



LUND UNIVERSITY

Äldre hemtjänstmottagare med missbruksproblem

Förekomst, erfarenheter, svårigheter

Jönson, Håkan; Harnett, Tove; Germundsson, Nora

2019

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Jönson, H., Harnett, T., & Germundsson, N. (2019). *Äldre hemtjänstmottagare med missbruksproblem: Förekomst, erfarenheter, svårigheter*. (Research Reports in Social Work; Vol. 2019, Nr. 11). Socialhögskolan, Lunds universitet.

Total number of authors:
3

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply: Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

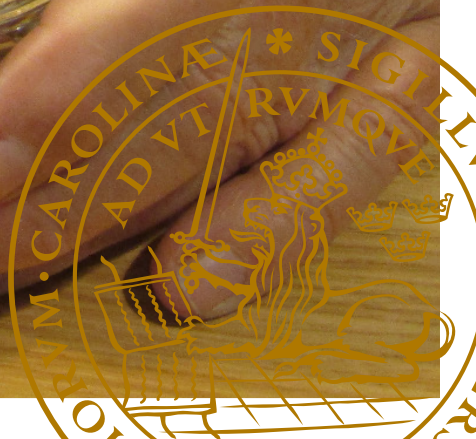
LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Äldre hemtjänstmottagare med missbruksproblem

Förekomst, erfarenheter, svårigheter

HÅKAN JÖNSON, NORA GERMUNDSSON OCH TOVE HARNETT
SOCIALHÖGSKOLAN | LUNDS UNIVERSITET



Äldre hemtjänstmottagare med
missbruksproblem
Förekomst, erfarenheter, svårigheter

Håkan Jönson, Nora Germundsson och Tove Harnett

ISBN: 978-91-7895-153-6

© Författarna och Socialhögskolan, 2019

Redaktör: Lars Harrysson

Adress: Lunds Universitet, Socialhögskolan, Box 23, 221 00 Lund



Media-Tryck är ett svanenmärkt och
ISO 14001:2015-certifierat tryckeri.
Läs mer om vårt miljöarbete på
www.mediatryck.lu.se

MADE IN SWEDEN 

Innehåll

1. Inledning	5
Studiens bakgrund	5
Äldres alkoholanvändning och missbruk	6
Problemets omfattning – en oklar fråga	8
Missbruk och äldreomsorg	9
Syfte och frågeställningar	12
2. Metod	14
Urvalsprocessen	15
Intervjuernas genomförande	17
Några kommentarer	18
3. Problemets omfattning	20
Ökar problemet?	21
Skiljer sig problembilden för kvinnor och män?	22
Vidare om problemets karaktär	24
4. Hur påverkas hemtjänstens arbete?	28
Den äldre får inte sina insatser	29
Insatser utförs, men sämre i kvalitet och tyngre för personalen	33
Hjälp med alkoholinköp	36
Medverkar hemtjänsten till alkoholanskaffning?	38
Problemprat och kluvenhet	39
5. Rutiner vid missbruk	44
Skriftliga rutiner specifikt om missbruk	44
Rutiner för hantering av hot och våld	46
Kontakta sjuksköterska, biståndshandläggare eller ha team-möte	47
6. Utbildning - fortbildning	49
Utbildning om vad?	50

7. Insatser från andra aktörer	56
Ingen kunskap om andra insatser	56
Personer skulle behöva insatser men tar inte emot dessa	58
Hemtjänstmottagaren får också andra insatser	65
8. Hemtjänstens uppdrag	70
Den komplexa hemtjänsten – mängden olika uppdrag	71
En avgränsande position	73
En vidgande position	75
Hjälphierarkin	76
9. Sammanfattning och diskussion	81
Förekomst av missbruksproblem bland äldre med hemtjänst	81
Missbrukets påverkan på hemtjänstens arbete	81
Samverkan och ansvar	82
Lovande praktiker och förbättringsförslag	83
10. Fortbildningsövning: Att öka den lokala kompetensen	86
Introduktion till övningen – ett scenario	86
Övning I: Att agera i enskilda fall	86
Övning II: Fortbildning och rutiner	88
Referenser	89
Bilaga 1 – intervjuguide	91

1. Inledning

Ja, alltså eftersom han är så vansinnigt aggressiv och otrevlig, och det går ju, alltså han mår ju inte heller bra av det, så att säga. Det går ju inte, ja, han har besvär och vi får besvär. Så att ja, han skulle behöva någon typ av insats. Men det är svårt att närma sig, för som sagt var, han har ju inget problem. Det går inte att diskutera det. (Viktoria, R-kommun).

Och så får man, som jag sagt, vi ska inte döma, alltså ibland har jag sagt att ”jag vet att det är trist när man har städat och där är snyggt och fräscht och så kommer man dit och så ser det ut som ett bombnedslag igen”. Och det är där jag brukar säga att ”tyvärr i vissa lägen får man bita ihop”. För vi kan inte bestämma över andra, men vi kan ju känna att hade de inte stökat till det så hade det ju varit trevligare för alla. Så är det ju, men ibland är det liksom att man inte kan göra mer än det man faktiskt gör. Och så får man försöka vara nöjd med det. Men det är tufft ibland. (Rickard, P-kommun).

Ovanstående två citat kommer från intervjuer med enhetschefer inom hemtjänstverksamheter och illustrerar några av de frågor som den här rapporten belyser. Det handlar om äldre som far illa på grund av sitt missbruk, och vars missbruk ibland hindrar hemtjänsten från att genomföra de insatser som är beviljade. Hemtjänsten är på plats och ser äldre personers behov av hjälp, samtidigt som många av dem är ovilliga att ta emot hjälp på grund av sitt missbruk.

Studiens bakgrund

Den här rapporten handlar om den svenska hemtjänstens kunskap om och insatser för äldre personer med missbruksproblem¹. Hur många personer med sådana problem möter hemtjänsten? Hur ser insatserna för dem ut? Är missbruket förknippat med någon typ av hinder, ur hemtjänstens perspektiv? Finns det kunskap och rutiner? Finns samverkan med andra parter? Får hemtjänstmottagarna den hjälp de behöver för känslor av värdighet och

¹ Rapporten har genomförts med finansiering från Forte (2019-01149) samt från Systembolagets Alkoholforskningsråd (2018-0020). Författarna vill också tacka Lars Harrysson för läsning och värdefulla synpunkter.

välbefinnande i linje med äldreomsorgens värdegrund? Finns det modeller och arbetssätt som fungerar särskilt bra? Mot bakgrund av förväntningar om att allt fler äldre kommer att ha missbruksproblem är dessa frågor angelägna att undersöka.

Frågan om äldre och alkohol har av Socialstyrelsen identifierats som en utmaning för äldreomsorgen och de påbörjade under 2019 en förstudie som syftade till att klarlägga om det behöver utvecklas ett kunskapsstöd för personal som möter äldre missbrukare.² Tidigare studier har visat att baspersonal inom hemtjänsten upplever arbetet med missbrukare som belastande; de konfronteras med misär och saknar i vissa fall möjlighet att ge hemtjänstmottagaren adekvat hjälp (Gunnarsson 2010; Gunnarsson & Karlsson 2016; Karlsson & Gunnarsson 2018a,b). Hur vanligt det är att hemtjänsten möter personer med missbruksproblem är dock inte känt, och förekomsten av särskilda förhållningssätt och rutiner är bristfälligt undersökt.

Äldres alkoholanvändning och missbruk

Äldres alkoholanvanor har förändrats under senare år och detta tar sig uttryck i både en ökad alkoholanvändning och ett ökat riskbruk. Den nationella folkhälsoenkäten från 2016 visar att andelen riskkonsumenter i åldersgruppen 65 till 84 år har ökat bland både män och kvinnor under perioden 2004-2016, från 8 till 10 % ibland männen och från 3 till 6 % bland kvinnorna. En rad studier redovisar en liknande bild av att äldres konsumtion av alkohol ökar. Enskilda studier har också uppmärksammat förändrade dryckesmönster, där äldre kvinnors ökade vinkonsumtion är en tydlig trend (Ramstedt & Raninen 2012). I en studie som jämförde 75-åriga kvinnors alkoholkonsumtion 1975 och 2005 fann Waern (2014) att riskdrickandet i gruppen hade flerfaldigats. Flera möjliga förklaringar brukar anges till dessa förändringar. En sådan förklaring kan vara att allmänhetens attityder till alkohol successivt blivit allt mer liberala, vilket Gunnarsson och Karlsson beskriver som att det tidigare fanns en gräns mellan de som drack och de som tog avstånd från alkohol, men att gränsen nu handlar om ”att dricka och att dricka för mycket” (Gunnarsson & Karlsson, 2013, s. 10). Konsumtionen av öl och vin har ökat, medan allt färre dricker starksprit (Norström & Ramstedt 2005).

² <https://nordicwelfare.org/nyheter/socialstyrelsen-utreder-behov-av-kunskapsstod-gallande-aldre-och-alkoholmissbruk/> (Nedladdat juli 2019).

En andra förklaring handlar om att de som är äldre idag har levt i en annan tid, med andra vanor, än de som var gamla på till exempel 1970-talet. Det sker ett ständigt inflöde av nya kohorter i kategorin äldre, vilket innebär att personer som under livet haft en ganska hög konsumtion åldrats med sina alkoholvanor (Waern et al. 2014; Jönson & Harnett 2015). Teoretiskt kan sådana tolkningar återföras på den så kallade åldersstratifieringsteorin, enligt vilken betydelser och karaktäristika av livsloppets faser måste förstås utifrån de människor som befolkar den aktuella fasen. Samtidigt som själva åldrandet kan innebära att konsumtionen av alkohol och droger minskar, exempelvis på grund av hälsoskäl och förändrade livsstilar, riskerar sådana förklaringar att dölja betydelsen av livsstilsförändringar i olika ålderskohorter. Att få äldre använda narkotika under mitten av 1970-talet resulterade måhända i slutsatsen att människor slutar använda narkotika när de bli äldre. Men människor börjar vanligen börjar använda narkotika i unga år och 1975 års 65-åringar hade sin ungdomstid under 1930-talet då narkotika var ovanligt i Sverige. Dagens 65-åringar hade sin ungdomstid i början av 1970-talet och har därmed varit unga under en tid när ett ”epidemiskt” narkotikabruket fanns och senare vuxna när mer ”kontinentala” dryckesvanor etablerats i Sverige.

Den samlade bilden från senare års forskning visar alltså att äldre dricker mer alkohol än tidigare och att riskbruket har ökat. Utifrån detta valde Socialstyrelsen att särskilt lyfta frågan om äldres alkoholkonsumtion och alkoholmissbruk i sin lägesrapport om vård och omsorg år 2017 (Socialstyrelsen 2017). I en forskningsgenomgång konstaterar Socialstyrelsen att det skadliga bruket av alkohol ökat kraftigt bland äldre under de senaste tio åren. Ökningen återfinns inom den specialiserade öppenvården för personer med alkoholproblem där andelen män i åldrarna 75–84 år ökat med 87 %. För kvinnor i åldersspannet 65–84 år har det skett en ökning med över 100 %. Också inom slutenvården, det vill säga på behandlingshem, har de som är över 65 år blivit fler. Föga förvånande har också andelen (och antalet) alkoholrelaterade dödsfall ökat kraftigt bland äldre, medan dessa dödsfall faktiskt minskat i yngre åldrar. Männerna dominerar kraftigt bland de som dör på grund av alkoholmissbruk, men bland det relativa fåtalet kvinnor syns ändå en ökning med 125 % mellan åren 2001-2015.

Det är viktigt att klargöra att missbruk för äldres del inte är ett enhetligt fenomen. Det är möjligt att identifiera flera problembilder, där äldre både kan åldras *med* eller *till* risk- och missbruk. En problembild avser personer som åldras med ett etablerat missbruk, och i vissa fall med adderade problem såsom psykisk

ohälsa och hemlöshet. En annan problembild avser personer som levt länge med ett riskdrickande som kommit att bli mer problematiskt under ålderdomen. För en del kan pensioneringen innebära att hindren för frekvent drickande försvinner och för andra blir bag-in-box-drickande ett sätt att hantera tristess och ensamhet. Ytterligare problembilder handlar om personer som använder alkohol i samband med sorg- och krisprocesser och som utvecklar ett beroende och personer som använder alkohol parallellt med mediciner på ett sätt som blir skadligt (Jönson & Harnett 2015).

Problemets omfattning – en oklar fråga

Det är svårt att uppskatta hur många äldre som har missbruksproblem och det är inte alltid klart vilken definition som ska användas för att beteckna något som ett problem. Diagnosmanualen ICD-10 skiljer mellan a) riskbruk, b) skadligt bruk/missbruk, och c) beroende av substanser (alkohol och narkotika), medan socialtjänstens personal i likhet med folk i allmänhet vanligen inkluderar b, c och i viss mån a i begreppet missbruk. Den stora svårigheten med att uppskatta problemets omfattning hör emellertid samman med stigmat kring missbruk och de förnekandeprocesser som förekommer. I en omfattande svensk studie som byggde på självskattning och enkätsvar fann Ramstedt (et al. 2014) att andelen personer mellan 65-84 år med missbruk eller beroende var 4 % bland männen och 1,3 % bland kvinnorna. Men undersökningen hade ett bortfall på 40 % och det är inte svårt att tänka sig att detta bortfall var särskilt högt bland personer som hade missbruksproblem. Också här spelar den traditionella bilden av att äldre – och i synnerhet äldre kvinnor – har en låg eller obefintlig alkoholkonsumtion in. Stigmat är starkare för denna kategori, menar Karlsson (2019).

