor och män framkommer att, även om förekomsten av problemdrickande förblir konstant, kommer i framtiden det absoluta antalet personer med alkoholproblem att öka på grund av allt fler äldre i befolkningen. Att kvinnor dominerar i äldre åldrar kommer på sikt inte heller att begränsa omfattningen av alkoholproblemen eftersom yngre och medelålders kvinnor idag dricker i ungefär samma utsträckning som män (a.a.). Studier har emellertid hittills visat att det finns klara könsskillnader i alkoholkonsumtion bland äldre. Bland äldre kvinnor minskade det måttliga drickandet, medan det mer omfattande drickandet var stabilt. Bland män var mönstret det motsatta, det måttliga drickandet var stabilt och det mer

omfattande drickandet minskade. En slutsats i Ahlströms översikt är att behandlingsinsatser för missbrukare idag är anpassade efter yngre åldersgrupper och att särskilda insatser behöver utvecklas för att möta behoven hos äldre personer med missbruksproblem. I en studie av äldre änkors situation svarade en tredjedel av änkorna över 65 år att de drack alkohol för att lindra sorgen och tio procent svarade att de hade ökat sitt alkoholintag efter att de hade blivit änkor (Grimby & Johansson 2009).

Att vi i liten utsträckning känner till omfattningen av äldres alkoholproblem beror bland annat på underdiagnostisering och feldiagnostisering, menar O'Connell m.fl. (2003) och hänvisar till irländska erfarenheter. Forskarna urskiljer, vad de benämner, en "terapeutisk nihilism" bland sjukvårdspersonal när de möter äldre, det vill säga en uppfattning om att behandling inte skulle hjälpa äldre med alkoholproblem. Äldre personer remitteras inte heller till specialistvård. Drickandet betraktas dessutom som förståeligt utifrån den äldres dåliga hälsa. Forskarna menar vidare att symtomen bland äldre med missbruksproblem är atypiska, som exempelvis fall, förvirring och depression eller döljs av andra hälsoproblem, såväl fysiska som psykiska, som kan göra en upptäckt svårare. De få studier som finns om behandling av äldre med missbruksproblem visar dock att äldre mycket väl kan tillgodogöra sig behandling, lika väl som yngre personer. Det är också en skillnad om en person har ett långvarigt alkoholmissbruk sedan tidigare eller har börjat dricka senare i livet på grund av personliga förändringar och förluster (a.a.). Utvärderingar från USA av behandling av äldre visar också på positiva resultat, speciellt när åldersspecifika behandlingsmodeller används (Cummings et al 2006, Sorocco & Ferrell 2006). Liknande resultat framkommer i en översikt över alkoholproblem i äldre åldrar utifrån nordamerikanska förhållanden (Johnson 2000). Johnson visar på personalens underlåtenhet att fråga om tidigare alkoholhistoria. I en särskild studie av ett sjukhem visade det sig att en stor andel av de boende hade ett livslångt alkoholmissbruk, men ingen hade någonsin tagit reda på deras problem. Missbruket doldes av kognitiva funktionsnedsättningar och depression (a.a.).

I en nordisk översikt om åldrande och bruk av alkohol framkommer att forskningen om äldre, åldrande och alkohol i de nordiska länderna är ytterst begränsad (Jyrkämä & Haapamäki 2008). Den forskning som hittills bedrivits pågår främst i Finland och där uppmärksammas också att allt fler äldre har ökat sin alkoholkonsumtion. I översikten betonas att mer forskning behövs, bland annat om hur förändringar i samhällets alkohol- och äldrepolitik påverkar situationen för både personalen och de äldre i äldreomsorgens vardag. Alkoholforskningen har inte ägnat sig åt alkohol och åldrande och att den samhällsvetenskapliga äldreforskningen

inte alls har intresserat sig för denna fråga. I olika handböcker om åldrande berörs inte heller frågor om missbruk. Den forskning som handlar om äldre har istället rört alkoholens påverkan på kroppen och kopplingen mellan medicin och alkohol (a.a.). Äldreforskningen visar på de stora skillnader som finns inom gruppen äldre, men trots detta lever stereotypen av äldre som enbart skröpliga och vårdkrävande kvar (a.a.). De åldersdiskriminerande strukturerna kategoriserar äldre personer som just äldre, utan att särskild hänsyn tas till individuella skillnader (Andersson 2008). Åldersdiskriminering eller ålderism kan här definieras som ”fördomar eller stereotypa föreställningar som utgår från en människas ålder och som kan leda till diskriminering” (2008, s. 12). Vid 65 års ålder tenderar sociala problem att betraktas som irrelevanta, de blir osynliga och upphör många gånger att ses som giltiga (Gunnarsson 2008b, Andersson & Minell 2002). Ålderism påverkar således i praktiken beslut som tas i olika sammanhang, och utan att berörda alltid är medvetna om delaktigheten i en diskriminerande praktik (Gunnarsson 2008b, 2013).

### **Äldre, äldreomsorg och missbruk**

I den internationella forskningen är studier om äldreomsorgens vardag och arbetet med äldre missbrukare sällsynta. Men de studier som finns pekar i liknande riktning. En engelsk översikt visar att bristfällig utbildning kan innebära att socialarbetare oreflekterat uppfattar symtom som dåligt minne, inkontinens, depression och skakningar som åldersförändringar – inte som symtom på ett bakomliggande missbruk (Simpson m fl. 1994). Likaså framkom föreställningar om att äldre är för gamla för att ha nytta av behandling. Socialarbetarna hänvisade till klienternas självbestämmande och/eller privatliv (a.a.). En studie om hemtjänstpersonal i London visar på bristen på en utarbetad policy i arbetet med äldre missbrukare, exempelvis om personalen skall köpa alkohol till de äldre eller inte (Herring & Thom 1997). Personalens bristande utbildning för att bemöta de problem som kan uppstå betonas i flera studier (Shaw & Palattiyil 2008, Klein & Jess 2002). Det brister även när det gäller behandlingsmöjligheter. Att utveckla en relation och skapa ett förtroende till klienten var däremot vanliga förhållningssätt som hemtjänstpersonalen använde för att effektivt kunna arbeta med äldre med missbruksproblem (Millard & McAuley 2008). I en skotsk studie av ett äldreteam och deras erfarenheter av arbetet med äldre med alkoholmissbruk framkom att äldreteamet efterlyste samarbete med missbruksteamet, dessutom att personalen i äldreteamet efterlyste särskilda insatser som riktade sig till de äldre (Shaw & Palattiyil 2008). Socialarbetarna i äldreteamet hade inte någon specifik kunskap om äldres

missbruksproblematik. Forskarnas slutsatser var att det behövdes mer riktade insatser, bland annat varaktigt stöd i äldres hem och utbildning om alkoholbruk bland äldre.

Även den nordiska forskningen om äldres alkoholmissbruk och äldreomsorgens roll är ytterst sparsam, enligt Jyrkämä och Haapamäki (2008). I en översikt för Socialstyrelsens räkning av Gunnarsson (2002) kring äldre som inte hade insatser från äldreomsorgen konstaterades att det, förutom den stora grupp äldre som inte alls var i behov av äldreomsorg, fanns grupper av äldre med olika sociala problem som tidigare inte hade uppmärksamats tillräckligt. Dit hörde främst äldre personer med en missbruksproblematik.

År 1986 genomförde Ingrid Cronholm vid Institutet för gerontologi i Jönköping den hittills enda svenska forskningsöversikten om äldre och alkohol. Cronholm fann få undersökningar som belyste de sociala konsekvenserna av äldres missbruk, både internationellt och nationellt. Cronholms slutsats var att ju mer som blir känt om problemen kring äldre och alkoholanvändande/missbruk desto mer skulle kraven på insatser från samhällets sida öka. Hon menade redan vid den här tiden att med den ökande andelen äldre i befolkningen kunde man anta att hemtjänsten kommer att få ansvar för fler äldre missbrukare som behöver omsorg och omvårdnad (1986, s. 41). Områden som det i mitten av 1980-talet inte fanns någon kunskap om var omfattningen av problemen inom äldreomsorgen, vilka arbetsmetoder som användes och kommunernas formella och informella policy för insatser för äldre med missbruksproblem. Ansvar lades framför allt på hemtjänstpersonalen som ofta fick lösa problemen enskilt och ad hoc, utan att ha någon särskild utbildning om missbruk. En annan vit fläck rörde samarbetet mellan sjukvård, hemtjänst och andra delar av socialtjänsten (a.a.).

Mindre studier visar på liknande resultat (Gunnarsson 1979, 2012). Frånvaron av lokala riktlinjer och policy för hur hemtjänstpersonalen ska förhålla sig till inköp av alkohol innebär att dessa beslut läggs på enskilda vårdbiträden och undersköterskor. Omsorgspersonalen har vanligtvis ingen utbildning om missbruksproblematik. Att försöka skapa förtroendefulla relationer och därigenom närma sig en äldre person med missbruksproblem är en strategi som omsorgspersonalen därför oftast använder. Kontinuitet i relationen ses således som avgörande i mötet (Gunnarsson 2012).

I Gunnarssons (2013) studie i Stockholms län om hemtjänstens förutsättningar i arbetet med äldre personer med alkoholproblem framgår att såväl biståndshandläggare som omsorgspersonal oftast inte har någon utbildning om alkohol och äldre. Det finns få, om ens några biståndsenheter eller utförare, som är specialiserade mot äldre med alkoholproblem.

Endast i ett fåtal av länets kranskommuner finns ett dokumenterat samarbete mellan äldreomsorgen och missbruksenheten. Liksom i andra undersökningar framkommer avsaknaden av en uttalad policy i de berörda kommunerna om hur personal ska förhålla sig till frågan om inköp av alkohol till personer med alkoholproblem. Därför skiljer sig praxis inom och mellan kommuner, från att inte inhandla alkohol till någon, till att köpa alkohol till alla omsorgstagare (a.a.).

Omsorgsarbete är ett kroppsnära arbete. Hemtjänstens vardag beskrivs ofta som ett relationellt arbete, men samtidigt som ett arbete som består av att sköta äldres kroppar med allt vad det innebär av att ta reda på urin och avföring eller tvätta kläder (Trydegård 2005). Omsorgen uppfattas emellertid av hävd som icke kroppslig (non-bodily) medan det i praktiken förhåller sig tvärtom, förklarar Twigg (2006). Vardagen handlar om omsorgen av kroppar utifrån människors vardagliga rutiner; från uppstigning till sängdags, från att tvätta och klä sig, äta, dricka, utföra olika toalettbestyr etc. Dessa aktiviteter verkar självklara eftersom de uppfattas som triviala och framför allt som privata. Twigg betonar således att omsorgen i högsta grad handlar om kropp, även om vi initialt inte uppfattar den som sådan. En förklaring till tystnaden om kroppen är att människokroppens funktioner associeras till att sysslorna förväntas ske i avskildhet. Åldrande och funktionsnedsättning röjer kroppens funktionsbrister (a.a.). Även Sörensdotter (2008) visar i sin avhandling om omsorgsarbete att kroppen är påtagligt närvarande i det vardagliga arbetet, både den rena kroppen och den kropp som luktar illa och leder till kaos. Personalen ställs inför ständiga överväganden kring kroppens gränser och den äldre personens relation till sin kropp.

Sammantaget betonar både svenska och internationella studier behovet av mer forskning om äldre, alkohol och äldreomsorg. Det gäller såväl konsekvenserna av den ökade liberaliseringen inom alkoholområdet som den ökade individualiseringen i samhället som ställer äldreomsorgen inför nya utmaningar. Att som gammal få välja om och när man vill dricka alkoholhaltiga drycker har de senaste åren kommit att betraktas som uttryck för en individuell frihet och som ett sista glädjeämne på ålderns höst. Men inom äldreomsorgen finns också personer med missbruksproblem. Den personal som är närmast de äldre har oftast inte tillräcklig kunskap kring problematiken, vare sig när det gäller att kunna identifiera problem eller hur de ska förhålla sig till dessa äldre. Personalen får därför i praktiken utveckla sina egna förhållningssätt. De äldres självbestämmande framställs oftast som ett hinder i sammanhanget. Medvetenheten om missbrukande äldre och de som periodvis är i riskzonen, har emellertid ökat de senaste åren. Behovet av kunskap kommer dessutom att öka, vilket

även påpekas av Missbruksutredningen (SOU 2011: 35). Livslängden ökar generellt, även för människor som har olika sociala problem eller lider av dålig hälsa. En generation missbrukare som tidigare inte förväntades leva efter pensionsåldern behöver i framtiden adekvat omsorg. Andra kan över livet ha varit ganska måttliga brukare eller inte druckit alls, men utvecklar på ålderns höst ett mer omfattande drickande.