Ett pågående forskningsprojekt som två av den här rapportens författare genomför ger en illustration till svårigheterna att undersöka förekomsten av missbruksproblem. Under en intervju på ett äldreboende som var specifikt inriktat på äldre personer med långvarigt missbruk berättade vissa av hyresgästerna att de överhuvudtaget inte hade missbruksproblem. Andra på boendet hade det, men inte de själva. Flera menade att de tog sig en eller ett par öl ibland, mer var det inte. Här rörde det sig alltså om personer som beviljats plats till boendet på grund av ett så svårt missbruk att socialtjänsten släppt ambitionen om nykterhet. Det

kan tänkas att de skulle ge annan information om de hade intervjuats flera gånger, men poängen är att många som har missbruksproblem inte kommer att rapportera om detta när de tillfrågas om saken vid ett enstaka tillfälle.

Missbruk och äldreomsorg

I oktober 2018 hade 169 000 äldre personer hemtjänstinsatser i sitt ordinära boende, vilket motsvarade 8 % av befolkningen 65 år eller äldre och 23 % av befolkningen 80 eller äldre (Socialstyrelsen 2019). Kategorin ”äldre missbrukare med hemtjänstinsatser” kan därmed tänkas vara ganska stor.

I det här avsnittet ska vi diskutera förhållanden som gör det särskilt angeläget att öka kunskapen om hemtjänstens *kännedom om* och *arbete med* äldre personer som har missbruksproblem. Avsnittet tar sin utgångspunkt i socialtjänstens och äldreomsorgens uppdrag och ansvar för äldre personer med olika typer av hjälpbehov.

Omsorgsteoretikern Kari Wærness har introducerat en uppdelning som kan tjäna som introduktion till flera av de frågor som varit centrala för forskning om och policy för arbetet med äldre missbrukare. Vilka mål ska insatserna ha? Wærness (1983) menar att det sociala arbetets insatser för yngre personer typiskt handlar om att förändra individer i förhållande till samhällseliga normer. För äldres del handlar arbetet däremot ofta om att bevara och stödja. Gunnarsson (2008, s 117) sammanfattar: ”Inom äldreomsorgen handlar det om status quo eller tillbakagång medan det traditionellt socialt arbete handlar om att arbeta för förändring och utveckling.” Denna uppdelning i ambitionsnivåer återfinns också inom missbruksvården, där den uttrycks på olika sätt. I intervjuer med företrädare för missbruksvård fann Palm (2009) att olika mål användes för yngre och äldre personer och att företrädarna var öppna med att de ville satsa resurserna på de yngre. Flera företrädare uttryckte också en frustration över att behöva ingripa med tvångsvård mot äldre och såg detta som ett slöseri med resurser. Istället efterlyste man lågtröskelboenden där de äldre kunde få ett värdigt eller drägligt liv med omsorgsinsatser oavsett om de var nyktra eller inte.

Idén att äldre personer med missbruksproblem är mer hjälpta av omsorg än av missbruksbehandling är inte okontroversiell. I en bemärkelse kan hållningen tolkas som en realistisk och humanistisk anpassning till det faktum att vissa

personer inte klarar nykterhet, men samma hållning kan också ses som en ”institutionaliserad uppgivenhet” där äldre inte får den hjälp de behöver på grund av att de är just äldre (Järvinen 2001). Den här typen av problematisering har också aktualiserats av Evy Gunnarsson, som är den forskare i Sverige som har ägnat mest uppmärksamhet åt hemtjänstens arbete med äldre missbrukare. Gunnarsson har i flera studier kommenterat avsaknaden av behandlingskontakter och behandlingsinsatser för äldre personer som kommer i kontakt med hemtjänsten. Det saknas samverkan och stöd från missbruksenheter, det saknas rutiner för hur frågor om missbruk ska tas upp med omsorgstagaren, och svåra moraliska avgöranden lämnas till de vårdbiträden och undersköterskor som möter den äldre missbrukaren i dennes hem (Gunnarsson 2010; Gunnarsson & Karlsson 2016; Karlsson & Gunnarsson 2018a,b). Olika verksamheter guidas också av skilda principer och inom äldreomsorgen har den starka betoningen av individens självbestämmande haft stor betydelse för inriktningen på den hjälp som ges: ”Självbestämmandeprincipen problematiseras inte utan blir lag”, konstaterar Gunnarsson (2010 s. 18). De äldre missbrukarna ges omsorg, men ambitionerna att förändra saknas.

Det som Gunnarsson och hennes kollega Lis-Bodil Karlsson (Karlsson & Gunnarsson 2018b) framför allt har studerat är hur denna situation påverkar arbetsvillkoren för den baspersonal som befinner sig i de äldres hem, det vill säga de som försöker ge service och omvårdnadsinsatser till personer som kan vara berusade, aggressiva och lever i misär. I en av sina intervjustudier uppmärksammade Gunnarsson och Karlsson (2017) särskilt omsorgspersonalens svårighet att ge hjälp till äldre missbrukare inom de snävt satta tidsramar som används för hemtjänsten. Behoven var föränderliga och oförutsägbara och personalen hade ibland att välja mellan att lämna omsorgstagaren i sin misär, låta nästa omsorgstagare vänta eller använda sin lunchrast och/eller fritid till att ge hjälp.

Gunnarssons och Karlssons studier aktualiserar frågan om *hemtjänstens uppdrag och ansvar*. Missbruk utgör i vissa fall ett hinder för genomförandet av de insatser som enskilda har beviljats. Personalen kanske inte kan hjälpa till med matlagning, städning, hygien och olika dra omvårdnadsinsatser i den utsträckning som är tänkt eller på den tid som har beviljats. Har hemtjänsten i så fall ett mer övergripande ansvar för att ändå försöka se till att hemmet och personen får

hjälp? Hemtjänstmottagare är vuxna och har själva rätt att välja bort de insatser som de har beviljats. *Har hemtjänsten överhuvudtaget med äldres drickande att göra?* Frågan här handlar alltså om vilket uppdrag och ansvar som hemtjänsten har för sina ”kunder”. Idag är det inte ovanligt att äldre som behöver hjälp med städning anlitar RUT-tjänster istället för att ansöka om bistånd enligt socialtjänstlagen (Prop. 2017/18:106). Vissa av de insatser som hemtjänsten tillhandahåller har för övrigt inte ens beviljats enligt socialtjänstlagen utan utgör service enligt den så kallade befogenhetslagen (SFS). Om RUT-tjänster och hemtjänst är jämförbara, ska då hemtjänsten behandla missbruk som något annat än ett hinder för att genomföra insatserna? Eller har hemtjänsten ett uppdrag som går utöver de omvårdnads- och serviceinsatser som har beviljats? Ett konkret exempel där denna fråga blir aktuell rör inköp av alkohol till omsorgstagare. Många äldre beviljas hjälp i form av inköp av mat, medicin med mera och en fråga blir då om verksamheten ska köpa in alkohol till personer med missbruksproblem, även i fall då detta är destruktivt och dessutom bidrar till att de beviljade insatserna inte kan genomföras.

Hemtjänsten ingår i socialtjänstens äldreomsorg och av socialtjänstlagens 5 kap 4§ framgår att ”Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande”. I samma kapitel anger 9§ att ”Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket”. Här finns det alltså ganska tydliga uppdrag för socialtjänsten som går bortom bistånd med städning och matlagning. Slutligen finns det i Socialtjänstlagen 15 kap 3§ en bestämmelse om att den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten är skyldig att rapportera om missförhållanden som rör personer som är föremål för insatserna. Denna rapportskyldighet gäller oavsett om insatserna ges av kommunala eller privata utförare. Vad den innebär för äldre missbrukares del är emellertid oklart. Är omsorgstagaren mest gynnad av omvårdnadsinsatser som ger trygghet och bidrar till ett drägligt liv med fortgående missbruk, eller ska hemtjänsten och andra aktörer försöka agera mot missbruket?

Det som skapar en särskild spänning i uppdrags- och ansvarsfrågan är att hemtjänstens personal är närvarande och har kännedom om många av omsorgstagarnas missbruksproblem. Socialtjänsten har enligt Socialtjänstlagen ett uppdrag som handlar om att göra sig bekant med de behov som finns bland

kommunens innehållare och att agera när man får kunskap om missförhållanden. Här är verksamhetens anställda på plats och bevittnar hur äldre personer missbrukar och i många fall får illa av detta. Många äldre missbrukare är samtidigt ovilliga att ta emot hjälp och skulle kanske avsäga sig kontakt med hemtjänsten om verksamheten bedrev ett mer offensivt arbete mot missbruket. Hur hanterar hemtjänsten dessa utmaningar? Hur ser man på sitt ansvar och uppdrag i förhållande till omsorgstagare som har missbruksproblem? Finns det rutiner, handlingsvägar och kompetens för arbetet med missbrukare? Handlar eventuella riktlinjer om förändring av missbruket, eller handlar de om bemötande och hur personalen ska kunna genomföra service och omvårdnadsinsatserna? Får de personer som har missbruksproblem den hjälp de behöver eller borde verksamheterna förändras?

Syfte och frågeställningar

Syftet med den här studien är att kartlägga den svenska hemtjänstens kunskap om och insatser för äldre personer som har missbruksproblem.

Följande frågeställningar är aktuella:

- Hur vanligt är det att äldre omsorgstagare har missbruksproblem?
- Hur påverkas hemtjänstens möjlighet att genomföra beviljade insatser?
- Vilken kompetens och beredskap för att ge hjälp finns hos hemtjänsten?
- Hur fungerar samarbetet med andra aktörer? Överensstämmer det som finns med de upplevda behoven?
- Vilket ansvar har hemtjänsten för att äldre med missbruksproblem får den hjälp de behöver? Finns det behov och önskemål om förändringar? Finns det lovande praktiker?

Den första frågan kommer att besvaras utifrån den kännedom som verksamhetsföreträdare har om de omsorgstagare som tar emot hemtjänst. Den andra frågan handlar om möjligheter och svårigheter att ge beviljat bistånd till personer med risk- och missbruksproblem. Den tredje frågan handlar om

personalens utbildning i missbruksfrågor, om verksamhetens rutiner samt om samverkan med andra. Den sista frågan är naturligtvis svår att besvara. Vad är ”rätt” eller ”bäst” hjälp? I den här rapporten kommer frågan belysas i en diskussion om hemtjänstens uppdrag och ansvar, samt – givet att vår undersökning identifierar ett antal problematiska förhållanden – i en redovisning av exempel på rutiner och praktiker som sägs fungera väl.

2. Metod

Syftet med rapporten är explorativt och handlar om att kartlägga förekomsten av missbruk bland hemtjänstmottagare och ge information hur hemtjänsten arbetar med personer som har missbruksproblem: om kvaliteten på insatserna påverkas, vilka rutiner som finns, vilken hjälp man anser att hemtjänstmottagarna behöver. Kartläggningen kan ses som ett komplement till de fördjupade studier som genomförts av Gunnarsson och Karlsson (Gunnarsson 2010; Gunnarsson & Karlsson 2016; Karlsson & Gunnarsson 2018b) och som bygger på intervjuer med omsorgspersonal, samt till de kartläggningar som gjorts av äldres alkoholkonsumtion generellt (Ramstedt et al. 2014; Waern et al. 2014).

Med denna utgångspunkt har det varit önskvärt att nå ett relativt stort antal företrädare för äldreomsorgen, men att samtidigt möjliggöra för företrädarna att fördjupa sina resonemang om förhållningssätt bortom enkla kommentarer om huruvida verksamheten har rutiner, om personalen genomgått utbildning, om insatsernas kvalitet påverkas etc. Vilken typ av rutiner finns inom verksamheterna? Hur påverkas insatsernas kvalitet? Vilken typ av utbildning/fortbildning har förekommit? Vilken av dem ses som önskvärd?

Datainsamlingen har gjorts genom semistrukturerade intervjuer med 50 enhetschefer eller motsvarande, det vill säga första linjens chefer för 50 hemtjänstgrupper i såväl offentlig som privat regi. Telefonintervjuer möjliggör kontakt över stora geografiska avstånd (Bryman 2008), varför denna metod ansågs som bäst lämpad för rapportens ändamål. Valet av respondenter gjordes utifrån en sammanvägning av den position i organisationen som bedömdes ha största möjliga insyn i hemtjänstgruppernas dagliga arbete och tillika kunskap om verksamhetens rutiner och riktlinjer. I två privata organisationer vidarebefordrade enhetschefen med hänvisning till egen bristande insyn i det dagliga arbetet intervjuförfrågan till ansvarig samordnare, varvid intervjun istället genomfördes med samordnaren. Samtliga intervjuer genomfördes av projektets assistent Nora Germundsson under perioden juni till september 2018. Vår uppfattning är att intervjupersonerna tog sig tid att höra sig för med personalen inom grupperna om de frågor som intervjuguiden innehöll. I många fall refererades kunskap bland medarbetarna explicit och ibland hade cheferna fått ny kunskap om arbets- och

förhållningssätt i samband med att man hört sig för med arbetsgruppen om frågorna.

Intervjuguiden arbetades fram i dialog mellan forskningsprojektets medarbetare, och bestod av frågor av kvantitativ karaktär såväl som frågor som syftade till att kartlägga respondenternas uppfattningar om det studerade problemet. Semistrukturerade intervjuer är en vid kategori och med utgångspunkt i rapportens syfte hade intervjuguiden en relativt hög struktureringsnivå. De 18 frågorna delades in i fyra underrubriker; *problemets omfattning*, verksamhetens riktlinjer och *rutiner*, *arbetets organisering* samt *hemtjänstmottagaren*. Fem frågor konstruerades för att få svar på frågor om antal, för fyra frågor gavs möjlighet till flera svarsalternativ och åtta frågor var ”ja eller nej”-frågor. Respondenterna ombads utveckla sina resonemang i relation till flera frågor och en avslutande fråga gav respondenten möjlighet att komma med egna synpunkter och funderingar. En pilotintervju genomfördes, varefter intervjuguiden reviderades till sin slutgiltiga form. Samtliga intervjuer genomfördes utifrån samma underlag. Detta för att öka jämförbarheten mellan intervjuerna (Se även Bilaga 1: Intervjuguide).

Urvalsprocessen

Undersökningens syfte har varit att göra en kartläggning och därmed ge en bred bild av det studerade problemets förekomst inom svensk hemtjänst. En ambition har varit att inkludera verksamheter som speglar variation av kommuner ifråga om geografi och befolkningens mängd. Genom att sortera samtliga svenska kommuner i storleksordning avseende befolkningens mängd, och därefter välja den kommun som befann sig närmst mitten av varje 10 000-spann (0-10 000, 10 000-20 000 och så vidare) valdes 17 kommuner ut. Med hjälp av uppgifter från respektive kommuns hemsida, alternativt kontaktcenter, kontaktades enhetschefer eller verksamhetsansvariga inom samtliga hemtjänstverksamheter per e-post, med information om studien samt det framtagna frågeformuläret. Vid uteblivet svar skickades ytterligare ett mejl som påminnelse. När respondenten återkom med ett positivt svar bokades en tid för projektets assistent att ringa till respondenten för genomförande av intervjun.

I de 17 kommunerna togs även kontakt med de eventuella privata aktörer som enligt respektive kommuns hemsida utför hemtjänst i form av service (såsom

städning och tvätt) och omsorg (exempelvis personlig hygien och medicinutdelning). Verksamheter som enbart utför serviceinsatser exkluderades, eftersom en första genomgång av enheter visade på förekomsten av ett antal mycket små privata utförare av städning som det inte bedömdes meningsfullt att ha med i kartläggningen. Då många privata verksamheter utför hemtjänst i flera kommuner parallellt har även den verksamhet som de bedriver i eventuella övriga kommuner innefattats i studien. Genom detta tillvägagångssätt rekryterades sex stycken mindre privata verksamheter, samt en verksamhet tillhörande en större koncern. Då de privata aktörernas verksamheter kan tänkas skilja sig beroende på organisationens storlek togs därutöver även kontakt med ytterligare två större vårdkoncerner som utför hemtjänst.

Utöver ovanstående har Kommunförbundet i Skåne varit behjälpliga med att sända ut en förfrågan till medicinskt ansvariga sjuksköterskor samt vård- och omsorgschefer i samtliga skånska kommuner om att vid intresse ta kontakt med projektets assistent. På så sätt har ytterligare sex kommuner blivit aktuella för studien.

När 50 respondenter i 16 kommuner och 9 privata verksamheter tackat ja till att medverka i studien avslutades rekryteringsprocessen. En intervju genomfördes på respondenternas begäran som en parintervju (dvs. företrädare för två enheter telefonintervjuades ihop). Sammanlagt genomfördes alltså 49 intervjuer med 50 verksamhetsföreträdare. Den slutgiltiga fördelningen av respondenter ser ut enligt nedan.

Verksamheter	Mindre kommuner 0–60000	Mellanstora kommuner 60000–110000	Större kommuner 110000–	Privata
Antal intervjuer (i antal kommuner/ organisationer)	12 (7)	12 (4)	16 (5)	10 (9)

Intervjuernas genomförande

Respondenten uppmanades att gå igenom frågeformuläret på förhand, för att på så sätt ha möjlighet att före intervjun samtala om frågorna med de personer inom organisationen som bedömdes ha störst kunskap. För den händelse respondenten inte haft möjlighet att på förhand gå igenom frågeformuläret bokades en ny tid för intervju. Respondenten gavs möjlighet till flexibilitet avseende bokning av tid för intervjun inom ramen för undersökningsperioden. Projektassistenten ringde därefter upp respondenten på avtalad tid, för att genomföra intervjun utifrån den på förhand utsända intervjuguiden/frågeformuläret.

Respondenten tillfrågades och godkände vid samtliga intervjuer att samtalen spelades in. De delar av intervjun som ansågs relevanta för studien transkriberades sedan. Längden på de inspelade intervjuerna varierade mellan 18 och 53 minuter. I de fall där respondenten uppgav att det inom verksamheten fanns en skriftlig rutin eller handlingsplan vid upptäckt av en hemtjänstmottagares missbruk har denna efterfrågats och i de flesta fall har vi fått ta del av dessa. Fyra kommuner och tre privata verksamheter har översänt sådana skriftliga rutiner.

I två fall har kortare kompletterande intervjuer genomförts. Detta för att en del ytterligare frågor behövde ställas avseende några av de svar som givits vid det första tillfället. Som nämnts inledningsvis är undersökningar om missbruk förknippade med en mängd problem, som bland annat har att göra med uppfattningar om vad som utgör ett problem, och med att personer som missbrukar ofta försöker dölja detta. I rapporten kommenterar vi denna typ av brister och svårigheter fortlöpande.

Bearbetningen av materialet har skett på tre sätt. De transkriberade intervjuerna har lästs igenom. Materialet har därefter kodats tematiskt i två steg, först utifrån de frågor som rört olika teman och därefter utifrån samma teman i hela den transkriberade intervjun. Det betyder att exempelvis samtliga svar på frågan om huruvida personalen har fått någon utbildning samlats i ett dokument. I nästa steg har kommentarer om utbildning i andra delar av intervjun infogats, vilket exempelvis kan handla om att intervjupersonen resonerar om behovet av utbildning på frågan om möjliga förbättringsåtgärder. Med tanke på antalet intervjuer har detta arbete varit relativt tidskrävande. Samtidigt har förfaringsättet gjort det möjligt att komma bortom den kvalitativa analysens

identifiering av teman och fenomen, till resonemang om vad som också är *återkommande, vanligt* och *typiskt* inom verksamheterna.

I arbetet med kartläggningen har det blivit uppenbart att kunskapen om och organiseringen av hjälpsystemet är svårbegriplig och oklar och vissa av de verksamhetsföreträdare vi har intervjuat har nämnt rutiner och stödfunktioner som rimligen också borde ha nämnts av andra. Det är alltså möjligt att delar av det befintliga hjälpsystemet inte synliggörs av den typ av kartläggning vi har genomfört.

Resultaten bygger på information från verksamhetsföreträdare – första linjens chefer – som uppmanats att samråda med sina medarbetare inför den telefonintervju de deltog i. Intervjuer med omsorgspersonal, eller deltagande observationer hade möjligen gett en annan bild än den vi fick. I några intervjuer uppfattade vi beskrivningarna som tillrättalagda, möjligen utifrån motivet att undvika att bli ifrågasatt som verksamhet och det faktum att representanter inom samman kommun i något fall redovisade skillnader i förhållanden av kommunövergripande natur understryker vikten av att tolka resultaten med försiktighet.

När det gäller etiska överväganden behandlar kartläggningen inga personuppgifter och de personer som intervjuats uttalar sig i sin yrkesroll. I rapporten har vi ändå valt att byta namn på respondenter och namn på verksamheter utifrån erfarenheten att läsare ibland kan fastna på enskilda namn, orter och företag när dessa framgår, vilket minskar möjligheten att ta del av resultaten som helhet.

Några kommentarer

Här nedan kommenteras några aspekter som inte ges belysning i vår kartläggning, men som är angelägna att studera.

Givet kartläggningens syfte var det lämpligt att ta kontakt med verksamhetsföreträdare. Vi vill ändå kommentera att den här kartläggningen blir ännu en studie där det pratas *om* äldre missbrukare ur ett personal- och verksamhetsperspektiv och att det är angeläget med forskning där äldre personer som har missbruksproblem får komma till tals och beskriva sina erfarenheter, behov och önskemål.

En brist i vår kartläggning, som delvis kan ha att göra med studiens upplägg och delvis med hur verksamheterna fungerar, är att det oklart vad intervjupersonerna avser med "anmälningsplikt" och "orosanmälan" för äldre hemtjänstmottagare med missbruksproblem. Dessa begrepp kommenteras mer utförligt i slutet av rapporten där också ett exempel på en lovande rutin för orosanmälan återfinns.

Kartläggningen inkluderar både kommunala och privata utförare, men någon särskild åtskillnad utifrån verksamheternas driftform görs inte i rapporten. En fråga är ändå intressant att reflektera över. Ganska många av de kommunala verksamhetscheferna påtalade brister som de också var frustrerade över och de beskrev problem i synsätt och organisering i detalj. När privata verksamhetsföreträdare vidkändes brister, exempelvis att personalen saknade fortbildning om missbruk, var man vanligen snabb att beskriva lösningar, typ att en sådan utbildning snart kunde läggas in. Den här frågan ligger lite vid sidan av vår kartläggningens syfte, men vi uppfattade de privata utförarna som mindre benägna att beskriva beständiga problem och mer benägna att visa att det inte fanns anledning till kritik. Det kunde, utöver kommentarer om brister som skulle rättas till, handla om en beskrivning av att även de hemtjänstmottagare som hade missbruksproblem var "nöjda". Eller en kommentar om att kvaliteten på insatserna påverkades negativt av missbruk som följdes av ett infogande om att det är "kunden som bestämmer" och att det är "självalt" att inte ta emot hjälp. En fråga är alltså vad denna benägenhet att "hantera" möjliga brister och möjlig kritik står för. Kanske en ambition att vara lyhörd och utveckla verksamheten. Kanske en ambition om att inte visa upp brister och blotta sig för kritik. Vår undersökning ger inte några svar och temat faller vid sidan av undersökningens syfte, men agerandet var så pass anslående att vill lyfta fram detta som en fråga för framtida studier.

3. Problemets omfattning

I den här delen av rapporten redovisar vi uppgifter om problemets omfattning och karaktär, om hur verksamheter påverkas, vilka rutiner och vilken utbildning man har, samt hur verksamheterna samverkar med andra och om de intervjuade företrädarna menar att hemtjänstmottagarna får den hjälp de behöver.

Mellan fem och sju procent av hemtjänstmottagarna uppskattades ha risk- eller missbruksproblem. Detta innebär att 8 500-12 000 av landets äldre hemtjänstmottagare har ett risk- eller missbruk som är känt av hemtjänsten. Det totala antalet individer som de 50 grupperna regelbundet gav omsorg och service angavs till 4 377, där den minsta enheten hade 10 hemtjänstmottagare och den största 225. Det totala antalet personer med missbruksproblem inom denna population uppskattades till 301. Av dessa angavs 180 ha alkoholproblem, 53 ett missbruk av receptbelagda mediciner, fem ett narkotikamissbruk och 50 ett blandmissbruk. Totalt sett angavs därmed andelen omsorgstagare med risk- och missbruksproblem till sju procent. Dessa andelar påverkas av att cheferna vid tre enheter angav att 10 av 65 (15%), 43 av 203 (21 %) respektive 75 av 225 (33 %) omsorgstagare hade risk- eller missbruksproblem. Efter den totala kartläggningen återkom intervjuaren till dessa chefer, för att kontrollera och få deras tolkning till de höga siffrorna. Cheferna vidhöll uppgifterna och hänvisade till den problematiska karaktären inom de områden som betjänades. Så här resonerade exempelvis enhetschef Therese från D-kommun:

Klockardala är ett område som är... alltså som också när vi pratar om att det här med missbruksproblematik och där jag kan faktiskt säga, jag tror att det kommer... det kanske mer går in på en annan fråga, men som jag faktiskt också tar upp vid till exempel anställningsintervjuer för att jag vet att Klockardala är ett område som har en hel del personer med missbruksproblematik. Och då tycker jag det är viktigt att lyfta det till exempel när det kommer, alltså vid nyanställningar, för att man liksom ska veta att det här förekommer, så att man liksom vet vad man ställs inför på något vis också.

Verksamheten gav hemtjänst till 65 personer, varav 10 hade missbruksproblem (samtliga av dessa var män vilket innebar att 10 av 28 manliga hemtjänstmottagare

hade missbruksproblem). Om de tre verksamheter som ”sticker ut” räknas bort redovisade övriga 47 grupper en andel missbrukare om cirka *fem procent*.

Det finns en mängd problem med uppskattningar av detta slag. Vissa hemtjänstmottagares missbruksproblem är dolda för hemtjänstens personal och det finns problem som inte har kommunicerats fram till chefen från personalen. Vissa chefer svarade utifrån sin egen uppfattning/skattning, medan andra gjorde efterforskningar bland sina medarbetare och lämnade precisa uppgifter. Ett andra problem handlar om definitionen av risk- och missbruksproblem. Eftersom missbruksproblem kan ta sig olika uttryck och kliniska definitioner är relativt komplexa, preciserades inte frågan och svaret får alltså läsas som ett uttryck för chefernas subjektiva uppfattning om problem. Frågan om huruvida missbruket påverkade insatserna berörs senare i rapporten.

Ökar problemet?

I intervjun ställdes frågan om cheferna uppfattade att problemet hade förändrats över tid, till sin omfattning och karaktär. Med utgångspunkt i annan forskning och allmän rapportering om äldres alkoholvanor kan den typ av svar som enhetschef Britt från F-kommun gav ses som förväntat:

Om jag tänker generellt, och inte bara som min kommun, den här erfarenheten jag har så ser jag, min upplevelse att det klart och tydligt att det ökar. Att det här som hemtjänsten, otroligt mångfacetterad verksamhet, fylld av multisjuka personer. Och ibland vet jag inte vad som är vad, men kanske missbruk leder till psykisk ohälsa och psykisk ohälsa leder till missbruk. Så det är liksom både det här, som min upplevelse är. Och just den här generationen, då kan jag tänka mig att de har lite mer kulturen också sedan tidigare, och 40-talister, och ja men kanske ännu tidigare. Att man flyttar ner det här bruket, att man brukar alkohol mer och det här liksom, kanske ensamhet och såna här saker som gör det, att det leder till ett missbruk. Så det är min upplevelse alltså, genom åren, att det här liksom blir mer och mer. Att vi blir inblandade i det, ja.