## Kapitel 3. Teoretisk referensram och metod

### Balansen mellan underlåtenhet och övergrepp – objekt och subjekt

I allt omsorgsarbete och i mötet med varje hjälpberoende människa finns ett komplicerat förhållande. Omsorgstagaren är ett objekt i bemärkelsen att hon är beroende för sina livsbetingelser av andra och därmed blir föremål för experters åtgärder. Hon är samtidigt ett subjekt, i betydelsen att hon uppfattas som aktiv och självbestämmande. Med andra ord måste varje individ respekteras som en unik, handlingsfri och självständig människa (Eliasson 1995). Synonymer till självständighet är självbestämmanderätt, oberoende, valfrihet, autonomi, suveränitet, handlingsfrihet och rörelsefrihet (NE.se). Dessa ord har uteslutande positiva associationer. Emellertid, betraktar Eliasson intentionen att bara fokusera på klienten som subjekt som en halvmesyr, eftersom alla människor egentligen är objekt *och* subjekt – på samma gång: ”Vi är aktiva, ansvariga subjekt som har rätt att kräva respekt för vårt självbestämmande, våra behov och önskningsar. Men vi är också ’objekt’ i den meningen att vi formas till dem vi är i samspel med andra människor och under de omständigheter där vi lever våra liv” (s. 56). Emellanåt uppfattas dessa båda positioner som oförenliga. I praktiken måste vi i allt professionellt omsorgsarbete hela tiden ha en helhetssyn, enligt Eliasson (a.a.) och respektera att var och en kan vara självbestämmande och jämsides därmed vara ”beroende av andra och det ansvar som vi har för varandras liv och utvecklingsmöjligheter” (s. 57). Att betrakta omsorgstagaren som både objekt och subjekt, vill Eliasson benämna som ett anammande av ”heliga principer” (s. 58), vilka dessutom bör få konsekvenser för professionellas hållning. Den ena principen får inte prioriteras över den andra (a.a.).

Eliasson resonerar framför allt utifrån omsorgspersonalens position, men utgångspunkten är även relevant för biståndshandläggarna. Som myndighetsutövare måste även handläggarna ta ställning till när och om de ska ingripa. Enligt Eliasson utgörs ett ständigt och återkommande dilemma av att på samma gång respektera den enskildes självbestämmande och integritet och ha ansvar för en omsorg som möjliggör för den äldre personen att leva under goda förhållanden.

Sammantaget kan sägas att var och en har såväl ett individuellt som ett kollektivt ansvar inför andra. Konflikten mellan de båda positionerna, alltså att betrakta den andre som objekt *eller* subjekt egentligen återkommer i all mänsklig samvaro. Eliasson hänvisar i sammanhanget till den danske filosofen Uffe Juul Jenssens resonemang om att i varje grundläggande moral finns en princip som handlar om ”*vårt ansvar för de svaga i samhället*” (Eliasson, 1995, s. 58,

kursivering i original). Att inte vilja ta hänsyn till att människor är både subjekt och objekt är med andra ord en yttring för en ”halverad människosyn” (s. 61).

Eliasson karakteriserar vissa lösningar på objekt-subjekt-konflikten som renodlad flykt. Det är inte uteslutande enskilda professionellas ståndpunkter som hon kritiserar, utan även strukturella förhållanden. Under vissa perioder premieras eller uppfattas något av ställningstagandena som mer önskvärt än andra, förklarar hon. Trots att det är adekvat att kritisera en objektsyn där människor uppfattas som och görs till maktlösa, finns skäl att vara skeptisk till dess motsats, förklarar Eliasson. Ett renodlat subjekt som är helt autonomt finns egentligen inte i sinnevärlden, utan existerar uteslutande som en teoretisk abstraktion. Eller som vi här vill tillägga – kanske bara som en god intention, eller uttryck för ett önsketänkande, eftersom människor helt enkelt kan vara beroende av andra på grund av sjukdom och ålderdom. Tendensen finns också att professionella önskar principiella lösningar till varje problem och att de därför oreflekterat prioriterar en lösning framför en annan, enligt Eliasson.

Vi sammanfattar Eliassons resonemang i följande tabell, vilken inte är en strävan efter exakt återgivning utan snarare en avsikt att tydliggöra hennes tankegångar.

**Tabell 1. Synen på människan och hållning utifrån objekt, subjekt respektive objekt-subjekt-perspektiv**

Perspektiv	Del	Del	Helhet
<b>Synen på människan</b>	<i>Objekt</i> – Beroende av andra och omvärldsbetingelser, dvs. ta ansvar för den enskilde individen	<i>Subjekt</i> – Aktiv och självbestämmande, dvs. att respektera den enskilda individen	Både <i>objekt</i> & <i>subjekt</i> – helhet
<b>Hållning</b>	<i>Flykt</i> – Halverad människosyn; Objektsyn, expertvälde och ansvarstagande, som kan innebära övergrepp	<i>Flykt</i> – Halverad människosyn; Subjektsyn, var och en får skylla sig själv, som kan innebära underlåtenhet	En levande konflikt mellan ansvar för varandra som medmänniskor eller respekten för den enskilde

Källa: Eliasson (1995: 59) Författarnas bearbetning av Eliasson schema.

## Metod

För föreliggande undersökning valdes fokusgruppssamtal som metod för att samla in data. I en sådan grupp får deltagare möjlighet att reflektera över och argumentera om ett specifikt fenomen under ledning av en moderator (Kitzinger 1994). Forskaren kan således vara mitt i ett pågående skeende där inget tycks givet på förhand eftersom samtalen växer fram i samspelet mellan forskare och deltagare respektive mellan deltagare.

Ett strategiskt urval av verksamheter gjordes utifrån en tidigare inventering i Stockholms län av äldreomsorgens organisering av arbetet med äldre personer med missbruksproblem (se Gunnarsson 2013). Enheterna valdes för att representera kommuner med olika socioekonomisk sammansättning och storlek. I undersökningen deltog biståndshandläggare och hemtjänstpersonal inom de berörda kommunernas omsorg. Fyra fokusgruppssamtal organiserades med biståndshandläggare, med mellan två och åtta deltagare. Av dessa var sju kvinnor och en man. Den yngsta deltagaren var i 20-års åldern och den äldsta i 60-års åldern. Därutöver genomfördes två fokusgrupper med hemtjänstpersonal, med sammanlagt 15 personer, vårdbiträden och undersköterskor, varav tre män, från fyra olika hemtjänstdistrikt. Den yngsta deltagaren var i 20-års åldern och den äldsta nära pensionsåldern. En tredje fokusgrupp kunde av tidsskäl inte organiseras, i stället gjordes en personintervju med ett vårdbiträde. Av vår resultatredovisning framgår när data presenteras från fokusgrupperna respektive det enskilda vårdbiträdet.

Alla samtalen bandades för att sedan transkriberas så ordagrant som möjligt. Vissa avsnitt i grupperna var emellertid svårtranskriberade därför att deltagare talade i mun på varandra eller för att parallella samtal pågick. När det var ogörligt att klarlägga vad deltagarna sade sammanfattades innehållet i samtalen så som forskaren tolkade intentionen bakom.

Analysarbetet gjordes parallellt under datainsamlingen. Efter genomläsning av varje transkription diskuterades återkommande teman och textpassager som innehöll meningsbärande enheter. Arbetet inspirerades av Kvale och Brinkmans (2009) fenomenologiska angreppssätt för att hantera empiriskt material och vi använde oss av meningskoncentration. De meningsbärande textenheterna var av olika längd, men ofta längre utdrag med flera deltagare i respektive fokusgrupp som var i dialog med varandra om ett specifikt ämne. Efter denna första bearbetning sorterades avsnitten från biståndsbedömarna under följande teman: *Indikatorer på missbruk; Handläggning av ärenden* och *Kommunens alkoholpolitik*. Temat *Indikatorer på missbruk* tolkades utifrån dimensionerna *kön, klass,*

*ålder och kulturell bakgrund*. Omsorgspersonalens samtal kodades delvis under andra teman, såsom *Indikatorer på missbruk*, *Beskrivning av de äldres livssituation* och *Omsorgspersonalens förhållningssätt*. Dessa teman tolkades sedan utifrån Eliassons (1995) reflektioner om omsorgstagare som objekt och subjekt.

Etiska principer genomsyrade hela forskningsprocessen, vilket bland annat innebär att aldrig presentera resultat eller tolkningar som avslöjar deltagares eller äldre omsorgstagares identitet eller som kan uppfattas som kränkande. Deltagande i varje fokusgrupp var frivilligt och kunde avbrytas när som helst under forskningsprocessen (Forskningsrådets etiska regler 1995). I alla grupper informerades också om möjligheten att lämna kompletteringar i efterhand, men ingen deltagare gjorde så.

I samtalen diskuterades människor som är socialt utsatta, på grund av missbruk i kombination med fysiska och/eller psykiska sjukdomar. Därmed förväntas vi som forskare vara särskilt varsamma och noggranna. Uppgifter som sammantaget kan avslöja de äldres identitet som kommun eller specifika yrkesbakgrund har därför uteslutits, däremot inte uppgifter om kön och klass. Resultatet av analysen presenteras emellertid så att identiteten inte röjs, sålunda har vi av konfidentiella skäl gjort vissa förändringar i handläggarnas utsagor. Dock kan möjligen enskilda tjänstemän känna igen sina egna ärenden. Här konstateras att forskningskravet väger tungt eftersom utan dessa dimensioner riskerar redovisning och analys att vara icke distinkt. Omsorgspersonalen kan förmodligen också känna igen sina omsorgstagare. Här gäller samma ställningstagande. Krav på en distinkt forskning av så utsatta människor som vår undersökning berör är avgörande, särskilt med tanke på behovet av ny kunskap och forskning inom området, som på sikt skall kunna leda till bättre policy, utveckling av goda utbildningsinsatser och framför allt ett värdigt omhändertagande av dessa äldre personer. Presentationerna av utsagorna görs för att inte röja omsorgstagarnas identitet för utomstående.

Vi vill här betona att eftersom handläggarna och utförarna har olika uppdrag genomsyras också intervjusituationen av detta. När vi presenterar samtalen i fokusgrupperna måste konstateras att analysen självklart får olika fokus. Respektive professionsgrupp beskriver sitt arbete med äldre med ett problematiskt alkoholbruk på delvis skilda sätt, som kan förstås utifrån det uppdrag och den närhet respektive yrkesgrupp har till de äldre omsorgstagarna.

## Kapitel 4. Biståndshandläggarna tal om arbetet med äldre med alkoholproblem

### Hur biståndshandläggarna agerar

I studier av Gunnarsson (2012, 2013) om hemtjänstens arbete med äldre med alkoholproblem poängteras att äldreomsorgens uppdrag skiljer sig från det uppdrag missbruksenheterna i kommunerna har. Missbruksvård utgår från behandling som bör leda till förändring, ytterst finns tvångsåtgärder i form av Lagen om vård av missbrukare, LVM. Äldreomsorgen ska ge god omsorg med respekt för individens självbestämmande och erbjuder möjligheter till ett värdigt liv. Biståndshandläggarna i våra fokusgrupper betonar att det är att kunna ge omsorg som är avgörande för hur de agerar i denna typ av ärenden: *”Det är en jättesvår fråga, för vi fokuserar ju inte så mycket på missbruket i sig, utan det är omvårdnaden man tittar på.”* Biståndshandläggarna resonerar även om hur de borde närma sig en person som har alkoholproblem:

- *Försöker vara rak i mötet.*
- *Man är mån om ett samarbete också, man vill inte skrämman iväg dem, så att de säger att; ”Du får aldrig komma tillbaka för du anklagar mig för att vara alkoholist”.*
- *Första gången kanske man tänker, det kanske inte var så.*
- *Man måste skapa ett förtroende. Börjar man direkt och hacka och fråga då får man inte komma hem dit igen. Då är det kört.*

Biståndshandläggarna uppfattar att det är tabu för många äldre att tala om sina alkohol- och dryckesvanor med utomstående. Men det finns biståndshandläggare som menar att de också själva är rädda för att beröra frågan.

- *Men sedan tror jag också att ibland är vi nog för mjäkiga, alltså. Varför kan vi inte gå rakt på sak och säga att: ”Du, jag tror du dricker. Stämmer det?”*
- Ju mer man kryper omkring, ju mer skamligt blir det ju. Då visar ju jag också att det här är skamligt. Det vill vi inte prata om.*
- *Att våga se, att våga prata om det.*

En vårdplanerare betonar att utredningsarbetet kan underlättas om ett problematiskt drickande tidigare har uppmärksammats av sjukvården:

*För mig är det ju lättare som träffar dem på sjukhus, för där finns det sjuksköterskor och läkare som säger att när du kom in till oss hade du 2,8 och det har kanske tidvis blivit lite mycket drickande. Då slipper jag ta upp det. Då är det mycket lättare. Då har man en annan infallsvinkel att prata om det.*

Dessa ärenden är ofta komplicerade och det är inte helt enkelt att besluta om specifika och adekvata insatser över tid eller om särskilda behov uppstår under vissa perioder.