Det här svaret kan visserligen ses som förväntat men det var inte det typiska i vår kartläggning där cheferna mestadels kommenterade förändringar i den egna verksamheten. Sex chefer angav att problemet ökat, sju att det minskat och två hade inget svar på frågan. Övriga 35 såg problemet som oförändrat. Flera

respondenter länkade en upplevd minskning till förändringar inom bostadsområdet, exempelvis genom ny villabebyggelse eller dyrare lägenheter. I ett par fall handlade förändringen om att enheten tidigare haft ansvar för hemtjänst på boenden där äldre missbrukare fanns, men att så inte längre var fallet. Vissa intervjupersoner resonerade om förändringarna som att det ”går upp och ned” (vilket vi kodat som att problemet är oförändrat), medan andra förutspådde att missbruket kommer att öka. I något fall kopplades detta till ökad användning av narkotika och blandmissbruk bland äldre i framtiden. Med utgångspunkt i att grupperna gav hemtjänst till relativt få missbrukare grundades uppfattningar om kommande förändringar ofta på allmän kunskap eller massmediala resonemang: ”Det är mer utifrån om man tänker livsstilen... som man läser i tidningarna. Där känns det ju som att det finns en ökning. Men vi har inte sett någon faktiskt ökning än så länge.” (Otto, N-kommun).

Få av kommentarerna om nya missbruksmönster grundades i konkret erfarenhet, utan får mer ses som allmänna resonemang om äldres förändrade missbruk, inkluderat förväntningar om att kvinnor dricker allt mer. Svaren måste samtidigt tolkas utifrån den tid respondenterna hade varit chefer. Endast tio hade haft anställning som chef i mer än fem år. Med detta sagt beskrev flera av de intervjuade att de arbetat inom andra roller och på andra platser och många hade som nämnts sett över intervjufrågorna ihop med sin personal:

Jag hade ju en medarbetare som har jobbat i 30 år och där vände jag mig ju liksom lite till henne sådär, hon har ju varit i verksamheten länge, och frågade liksom lite hur hon har sett på det, och enligt henne så är det oförändrat över tid. (Therese, D-kommun).

Givet att det både inom forskning och bland respondenter finns en förväntan om ett ökat missbruk bland äldre, så framstår avsaknaden av upplevd förändring som ett något oväntat resultat i denna studie.

Skiljer sig problembilden för kvinnor och män?

Studiens resultat ger en splittrad bild gällande problembilden för kvinnor och män. Å ena sidan uppgavs missbruksproblem vara vanligare bland män än kvinnor, men när informanterna skulle redogöra för missbruksproblem utifrån

antal kända personer i området uppgav de i flera fall ungefär lika många män som kvinnor.

På frågan om det är fler män eller kvinnor som har missbruksproblem bland hemtjänstmottagarna fördelade sig svaren så här: Enbart eller fler män i 21 verksamheter, enbart eller fler kvinnor i åtta verksamheter, jämn fördelning i 14 verksamheter samt oklart eller missbrukare saknas i sju verksamheter. I merparten av fallen baserade cheferna sina svar på exakta beräkningar som då kunde handla om att man räknat till fem män och tre kvinnor och alltså hade en övervikt av män. De oklara svaren inkluderade både de intervjuer där respondenten sade att det var svårt att ange, samt intervjuer där det exempelvis fördes resonemang om ökningarna och kön utan att någon fördelning angavs.

När det gäller skillnader i problembild beroende av kön bekräftade många intervjuer den etablerade föreställningen att fler äldre män än kvinnor är missbrukare, samt att mäns missbruk ofta tar sig svårare uttryck. Kvinnors förändrade drickande och ett ökat "findrickande" kommenterades i flera intervjuer, kopplat till ensamhet och bag-in-box drickande ("bib-damer", som någon uttryckte det). Kommentarer om att kvinnor oftare har ett blandmissbruk med mediciner, samt att kvinnor dricker mer vin och män dricker mer starksprit förekom, men var fåtaliga och kan inte ses som något tydligt fynd i undersökningen. Det förekom kommentarer om att problembilden var ungefär densamma bland de personer man gav hjälp, exempelvis avseende vad som konsumerades och om personerna uppvisade aggressivitet.

Eftersom intervjupersonerna pratade utifrån sina konkreta erfarenheter, ofta med hänvisningar till exakta beräkningar, förekom det flera fall där kvinnornas andel var likvärdig med eller större än männens, exempelvis som att gruppen gav hemtjänst till fem personer med missbruksproblem, varav tre var kvinnor och två var män. Denna typ av fördelning kommenterades ibland som en avvikelse från det förväntade: "Ja, hemskt att säga, men det är faktiskt fler kvinnor" (Petra, D-kommun). Kvinnor beskrevs också som mer benägna att dölja sitt missbruk, något som delvis tillskrevs samhällets attityder:

De som visar det mer öppet är ju övervägande män. Men kvinnor är ju sluga. Om man nu ska uttrycka det så. De tror ju inte att vi ser. Nej. Alltså där är det ju mycket mer dolt. För det är ju liksom inte okej att vara kvinna och vara full. (Klara, Din Omsorg AB).

Kvinnors missbruk kommenterades alltså i flera fall som något som doldes men också avslöjades genom hemtjänstens närvaro i hemmet. Samma uppfattning uttrycktes i två studier som baseras på intervjuer med biståndshandläggare inom äldreomsorgen respektive socialsekreterare inom missbruksvård (Gunnarsson & Karlsson, 2017; 2018a).

Vidare om problemets karaktär

Äldre personers missbruk har ibland beskrivits utifrån olika typfall: personer som åldras med långvariga missbruksproblem, personer som haft ett riskdrickande som ökat efter pensionen och personer som använder alkohol i samband med sorg och kris (Jönson & Harnett, 2015).

I våra intervjuer nämndes alla dessa typer och tre problembilder är av särskilt intresse att uppmärksamma. Den första handlade om komplexa och långvariga problem och kan illustreras genom en kommentar från Blenda vid den privata vårdgivaren Blendas Hemtjänst:

Och väldigt ofta är det ju kombination med någon form av psykisk ohälsa, antingen att man har en ren diagnos eller flera, och så självmedicinerar man lite på grund av det, eller så har man bara psykisk ohälsa, så att säga, och så självmedicinerar man lite mot det. Det är nog inte alls vanligt för oss att vi möter på någon som bara är rätt och upp ner är, om man säger, en helt vanligt missbrukare utan någon av de här bakomliggande orsakerna. Det är inte vanligt.

Den här typen av kommentar återkom också i resonemang om kontakter och samarbete med andra verksamheter (exempelvis socialpsykiatrin), som vi redogör för närmare under en senare rubrik. Personerna inom denna kategori hade en blandad problematik: ”missbruk leder till psykisk ohälsa och psykisk ohälsa leder till missbruk” och det var svårt att veta vad som var vad, som enhetschef Blenda uttryckte saken ovan. Internationellt benämns den här problematiken med uttrycket ”dual diagnosis” (Rao & Shanks 2011), vilket innebär att missbruket uppträder i kombination med psykisk ohälsa eller omfattande sociala problem. I många fall bor personerna i områden som uppfattas som socialt utsatta. Det som är av intresse med personer inom denna kategori är just att deras problem är komplexa och att de upplevs som mycket svåra att hjälpa till ett liv utan missbruk. I vissa kommuner har det därför tillskapats boenden eller enheter på äldreboenden

för personer med långvarigt missbruk och omfattande sociala problem, och där målet inte är nykterhet. Istället är boendet och omsorgsinsatserna tänkta att ge värdighet och välbefinnande till personer som har ett fortsatt missbruk (Lindgren, 2008; Jönson & Harnett, 2019).

Den andra problembilden handlar om äldre som konsumerar lådvin och där kvinnor utgör en stor andel. Exempelvis angav enhetschef Valbona i P-kommun att fyra av de fem hemtjänstmottagare som hade alkoholproblem i hennes verksamhet var kvinnor och detta kopplade hon till risken med lådvin:

Alltså min spontana analys kan jag tycka att det beror på att kvinnorna är mer ensamma än män. Det finns flera ensamma kvinnor, alltså ensamhushåll, det är äldre kvinnor, än män. Och det, ja, man kan ju spekulera i varför men oftast upplevs det att man... men det är återigen de här bag-in-boxen. Som det är sällan som en kvinna går ut och handlar flaskor, utan man köper en box och så har man tre liter vin, eller vad det är, två och en halv, jag vet inte hur mycket det är i en sån... Och det har man hemma liksom och ja, man tappar kollen liksom på hur mycket man dricker och man dricker ofta. Så att det är en ökning bland kvinnor, absolut.

Valbona menade att personerna inom kategorin ofta hade en god ekonomi; kvinnorna hade utbildning, möjligen hade de tagit till sig en ny alkoholkultur under utlandsresor och även om de druckit dagligen under många år levde de inte upp till bilden av den traditionella missbrukaren, med ett sjabbigt och förfallet hem.

Det finns självklart en risk att problembilden konstrueras idealtypiskt utifrån allmänna förväntningar om kvinnliga bag-in-box-missbrukare. Samtidigt är det viktigt att uppmärksamma att personer med den här typen av problem sannolikt kan få god hjälp med sitt missbruk genom relativt enkla insatser av typen motiverande samtal (jfr. SBU, 2019). När hemtjänstens och den missbruksbehandlande socialtjänstens erfarenheter studeras finns det en risk att hög ålder likställs med oförmåga till förändring, utifrån en presumtion om att äldre har ett mer eller mindre kroniskt missbruk. Exempelvis menade socialsekreterare som Gunnarsson och Karlsson (2018a, s 150) intervjuade att behandlingsinsatser (12-stepsprogram eller KBT) för personer över 65 inte var aktuella eftersom personer inom gruppen sällan var ”motiverade eller i skick att kunna ta emot mycket avancerad behandling”. Internationella studier har visat att

hög ålder i sig inte ger sämre mottaglighet för behandling (Lemke & Moos, 2002). Däremot ger – föga förvånande – ett långvarigt missbruk sämre prognos för lyckat utfall. Det är värt att varna för risken att förhållanden som kan ha att göra med missbruket tillskrivs åldrandet. När en äldre person inte anses vara ”i skick” att ta emot avancerad behandling är det lätt att dra slutsatsen att detta beror på den höga åldern, när det i själva verket kan handla om en problematik som minskar vid en längre tids tillnyktring.

Samtidigt, vilket är ett tema som vi kommenterar på flera ställen i den här rapporten, väcks frågor om vilket mandat som hemtjänsten har i förhållande till riskdrickande och missbruk. Om en person verkar ha ett riskdrickande som inte alls påverkar insatserna, men där det kan tänkas att ett par rådgivande samtal skulle vara till hjälp, är det då hemtjänstens sak att ta upp frågan? Eller kan detta ses som ett övertramp i förhållande till verksamhetens uppdrag och en kränkning av individens privatliv?

Slutligen, i relation till en tredje problembild, kan det vara värt att nämna en av studiens avgränsningar, som handlar om att enbart kännedom om missbruk hos äldre *hemtjänstmottagare* efterfrågades. På frågan om könsfördelning förde enhetschef Morena från M-kommun följande resonemang om mönster i eventuell överrepresentation:

Nej, jag tror det är en slump för det är ju så att en av de här som vi har som brukare har ju en fru som missbrukar nästan mer än mannen gör, bara det att hon behöver inga insatser i nuläget. Och det är samma med en annan kvinna vi har där det är mannen som har insatserna och hon är en anhörig som har mindre insatser, så egentligen är det väl slumpen att inte de har insatser ännu, så jag tänker att det räcker att de kommer till det läget att de också behöver hjälp, så har vi två-två så att säga, och då har vi helt plötsligt fyra brukare.

Det ligger utifrån vår kartläggnings upplägg nära till hands att föreställa sig en relation där hemtjänsten besöker en äldre person som bor ensam och har missbruksproblem – idealtypiskt som en äldre man med långvarigt missbruk och sociala problem eller som en äldre vindrickande ensam kvinna. Vad citatet ovan synliggör är det faktum att många hemtjänstmottagare lever tillsammans med andra och att frågan om missbruk ibland handlar om miljöer och relationer. Makar missbrukar tillsammans. Den som tar emot hemtjänst kanske själv inte har

missbruksproblem men någon annan i hushållet har det (och i så fall räknades personen inte i vår kartläggning). I våra intervjuer nämndes äldre som bor tillsammans med vuxna missbrukande barn, vilket i likhet med andra fall där personer som har missbruksproblem lever tillsammans brukar ses som en riskfaktor för våld i nära relationer (Hydle & Johns 1993).

4. Hur påverkas hemtjänstens arbete?

Att omsorgspersonalens arbete kan påverkas av äldre hemtjänstmottagares missbruk är väl belagt utifrån hur frågan upplevs av den personal som besöker äldres hem (Karlsson & Gunnarsson, 2017; Gunnarsson & Karlsson, 2018b). Med utgångspunkt i sina intervjuer med omsorgspersonal har Gunnarsson och Karlsson beskrivit den faktiska och etiska stress som består i att inte hinna ge de insatser som krävs i situationer där behoven inte passar in i det tidspressade schemat, att bli vittne till misär och lidande utan att ha möjlighet att hjälpa den enskilde ur en svår situation.

I vår kartläggning ställdes frågan om cheferna uppfattade att kvaliteten på hemtjänstens insatser påverkades av hemtjänstmottagarens missbruksproblematik. En majoritet, 82 procent (41 intervjupersoner) procent, uppgav att kvaliteten påverkades, medan 14 procent menade att så inte var fallet³. Bland de som menade att kvaliteten inte påverkades poängterade flera att missbruket bland ”deras” hemtjänstmottagare inte var av den omfattningen att det gick ut över insatsernas genomförande. En enhetschef beskrev det som att de hade ”snälla missbrukare”, vilket kan förstås i relation till andra informanternas berättelser om aggressiva hemtjänstmottagare som uppträdde hotfullt mot hemtjänstpersonalen.

Bland de som menade att kvaliteten på hemtjänstens insatser inte påverkades av missbruket fanns också en enhetschef som förklarade detta med att kommunen hade ett specialteam inriktat på missbruk och att insatser därför kunde ges med god kvalitet även till personer med svåra missbruksproblem.

Huvudresultatet är dock att hemtjänstens arbete ofta påverkas, på ett eller annat sätt, av missbruket hos personer som man ger hjälp. Två påverkansaspekter dominerade, där den enda handlade om att missbruket gjorde att insatser inte kunde utföras överhuvudtaget och den andra om att arbetet kunde utföras, men blev tyngre och svårare. Nedan presenteras dessa aspekter mer utförligt.

³ Två intervjupersoner uppgav att deras grupp inte gav hemtjänst till någon med missbruksproblem.

Den äldre får inte sina insatser

Merparten av cheferna nämnde situationer där missbruket ledde till att de beviljade insatserna inte utfördes. Dels handlade det om att äldre med missbruksproblem vägrade släppa in personalen eller avböjde kontakt och dels om att personal inte utförde insatserna eftersom arbetsmiljön upplevdes som hotfull. Ibland lät hemtjänsten också bli att utföra insatser eftersom det upplevdes som meningslöst, till exempel att gå en promenad med en kraftigt berusad person.

Nedan beskrivs först situationer där det var *den äldre* som inte ville ta emot insatser och därefter situationer där det var *hemtjänsten* som beslutade att insatser inte skulle utföras.

”Man vill inte ta emot insatser när man är berusad”

Det förekom, enligt våra respondenter, både situationer där hemtjänstmottagaren vägrade att öppna dörren och situationer där de avsåg sig insatser i förväg genom att ringa till hemtjänsten. Flera av enhetscheferna beskrev detta som strategier där enskilda försökte dölja missbruket. När hemtjänsten inte blev insläppta skapades moraliska svårigheter, menade några respondenter, eftersom hemtjänstmottagare inte fick den hjälp som de ansågs i behov av:

De med missbruksproblematik vill ju många gånger dölja problematiken, och tar kanske inte emot stödjande eller kompenserande insatser på grund av risken att bli avslöjad i sitt missbruk. Och då upplever ju jag och omsorgspersonalen att omsorgen hindras ju av brukarens behov att hålla upp fasaden (Niklas, N-kommun)

Informanterna berättade att det kunde uppstå en rad negativa konsekvenser när hemtjänstmottagare vägrade släppa in hemtjänstpersonalen. Någon berättade om duschningar som inte kunnat genomföras och där personen börjat lukta illa, en annan berättade hur bostaden förvandlades till en ”kvart” när hemtjänsten inte fick komma in och städa och ytterligare någon berättade om medicinska konsekvenser av att hemtjänsten vägrades släppas in: ”Alltså många gånger så blir det så att har de då druckit alkohol så tackar de ju nej till sina insatser. Och det kan ju vara både då, alltså medicinska, vi behöver lägga om sår, vi ska ge dem mediciner” (Lillemor, K-kommun). När hemtjänstmottagare inte önskade besök

hände det ändå att vissa insatser kunde genomföras. När informanterna beskrev sådana situationer framställdes medicinska uppgifter som prioriterade, medan sådant som städning och promenader fick stryka på foten:

Om det är medicinöverlämnande och toalettbesök är det en sak, då utför man det givetvis, men hade det varit som tvätt eller städning eller disk, då hade man liksom kommit tillbaka vid ett annat tillfälle och gjort det. (Rickard, P-kommun)

Äldres självbestämmande var ett centralt tema och flera personer beskrev självbestämmande och alkoholkonsumtion som en problematisk kombination, eftersom alkoholkonsumtionen gjorde att brukarna tappade omdöme och självinsikt. En berusad hemtjänstmottagare kunde få för sig att ”nej, men jag klarar mig själv”, trots att hemtjänsten visste att personen hade behov av hjälp i olika situationer. Självbestämmandet utgjorde ett hinder för hemtjänsten, men återropades också för att rättfärdiga agerande när de inte gav den hjälp som ”kunden” beviljats:

Om man tackar nej till den omvårdnad som vi är skyldiga att komma dit och göra, så kan vi ju inte tvinga oss in utan då blir det ju att vi får gå därifrån. Eftersom det är kunden som bestämmer. Och då påverkar ju det kvaliteten, absolut. Men det är självvalt, å andra sidan. (Daniella, Care AB)

Kommentarer som denna visar på en klassisk spänning inom socialt arbete – balansgången mellan att respektera den enskildes självbestämmande och samtidigt se till att människor inte far illa (Eliasson, 1995). Återkommande beskrevs ett pragmatiskt förhållningsätt där hemtjänsten inte släpptes in men ändå inte lämnade personen åt sitt öde, utan försökte komma tillbaka senare. I vissa fall återkom hemtjänsten senare samma dag, i andra fall dagen därpå. Äldres missbruk påverkade på så sätt indirekt personalens scheman, eftersom verksamheten var tvungen att boka in nya besök. Situationen blev annorlunda när hemtjänstmottagare avsåg sig insatser per telefon eftersom detta inte föranledde extrabesök på samma sätt.

Flera chefer tog upp att personer som missbrukade helst ville avsäga sig så mycket som möjligt och en person menade att detta var ett sätt att spara pengar: ”Vi ser också att behovet finns men man avsäger sig insatser för att man [--] inte

har ekonomi till det då. Förmodligen för att pengarna använts till annat då. Till alkohol” (Johanna, I-kommun).

I citatet ovan uttrycker informanten att ”vi ser” att behovet finns. *Synligheten* i destruktivt agerande som handlar om missbruk och social misär kan vara en utmaning för personal som arbetar med att ge omsorg. Hemtjänstpersonalens uppgift är *inte* att behandla missbruk, men samtidigt är de i en position där de *ser* missbruk och *ser* att personer far illa. Dels kan detta innebära en form av etisk stress där personalen känner att de bör, men inte kan hjälpa en person. Dels kan hemtjänsten bli ifrågasatt om de inte agerar när en person far illa, både med hänvisning till det allmänna uppdraget att ge omsorg som skapar värdighet och välbefinnande, och med hänvisning till att de som personal inom socialtjänsten har skyldighet att rapportera om missförhållanden.

”Är det pågående fest så går man inte in”

Ibland uteblev hjälpen på grund av att hemtjänstens personal inte ville utföra insatser när hemtjänstmottagare var påverkade. I några fall var situationen reglerad i olika riktlinjer. Det kunde då handla om en generell policy om att inte gå in till personer som uppträdde hotfullt eller om individuella instruktioner i brukarnas handlingsplaner. Att ge hjälp till personer som var berusade beskrevs med ord som *farligt*, *svårt* och *meningslöst*:

Det är av arbetsmiljömässiga skäl då som jag ber min personal backa. Dels på grund av det kan uppstå en hotfull situation, eller att brukaren inte är medgörlig liksom. Och då utför vi ju grundläggande omvårdnad bara (Johanna, I-kommun)

Ungefär samma resonemang om prioriteringar fördes, som i de fall då hemtjänstmottagaren vägrade att ta emot hjälp. Det kunde handla om att hemtjänsten lät bli att duscha personer som var kraftigt berusade, att promenader ställdes in när personer inte kunde gå eller att städning och disk hoppades över när hemtjänstmottagare hade fester eller uppträdde hotfullt. I vissa fall genomfördes inga insatser alls, utan personalen lämnade bostaden och återkom, och här kunde den individuella handlingsplan som upprättats utgöra ett stöd:

Vi kan inte alltid göra allt vi borde göra, eller ska göra hos brukaren, för att brukaren vill inte, eller man ligger så, så att säga, berusad, att man inte har förmåga att stå på fötterna [--] vi har ju handlingsplaner för alla, och vi vet ju hur vi ska göra, och man liksom går tillbaks och så vidare.[--] Att brukaren är så berusad att det går inte. Den kan inte stå på benen [--], ofta så är det här förknippat också med humörsvängningar, och beroende får abstinensbesvären då. Och ibland så kan man vara lite utåtagerande och så också, tänker inte vilja att någon kommer in, och då får vi liksom lämna och komma tillbaks till vid senare tillfälle samma dag då, för att se hur det är och sådär (Valbona, P-kommun)

När personalen valde att lämna en person för att komma tillbaka senare var det i regel inte enbart på grund av berusning, utan för att personen dessutom var aggressiv eller hade svårt att stå upp:

Det kan ju vara så att kundernas beteende förändras, vilket gör att det kan vara svårt att utföra vissa insatser eller delar av insatser, det kan ju vara lite det här, för vi har ju en policy liksom att man, alltså upplever man att det är, att man hamnar i en situation, alltså nu tänker jag till exempel om det handlar om hotfull situation. Att då ska man ju till exempel kunna göra, alltså välja att säga att ”jag kan inte hjälpa dig i det här tillståndet”. (Therese, D-kommun)

När insatser ställdes in på den äldres initiativ kommenterade intervjupersonerna risker för den enskildes hälsa, men när det skedde på personalens initiativ låg fokus i intervjun på den undermåliga arbetsmiljön. Främst handlade det om att situationen kunde vara hotfull, men det kunde också handla om att det var för rökigt eller för fysiskt tungt att arbeta hos berusade hemtjänstmottagare. I vissa situationer utförde hemtjänsten bara ”grundläggande omvårdnad” och även om detta begrepp sällan preciserades var det möjligt att skönja en slags miniminivå som personalen förväntades utföra, även när hemtjänstmottagare var berusade och besvärliga att ha att göra med:

Sedan pratade vi också om det här att i vissa fall så är det just när kunder med missbruksproblematik har besök av andra berusade personer, då är det inte heller det här att, alltså då blir ju, insatserna blir ju inte lika väl gjorda. Det påverkas ju av att man kanske inte då utför de lika väl som man hade gjort då, utan då gör man dem liksom snabbt. Alltså man gör det allra nödvändigaste, och sedan får man liksom tacka för sig ungefär (Therese, D-kommun)

Det kunde enligt flera enhetschefer uppstå en konflikt mellan personalens rätt till en god arbetsmiljö och den äldres rätt till sina insatser. Att göra ”det allra nödvändigaste” och sedan tacka för sig, innebar en kompromiss där bara vissa beviljade insatser blev utförda och där hemtjänstpersonalen visserligen fick arbeta i en undermålig arbetsmiljö, men under kortare tid än avsett.

Insatser utförs, men sämre i kvalitet och tyngre för personalen

När intervjupersonerna diskuterade hur hjälpens kvalitet påverkades av hemtjänstmottagarens missbruksproblematik handlade det inte bara om att insatser ställdes in, utan också om att de utfördes på ett sämre sätt. Bland svaren fanns många beskrivningar av hur personalens arbete blev svårare både fysiskt och psykiskt och att missbruket kunde göra att det tog längre tid i och med att missbruket innebar behov av extra tillsyn, extra städning och tyngre lyft:

Vi har till exempel en man som dricker väldigt mycket, och han faller då ur sin säng hela tiden. Och varpå då personalen får komma dit och hjälpa honom, men då har vi ju löst det så att vi bäddar till honom på golvet istället. [--] Så det blir ju många extra städningar, för han kissar på golvet, och de här sakerna som gör att personalen får göra saker som egentligen inte kanske var avtalat att vi skulle göra. Ja, så har de väl löst det (Lena, Hjärtats Omsorg AB)

Att bädda på golvet istället för i sängen framstår som en pragmatisk lösning både för personalen och för den äldre. Även om själva bäddningen inte medför extrajobb, så kan merarbete uppstå som handlar om att behöva torka nerkissade golv och städa mer än det var tänkt. Intervjupersoner i andra hemtjänstgrupper beskrev också helt annat merarbete som handlade om att berusade som larmar gång på gång eller personer som behöver extra tillsyn: ”Ibland kan det ju generera ett extra tillsynsbesök bara för att man blir orolig för personen i fråga då, att man får komma senare och hjälpa till, eller tittar till bara så man vet att allt är okej då bara” (Olivia, D-kommun).

Alkoholpåverkan kunde också generera ökade omsorgsbehov, eftersom hemtjänstmottagare inte kunde ta hand om sig själva på samma sätt när de var påverkade som när de var nyktra. Personer som i nyktert tillstånd kunde klara av att gå på toaletten utan hjälp, kunde behöva hjälp med detta när de var berusade.

Att behoven varierar beroende på alkoholpåverkan innebär en utmaning i behovsbedömningen av personer med missbruksproblem. I nyktert tillstånd, som i mötet med biståndshandläggaren, kan behoven vara begränsade, men när samma person är alkoholpåverkad kan behoven se helt annorlunda ut. Att ge insatser till påverkade personer kan ta längre tid än planerat och tvinga hemtjänsten att prioritera bland insatserna. I det här sammanhanget återkom frågan om hemtjänstmottagarens självbestämmande, som kunde innebära att inköp av alkohol prioriterades framför inköp av mat:

I och med att vi har en viss schablonid att förhålla oss till när vi utför insatser, så kan det ibland vara så att det tar längre tid. Och då påverkar det ju personalens [-] Ibland kan det ju vara så att då säger de istället att ”ja men då får ni prioritera Systembolaget”. Att man väljer bort matvaruinköpen (Nina, D-kommun)

Vad intervjuerna visade var hur den tidsstyrda organiseringen av hemtjänsten kan skapa problem för personer med fluktuerande behov. I ordinarie hemtjänstgrupper bygger organiseringen som regel på att behovet ser ungefär likadant ut varje dag, samt att insatsernas tid kan förutsägas och planeras. När personal inom den tidsstyrda hemtjänsten möter hemtjänstmottagare som behöver längre tid än planerat, riskerar det att skapa förskjutningar i planeringen som helhet:

Ja, jag tänker så att våra insatser är ju punktinsatser och de är ju väldigt begränsade i tid [--]. Och det påverkar ju liksom vårt arbete om någon kanske behöver mera tid om man kanske ligger på golvet, ja du vet. Om man är full till exempel, eller någon har druckit och kanske har ett omvårdnadsbehov. Och då blir det ju ännu svårare att ta hand om den personen, om man kanske inte kan stå på benen och sådär. Så det påverkar ju arbetsmiljön ganska mycket. Både den personen som ska ha hjälp, och nästa person som ska ha hjälp också blir påverkad (Frida, B-kommun)

Just denna problematik var utgångspunkten för de kommuner som hade inrättat olika typer av specialteam. Specialiseringen för dessa team kan bestå både av att mer tid avsatts per hemtjänstmottagare, men också av att hjälpen ges av ett fåtal personer med särskild kompetens som har en etablerad relation till hemtjänstmottagaren.