*Det är ju frustrerande och det är inte alltid så lätt att sätta in insatser hos personen. För det är inte säkert att samma insats är bra för hur personen är varje dag. För det som fungerar kanske två månader, fungerar kanske inte de andra två månaderna. Det blir ju väldigt roddande med hemtjänsten.*

Denna typ av ”pendelärenden” är inte ovanliga inom hemtjänsten (Nordström & Dunér 2003). Det kan röra sig om äldre som när de mår bättre avsäger sig hemtjänsten eller som i fallet ovan kan handla om att en person dricker för mycket alkohol i perioder.

Handläggare kan också upptäcka missbruk under en pågående utredning, som vid ett hembesök eller som när hemtjänsten slår larm:

- Vi har ett område som är ganska gammalt. Det är känt i kommunen att det bor gamla gubbar där. En del av ärendena hör samman med missbruk. Det står i deras akter.*
- Men ibland är det något man känner ändå vid första hembesöket att här är något som inte stämmer och så kan det ibland ta lång tid innan man, och ofta är det ju hemtjänsten, men man vet inte om det från början.*

### **Hembesök under en pågående utredning**

En av handläggarna förklarar hur hon själv förhåller sig till sina iakttagelser vid ett hembesök:

*Oftast när man kommer in [genom dörren] – för vi svenskar tar ju oftast av oss skorna, eller också så ser vi till att vi har några sådana här blå plasttossor – oftast går ju gränsen i ett hem att här kan jag inte ta av mig skorna. Det är ett mått man kan ha.*

*Nästa mått kan vara:*

*Finns det någonstans där jag kan hänga av mig?*

*Finns det någonstans där jag kan ställa ner min väska?*

*Finns det någonstans jag kan sitta, utan att jag upplever att det är äckligt att slå sig ner? Det är väl det ungefär.*

Handläggarna kan emellanåt uppmärksamma hur den yttre fasaden krackelerar för den äldre och följande diskussion illustrerar betydelsen av att få en helhetsbild av omsorgstagarens situation:

*– Tomglas, misäraktigt.*

*– Sådant tycker jag man kan se.*

- Fast det är inte alltid man gör det.
- Nej, jag har jobbat ganska länge i de här svängarna, ibland så blir jag så här att, man ser ibland när man kommer in, en liten tendens till misär, med klädsel och omvårdnad av dig själv, så ibland kan man se, tycker jag. Det behöver inte vara flaskor utan man kan se.
- Vad är det ni tittar på då?
- Helhetsintrycket.

### Uppdraget som handläggare

Biståndshandläggarna har i begränsad omfattning samarbete med missbruksenheterna. Men ett samarbete över professionsgränser förutsätter att enskilda professionella är intresserade, enligt handläggarna. Ett sådant arbete tar tid och handläggarna är medvetna om att det också kräver egen arbetsinsats. Biståndshandläggarna betonar i samtalen att de faktiskt är myndighetsutövare och förväntas handlägga ett visst antal ärenden och att de därmed i praktiken måste prioritera för att ha en rimlig arbetssituation eller arbetsbörda:

*Vi brukar inte gå till botten med sådana här frågor. Det är bara en liten del i vårt arbete. Vi kan erbjuda och förmedla kontakter. Men sedan sträcker sig inte vårt uppdrag längre. Vi kan ju liksom inte gå djupare in i ärendena för då hinner vi inte med 40 ärenden och ännu mindre 140 ärenden.*

*Men så är det ju ibland med de här komplexa ärendena att man får ta. Hade man en annan arbetssituation så kunde man kanske gå in och ordna någon slags samverkan och ägna dagar åt det här. Men det går inte. Vi måste lära oss släppa, att inte grotta in oss för mycket.*

Alla handläggare ser således inte missbruk i sig som problematiskt eller ett åtagande som nödvändigtvis hamnar på deras bord. Detta är till stor del i linje med de olika uppdrag som missbruksvården och äldreomsorgen har. Förutsättningarna att kunna bistå med några avgörande insatser i relation till alkoholmissbruket finns således inte.

### Vem som slår larm

Biståndshandläggarna får vetskap om att det föreligger en problematisk situation genom aktörer som hyresvärdar, anhöriga, distriktssköterskor, men framförallt hemtjänstens personal. Utifrån den informationen kan biståndshandläggaren sedan agera.

*Vi brukar göra hembesök (om t ex en hyresvärd kontaktar) och uppsökande verksamhet och pratar med dem och ofta kan det bli så att personen hotas av vräkning. Då brukar de ta emot hjälp faktiskt.*

Anhöriga kan också slå larm och då kan biståndshandläggaren göra ett hembesök. ”Men ofta förnekar den äldre personen vilket är jättesvårt, som de här som inte vill kännas vid att de dricker mer än någon gång.” Inte sällan upptäcks problem när en person får regelbunden hemtjänst, men samtidigt menar en biståndshandläggare att omsorgspersonalen har en tung arbetsbörda och gör så gott de kan:

- Hemtjänsten är en tapper skara. Det här lite dolda missbruket det är ju en nål i en höstack. För dem är de svåra ärenden, kanske psykiatriärenden och svår misär. Då blir det här – vad ska jag säga, måttfulla missbruket då – det här missbruket som kanske leder till ökad fallrisk, dålig hygien, att de äter sämre. Det är kanske inte det som de uppmärksammar. De har så svåra ärenden att det är kanske inte någonting som de lägger så mycket energi på.
- Bara när det har accelererat.
- Ja, då börjar det.
- Ja, de har sagt att så här har det inte varit, men nu börjar det.

### Skälig levnadsnivå och inköp av alkohol

En insats som ställs på sin spets när det gäller äldre personer med alkoholproblem är inhandling av dagligvaror. Vad ska de facto ingå? Vad ska betraktas som skälig levnadsnivå? Ingår det ”i skälig levnadsnivå” att få inköp på Systembolaget? I en fokusgrupp resonerar handläggarna om vad som är rimligt utifrån självbestämmande i relation till ett eventuellt missbruk:

- Är det skälig levnadsnivå? Är det skäligt att man skall gå till systemet varje vecka? NEJ.
- Hur skulle ni göra om någon verkligen ansökte: ”Jag vill ha mer inköpstid, för att jag skulle vilja ha inköp från Systemet?”
- Det skulle kännas svårt att bevilja det tycker jag, för en som verkligen har sådana [problem].
- Vi säger att det är skäligt att få mat. Hemtjänsten står inte och kokar fläsklägg och gör rotmos från grunden.
- Jag tror det är viktigt att väga in vilka konsekvenser det får. Det är viktigt att ta hänsyn till den enskildes självbestämmanderätt, absolut, och sen så gör man ju en individuell bedömning – är det här en normal. Jag har svårt att försöka upprätthålla någons missbruksproblem, men samtidigt så är de ju vuxna människor som kan bestämma för sig själva. Så det är viktigt att man gör en avvägning, tycker jag.

I en annan fokusgrupp utspelar sig följande diskussion:

- Men får jag återgå till de där inköpen? Jag blir lite så här att jag vill prata dagligvaror. Då tänker jag så här att det finns ju de som behöver inköp från Clas Ohlsson, men alltså då tänker vi ju inte; ”Inte till Clas Ohlsson”.
- Fast då har de ju promenadtid med ledsagning.



- *Ja, om man inte kan gå själv.*
- *Fast det där kan vi ju diskutera hur länge som helst: Att ingår det att gå till Clas Ohlsson?*
- *Nej.*
- *Vad skall du ha på Clas Ohlsson?*
- *Men där värderar vi inte heller, alltså, duschhandtag vet jag, då har personalen fått gå till Clas Ohlsson och handla för att man inte kan gå själv.*
- *Men det kan vara skäligt att få duscha! Det kan man tycka, resonera så.*
- *Man kan inte klara sig utan en dusch, men man kan klara sig utan alkohol.*

Frågan om vad som ingår i skälig levnadsnivå förefaller återkommande vara en svårighet att ta ställning till under handläggningen av enskilda ärenden. I relation till inköp på Systembolaget blir det uppenbart problematiskt. I fokusgrupperna finns skilda uppfattningar om innebörden av ”skälig levnadsnivå”. Olika förhållningssätt framkommer även i den tidigare studien om enhetschefernas uppfattningar (Gunnarsson 2013).

När det gäller inköp på Systembolaget finns inga nerskrivna föreskrifter, men de intervjuade biståndshandläggarna menar att hemtjänstpersonalen i praktiken kan neka:

- *Det kan bli en konfliktsituation för den stackars hemtjänstpersonalen också att känna; ”Nej, du får inte”.*
- *Men om den äldre klagar så kan de hänvisa till era beslut?*
- *Det finns ju ingenting nedskrivet. Jag har inget beslut på det, utan det är bara någonting som ligger i luften.*
- *Det finns ingen nedskriven policy – ”att i den här kommunen, att vi har någon non-alcohol”. Det finns inte.*

I en annan fokusgrupp konstateras en liknande hållning, det vill säga, att ”det generella är väl att man inte skall gå till Systemet, men det finns ju inget nedskrivet”.

### **Självbestämmande som utmaning**

Samtidigt som handläggarna betonar hur komplicerade de ärenden är som rör äldres problematiska drickande, betonar de även att det är den äldres självbestämmande och autonomi som alltid ska gälla i samband med biståndsbedömningen.

- *De har ju alltid varit de personer som de har varit och de måste ju ha rätt att leva på ett sätt som passar dem.*
- *Det har de ju även om de väljer ett missbruk, så har de ju det. Man har ju inte rätt att göra något för den skull, utan man kan informera om att det finns hjälp om det blir problem. Försöka att stötta dem. Väljer man att dricka för mycket då får man göra det ändå.*

I en annan grupp framkommer också betydelsen av frivillighet:

*– Det bygger mycket på frivillighet, vi kan inte tvinga på någon hemtjänst. Vill du ha hjälp med ditt missbruk så måste du vilja, men så länge den person det gäller inte vill sluta dricka eller vill få hjälp för att sluta dricka, då kommer man ju ingenstans där heller.*

Det finns således en motsättning mellan äldres självbestämmande och på vilket sätt handläggarna kan eller vill närma sig en person som har alkoholproblem, vilket även framkommer i andra studier (se Gunnarsson 2013). I de studerade kommunerna finns olika förhållningssätt och där några menar att personalen inte alls kan ”klampa in”, medan andra menar att man kan närma sig den äldre och faktiskt ställa frågan om vilken hjälp den äldre skulle vilja ha. Det handlar om ett komplicerat vardagligt utredningsarbete, inte alltid om antalet ärenden som kan relateras till en alkoholproblematik.

### **Biståndshandläggarnas tal om äldre och alkohol**

De maktrelationer som vi menar styr vardagen i äldreomsorgen är ålder, kön, klass, kulturell bakgrund samt eventuell förekomst av psykisk/fysisk sjukdom eller funktionsnedsättning (se Gunnarsson & Szebehely 2009). Vi kommer därför i kapitlet att fortsättningsvis bena ut handläggarnas reflektioner utifrån dessa dimensioner. Talet om de äldres drickande utgår från handläggarnas förutsättningar för att uppfylla sitt arbete och utifrån den arbetssituation de har. Den skiljer sig från utförarnas situation i en bemärkelse, som handlar om dimensioner av närhet – i synnerhet kroppslig närhet.

### **Kvinnor har skäl till sitt drickande, män dricker ändå**

Människors kön är inte bara biologiskt betingat, utan också en följd av ett socialt sammanhang, ett vardagligt görande som genomsyrar varje möte inom omsorgen (Gunnarsson & Szebehely 2009). Att *göra kön* innebär att människor i interaktion, alltså tillsammans skapar vad som uppfattas som typiskt kvinnligt och manligt. Detta skeende upprepas och återskapar det som betraktas som kön i ständigt pågående processer. Vad som betecknas som kvinnligt eller manligt är med andra ord föremål för återkommande förhandlingar människor emellan (a.a.). Hur vi betraktar den person som brukar eller missbrukar alkohol styrs av föreställningar om manligt och kvinnligt. Förhållandet till alkohol påverkas följaktligen av kön.

I heterosexuella parförhållanden (miss)brukar sällan bara kvinnan, enligt de intervjuade handläggarna. Antingen dricker båda makarna eller bara mannen. Går kvinnan bort före honom kan hans drickande eskalera. Vid hembesök hos äldre par kan biståndshandläggaren

emellanåt känna att något ”inte stämmer”. En handläggare konstaterar: ”De undanhåller något, det är någon slags konstig stämning. Eller folk är inte uppriktiga. De har en konstig relation med varandra också.” Missbruk i en parrelation är dessutom lättare att upptäcka: ”Ja, annars är det nog svårare. Om en gammal dam dricker litet för mycket, tror jag inte att man känner det på samma sätt. Men just när det är par, då tänker jag att det är något som är fel”, enligt en annan biståndshandläggare.