När intervjupersonerna pratade om tid så handlade det i regel om att missbruket gjorde att arbetet tog *längre* tid. Två enhetschefer beskrev dock

motsatsen och menade att missbruket ledde till att arbetet tog *mindre* tid i anspråk, eftersom personalen begränsade arbetet till det mest basala. Att vara hemma hos berusade personer och deras bekanta kunde upplevas som så obehagligt att personalen gjorde sina insatser på kortast möjliga tid. Här kunde också massiv rökning skapa incitament att vistas så kort tid som möjligt i hemtjänstmottagarens hem: ”Det är en sån obehagskänsla. Och sedan personen i fråga röker också en hel del inomhus, så det blir att det påverkar insatstiderna. Så de som går dit, de försöker göra sina insatser väldigt snabbt” (Ulf, D-kommun).

Intervjuerna visade sammanfattningsvis upp en spretig bild gällande hur hemtjänstens arbete påverkas av brukarnas missbruk. Flera av enhetscheferna betonade den fysiska påfrestning det innebar för personal som var tvungna att försöka hjälpa vingliga personer på toaletten. Andra betonade extraarbetet i form av fler besök och fler larm. Ytterligare andra betonade den psykiska påfrestning som personalen utsattes för när hemtjänstmottagare blev otrevliga och oberäkneliga.

En lite oväntad aspekt av problemen handlade om hur arbetet kunde försvåras av att det saknades till synes självklara saker i hemtjänstmottagarens hem. Chefer vid tre olika hemtjänstgrupper beskrev att det var svårt att utföra insatser på grund av att det saknades dammsugare eller annan städutrustning. Hemtjänstmottagare som hade dåligt med pengar eller prioriterade alkoholinköp hade heller inte mat, tvättmedel eller pengar. Hemtjänsten kunde inte hjälpa till med tvätt och matinköp och det uppstod en ”jätterisk för att de far illa”. Medan personal på äldreboenden alltid har tillgång till rena lakan och städmaterial är detta inte alltid självklart för personal inom hemtjänsten. Vad gör personal som kommer hem till en hemtjänstmottagare och upptäcker att det saknas både lakan och städartiklar i bostaden? Denna studie ger inget svar, men visar att detta är en reell utmaning som hemtjänstpersonal kan ställas inför: ”Alltså det kunde ju vara städartiklar som saknades hemma och ibland var det att där fanns liksom inga sängkläder och då fanns det ingenting att renbädda med” (Rickard, P-kommun). Även om avsaknaden av pengar, lakan och städmaterial inte var något dominerande tema i intervjuerna, är det en viktig aspekt att ta hänsyn till. Eftersom vi inte ställde frågor specifikt om detta i kartläggningen är det svårt att bedöma hur vanligt problemet är.

Huvudresultatet på temat om hur arbetet påverkas av missbruket kan summeras som att det ofta innebär problem både för den enskilde och för hemtjänstpersonalen. Personalens arbete påverkas negativt och kvaliteten på den äldres insatser kan försämrans genom att de inte utförs alls eller blir utförda på ett sämre sätt. Intervjuerna visar också på sårbarheten i ett system som grundar sig på förutsägbarhet och tydligt tidsavgränsade insatser. Hemtjänstens arbete bygger på att hemtjänstmottagarnas behov är förutsägbara och att människor har ungefär samma omsorgsbehov från dag till dag. Äldre med missbruksproblematik utgör en oförutsägbar grupp där insatser kan komma att ställas in på grund av att den enskilde avstår sig hjälp. Men insatser kan också förskjutas och expanderas till att inkludera extra tillsynsbesök eller städning, och insatser som skulle utföras av en person måste kanske utföras av två när situationen uppfattas som svår eller konfliktfylld.

Hjälp med alkoholinköp

Huruvida hemtjänsten ska köpa in alkohol har varit föremål för en hel del diskussioner, som framför allt har rört personer som har missbruksproblem. Socialtjänstlagen ger, som nämndes inledningsvis, dubbla budskap genom att å ena sidan betona individens självbestämmande och inflytande över sin vardag. Specifikt för äldre anges att den äldre personen enligt 5 kap. 1 § att socialtjänsten ska, ”så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges”. Detta innefattar alltså hemtjänstens olika insatser. Inom äldreomsorgens verksamheter har möjligheten att konsumera alkohol också formulerats som en fråga om att öka enskildas välbefinnande, i bestämmelser som möjliggör alkoholserving på äldreboenden (2009/10:SoU18). Alkoholkonsumtion har kommit att framstå som en symbol för självbestämmandet och rätten att ta en öl, ett glas vin eller en snaps symboliserar avsaknaden av en förmyndarattityd som tidigare associerats med fattigvård och sjukvård.

Parallellt med detta så anger 4 kap. 9 § i Socialtjänstlagen att socialtjänsten aktivt ska ”sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket”. Att köpa in alkohol till personer med missbruksproblem framstår som motsatsen till fullgörandet av

denna skyldighet. Frågans komplexitet uttrycks i regeringens resonemang om äldreomsorgens värdegrund:

Regeringen anser att värdigt liv och välbefinnande är centrala begrepp i värdegrunden. Värdighet i betydelsen att en person även vid hög ålder har rätt att leva sitt liv utifrån sin identitet och personlighet innebär att hon eller han bör få stöd i att behålla sina intressen och vanor, men även i vissa fall att bryta ett mönster av vanor. Välbefinnande tar sikte på den subjektivt upplevda känslan av välbefinnande. (2009/10:SoU18, s. 6).

Vad betyder rätten att leva sitt liv utifrån sin identitet och personlighet och behålla sina intressen och vanor för personer som har ett risk- eller missbruk av alkohol och droger och vad avses med stöd att bryta vanor och mönster?

Frågan om alkoholinköp till personer med missbruksproblem behandlades av Socialstyrelsens etiska råd år 2012. Rådet hade i detta sammanhang en uppgift som bestod i att tillhandahålla kvalificerade etiska resonemang som kommunerna kunde använda i sin handläggning. Rådet yttrade sig över ett konkret fall i Borgholms kommun, där en äldre man med alkoholproblem önskade bistånd av hemtjänsten med inköp av alkohol. Rådet menade, med hänvisning till mannens självbestämmande, att hemtjänsten var skyldig att tillgodose mannens önskemål om inköp och att alkohol skulle behandlas som andra varor. Mannens val av livsstil skulle respekteras, givet att hans missbruk inte var av en sådan omfattning att tvångsvård kunde bli aktuell. I underlaget som det etiska rådet tog som utgångspunkt för sina resonemang angavs att mannen mådde bättre när han drack och fick abstinens när han inte gjorde det. I den mediala rapporteringen om ställningstagandet förekom både medhåll och protester. I Vimmerby tidning kommenterade socialnämndens ordförande fallet som en indikation om framtida utmaningar för äldreomsorgen:

Frågan som man väckt i Borgholm visar på något som jag tror vi kommer att få diskutera mera. Om jag generaliserar lite var det lite enklare förr, när hemtjänstpersonalen kom i kontakt med missbrukare som blivit gamla - men bara drack, rakt av. Idag är problematiken en annan, när människor har blandmissbruk, kanske kombinerat med andra problem som psykisk ohälsa. Samtidigt ska stödet

som ges vara alltmer individuellt. Det kräver mycket av de som ska utföra omsorg och service i hemmen och det är en stor utmaning för kommunerna.⁴

En representant för fackföreningen Kommunal uttryckte oro över möjliga arbetsmiljöproblem, som aggressivitet hos missbrukande hemtjänstmottagare och menade att det kunde vara svårt att ”tvinga en anställd som är absolutist att gå emot sina värderingar och underhålla ett missbruk genom att hjälpa till med inköp av alkohol”.

Medverkar hemtjänsten till alkoholanskaffning?

I våra intervjuer ska frågan om huruvida hemtjänsten hjälper till med alkoholinköp förstås i relation till den kontext som själva intervjun skapade. Intervjun handlade om kännedom om hemtjänstmottagare med risk- och missbruksproblem och om kunskap och policy i förhållande till personer med sådana problem. Frågan ställdes en bit in i intervjun och även om svaren i merparten av intervjuerna handlade om inköbspolicy i allmänhet, är det tydligt att vissa intervjupersoner ganska direkt fokuserade på situationer som handlade om personer med en problematisk alkoholkonsumtion.

I sju fall var frågan om inköp från Systembolaget inte aktuell, eftersom gruppen var inriktad mot omvårdnadstjänster och inte tillhandahöll någon typ av service med inköp. I ytterligare åtta fall gjorde den lokala organiseringen av inköp frågan inaktuell. Det kunde då handla om att man hade en policy om att bevilja matinköp från närmaste matbutik, eller att det inte fanns ett systembolag på orten. Slutligen angav sju intervjupersoner att matinköp skedde via hemleverans från affär. I några fall var det möjligt för den som tog emot servicen att beställa vin genom matleverantören och i något enstaka fall nämndes att personalen medverkade i beställningen. Sammantaget var det 15 grupper som inte medverkade i att köpa in alkohol av praktiska skäl och om de fall där matleveranser förekom räknas in är siffran 20 (i två fall hade man matleverans och saknade systembolag).

⁴ Vimmerby tidning 2012-04-11. Hemtjänsten ska ”köpa ut” från bolaget. Socialstyrelsens svar till frågande kommun blev en het potatis. Rebecca Forsgren Malmström.

Representanter för 18 av grupperna angav att man köpte in alkohol från Systembolaget i fall där bistånd för inköp var beviljat, alternativt att man skulle göra det om någon hade önskemålet. I nio intervjuer kommenterade företrädarna uttryckligen att man sällan eller aldrig stötte på önskemål om inköp av alkohol. Ytterligare en indikation om att alkoholinköp var en mindre aktuell fråga för många enheter gav de spontana reflexionerna, som uttryckligen framfördes i nio intervjuer, om att omsorgstagarna nog ordnade med alkoholinköp på annat sätt. I merparten av fallen handlade dessa kommentarer om personer som uppfattades ha alkoholproblem.

I 15 fall angavs att alkoholinköp på Systembolaget kunde bli aktuella för personer som hade beviljats insatser med namn som "ledsagning", "aktivering" och "social tid". Detta var en typ av bistånd som också tillhandahölls av grupper där alkohol inte köptes in som matvaror. Sammantaget var det 28 grupper där hemtjänsten på något sätt bistod äldre med inköp, oräknat de fall där inköp av vin gjordes från en matleverantör inom ramen för hemtjänstinsatsen. Dessa siffror säger givetvis inget om hemtjänstmottagarnas inköp i allmänhet, på egen hand eller med hjälp av andra, via Systembolagets hemleveranser (som vid tidpunkten för vår kartläggning endast förekom i delar av landet), utan handlar enbart om hemtjänstens medverkan.

Intervjupersonerna ombads inte att motivera den policy man hade för att medverka till att köpa alkohol, men i några fall angavs ändå skäl för den policy man tillämpade. När det gäller inköp menade de som kommenterade motiv att den enskilde var beviljad bistånd för matvaror och mediciner och alkohol betraktades som en vara bland andra. Alkoholinköp vid ledsagning behandlades på motsvarande sätt som en fråga om att följa omsorgstagaren dit den ville gå för att göra olika ärenden.

Problemprat och kluvenhet

Begränsningar av alkoholinköp till personer med missbruksproblem förekom, men grupper och enskild personal hanterade frågan på olika sätt. Representanter för 14 av grupperna angav att det förekom situationer där man antingen nekade inköp av alkohol på Systembolaget eller tillämpade begränsningar i enskilda fall. Andelen bör förstås i relation till beskedet bland flera intervjupersoner om att

inköp (ibland underförstått som inköp till personer med alkoholproblem) var något som sällan eller aldrig hanterades i grupperna.

Tre typer av begränsningar var aktuella: utifrån organisationsfaktorer och arbetsvillkor, utifrån generella policybedömningar och utifrån enskilda bedömningar.

Begränsningar utifrån organisationsfaktorer har redan berörts i diskussionen om matinköp från närmaste butik. Utöver detta nämndes önskemål från omsorgstagare med missbruksproblem om hjälp med inköp som inte tillgodosågs eftersom inköp eller ledsagning bara beviljats med en viss frekvens. I tre av intervjuerna nämndes praktiska begränsningar för att handla och bära hem alkohol, men detta gjordes mer i förbifarten och ingen intervjuperson berättade om något fall där problematiken var aktuell. Enhetschef Ylva från F-kommun sade exempelvis att för den som har inköp en gång i veckan ”ingår det ju även att gå och handla på Systemet” men den begränsning av inköp som det kunde bli tal om handlade inte om att ”jag får inte köpa mer än fem flaskor” – utan om att den som köpte in alkoholen skulle kunna bära hem den. Ungefär samma resonemang fördes i de två andra fallen. Begränsningen var ”vad man kan bära” (Torbjörn, F-kommun). Också valet av dag och tid nämndes, utifrån exemplet att det kunde vara praktiskt ogörligt för personalen att använda den beviljade tiden till att köa på Systembolaget inför midsommar (Gisela, B-kommun).