Av samtalen i fokusgrupperna framkommer att männen antas ha druckit alkohol hela sitt liv. Att äldre kvinnor dricker har sina skäl, exempelvis till följd av att det ”oftast har hänt saker”, som att maken gått bort och att de därmed försöker att lindra sorgen. Kvinnor kan också börja använda alkohol efter besked om en demensdiagnos. Drickandet som först tröstar riskerar att öka över tid. Dåligt närminne gör dessutom att de inte kommer ihåg när de senast tog ett glas, även om de på sikt kanske glömmer alkoholen, enligt handläggaren. Dessa kvinnors livssituation uppmärksammas inte alltid, särskilt inte om de ”ger sken av att vara” som förr. Kvinnorna beskrivs som kulturellt intresserade, välutbildade och de talar väl. Men efter diagnosen tappar de oftast sitt sociala umgänge. Handläggarna är noga med att uttrycka förståelse för att dessa kvinnor faktiskt har skäl till drickandet, men med några förbehåll som vi strax skall se.

En biståndshandläggare berättar om en kvinnlig omsorgstagare som periodvis är alkoholiserad. När kvinnan är berusad ”så ramlar hon och så bryter hon sig – det är *alltid* någonting som är av – en axel, en arm eller ett ben, och det är olyckligt att bo i en lägenhet utan hiss”. Hon är nu mycket ensam och lever ”väldigt spartanskt – har nästan inga möbler och bryr sig inte som sitt hem, hon bryr sig inte om *sig*, kan man nog säga”. Handläggaren fortsätter:

*Jag kan verkligen förstå att hon dricker. Det är bara synd att hon är benskör. Torftigt. Innehållslöst. Hon har ju jobbat hela sitt liv. Hon är intelligent. Hon har ju huvudet.*

*Man skulle kunna tycka att hon kunde ha en annan ålderdom. Men det handlar också om val. Man kan ju välja att gå med i en pensionärsförening eller att vara aktiv. Men hon har valt att inte vara det.*

Det finns ytterligare en dimension som framkommer i samtalen som rör kön, nämligen att det är särskilt skambelagt för kvinnor att vara berusade. Kvinnlig fylla är de facto helt oacceptabel: ”Berusad kan man vara, men inte full – som karlar som raglar omkring, alltså på

perrongen – är inte okej”, enligt en handläggare. Detta resonemang relaterar några handläggare till att varje kvinna redan som liten måste ”vara duktig flicka”, respektive en förväntan om den äldre kvinnans moderlighet, alltså att ”mamma är omhändertagande”. En berusad kvinna kan inte ta hand om andra, kanske inte heller om sig själv. Hon är alltså långt ifrån duktig. En alkoholpåverkad kvinna avviker följaktligen från en given förväntan.

En allmän föreställning är att äldre inte dricker, särskilt inte kvinnor, enligt handläggarna. När en handläggare berättar om en äldre kvinna som hon först trodde hade en ”minnesproblematik” reagerade släktingarna med följande svar: ”Minnesproblematik! Hon var ju full!” Berusning hos en äldre kvinna brukar oftast tas för förvirring, om inte ”lukten av alkohol” känns eller flaskor står på bordet eller tömda flaskor syns, enligt handläggarna. Sålunda måste berusningen inte sällan vara övertydlig för en utomstående som kanske är ”feg” eller har ”fel glasögon på sig”.

Dessa äldre – oavsett kön – har förmodligen slutat att bry sig och är bara upptagna av en sak och det är att dricka, enligt två biståndshandläggare, och situationen förvärras av den äldres allmänna hälsotillstånd som kommer med ett åldrande:

*– Ingenting annat verkar viktigt då, får man en känsla av, framför allt när man själv har jobbat ute i hemtjänsten och varit ute på fältet. Det kan vara så att personen i stort sett är bosatt i sin säng. Då är det bara en ölburk egentligen som är det viktigaste för dagen. Det har gått så långt att ingenting annat är viktigt. Det kan också vara så att du är sjuk, alltså fysiskt, så att du blir ganska begränsad i din bostad. Men det viktiga är att kunna få dricka och det tragiska är att du kanske...*

*– Oftast innan – om det nu är så att man har hemtjänst och man har mycket hemtjänst, och man kanske är aktuell för ett äldreboende och åker in och ut på sjukhus – då har du många sjukdomar som du kanske hade förvärvat ändå utan att du hade blivit alkoholmissbrukare. Samtidigt blir det inte bättre av att du dricker, och sedan har du kanske skador som du har fått av ditt alkoholmissbruk också. Så oftast är det personer som är rätt multisjuka.*

Om vi nu har presenterat resonemang som knyter den äldre personen till kön finns ytterligare en aspekt som framkommer och det är samhällsekonomisk tillhörighet – som att i sammanhanget ha tillgång till resurser och ekonomiskt och socialt kapital.

### **Att ha eller inte ha resurser**

Tillgång till ekonomiska och sociala resurser har avgörande betydelse i äldreomsorgens vardag. Även om biståndshandläggarna i samtalen inte alltid anger de äldres

samhällsekonomiska status framkommer ofta klassbakgrund med hänvisning till att de äldre bor i segregerade områden, exempelvis i ”en tjänstemannastad” eller ”en gammal arbetarstadsdel”, alternativt refereras till deras yrkesliv, som ”folk som har jobbat i industrin”. En skillnad mellan olika bostadsområden är att i ”de finare områdena” dricks dyrare vin och emellanåt starksprit. Andra klassmarkörer som nämns är förekomst av ”fina möbler”, ”fina mattor”, att lägenheten har ”en borgerlig inredning”, eller att de äldre har ”ekonomiska resurser för att dricka årgångsviner”. Med andra ord, vill vi mena att de personer som tillhör medelklassen beskrivs genomgående som människor som *har*. De har i allmänhet det som äldre från arbetarklass saknar, som fina möbler, fin inredning, god ekonomi, goda manér, ett stort umgänge och/eller uttalade åsikter.

### **Att dölja, skämmas eller erkänna sitt missbruk**

”Nyktra alkoholister eller om de fortfarande är aktiva missbrukare” där vet handläggarna sedan tidigare, exempelvis om kommunens missbruksenhet har kontakt med dem. Dessa äldre personer, vanligen män, försöker inte skylla över sin missbruksbakgrund: ”Ofta så säger de det själva, i alla fall de som jag har mött, eller har på något annat sätt uttryckt att de använder alkohol”, enligt en vårdplanerare. Ändå är det inte okomplicerat, eftersom det emellanåt kan kännas skamligt att tala om sin problematik: ”De känner skam, det märker man. Rösten blir mycket, inte mjukare, men liksom tunnare. De blir litet tysta när de säger det [alltså talar om alkoholen] och så tittar de oftast bort.”

I alla fokusgrupperna betonas att äldre med en alkoholproblematik från medel- och övre medelklass utåt sett lever under välordnade förhållanden och sällan berättar för omvärlden om sitt drickande eller ens *erkänner sitt missbruk* för sig själva. Att ha kunskap om ”de *andra* – de som liksom inte sitter på *bänkarna* – de som sitter och dricker viner”, är emellanåt ogörligt. Äldre som tillbringar sina dagar ”i sitt fina vardagsrum med fina mattor och dricker årgångsviner, har ju väldigt svårt att se själva att de missbrukar”. Det är följaktligen inte bara handläggarna utan också de äldre själva med medelklassbakgrund som inte kan ta till sig att ett problematiskt bruk föreligger. De är ju inte ”parkbänksalkisar, men ändå finns det ett *missbruk*, och då är de väldigt svåra att uppmärksamma också, för man ser inte den här *misären* när man kommer hem, för hemmet är rent och städat och prydligt.”

I en biståndsgrupp förklaras att handläggarna ibland kan möta äldre som de aldrig trodde skulle vara någon som dricker, på grund av en prydlig fasad eftersom personen har ”villa och familj och åsikter”, eller som en handläggare säger att ”man aldrig i sin vildaste fantasi kan

tänka sig att det finns ett missbruk bakom”. En medelklasstillhörighet innebär för den skull inte bara en förväntan om en snygg fasad, den skall också backas upp av ett prydligt hem.

Smuts eller misär hemma hos en äldre person med en alkoholproblematik är alltså inte självklart. Men olika iakttagelser sammantaget leder fram till biståndshandläggarnas slutsats om att en problematik föreligger. Somliga klienter från medelklassen kan dock länge dölja ett drickande eftersom de behåller en ”fin yta” och har ett socialt kapital, som utbildning och umgänge: ”Man har ju pengar och kan ju det sociala också. Det är inte det där förfallet”, enligt en vårdplanerare.

Vissa från medelklassen har hela livet använt alkohol rikligt, men på grund av sjukdom möter de biståndshandläggare som arbetar som vårdplanerare när de hamnar på sjukhus. Så här beskrivs dessa omsorgstagers situation:

*– Det är litet mer accepterat och så träffas man och så dricker man och äter mat och dricker whiskey. Så går man hem. Och så häver man i sig resten av whiskeyflaskan. Det är också ett ganska stort missbruk.*

*– Många sådana träffar jag på sjukhuset – inte dem som redan lever i en misär, eller vad vi skall kalla det för, det här dolda missbruket – utan de som kommer in [till sjukhuset] och som har en alkoholhalt på 2,8 när de kommer in.*

Några biståndshandläggare berättar om ett äldre par som kom hem till Sverige efter år utomlands i en ”alkoholvänlig miljö”, där det ”blev mycket whiskey på eftermiddagarna”. De hade ett etablerat socialt liv och upprätthöll utåt en prydlig fasad med en borgerligt inredd lägenhet. De vuxna barnen hade också en alkoholvänlig inställning och ”tyckte inte att det var konstigt att åttioåriga mamma drack whiskey dagligen”. Personalen från hemtjänsten oroade sig dock när den här kvinnan blev änka eftersom hon åt för lite och det förelåg en påtaglig fallrisk: ”Hon blev ju så skruttig i kroppen. Svårt att veta vad som är vad. Men att hon då *inte* kunde gå – det vill säga göra vissa förflyttningar utan hemtjänsten – och klart är att fallrisken ökar då”, som en handläggare säger. En God man och släkting köpte alkoholen: ”Men döttrarna tyckte att det skulle hon få *göra*, så att det var ju så. Men sedan försökte de att begränsa. Men det var ju inte vin, utan det var starksprit”. Omsorgstagaren beviljades promenader och hemtjänsten försökte få med henne ut. Kvinnan ville emellertid inte aktiveras, utan hon ”trivdes ju så bra med att hon fick småsmutta på sin whiskey hela dagen”.

Enligt handläggaren hör liknande alkoholbruk till en särskild kultur inom högre

medelklassmiljö och säger: ”Det är inte något konstigt. Jag har gjort hembesök där och då är dottern också berusad, välklädd i märkeskläder, kommer från någon tjusig förort. Men man känner som att det är något sorgligt på något sätt. Det här kommer som med modersmjölken.”

### Utslagen på gamla dagar

Emellanåt diskuteras i Sverige människors ”klassresor”, vilka ofta associeras till att personen genom utbildning och karriär under sitt yrkesverksamma liv når en högre samhällsställning än tidigare. Svårare är det nog att ta till sig att drickande äldre *efter* pensionering hamnar utanför samhället på grund av att hon eller han utnyttjas av andra som själva är helt utslagna. En äldre man, inte sällan med god ekonomi, kan komma i kontakt med yngre kvinnor som missbrukar. En handläggare berättar om en man som hade placerat sina pengar med god ränta. Av sitt drickande under livet hade han emellertid blivit alkoholdement och sedan efter sin pension blivit bekant med en kvinnlig blandmissbrukare. Så här beskrivs konsekvenserna av kontakten:

– *Hon plockade honom på pengar och han lånade ut sitt bankomatkort. De [kvinnans bekanta] plockade honom på mycket pengar tills det kom in en förvaltare och såg till att det bara fanns lite pengar då [på kontot]. /.../*

– *Ibland så kunde inte hemtjänsten gå in, för då var hon där. Då var hon aggressiv. Då fanns det narkotika också. Det var ju blandat. Så att han var svår att hjälpa. När hon var inne på behandling, då var där lugnt. Men så fort hon kom ut var hon där igen. Kvinnans bekanta köpte ut till honom.*

Även äldre dementa kvinnor, välbeställda eller inte, kan bli utnyttjade av utslagna ”män som sitter på parkbänken” eller av grannar och som finansierar sitt eget drickande genom inköp åt dessa kvinnor: ”Många gånger kan man erbjuda sig att gå och handla, och då får man en slant eller en flaska vin, och då får man dricka upp det tillsammans. De jag har träffat är ofta grannar.” Både äldre män och kvinnor får ”vänner från parkbänkarna” vilket kan resultera i att de blir vräkta från sin bostad på grund av att grannarna klagat på att de äldres bekanta kommer på besök och stör. Några kan också lockas att sätta sig på en parkbänk igen för att ”återuppleva det gamla och sitta ute och dricka på en bänk någonstans och få frisk luft”. Andra, som grannar får inte bara ”en liten slant, för att de gör den här tjänsten till personen”, alltså köper ut alkohol, utan de kan också plocka de äldre på pengar så att de äldre inte kan betala sina räkningar och på sikt blir ruinerade:

*Personerna blir i stort sett vräkta. De tar personens pengar för att gå och betala [räkningar] och sedan betalar de inte. Sedan så uppdagas det och det kan ibland ha gått väldigt, väldigt långt. Då är man ju inne på det här med God man.*

*Sedan kanske det slutar med att [den äldre] kommer till ett äldreboende fastän man kanske egentligen inte skulle behöva ett äldreboende om man hade tagit tag i det här mycket, mycket tidigare.*

*Man kanske inte slutar dricka, men man kanske inte blir sanerad, ruinerad i sin ekonomi.*

När hyresvärdar i samband med en vräkning kontaktar kommunens socialtjänst, oftast enheten för Individ och familjeomsorg (IFO) och de förstår att personen är över 65 år, hänvisas ärendet omedelbart till omsorgen:

*– Då kan det ju uppdagas att ”Herre Gud, Nisse han är ju åttiofem!” Då ringer de ju hit till oss och säger: ”Att nu kommer Nisse att vräkas här och han behöver ett äldreboende!” ”Nej, säger vi. Det behöver han väl inte ha, för han har inte ens hemtjänst.” Sedan kan oftast hela historien nystas upp och ibland så kanske det löses på det sättet att han får den hjälpen och det stödet han behöver.*

*– Man kan stoppa vräkningen?*

*– Man kan stoppa vräkningen. Men i vissa fall så slutar det med att vi faktiskt ger dem ett äldreboende för att det inte finns någon annan möjlighet. Man kan inte sätta en åttiofemårig multisjuk person på gatan.*

*– Informerar ni då äldreboendet om att det är missbruk?*

*– Vet man om att personen uppenbarligen har ett missbruk och man har pratat om det och säger till Nisse: ”Jag vet att du dricker, att du fortsätter att dricka.” Men då vet ju han om att jag vet. Jag menar att då är det inga problem att informera. Men om det liksom inte är lika uppdagat – för man vill ju inte döma någon om han kanske har slutat att dricka – jag menar för då behöver de egentligen inte veta att han har druckit. Å andra sidan så skriver vi glatt att man har högt blodtryck.*

### **Kulturell bakgrund – ”Det beror på”**

I några kulturer betraktas ett glas vin mitt på dagen och mitt i veckan som ett problematiskt alkoholbruk, men inte i andra, enligt de intervjuade handläggarna. Således bör även kulturella aspekter beaktas. En handläggare berättar att hon under ett hembesök till ett äldre par blev bjuden på ett glas vin ”mitt på dagen”. Handläggaren blev alldeles häpen och avböjde: ”Tack, jag skulle kanske ha tagit om jag inte jobbat.” Situationen kändes okonstlad och paret verkade inte alls vara problematiker. Handläggaren kan dock inte låta bli att undra över deras



livssituation och var dessa äldre har sina kulturella rötter, eller som i föreliggande fall i Centraleuropa. Hon funderar över följande: ”Är det här missbruk? Eller är det här kultur? Hur har de levt? Hur verkar deras vardag? Är det problem eller inte? Men hade jag kommit till ett svenskt par, kanske tveksamt skulle jag tycka. Men det här är ju ingenting.” Om handläggare uppfattar äldres drickande som problematiskt kan, menar vi utifrån handläggarnas resonemang, följaktligen relateras till de äldres kulturella bakgrund och nuvarande sammanhang och till vilka medicinska och sociala efterverkningar drickandet får. Följande diskussion uppstår i fokusgruppen som en följd av exemplet ovan, och handlar om och när drickande skall karakteriseras som missbruk eller inte. Slutsatsen är att ”det beror på”. Alltså drickandet måste sättas i relation till eventuella konsekvenser för den enskilde omsorgstagaren som i förhållande till andra, men också följer för hennes/hans fysiska och psykiska hälsa:

*– Jag tänker att så länge personen inte upplever ett problem – att hans eller hennes vardag störs eller att problem finns. Det beror på. Alltså dricker man tre glas vin på en vecka. Alltså det beror på – det är det enkla svaret tror jag.*

*– Missbruk är ju på något sätt att man tappar kontrollen, att man inte förstår vad som är bäst och när man ramlar och har sig och så.*

*– Samma mängd alkohol är kanske missbruk för en person, men inte för andra, tänker jag. /.../*

*– Jag kan tycka att om man är 85 år och tycker om årgångsviner och har råd att köpa, ja FINE, drick det. Det spelar väl ingen roll. Men om man tappar kontrollen och trillar och börjar bryta sig då blir det ett problem.*

*– Relationerna, det är sammanhanget.*

Det är således inte självklart att äldres drickande skall uppfattas som problematiskt. Men ett problematiskt drickande innebär att alkoholen har konsekvenser för den äldre personens vardag och att vederbörande förlorar kontrollen över sin livssituation, ramlar och får frakturer, enligt samtalen med biståndshandläggarna.

### **Kroppens gradvisa förfall med påföljande sociala isolering**

Vissa äldre kan inte konsumera lika mycket alkohol som de tidigare gjorde i livet på grund av sin hälsa, förklarar handläggarna. Som framgår av vår presentation av aktuell forskning inom området finns föreställningar om att äldre personer sällan dricker alkohol i stor omfattning och att de inte är behandlingsbara. Detta kan leda till diskriminerande praktiker, således att äldre inte får den missbruksvård och det bemötande och den omsorg de egentligen skulle behöva. I en av våra fokusgrupper diskuteras att ungdomar kontinuerligt informeras om risker

med alkohol, men sällan äldre. De senare borde också få adekvat kunskap, exempelvis om att äldre generellt tål mindre alkohol och att kvinnor tål ännu mindre alkohol än män, och om ökad fallrisk, enligt handläggarna: ”Frakturer är inte att leka med”.

Av samtalen i fokusgrupperna framkommer att biståndshandläggarna anser att alkoholen följer somliga människor genom livet. Drickandet var kanske först bara ett glas vin till maten, men accelererar och utvecklas till missbruk när ”krämporna kommer och ensamheten – mycket ensamhet”. Äldres sociala isolering och bundenhet till hemmet ökar drickandet, vilket först då leder till att socialtjänsten uppmärksammar situationen: ”Man kan inte ta sig ut och då blir kanske missbruket större och då får ju vi syn på det”, enligt en handläggare. Dessutom kan anhöriga berätta, som att ”pappa han dricker lite väl mycket”. Särskilt märks det om de äldre får svårt att hålla balansen och ”börjar bli lite gamla och ostadiga på bena”. Att dricka då är inte längre acceptabelt eller som en handläggare uttrycker sig: ”Om man tappar kontrollen och trillar och börjar bryta sig – då har det blivit ett *problem*.” Handläggarna vill dock inte moralisera över att en omsorgstagare dricker ett glas vin till maten, dock helst ”inte varje dag”. Handläggarna jämför med sig själva och hänvisar till att det inte är så märkvärdigt eftersom de själva dricker under sin semester eller att de tar det här ”fredagsglaset”.

Övergången från bruk till ett missbruk kan helt bero på kroppens reaktioner i samband med åldrande. Så här berättar en handläggare om ett äldre par som alltid hade haft en liberal hållning till alkohol, men i nittioårsåldern inte längre tålde samma alkoholmängd:

*– De har tagit ett glas vin till maten och så en whiskey. Det har de ju gjort. Men sedan de sista åren, de är 90 plussare bägge två, på slutet så changerade det. Ju mer ont i benen de fick och problem med att röra sig, då blev ju vinet kanske dagens höjdpunkt och whiskeyn. Men då hann de inte på toaletten. Sista halvåret rädde misär.*

*– Möjligen accelererade drickandet för att de kände sig så hjälplösa och de ville inte ha så mycket hjälp heller. Men jag såg inte det som ett problem i början. Barnen tyckte att det var självklart att de skall ha det här [drickandet]: ”Vi kan inte ta ifrån dem det här.” Men de såg att på slutet blev det fel. Det var ju inget missbruk i sig, förrän kanske i slutet, när kroppen inte tålde.*

Handläggarna betonar att hög ålder, låg kroppsvikt, begränsad matlust och medicinering tillsammans med alkohol kan få destruktiva konsekvenser. Situationen riskerar att förvärras om den äldre personen på grund av någon demenssjukdom inte minns att hon eller han nyss tagit ett glas vin. Att upptäcka belägenheten blir dock svårare om den drabbade ger sken av att

vara helt i sin ordning och är välutbildad och välformulerad. Handläggarna beskriver en grupp äldre som utåt sett har fungerat under lång tid men till slut kanske bruket eskalerar och misären tilltar. Då är det svårt att dölja att bruket av alkohol har utvecklats till ett missbruk, ”det går till en viss gräns, men sedan är det kört”. Det är också aningslöst att tro att äldre slutar dricka bara för att de kommer upp i åldern, enligt handläggarna.

Handläggarna talar om hur komplicerade deras ärenden är. Arbetstiden räcker egentligen inte till för att handlägga varje ärende tillfredställande när en äldre person har ett problematiskt drickande. Handläggarna uttalar sig utifrån sin tjänstemannaroll, som innebär att fatta beslut om vilken hjälp som den enskilde har rätt till utifrån de insatser som står till buds. I nästa kapitel presenteras hur utförarna resonerar om äldres drickande och problematiskt bruk. Hemtjänstpersonalens bild av dessa äldre förmedlas i andra ord och utifrån ett annat perspektiv.

## Kapitel 5. Omsorgspersonalens tal om sitt arbete med äldre med alkoholproblem

### Ingen vacker bild

Hemtjänstpersonalen beskriver hur och när de förstår att en äldre människa har problem med alkohol, framför allt hänvisas till mängden sopor och tomglas överallt i bostaden eller att mat står orörd i kylskåpet. Det är ”inpyrt, intorkat” i lägenheten. Matrester står framme. Vissa äldre missbrukare lever inte sällan i misär, särskilt uppmärksammas de äldre som periodvis missbrukar. Här följer ett utdrag där några vårdbiträden och undersköterskor i en av fokusgrupperna resonerar utifrån sina iakttagelser:

- *Spill, spill på golven.*
- *Röker de så kan det ligga fimpar på det mest konstiga ställena alltså.*
- *Och sen är de inte så fräscha heller, liksom. Inte tvättar sig, samma skjorta en 14 dagar.*
- *Inte så noga med att sängkläder eller spisen och sådant där. Det blir en allmän SCHLABBIGHET, liksom. Disken.*
- *Disken.*
- *Och stå framme*
- *Disk överallt.*
- *Ölburkar, lite här och där.*

I en fokusgrupp konstateras att missbruk ”märker man ganska fort”, med hänvisning till följande: ”Ofta så ser du tomma vinboxar. Ölburkar. Det *luktar*. Och dricker de mycket så märker man det direkt på morgonen.” Alkoholiserade äldre hamnar inte sällan i en misär så att hemtjänstpersonalen bara hjälpligt kan ordna deras liv, eftersom dessa äldre har slutat bry sig om sig själva, sin hygien och sin bostad. En äldre människa med alkoholproblematik har därför inget värdigt liv, enligt några av deltagarna. När hemtjänsten kommer handlar det snarare om ”*sanering*” av bostaden än städning. Ibland bara om att hjälpligt hålla den äldre personen under armarna, exempelvis om personalen skall tvätta måste de söka efter tvätt som ett vårdbiträde säger:

*Så skall man tvätta: ”Var finns det tvätt då?” Det finns ingen tvätt. Då får man kolla runt lite grann och där ligger ett täcke och då får man dra av lakanen och om det då sitter på överhuvudtaget. Därunder ligger det ett par kalsonger.*

*Ja, vi skrapar väl ihop en liten hög så här. Så försöker man att prestera någon typ av tvätt, för de bryr sig liksom inte om sig själva överhuvudtaget. Det enda som de bryr sig om är berusningen.*