I åtta fall förde cheferna resonemang om att inköp till personer som hade missbruksproblem inte gjordes. I dessa fall byggde besluten på individuella bedömningar, som syftade till att inte bidra till missbruket. Så här uttryckte sig exempelvis enhetschef Britt i F-kommun på frågan om man handlade åt brukarna på Systembolaget:

Ja, för det är ju en etisk fråga det här som vi diskuterar väldigt mycket. Så vi säger ja, med vissa restriktioner. Sedan måste man vara väldigt noga med att se till varje enskild individ. Och då ska det inte vara kontinuerligt, det ska vara väldigt specifika tillfällen, till exempel om vi säger julafton eller till exempel födelsedag. Sedan måste man ju se personen i sig, så om vi har upptäckt och sett en problematik, då kan vi inte medverka till det. Då medverkar vi ju till missbruket... eller möjliggör. Så här måste man vara väldigt tydlig och otroligt noga med att se till varje enskilt fall.

Citatet illustrerar en typ av resonemang som förekom i flera intervjuer, om att frågan hade med etik att göra, ibland uttryckt som dilemman och avvägningar, där individens självbestämmande måste vägas in, och att det måste göras skillnad mellan att handla alkohol som bidrar till ett alkoholmissbruk och alkohol som inte gör det. På frågan om det förekom riktlinjer sade enhetschef Valbona i P-kommun att så inte var fallet men att man ”tar det i det enskilda fallet liksom när det går överstyr”. Hon tillade därefter att det fanns hemtjänstmottagare som druckit ett glas vin till maten på lördagen hela sitt liv och varför skulle detta nekas? Det var hemtjänstmottagarens hem, hemtjänsten fick inte bli ”moralant” och det var därför viktigt att tänka över frågan, gärna utifrån hur man själva skulle vilja ha det när man blev äldre. I ett par fall refererade respondenter till Socialtjänstlagens värdegrund och dess resonemang om värdighet och välbefinnande när man kommenterade rätten för personer utan missbruksproblem att få dricka alkohol.

I intervjuerna stod resonemang om att neka inköp utifrån enskilda bedömningar mot ett ställningstagande där alkohol betraktades som en vara bland andra, som hemtjänsten inte hade rätt att neka att köpa in till personer med missbruksproblem. Så här beskrev exempelvis Blenda vid Blendas hemtjänst problematiken:

Tyvärr kan det bli så att en person som missbrukar alkohol ändå säger så här: ”Nu när vi varit på ICA vill jag att vi ska gå till Systemet också.” Då får de göra det liksom. Vi får inte neka det. Men vi dokumenterar ju det här till exempel och vi tar kontakt med anhöriga om man ser att det här är ett problem. Men vi får inte neka liksom.

Resonemanget utgör i det här fallet en tolkning som ligger i linje med ställningstagandet från Socialstyrelsens etiska råd. I andra intervjuer fördes ett resonemang som möjligen hänvisade till socialtjänstlagens biståndsparagraf och frågan om huruvida ”behovet” kan tillgodoses på annat sätt. Enhetschef Olivia från D-kommun refererade ett konkret fall där en vikarie nyligen bett om råd, utifrån att han fått i uppdrag av en person som redan var onykter att köpa tre flaskor vin. Här hade gruppen en policy som gällde den enskilde: ”Personalen handlar inte på Systembolaget åt honom därför att han har bekanta som kan handla åt honom och han fixar alkohol på annat sätt andra dagar i veckan och då finns det ingen anledning för oss att handla.” Den här typen av policy kombinerade alltså ambitionen att inte medverka till missbruk med ett

resonemang om att personer med missbruksproblem kunde ordna sina inköp på annat sätt. Enhetschef Frida från B-kommun uttryckte detta så här: ”Vi har det som policy att vi inte köper alkohol för att liksom underlätta missbruket utan det får en anhörig hjälpa till med eller man får ordna det själv på något sätt.” Resonemanget kan ses som besläktat med en kommentar som var vanlig i intervjuerna, om att hemtjänsten sällan blandades in eftersom personer utan eller med alkoholproblem i praktiken ordnade med alkoholinköpen på annat sätt. Många hade anhöriga som handlade. I andra fall uppgav intervjupersonerna att hemtjänstmottagare nyttjade kreativa lösningar, exempelvis att be en taxichaufför.

Olikheter och oklarheter i förhållningssätt kommenterades av flera respondenter. En typ av olikhet rörde jämförelser med andra typer av missbruk än alkoholmissbruk, där enhetschef Johanna från I-kommun menade att man inte skulle underlätta missbruk av alkohol genom inköp, men därefter tillade: ”Sedan blir det samtidigt lite dubbelt för vi har ju en kund som missbrukar receptbelagda mediciner, och där hämtar vi ju ut medicin”. Det senare fallet beskrev respondenten både som ”en helt annan grej” och som något som var ”lite klivet”.

En annan typ av olikhet handlade om förhållningssätt mellan och inom enheter. Det hände att personal handlade åt hemtjänstmottagare privat vilket enhetschef Camilla från Centrums Hemtjänst kommenterade som ”helt oacceptabelt”. Det förekom också att personal lät sig övertalas till inköp de inte hade avsett att medverka till. Olivia från D-kommun menade att förhållningssätten var lite godtyckliga, det fanns ingen strikt och bra rutin, vissa hemtjänstgrupper handlade, andra handlade inte och det berodde på chefen. Nina från samma kommun hade i anslutning till att hon frågat runt i gruppen om erfarenheter inför intervjun upptäckt att vissa av personalen inte ville köpa ut alkohol från Systembolaget, medan andra gjorde det:

Och det har ju varit mycket att man kanske har fått kommentarer när man varit på Systembolaget, att ’jaha, hemtjänsten är där och handlar’. Att man får lite, inte direkt till sig men man hör det runtomkring sig när man är där inne.

Det fanns personal som på grund av negativa erfarenheter vägrade att handla på Systembolaget. För hemtjänstmottagaren innebar detta att andra inom personalgruppen utförde inköpen. Kommentaren är värd att uppmärksamma, även om den enbart nämndes av en av cheferna och inte utvecklades. Den som

handlar på Systembolaget förutsätts möjligen göra det för egen del, vilket exempelvis kan vara problematiskt för personer som inte själva dricker alkohol. Det finns personer som av olika skäl inte vill befatta sig med alkohol och det finns en risk att den som handlar alkohol ofta ses som en person med alkoholproblem. Att ha kläder och attribut som signalerar hemtjänst kan lösa detta problem, men som citatet indikerar finns det en risk att omgivningen tror att personalen smitit från sitt arbete för att handla alkohol till sig själva. För viss personal kan önskemål om alkoholinköp därför upplevas som ett arbetsmiljöproblem bortom besvär med att bära hem tunga kassar till hemtjänstmottagaren.

Sammantaget visade intervjuerna att etiskt svåra situationer och olikhet i bedömningar förekom i de fall där hemtjänstmottagare med missbruksproblem önskade hjälp med alkoholinköp, men situationen var inte vanlig och uppfattades inte som ett allmänt problem.

5. Rutiner vid missbruk

Hemtjänstens rutiner i relation till personer med missbruk är en komplex fråga. I denna rapport avser begreppet ett förutbestämt sätt att förhålla sig och agera i förhållande till ett problem. Rutinen måste vara känd bland berörd personal, men den behöver inte vara skriftlig för att räknas som en rutin. En genomgång av materialet visar att vissa chefer framförallt beskrev rutiner som handlade om personalens arbetsmiljö, medan andra kommenterade rutiner för själva missbruket.

Intervjupersonernas svar speglar svårigheterna i att avgöra vad som avses med en rutin. I Socialtjänstlagen 15 kap. 3 § finns en bestämmelse om att den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten är skyldig att rapportera om missförhållanden som rör personer som är föremål för insatserna. Denna ”anmälningsplikt” gäller i alla kommuner, men nämndes bara i sex intervjuer, sannolikt på grund av att övriga informanter inte tänkte på detta som en rutin. Ett fåtal chefer, i en och samma kommun, hänvisade till möjligheten att aktualisera kontakt med kommunens specialteam för missbrukare med omsorgsbehov. Specialteam nämndes också av en chef för en privat utförare som beskrev att kommunen inrättat en grupp specialiserad i bemötande som också privata utförare kunde vända sig till när problem uppstod. Ungefär hälften av enhetscheferna nämnde att missbruk var något man ”tog upp” på team-möten eller att man tog kontakt med sjuksköterska eller biståndshandläggare. Tolv intervjupersoner menade att rutiner saknades helt eller att de inte visste om det fanns, men svaren måste alltså föras tillbaka på frågan om vad som menas med en rutin.

Skriftliga rutiner specifikt om missbruk

Åtta chefer hänvisade till skriftliga rutiner för just missbruk. Dessa handlade om hur hemtjänstpersonal ska agera vid missbruk, ansvarsfördelning, vem som ska kontaktas och hur dokumentation ska gå till. Med missbruk avsågs i regel både missbruk av alkohol, beroendeframkallande medel och läkemedel:

Den här rutinen som vi har, som heter ”missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel”, där är det liksom väldigt tydligt att misstanke räcker för att liksom rapportera. Inte bara att man ser att det är bedrövligt, utan att det räcker att man misstänker en överkonsumtion och så vidare. (Valbona, P-kommun)

Enhetschefen hänvisade till att det räcker att man misstänker en ”överkonsumtion”. Samtidigt beskrev ingen av de 50 cheferna några kriterier för när brukarnas dryckesvanor skulle betraktas som så problematiska att de krävde någon form av åtgärd. Gränsen för vad som ansågs vara missbruk avgjordes från fall till fall och inte genom riktlinjer, och här lades särskild vikt vid hemtjänstens möjligheter att utföra insatserna.

Flera skriftliga riktlinjer handlade om att kontakta ansvarig chef eller sjuksköterska och initiera en samordnad individuell planering, en så kallad SIP. I några fall poängterades vikten av att inhämta samtycke från den enskilde innan vidare åtgärder kan vidtas. Samtycke var ett återkommande tema i intervjuerna och kunde försvåra åtgärder eftersom personer med missbruksproblem ofta saknade insikt i sitt missbruk eller saknade motivation att minska sitt drickande. Utan samtycke ska inte anhöriga kontaktas, vilket poängteras i riktlinjerna från H-kommun där en punktlista reglerar hemtjänstpersonalens agerande vid misstanke om missbruk:

1. Rådgör med din chef och hemvårdens sjuksköterska.
2. Gör den enskilde medveten om vad du har uppmärksammat. Ta reda på vad som är viktigt för den enskilde.
3. Finns samtycke, kontakta anhörig och informera om vad som inträffat
4. Rådgör med Sjuksköterskan. Sjuksköterska gör bedömning om behov av hälso- och sjukvårdsåtgärd.
5. Kalla till en samordnad individuell plan, SIP om samordning och planering krävs med ex beroendenhet, läkare, anhörig.
6. Dokumentera i social journal/hälso-och sjukvårdsjournal vad som har hänt och vilka åtgärder som är vidtagna.
7. Följ upp eventuell vård- och omsorgsplan/samordnad individuell plan.

I enstaka fall hänvisade cheferna till mer övergripande riktlinjer där missbruk togs upp som en av flera risker som personalen skulle vara uppmärksam på. En privat utförare hänvisade till riktlinjer för ”identifiering av risker för den enskilde” där risk för missbruk behandlades enligt samma procedur som risker för fall, trycksår, brand och suicid:

Vi har ett styrdokument som heter ”Identifiering av risker för den enskilde”, där man går igenom i stort sett väldigt många risker, som man skulle kunna se. [--] det står ju, risk för missbruk av till exempel beroendeframkallande medel eller läkemedel som inte är förskrivna av läkare. Risk att den enskilde dricker eller äter farliga giftiga saker. Nej, inte specificerat alkohol eller läkemedel (Daniella, Care AB)

Även om det var relativt ovanligt med specifika riktlinjer för agerande vid missbruk så tycks det finnas lovande praktiker, som intervjupersonerna själva beskrev som ”lättfattliga” och ”välfungerande”.

Rutiner för hantering av hot och våld

Många chefer uppgav att de hade rutiner eller riktlinjer, men inte för själva missbruket utan för hantering av hot och våld: ”Vi har ju riktlinjer, men de riktar sig framförallt till när det blir liksom ett hot, en hotsituation. Det vill säga att man dricker och kanske blir hotfull mot personalen, hur ska man agera då?” (Lena, Hjärtats Omsorg AB). Medan vissa chefer menade att det också borde finnas en rutin för själva missbruket, uttryckte flera att missbruk låg utanför deras ansvarsområde. Missbruket blev till hemtjänstens fråga endast om det gick ut över personalens arbetsmiljö. Flera beskrev basala rutiner för hur personal skulle agera vid hot och våld: ”Om det visar sig att någon är aggressiv, hotfull eller så. Då har vi rutin, man ska inte gå dit” (Rita, D-kommun).

Rutiner för personalens agerande vid hotsituationer är viktiga, men reglerar helt andra saker än rutiner som handlar om själva missbruket. Medan de förstnämnda kunde handla om att låta bli att gå in till en hemtjänstmottagare, handlade de sistnämnda om samordning med beroendeenheten och att ”ta reda på vad som är viktigt för den enskilde”. Kartläggningen visar på en oklarhet i hemtjänstens uppdrag som i sin tur skapar oklarheter om vad för slags problem

rutiner ska reglera: arbetsmiljön enbart eller dessutom den enskildes sociala problematik.