Lägenheterna i den gamla arbetarstadsdelen där hemtjänstpersonalen jobbar är slitna och nedgångna på grund av misär, ”där är det så äckligt att till och med parketten lyfter, alltså det är så nedkört i många av de här hemmen så att, ja oh, det är nästan så att man känner att här kryper det i möblerna, alltså garanterat”. Samtidigt betonas att detta ändå är bostäder där hemtjänstpersonalen faktiskt får komma in och göra sitt arbete. Andra äldres lägenheter har de aldrig tillgång till eftersom den äldre trots eventuella behov kanske aldrig söker hemtjänst, förrän det har gått alldeles för långt, eller som en undersköterska konstaterar: ”Tänk alla dessa människor som inte släpper in folk! Undrar hur det ser ut där?” Somliga äldre som missbrukar gravt under perioder vägrar öppna eller släppa in någon av personalen. Utförarna får då gå igen med oförrättat ärende eller lämnar kanske en matlåda vid dörren:

*– De stänger ofta oss ute, lite grann. När de blir så här riktigt, när det blir så här riktigt, ofta de här perioderna som super ner sig ordentligt. De vill ju ofta mota oss i dörren och inte släppa in oss.*

*– Men hur skall ni då hjälpa dem?*

*– De tackar nej.*

*– De tackar nej.*

*– Och så tar de emot matlådorna då under de här perioderna. Och då kan du ju inte tvinga dig in, det går ju inte. Och så hittar man dem förr eller senare liggandes, och då kliver man in och då, ja du har ju sagt en del.*

*– Ja, man får slå sig in.*

### **Mängden sopor indikerar missbruk**

Även om somliga äldre med alkoholproblem skickligt kan dupera sin omgivning är mängden sopor och tomglas trots allt en indikator. Men över tid kan förekomsten av ett bakomliggande drickande komma fram. En av undersköterskorna berättar om en kvinna där utförarna initialt inte förstod sakernas tillstånd:

*I början så märkte man ju inte att det var något direkt fel, så att men: "Kan du slänga det här! Kan du slänga det här!" Då var hon orolig att sonen eller dottern skulle komma och se. Så tänkte man: "En glasflaska. Ja, ja." Och så tog man självklart med den ut.*

*Men det blev mer och mer. Och det blev oftare och oftare. Och det var tetror och flaskor. Och det var alltid undagömt bland resten av soporna, så stod det där bakom.*

*Det var väldigt så här: "Glöm inte att ta soporna! Ta det här bakom!" Det var så det hela började, och sedan visade hon sig full inför oss. Hon hade ju säkert – hon blev ju inte alkoholist [som äldre] – hon hade säkert problem hela livet, men att det kom mer och mer.*

Hemtjänstpersonalen tror således inte att kvinnan hade utvecklat sin alkoholism på gamla dagar. Snarare hade hon genom åren försökt att dölja den för sin omgivning. Men allt eftersom denna kvinna vande sig vid hemtjänstpersonalen slutade hon att försöka hålla skenet uppe, samtidigt som utförarna kunde konstatera att hon själv tog sig ut för att göra inköp, oavsett väderlek och trots sin skröplighet:

*Men ju mer hemvan hon har blivit med hemtjänsten som springer där, desto mer oförsiktig blir hon, och använder hemtjänsten som möjliggörande. /.../*

*Den här damen gick med rullator och tog sig knappt framåt, och kämpade och kämpade i ur och skur och i regn och snöoväder. Hon skulle ner till Systemet och köpa de här litrarna.*

Undersköterskorna och vårdbiträdena beskriver hur en förtrogenhet kan uppstå i mötet med de äldre. Personalen förklarar att de äldre efter en tid uppfattar dem "som en del av inventarierna" och därför slutar att dölja sin alkoholproblematik, eftersom "de blir mer och mer bekväma, när de ser oss mer och mer". Samtidigt som anhöriga förmodligen känner att de får avlastning och tycker att det kan kännas skönt att hemtjänsten kommer dit: "De anhöriga kanske inte dyker upp så väldigt ofta, och då blir ju vi lite som familj också. Fast i och med att vi springer så ofta är det tillslut ingenting som de bryr sig om att dölja." Emellanåt kan det till och med vara så att det är anhöriga som förser de äldre med alkohol.

## Äldres problematiska drickande som en särskild arbetsbörda

Hemtjänstpersonalen kan överlag inte se något positivt med äldres drickande: ”Det är inte bra för dem. De blir bara trötta, ramlar och så. Det finns ingenting positivt”. Någon kan emellertid tycka att det är acceptabelt att en äldre person tar sig ett glas på kvällen för att kunna sova bättre. Men, det är ”oacceptabelt” att äldre människor skall leva i misär i en välfärdsstat som Sverige, inte bara eftersom ett problematiskt drickande drabbar de äldre själva utan också deras anhöriga och andra i omgivningen, som grannar, enligt omsorgspersonalen. Även om dessa äldre inte är många till antal så innebär de en särskild arbetsbörda för hemtjänstpersonalen, på grund av den misär som de lever i och det kaos som de skapar omkring sig. Under en pågående missbruksperiod kan det vara så att personalen hittar den äldre personen utslagen och liggandes på golvet, inte sällan i sina egna sdyor, nerkissad eller nersölad av sina fekalier, ”klarar inte av att ta sig på toa, är för full för att begripa”.

Under samtalen klargörs att komma hem till en människa som lever i en sådan misär är emotionellt påfrestande, bland annat eftersom det väcker ilska och eftersom den äldres situation uppfattas så som ”självförvålad”. Arbetet i hemmen kan vara nog så fysiskt betungande efter en period av intensivt drickande. Emellanåt måste lägenheterna saneras: ”Sedan så skurar vi, förutom i de där extremfallen, för då har vi vägrat i alla fall. Då har de fått ta och sanera. Det är så där extremt, extremt.” Ibland måste ambulans tillkallas eller åtminstone distriktssköterskan kontaktas för en bedömning av den äldres hälsotillstånd.

Genom att somliga missbrukande äldre trycker på sina larmknappar när de är som mest berusade stjäl de tid från andra behövande, eftersom tiden inte räcker till för allas behov under en arbetsdag, enligt de intervjuade vårdbiträdena och undersköterskorna. Det är därför påfrestande när dessa äldre larmar under de perioder som de dricker och de tar därmed opropotionerligt med energi, vilket åskådliggörs i följande utdrag:

*– Larmar så här. Det enda vi kan göra är att hjälpa dem in i den här världen igen, höll jag på att säga. Hjälpa dem upp i sängen för att de ska kunna fortsätta. Städa av dem så att det blir snyggare och fräschare.*

*– Ramla ur sängen, ta upp dem, efter två minuter larma igen, vi kommer ut igen. Larma igen, vi är tillbaka igen.*

Hemtjänstpersonalens arbete kräver således kraft och energi. Ett vårdbiträde berättar om en äldre kvinnas situation så här:

*Det är hela tiden vi som fixar och donar. /.../ Vi försöker att tråckla med henne. Vi försöker att tråckla med bistånd. Vi försöker att göra ditten. Vi försöker att göra datten. Vi står där med skägget i brevlådan hur vi än gör.*

*Hur skall vi hantera hennes tillvaro? För att möjliggöra hennes missbruk? /.../ Alltså det är en sådan misär att det inte finns med på kartan, och det händer ingenting. Ingenting.*

*Ingenting händer, fast alla är där jämt och ständigt och kollar. Då pratar jag inte om oss [från hemtjänsten], för vi är ju där, flera gånger per dygn. Men bistånd och arbetsterapeut, och allt vad du vill är där.*

*Vi knuffar dit dem och de går väl dit då och säger: ”Ja, men då kommer vi igen då, och vi gör på ett annat sätt.” Fler besök. Bare, bare, bare, hej och hå. Vi kommer aldrig dit man behöver komma.*

Ett vårdbiträde fångar problematiken på följande klivna sätt: ”Man har bara underhållit missbruket. Försökt att se till att de inte får sprit.” Därmed kan sägas att personalen har svårt att påverka den äldres livssituation, förutom att förhindra tillgången till alkohol. Sedan berättar några undersköterskor om en kvinna som ”drack konstant, hela tiden, och som låg i sängen och rökte, också. Vi hittade stora brännmärken i sängen, på golvet, plastmattan. De var överallt.” Även om personalen kontaktade missbruksenheten kunde enheten inte göra något med hänvisning till att kvinnan trots allt hade så goda värden, men framförallt: ”Hon blev ingen fara för sig själv – för att vi var ju där stup i kvarten, och tog hand om ifall det glödde i sängen eller i fall det var misär”. Samtidigt uttrycker hemtjänstpersonalen att de i praktiken kände att de blev delaktiga till att kvinnan kunde fortsätta att dricka: ”Det är väldigt jobbigt att sitta i en situation där vi möjliggör det här missbruket, alltså. Ett missbruk är ett missbruk och faktiskt sitta och vara en del av att underhålla det.”

De flesta äldre tycks förneka sin alkoholproblematik, särskilt kvinnorna, enligt den intervjuade omsorgspersonalen. Vanligen finns också en förnekelse av att berätta om sina svårigheter. När vi undrar om de äldre, precis som andra människor oavsett ålder, förnekar missbruk svarar ett vårdbiträde skrattande: ”Ja, det gör ju *alla*. Det vet du ju, *alla* förnekar ju sin alkoholism. De dricker ju bara vin.” Utförarna kan emellanåt ha ett mer försonligt förhållningssätt till de äldre som inte hycklar om sitt svåra drickande, ”som faktiskt står för sin alkoholism” eller ”de sitter inte och ljuger och hittar på” eller har bortförklaringar till att de blivit ”magsjuka” och att de därför har kräcks. Trots detta uppfattar personalen att dessa äldre lever under miserabla förhållanden och därför återkommande måste läggas in på sjukhus, eller råkar ut för fallolyckor eller andra olyckstillbud. Men det problematiska



drickandet fördras lättare om den äldre personen själv inte hymlar. Av samtalen framkommer att äldres förnekelse påverkar relationen ytterligare eftersom det leder till att man som omsorgspersonal känner irritation och ilska:

*Väldigt mycket förnekelse. /.../ Jag menar, är det ens föräldrar, syskon, nära vän, så är det ju lättare att ställa folk mot väggen och säga att: "Nu får det fan vara nog!" Men du kan ju inte komma HEM till någon som du arbetar för och som är äldre och säga att "Nu jävlar, nu RÄCKER det här!"*

*Det får vi ju inte. Vi får inte kränka dem. Vi kan ju inte gå åt dem hur hårt som helst. Barn till de här är ofta också väldigt, orkar inte riktigt, eller vet inte alltid riktigt hur illa det är. Eller drar ner en rullgardin.*

*Och många gånger är det lätt att säga. "Jäkla ungar", tänker man, "att de inte gör något". Men man får också vända då och tänka att: HUR VET VI HUR DE HAR VUXIT UPP! De kanske är så jävla less på det här. För de [äldre omsorgstagarna] har kanske krökat länge och ja, kanske inte varit så trevliga föräldrar och de kanske känner att: "Nu är det nog och räcker det!" Ja.*

Flera i personalen förklarar att omsorgen om dessa äldre sammantaget kostar mycket pengar utan att det egentligen är kostnadseffektivt och utan att den äldre kan leva ett gott liv:

*Det är en prioriteringsfråga, så länge man vill så kan man bo hemma, om levnadsstandarden och levnadskvaliteten höjs med att bo hemma. Men om levnadskvaliteten sjunker och den här människan inte mår bra – då behöver hon inte bo hemma – det är sunt förnuft bara.*

Dessutom framkommer en aspekt som handlar om att äldre som är kraftigt överviktiga och berusade och har ramlat ibland är omöjliga att lyfta upp. Arbetsituationen illustreras med en äldre man som väger 130 kilo. I sådana sammanhang har Räddningstjänsten måst inkallas, eller som en undersköterska säger: "Tidigare har alla våra missbrukspersoner varit som små fågelungar, det går att slita upp tanten. De väger som en bebis. Men nu har det kommit fler och fler, och de blir större och större". Det krävs alltså fyra personer för att få upp omsorgstagaren i sängen eller tillbaka i rullstolen om den äldre inte har några hjälpmedel, eftersom den äldre själv inte anser sig behöva sådana. I stället måste personalen orka: "Vi är fyra personer och sliter i honom".

Ett vårdbiträde som intervjuades enskilt berättar om en alkoholiserad man som bor i servicehuset där hon är stationerad:

- *Han får ju inget av oss. Vi [från hemtjänst] köper aldrig något till honom. Det är alltså vänner som kommer med sprit, och inte lite heller.*
- *Personalen kan inte stoppa det här?*
- *Den mannen skulle vi aldrig kunna stoppa från att dricka.*
- *För att?*
- *Det är hans rättighet. Han är inte dement eller så.*
- *Jaja, han är inte dement. Han får dricka hur mycket han vill alltså?*
- *Ja, han gör det också ibland. Tack och lov inte så ofta numera. Det var värre förr. Men de flesta blir ju otrevliga när de dricker. Vi hade en man här uppe i huset och han var ju verkligen alkoholisk. Samma sak där, det var inte vi som köpte, utan det var vänner, så kallade, som handlade. När han var onykt – var det bara att gå ut därifrån – även om han låg på golvet. Det gick alltså inte. /.../ Han var aggressiv. Sedan bad han om ursäkt. Han köpte alltid glass till oss. [Skrattar]*
- *Men vad kunde hända då när ni blev in i hans rum?*
- *Ja alltså, vi kunde inte hjälpa honom, för han skrek åt oss att dra åt där det är varmare. [Skrattar] Han drack nog inte jämt, för han var för det mesta trevlig. Han var ju gravt handikappad också. Han hade problem med [alkoholen] och satt i rullstol. Han dog ju sedan, förstås.*

Under samtalen med omsorgspersonalen återkommer berättelser om att äldres problematiska drickande slutar med de äldres död där personen varit sängliggande och svårt sjuk på grund av sitt tidigare alkoholintag. Detta är följden av ett omfattande alkoholberoende, som detta vårdbiträde klargör:

*Alkoholberoende kan ju vara väldigt mycket, men just när det påverkar livssituationen, när de dricker så att de blir rejält berusade med jämna mellanrum, då mår de ju inte bra och de riskerar ju sin egen hälsa. /.../*

*Det är många som har slutat HELT SÄNGLIGGANDE, inte kunnat vara uppe efter ett tag. Vi sköter dem i sängen och då är de ju fast där. /.../*

*Alkohol påverkar ju hela hjärnan. Så det är ett grymt öde, tycker jag.*

Samma vårdbiträde förklarar hur hon hjälpte en man att klara sig från sitt missbruk. Hon brukade visa sin ilska för honom och förklarade att han riskerade sin hälsa och sociala situation om han fortsatte att dricka så mycket:

*Många gånger låg han på golvet och hade ramlat. Han lyssnade på mig och tog till sig det jag sa. Det gick att skälla på honom. Jag kunde göra det. Jag sade rent ut: ”Du är ALKOHOLIST och fortsätter du så här så kommer du inte att kunna gå ut själv. Du kommer att bli fast i det här helvetet!” Och han ville ju gå ut [och träffa kvinnor].*

Hemtjänstpersonalen förväntas klara sina arbetsuppgifter i dessa äldres hem. Personalen förklarar att de ”gör vad vi kan, göra livet drägligt och avgöra om det är så att det är fara för deras liv”. Främst handlar det om att skura och emellanåt om att lägenheter måste saneras. Utförarna beskriver hur mycket de sliter och hur det känns efter en lång arbetsdag: ”En död sill alltså”. Eller som ett vårdbiträde förklarar: ”Så kör man det i fem, sex dagar och så får man en dag för att vara ledig för att kraschlanda på och så börjar det om från början.” Arbetsmiljön kan dessutom relateras till den stress det innebär att känna att man måste förflytta sig mellan vårdtagare som har behov av hjälp:

*Jag har tänkt på en annan sak också, just den här aspekten på vår arbetsmiljö. Vår arbetssituation är ju som regel ganska stressad från början. Vi har ett väldigt tajt schema. Vi springer som illrar genom dagarna. Vi har ingen linbana som vi sätter oss i och som tar oss till olika ställen.*

*Det finns ett visst antal bilar och resten av oss går, springer, cyklar, och så är det någon som håller på och larmar hela tiden. Det är ett jädrans farande, ett jädrans springande och när dagen är över så är man ju färdig att läggas in på sjukhus själv. Man är så slut. Och så börjar det om nästa dag igen.*

Ett vårdbiträde sammanfattar hur det är att arbeta med äldre med en alkoholproblematik så länge som den äldre fortsätter att dricka: ”Det känns ju ganska hopplöst, eftersom man aldrig kan få någon förändring, för det mesta så är det ju så, och det kommer bara att gå utför och det är ganska *tråkigt*. Jag vet faktiskt att det inte kommer att bli bättre.”

### **Vem har ansvar**

Även om hemtjänstpersonalen återkommande larmar om en för vissa äldre ohållbar livssituation på grund av deras alkoholproblematik kan den i praktiken fortgå, eftersom ingen huvudman har ett samordningsansvar och att samhälleliga insatser som måste till kommer från ”olika penningpåsar”. Alla inblandade myndighetsrepresentanter eller vårdgivare hänvisar genomgående till någon annans ansvar, enligt den intervjuade omsorgspersonalen. Sjukhuset, vårdcentralen, husläkaren, distriktssköterskan eller missbruksenheten, till om med emellanåt biståndshandläggarna, skickar varje ärende vidare. Det finns emellertid ett

undantag, enligt den intervjuade omsorgspersonalen: När drickandet leder till akut dödsfara, ringer omsorgspersonalen efter ambulans och den äldre kommer in några dagar på sjukhus. Alternativt om omsorgspersonalen är osäkra om den äldres hälsotillstånd kontaktas distriktssköterskan för rådgivning eller för att hon skall ta över ärendet. Detta innebär oftast en trygghet för omsorgspersonalen eftersom en medicinsk bedömning görs och därmed kan de fritas från ansvar och distriktssköterskan kan således fatta beslut om eventuella åtgärder.

Av samtalen framkommer att den ambulanspersonal som tillkallas emellanåt har arbetat så länge inom landstinget att de ofta sedan tidigare känner till de berörda äldre. Ambulanspersonalens personkännedom underlättar inte bara kontakten utan också det bemötande de kan ge den äldre personen på plats. De vet med andra ord hur de skall få med en motvillig äldre person till sjukhuset, enligt personalen. Däremot så kommer den äldre tillbaka efter några dagar då hon eller han inte längre är uttorkad. Om den äldre har brutit något ben kan sjukhusvistelsen bli längre.

Omsorgspersonalens berättelser kan uppfattas som uttryck för *en-låt-gå-mentalitet*, där den äldres alkoholproblematik och livssituation till slut tenderar att bli ”ingens” ansvar. Ärendet återfinns dock alltid på utförarnas bord, trots att de känner att de inte alltid har tillräckligt med ork och arbetstid eller ens kompetens för att arbeta med äldre med en sådan problematik eller får tillgång till professionell handledning.

Egentligen erbjuds äldre med alkoholproblem knappast någon särskild vård eller behandling eftersom de har en problematik som avfärdas, enligt ett vårdbiträde: ”De får absolut ingen hjälp. Ingen bryr sig om dem överhuvudtaget. Det är ett problem som inte finns. /.../ Det är ingen som gör några insatser för att de skall slippa vara beroende.” Ibland upptäcker hemtjänstpersonalen att en äldre person har en alkoholproblematik, men emellanåt informerar grannar eller anhöriga socialtjänsten om den äldres situation, när ärendet aktualiseras. I det senare fallet kan det vara så att de äldre inte önskar något bistånd, utan grannar eller släktingar har kontaktat kommunen eftersom de är oroliga för den äldre, enligt ett vårdbiträde: ”Men, det är sällan den som behöver hjälp ber om den.” Vårdbiträdet konstaterar vidare: ”För det första, så tror jag att de äldre inte vet att de kan få hjälp. Sedan har du många som redan har alkoholdemens när vi [i hemtjänst] får dem.” Hon vill således karakterisera äldres alkoholdrickande som ”ett icke problem”, samtidigt som en äldres kropp inte klarar av alkohol som en yngre persons:

*Det är ett problem som inte är känt att det är ett problem, att det finns, för de blir ju beroende, precis som alla andra. De blir ju fast i det där. Det är ett gissel för dem. De mår dåligt av det. Det är inte bra för en gammal människa. De är mycket känsligare för alkoholpåslag på hjärnan, med balans. De mår ju inte bra av det.*

Omsorgspersonal, som vårdbiträden och undersköterskor, beskriver i samtalen sin vardag när det möter äldre människor med ett problematiskt drickande. De talar om hur de förhåller sig till dessa omsorgstagare och hur komplicerat arbetet är, inte minst det emotionella arbetet som de själva måste göra för att skapa goda relationer för att omsorgen skall till, så att personen kan leva ett värdigt liv. Omsorgspersonalen talar om den stress de känner inför att äldre personer som dricker lever i misär och om den maktlöshet som de kan uppleva eftersom situationen är ingens problem. Utom i akuta skeden ringer personalen efter räddningstjänst, ambulans eller distriktssköterska eftersom den äldre personen har ramlat eller är i så dåligt fysiskt skick. Omsorgspersonalen betonar genomgående att dessa äldre lever ett ovärdigt liv, med tanke på de förväntningar vi har om hur äldre skall leva sina liv på ålderns höst. Personalen önskar mer av utbildning, inte minst professionell handledning för hur de skall förhålla sig i mötet.

## Kapitel 6 Avslutande diskussion

Till skillnad från yngre åldrar har personer i äldre åldrar ökat sitt alkoholintag under senare decennier. Det avspeglar sig i statistiken både genom högre konsumtion och också genom ökad dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar bland äldre. Den liberalisering som skett inom alkoholområdet med ökad tillgänglighet får konsekvenser både för biståndshandläggare och också omsorgspersonal. Alkoholen är en del av vardagen inom äldreomsorgen på gott och ont. Utgångspunkten för olika förändringar är att äldre ska kunna leva sitt liv på samma sätt som tidigare i livet så långt det är möjligt. Men det innebär även att sociala problem finns eller uppstår högre upp i åldrarna. Alkohol är inte bara ett nöje utan kan också vara ett problem vilket avspeglar sig i äldreomsorgen. Samtidigt konstateras i rapporter från t ex Socialstyrelsen att missbruksvården för äldre är outvecklad och att det inte finns behandlingsprogram anpassade till äldres behov. Den tidigare forskningen pekar på att området är generellt underbeforskat. Både svensk och internationell forskning pekar på att personalen inte har, men efterfrågar, utbildning kring äldre och alkohol. De har lite stöd i arbetet och ett begränsat samarbete med missbruksenheter. Det finns föreställningar om att äldre inte svarar på behandling och därför anses det inte alltid relevant att remittera till behandlingsprogram. Den begränsade forskning som finns visar emellertid att behandling, särskilt för de som börjat missbruka alkohol senare i livet, ger goda resultat.

I den här studien har givits en bild av hur biståndshandläggare och omsorgspersonal uppfattar sitt arbete med äldre personer med alkoholproblem. Det är ett arbete som påverkas av att de äldre bor i sina egna hem. När en person bor i sitt eget hem ansvarar hon/han också för sin egen hälsa. Det är individens självbestämmande som är den överordnade principen. Detta leder till en rad dilemman och problematiska överväganden för personalen.

Biståndshandläggarna och omsorgspersonalen har olika perspektiv i arbetet som visar sig i deras diskussioner i fokusgrupperna. Biståndshandläggarna, som är myndighetsutövare, har att besluta om vilka insatser som ska anses lämpliga. Deras uppgift är att besluta om insatser som ger den äldre personen möjlighet att bo kvar hemma under goda förhållanden. Handläggarna påpekar att de fokuserar på omsorg och inte på missbruket i sig. Som myndighetsutövare har de många ärenden och det finns inte alltid tid att gå djupare in i olika personers problematik. De tycker att det finns dilemman i hur de som handläggare ska närma

sig personer som har missbruksproblem. Att frågan om alkohol i sig är problematisk och många gånger tabubelagd, gör att de ”tassar omkring”.

Samtidigt är det den äldres självbestämmande som ska gälla i samband med biståndsbedömningen. Det handläggarna anser att de kan göra är att informera om vilken hjälp och vilket stöd den äldre kan få. Självbestämmande är även förknippat med vad som enligt Socialtjänstlagen ska ingå i ”skälig levnadsnivå”. Det ställs på sin spets när det gäller inköp av dagligvaror; ingår inköp på Systembolaget? Generellt förefaller handläggarna mena att inköp inte ingår men det blir i slutändan hemtjänstpersonalen som får avgöra om de vill och har den tid som krävs för att hinna med inköp. Det finns ingen nerskriven policy kring detta. Men frågan är hur långt självbestämmandet sträcker sig?

I Eliassons (1995) termer är frågan var gränsen mellan underlåtenhet och övergrepp går. Det finns en gråzon där det kan vara svårt att avgöra när och hur en handläggare som myndighetsutövare ska agera.

Omsorgspersonalen å sin sida ska genomföra insatserna tillsammans med den äldre personen i dennas hem och ge en god omsorg. De står mitt i den konkreta situationen i den äldres hem. Situationen kan många gånger vara mycket problematisk vilket framkommer i deras berättelser. Arbetsmiljön påverkas mycket påtagligt om en äldre person har ett omfattande alkoholproblem. Omsorgspersonalen beskriver det som att de ”ordnar och donar” och i många fall att de ”bara underhållit missbruket och försökt se till att de inte får sprit”. Omsorgspersonalen tycker att de får lite stöd från missbruksenheterna när de påtalar problem och de måste stå ut med att arbeta hos personer som de ser far illa men de har inte möjlighet att ingripa.

Om vi refererar till Elisassons (1995) exempel, kan en extremlösning utifrån ett objekt-perspektiv vara att den professionella vet bäst och därmed verkar för ett omhändertagande av den äldre genom tvång och därmed följaktligen riskerar att begå ett övergrepp. En sådan situation verkar sällan, utifrån den forskning som finns, ske inom hemtjänsten. De redskapen finns inte, utan måste i så fall ske via missbruksenheterna. Däremot kan ett begränsande av tillgången på alkohol vara ett övergrepp i relation till den äldres självbestämmande.

Det andra extrema valet kan vara att betrakta den äldre som totalt ansvarig för sitt liv och i egenskap av ett autonomt subjekt låta den äldre personen fortsätta sitt drickande utan att varken stöda eller bry sig om att personen lever i misär. Att inte bistå med omsorg

överhuvudtaget, t ex utifrån arbetsmiljöargument. Den hållningen kan då betraktas som underlåtenhet. Men svårigheten är att principiella svar inte går att ge. Balansen mellan underlåtenhet och övergrepp kan sägas prägla allt arbete med äldre med missbruksproblem vilket är tydligt i fokusgrupperna med personalen.

Att biståndshandläggare och omsorgspersonal betonar den äldres självbestämmande med hänvisning till att var och en uppfattas som ansvarig för sitt eget liv kan ses som uttryck för underlåtenhet men självbestämmande är också starkt understruket i lagstiftningen. Om personalen å andra sidan känner sig som personligt ansvarig för att klienten skall leva under acceptabla förhållanden kan ens hållning riskera att leda till översitteri och kränka den som skall tas om hand. Detta är ett dilemma som handläggarna på vissa sätt står längre ifrån och de kan hänvisa till utförarna som åtagit sig omsorgsuppdraget. Omsorgspersonalen måste däremot möta den äldre i dennes hemmiljö där det i fokusgrupperna framkommit vilken påfrestning det är både emotionellt och fysiskt.

Biståndshandläggarnas resonemang kretsar kring vad som kan bedömas som skälig levnadsnivå i samband med biståndsbedömningen. Självbestämmandet fokuserar bland annat på om omsorgspersonalen ska handla på Systembolaget eller ej till en person som har missbruksproblem. Omsorgspersonalen å sin sida talar om sitt kroppsarbete, i dubbel bemärkelse, att det inte bara är tungt fysiskt utan också att omsorgen rör de äldres kroppar.

Frågan är hela tiden var gränserna skall sättas och vem som avgör var gränsen går. Det finns inga regler eller allmän policy, vilket i realiteten innebär att beslut trycks neråt i beställarutförarmodellen. Många gånger blir det omsorgspersonalen som måste fatta avgörande beslut.

Lagar och förordningar bidrar till att skapa de organisatoriska ramarna för arbetet och skapar det faktiska tidsutrymme som personalen har till sitt förfogande. Biståndshandläggarna menar att de har begränsad tid att arbeta med att bygga upp ett samarbete med t ex missbruksenheter för att få till stånd en bättre situation för den äldre med missbruksproblem. Tidigare forskning visar att det finns organisatoriska hinder för samarbete mellan t ex äldreomsorg och missbruksenheter i många kommuner. Äldreomsorgen och missbruksvården har olika uppdrag men deras klienter/brukare med alkoholproblem kan ha behov av både omsorg och behandling. Däremot innebär inte 65-års gränsen att en person automatiskt ska tillhöra äldreomsorgen, det är omsorgsbehovet som ska avgöra. Vad väger tyngst, omsorgsbehovet eller missbruket? Därmed ställs också frågan om vem som har ansvaret?



För omsorgspersonalen finns ett tydligt glapp mellan lagar och förordningar och de moraliska överväganden som de har att hantera utan tillräckligt stöd och handledning, som även påpekats i tidigare forskning (Astvik 2003).

Relationen mellan självbestämmande – övergrepp och underlåtenhet är och kommer att vara ett evigt dilemma. Dilemmat som uppstår mellan den äldres rätt till självbestämmande och personalens arbetsmiljö är inte möjligt att lösa en gång för alla utan måste hela tiden diskuteras utifrån den äldre personen själv och hans/hennes behov. Situationen kan förbättras genom att personalen får mer kunskap kring äldre, alkohol och missbruk och tillgång till handledning för att diskutera hur de ska agera i varje enskilt fall. Detta gäller både för omsorgspersonalen och för biståndshandläggarna.

## Referenser

- Abrahamson, Maria (2009): Äldres värderingar och ideal i skivaruupproret "Alkoholen i mitt liv". *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 24 (5): 439-461.
- Ahlström, Salme (2008) Alcohol use and problems among older women and men: A review. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* vol 25 (2) 154-161.
- Andersson, Katarina (2007) *Omsorg under förhandling. Om tid, behov och kön i en föränderlig hemtjänstverksamhet*. Umeå: Umeå universitet, Institutionen för socialt arbete. Diss.
- Andersson, Lars (2008) *Ålderism*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, Lars & Minell, Marita (2002) Om synen på våra gamla och åldrandet. *Socialmedicinsk tidskrift* vol 79:100-106.
- Astvik, Wanja (2003) *Relationer som arbete: förutsättningar för omsorgsfulla möten i hemtjänsten*. Arbete och Hälsa. Stockholm: Arbetslivsinstitutet. Diss.
- Cummings, Sherry et al (2006) Alcohol Abuse Treatment for Older Adults. *Journal of Evidence-Based Social Work* vol 3 (1) 79-99.
- Cronholm, Inger (1986) *Äldre och alkohol. En litteraturöversikt*. Rapport nr 62. Jönköping: Institutet för Gerontologi i Jönköping.
- Dunér, Anna & Nordström, Monica (2009) Gör om mig – en studie om klientifieringsprocessen i äldreomsorgen. *Socionomen nr 3 Supplementet* sid 44-53.
- Eliasson, Rosmari (1995) *Forskningsetik och perspektivval*. Lund: Studentlitteratur.
- Gilhooly, Mary L.M. (2005) Reduced drinking with age: Is it normal? *Addiction Research and Theory* vol 13:267-280.
- Grimby, Agneta & Johansson, Åsa K (2009) Factors Related to Alcohol and Drug Consumption in Swedish Widows. *American Journal of Hospice Palliative Care* vol 26 (8).
- Gunnarsson, Evy (1979) "Det är klart att det är hårda tag ibland..." – om hemtjänstens arbete med äldre alkoholmissbrukare. Rapport 1, Metodbyrå 2. Stockholm: Stockholms socialförvaltning.
- Gunnarsson, Evy (2002) *Äldre utanför äldreomsorgen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Gunnarsson, Evy (2008a) Äldres vardagsliv, äldreomsorg och framtid. En kommentar. I Jyrkämä, Jyrki & Haapamäki, Laura, *Åldrande och alkohol. Nordisk forskning och diskussion*. NAD-publ 52. Helsingfors: NAD (Nordiskt center för alkohol- och drogforskning).
- Gunnarsson, Evy (2008b) Socialt arbete – i otakt med ett åldrande samhälle. *Nordisk socialt arbeid* vol 28:112-120.
- Gunnarsson, Evy (2012) Dilemman och utmaningar – hemtjänstens arbete med äldre personer som har missbruksproblem. I Storbjörk, Jessica (red) *Samhället, alkoholen och drogerna. Politik, konstruktioner och dilemman*. Stockholm: Stockholms universitets förlag.

Gunnarsson, Evy (2013) Alkoholmissbruk och självbestämmande – en kartläggning av den svenska hemtjänstens förutsättningar i arbetet med äldre personer med alkoholproblem. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* vol 30:227-242.

Gunnarsson, Evy & Szebehely, Marta (2009): Komplexiteter och utmaningar i omsorgens vardag. I: Gunnarsson, Evy & Szebehely, Marta (red): *Genus i omsorgens vardag*. Stockholm: Gothia förlag.

Hallgren, Mats, Högberg, Pi, Andreasson, Sven (2009) *Alcohol consumption among elderly European Union citizens*. Stockholm: The Swedish National Institute of Public Health.

Herring, Rachel & Thom, Betsy (1997) The Right to Take Risks: Alcohol and Older People. *Social policy & administration* vol 31:233-246.

Johansson, Stina (2004) Introduktion till temanumret social omsorg i socialt arbete. *Socialvetenskaplig tidskrift* vol 11:3-4 s 217-222.

Johnson, I. (2000): Alcohol problems in old age: a review of recent epidemiological research. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15:575-581.

Jyrkämä, Jyrki & Haapamäki, Laura (2008) *Åldrande och alkohol. Nordisk forskning och diskussion*. NAD-publ 52. Helsingfors: NAD (Nordiskt center för alkohol- och drogforskning).

Jönson, Håkan (2012) We Will be Different! Ageism and the Temporal Construction of Old Age. Forum. *The Gerontologist Advance Access*, May 2, 2012.

Kitzinger, Jenny (1994). The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness*, 16 (1) 103-121.

Klein, Waldo C. & Jess, Carol (2002) One last Pleasure? Alcohol use among elderly people in nursing homes. *Health and Social Work* vol 27:193-203.

Kvale, Steinar & Brinkman, Svend (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lagradsremiss (2011) Alkoholservering på särskilda boenden. Stockholm: Socialdepartementet

Lindelöf, Margareta & Rönnbäck, Eva (2007) *Biståndshandläggning och handlingsutrymme – från ansökan till beslut i äldreomsorgen*. Lund: Studentlitteratur.

Millard, Andrew & McAuley, Andrew (2008) Alcohol and the Over 65s: Service Gaps Seen From Home Care in Scotland. *Journal of Social Work Practice in the Addictions* Vol 8:417-420.

O'Connell, Henry et al (2003) Alcohol use disorders in elderly people – redefining an age old problem in old age. *BMJ* vol 327 (7416):664-667.

Ramstedt, M. (2009): Alkoholkonsumtion och alkoholrelaterade problem bland äldre svenskar – Hur ser det ut egentligen? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 24 (5):385-397.

Room, R. (1997): Alcohol, the individual and society: what history teaches us. *Addiction* 92 supp 1, S7-S11.

SFS 2001:453 Socialtjänstlag.

Runesson, Ingrid & Eliasson-Lappalainen, Rosmari (2000) *Att sörja för äldre. Hur ta till vara kompetens i äldreomsorgen?* Stockholm: Svenska kommunförbundet.

Shaw, Catherine & Palattiyil, George (2008) Issues of Alcohol Misuse among Older People: Attitudes and Experiences of Social Work Practitioners. *Practice Social Work in Action* vol 20:3, 181-193.

Simpson, Murray, Williams, Bryan, Kendrick, Andrew (1994) Alcohol and Elderly People: An Overview of the Literature for Social Work. *Ageing & Society* 14:575-587.

Socialstyrelsen (2011) Hälso-sjukvård och socialtjänst. Tillsynsrapport. [www.socialstyrelsen](http://www.socialstyrelsen.se)

Socialstyrelsen (2012a): Öppna jämförelser: Missbruks- och beroendevården 2011, kommunen. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).

Socialstyrelsen (2012b): Etik i socialtjänsten: [www.socialstyrelsen.se/etikisocialtjansten](http://www.socialstyrelsen.se/etikisocialtjansten).

Sorocco, Kristen H. & Ferrell, Sean W. (2006) Alcohol Use Among Older Adults. *The Journal of General Psychology*, vol 133:4, 453-467.

SOU 2011:35 Bättre insatser vid missbruk och beroende. Missbruksutredningens slutbetänkande.

Szebehely, Marta (2008) Muntlig kommunikation om NORDCARE 2005.

Sörensdotter, Renita (2008) *Omsorgsarbete i omvandling. Genus, klass och etnicitet inom hemtjänsten*. Stockholm: Makadam. Diss.

Trydegård, Gun-Britt (2005) Äldreomsorgspersonalens arbetsvillkor I Norden – en forskningsöversikt. I Szebehely, Marta (red) *Äldreomsorgsforskningen i Norden – En kunskapsöversikt*. Tema Nord 2005:508. Nordiska ministerrådet.

Trydegård, Gun-Britt (2012) Care work in changing welfare states: Nordic care workers' experiences. *European Journal of Ageing* vol 9:119-129.

Twigg, Julia (2006) *The Body in Health and Social Care*. New York: Palgrave MacMillan.

Vaz de Almeida, Maria m fl (2005) Alcoholconsumption in Elderly People across European Countries: Results from the Food in Later Life Project. *Ageing International* vol 30 (4) 377-395.

Westerlund, Peter (2006) Dilemman. *Tidningen Äldreomsorg* vol 23:6, s 22-26.