Kontakta sjuksköterska, biståndshandläggare eller ha team-möte

Ungefär hälften av cheferna beskrev rutiner som handlade om att hemtjänstpersonalen skulle ta kontakt med andra professionella i verksamheten och informera om den äldres situation. Oftast handlade det om att kontakta biståndshandläggare eller sjuksköterska, men ibland också om att informera vid så kallade team-möten. I regel fanns inga nedskrivna riktlinjer, utan hemtjänstpersonalen förväntades ”ta upp det i teamet”. Flera chefer beskrev kontakten med sjuksköterskan som central, samtidigt som denna kontakt huvudsakligen handlade om rådgivning, att ”kolla lite med sköterskan och så där”, som en chef uttryckte det (Gun, H-kommun). Sjuksköterskans roll poängterades särskilt när personer kombinerande alkohol med mediciner:

Det är väl när det inte fungerar ihop med deras mediciner, och vi vet, att de misstänker att de dricker eller att de dricker, så får vi ju prata med sköterskorna om hur vi ska... Ja, hur vi ska arbeta kring det då. (Berit, A-kommun)

Sjuksköterskor var även närvarande på så kallade team-möten, det vill säga regelbundna träffar där olika professioner samlas och diskuterar problem som uppstått hos olika hemtjänstmottagare. Team-möten är inte en rutin specifikt för missbruk, utan ett forum där det finns möjlighet att gemensamt diskutera och lösa olika slags problem. I flera fall besvarade intervjupersonerna frågan om rutiner med beskrivningar av olika möjliga eller faktiska handlingsalternativ, vilket enhetschef Camilla, hos en privat utförare kan exemplifiera:

Då tar vi kontakt direkt med antingen anhöriga eller handläggaren, eller om de är kopplade till hemsjukvården så brukar vi alltid ta kontakt med hemsjukvården[--] Vi, ifall vi inte tar kontakt med biståndsbedömare så ringer jag alltid till äldrelotsarna och kollar med äldrelotsarna, hur ska vi hantera det här och så (Camilla, Björka Hemtjänst AB)

Chefen räknade upp olika aktörer som kan kontaktas: anhöriga, handläggare, hemsjukvården eller så kallade äldrelotsar, men det framstod som oklart vem som ska göra vad. I likhet med enhetschefen ovan beskrev en del enhetschefer att de ”brukar prata med biståndshandläggaren” när någon har missbruksproblem. Möjligheten att göra en orosanmälan diskuterades men framställdes också som ett övertramp gentemot den enskildes integritet:

Alltså, vi har inte några tydliga rutiner förutom att vi har anmälningsplikt. Så vi anmäler. Och det bidrar också till problem, det här med när man inte riktigt vågar, när man som vård- och omsorgsgivare inte riktigt vågar stå för det man ser. För då ska vi anmäla det. Alltså vi har inga riktiga, vi är inte rustade på att hantera det själva. Och så tycker personal att anmäla till individ- och familjeomsorg, det är rätt allvarligt. Alltså att man tycker att det är integritetskränkande gentemot den enskilde, och där tror jag också att vi tappar för att vi har inga rutiner – ska vi konfrontera den enskilde? Eller ska vi ta kontakt med närstående anhöriga och samverka med dem? Något sådant existerar inte i vår kommun i alla fall, utan det är anmälningsplikten som är den enda rutinen vi har (Niklas, N-kommun)

Kommentaren om att ”våga stå för det man ser” knyter återigen an till frågan om vad hemtjänstens uppdrag består i. Ska hemtjänstpersonal som städar en lägenhet samtidigt notera hemtjänstmottagarens grad av berusning och överväga en orosanmälan? Eller ska personalen utföra städningen och betrakta sitt arbete som slutfört? Chefen pekade på synligheten – att personalen de facto ser saker medan de utför sina insatser.

Kommunerna har enligt socialtjänstlagen det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. I de fall då personer har missbruksproblem är kommunen skyldig att ”aktivt söra för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket” (5 kap. 9 § SoL). Kartläggningen gav exempel på rutiner och punktlistor som angav hur personalen på olika nivåer ska agera. Samtidigt lyfter denna rapport fram en hel del oklarheter avseende rutiner, där det som finns framför allt tycks avse problematiska situationer och där det är ganska oklart hur hemtjänsten ska agera i förhållande till själva missbruket. Frågan om orosanmälan diskuteras vidare i avsnittet om insatser från andra aktörer, där också en rutin för en sådan anmälan redovisas.

6. Utbildning - fortbildning

Med utbildning avses i detta sammanhang fortbildning som tillhandahållits av verksamheterna inom området missbruk. Området missbruk ges i vår kartläggning en vid avgränsning och kan inkludera utbildning i bemötande av personer som är påverkade av alkohol och droger. Någon av cheferna kommenterade sin egen grundutbildning till socionom och flera chefer angav att det ingick moment om missbruk i en undersköterskeexamen. Ett förekommande tillägg var att många inom personalgruppen saknade denna utbildning och hade anställning som vårdbiträden, samt att det var oklart hur omfattande inslagen om missbruk var i utbildningen till undersköterska.

I en enkel sammanställning redovisade 13 intervjupersoner att personalen inom deras verksamhet fått del av utbildning/fortbildning. I detta räknar vi också de grupper där intervjupersonen svarade ”Nej, inget specifikt, utan det är när det har varit en situation eller en viss problematik”, samt angett hur utbildningen genomförts. I det citerade fallet angav Rickard från P-kommun att personal från missbruksverksamheten Etcetera bjudits in till hemtjänsten när det funnits särskilda behov av kunskap. Etcetera omnämndes för övrigt på liknande sätt av andra enhetschefer i P-kommun.⁵

Det är svårt att tolka svaren om utbildning avseende omfattning och räckvidd. I några fall var det enbart enhetscheferna som fått del av utbildning om missbruk. En andra reservation handlar om när utbildningen gavs. Enhetschef Therese från D-kommun svarade exempelvis att personalen hade fått utbildning före hennes tid, för 5-6 år sedan och reflekterade över att det kunde vara dags för samma satsning eftersom många anställts sedan dess och att endast två inom den befintliga personalgruppen alltså hade gått utbildningen. I ett par fall hänvisade cheferna också till webbutbildning eller möjligheter att anmäla sig till en kommunal utbildning utifrån intresse. Ytterligare en omständighet var att enhetschefer inom samma kommun gav olika besked, vissa menade att en utbildning tillhandahölls eller förekommit, medan andra angav att inget fanns.

⁵ Verksamheten Etceteras namn är ett annat i verkligheten, vilket också gäller för den verksamhet vi benämner IDA i texten nedan.

Med utgångspunkt i dessa osäkerheter kommer avsnittet nedan handla om vilka typer av utbildningsinsatser som tycks förekomma, erfarenheter av dessa, samt intervjupersonernas tankar om behov. Här ska det också noteras att många av kommentarerna handlade om vilka kunskapsbehov och möjliga utbildningsinsatser företrädarna såg framför sig, det vill säga i mindre grad vad som faktiskt fanns.

Hemtjänsten möter människor med komplexa behov och under senare år har flera olika utbildningar utvecklats. Många företrädare kommenterade frånvaron av utbildning om missbruk i relation till de utbildningar som personalen faktiskt hade fått del av, exempelvis demens, psykisk ohälsa, palliativ vård och våld i nära relationer, där den sistnämnda angavs som obligatorisk i några intervjuer. Ett förekommande argument var att missbruksutbildning borde adderas till det som redan gavs. I flera fall hade missbruk också berörts inom ramen för befintlig utbildning. På frågan om personalen fått utbildning hänvisade exempelvis enhetschef Muhammad vid Vardag och Service AB till en årligen återkommande utbildning: ”De har fått... inte specifikt om alkohol och droger, men de har fått utbildning i hur man hanterar någon i en svår situation, hur man hanterar... och det är bland annat, alltid kommer det med alkohol och droger och missbruk.” Liknande resonemang om att missbruk berördes inom befintliga utbildningar fördes i relation till psykisk ohälsa och demens.

Utbildning om vad?

Utbildning inom missbruksområdet kan avse många olika typer av frågor, exempelvis att bemöta, upptäcka, motivera och behandla. Den aspekt som framför allt togs upp av företrädarna var bemötandefrågan, det som företrädare Said omnämnde som att ”bemöta” och ”hantera” någon i en svår situation. Med detta som det främsta behovet kunde utbildning som var inriktad mot missbruket eller mot olika behandlingsinsatser upplevas som mindre relevant:

Det har de fått, någon som hette risk- och missbruk, men det är ett antal år sedan. Men vi tyckte väl att det var på lite hög, för hög nivå helt enkelt. Det var väldigt mycket mediciner. Vi hade nog velat ha en utbildning mer om hur man skulle möta de här missbrukarna. Det här var lite mer på läkarnivå nästan tyckte jag, med

mediciner och alltså sådana här man ska... avgifta dem, vad kallas nu den, Antabus, hur mycket man skulle ge och allt sånt här då.

Enhetschefen Therese från samma kommun kommenterade utbildningen som nyttig och värdefull (troligen samma utbildning, men upplägget kan ha förändrats och såg kanske olika ut för olika grupper) just för att den hade den typ av inslag som Said efterlyste:

Lite det här hur man ska förhålla sig om man kommer hem till någon som är påverkad. Hur man ska stå, hur man ska prata till exempel, alltså vad man kan tänka på om det till exempel är en person som man vet blir... kan bli lite hotfull när personen har druckit. Så att ja, mycket såna saker som man hade gått igenom.

Vad resonemangen sätter ljuset på är vikten av att inventera, tänka över och rangordna de områden som en utbildning ska beröra och utifrån våra intervjuer tycks frågan om bemötande, ibland specificerat till situationer där personer är påverkade, aggressiva och har besök, utgöra första prioritet. Detta gällde både de utbildningar som efterfrågades och de som faktiskt existerade. Företrädaren för en verksamhet inom ett stort vårdbolag gick under intervjun in på företagets kunskapsportal och lokaliserade webbutbildningar som hette "Möta människor med missbruksproblem" och "Lågaffektivt bemötande". Företrädaren trodde att de i första hand användes inom företagets LSS-verksamheter, men att de också kunde användas av äldreomsorgens personal.

Möta, bemöta, förhålla sig till och *hantera* var ord som återkom i intervjuer och program. Utöver bemötande nämndes också behov av att kunna upptäcka missbruk och motivera till att söka behandling eller annan hjälp. Här fanns det också en oro för att inte närma sig frågan på rätt sätt, att inte ha rätt verktyg.

Det finns ett intressant mönster i intervjuerna, just i förhållande till frågan om utbildning. I sin mest drastiska form uttrycks mönstret av enhetschef Lena vid Hjärtats Omsorg AB:

Lena: Nej. Tyvärr, måste jag säga faktiskt [personalen får inte särskild utbildning]. För jag tänkte när jag läste detta, "nej men gud, det är klart att de borde ha det". Så det är faktiskt någonting som vi har skrivit upp på vår agenda nu här, jag pratade med personalen igår också, på vårt gemensamma möte, att det ska vi se om vi kan få hit någon som kan prata om det. Faktiskt, och...

Intervjuare: Ja men det låter väl jättebra.

Lena: Mm, för jag känner att det är viktigt för dem. Nej, men det är jättebra att reflektera över.

På ett snarlikt sätt svarade enhetschef Blenda på verksamheten Blendas Hemtjänst. Någon utbildning om missbruk hade inte genomförts, men idén var bra och det hela kunde planeras in:

Jag kan känna såhär att det är bra för oss, för vi vill ju alltid ha lite såhär idéer vad vi ska köra på med våra fortbildningar, för normalt sett har vi fortbildning en gång på våren och en gång på hösten annars. Nu i år så låter vi ju demensutbildningen, eftersom den är så stor och omfattande, uppta all fortbildningstid. Men jag menar, nästa år så ska vi ju ha vanlig fortbildning igen, och jag skulle nog kunna tycka det var ganska bra inslag, att man hade den här typen av fortbildning, det tror jag.

Påfallande många av våra respondenter tog intervjun som utgångspunkt för kommentarer om att verksamheterna borde initiera utbildning och en fråga är om detta enbart stod för att intervjuerna aktualiserat en problematik som cheferna själva inte reflekterat över tidigare. En möjlighet är att svaren också handlade om oro för att ifrågasättas avseende kompetens och kvalitet. Utbildning är som Alvesson (2006) konstaterat en standardlösning på olika samhällsproblem; alla är för utbildning och det är naturligtvis svårt att ta ställning emot att personalen ska utbildas om missbruk. Därför beklagades avsaknaden av utbildning och i flera fall återkom önskemålet i slutet av intervjun, då cheferna tillfrågades om möjliga förbättringar: personalen borde få mer utbildning för att öka kunskapen, få verktyg och höja kompetensen. Möjligen uppfattade vissa intervjupersoner kartläggningen som avslöjande och man var snabba att kännas vid brister och presentera åtgärder.

Samtidigt förekom enstaka motröster och kritiska preciseringar. En precisering handlade om möjligheten till specialisering inom verksamheterna, en tanke som enhetschef Lillemor från K-kommun förde tillbaka till ett resonemang om kostnadseffektivitet inom kommunens hemtjänst:

Jag tänker, vi är en liten arbetsgrupp som har ett fåtal brukare i varje område, om man säger så, som har missbruksproblematik. Och istället då för att kanske utbildade all personal – för vi pratar väldigt mycket om detta att vår personal behöver mer

kompetens i de här frågorna – skulle man då istället skapa en liten arbetsgrupp på kanske fyra personer som har de här vårdtagarna i hela kommunen. För det kanske blir tjugo brukare med missbruk. Och så får de här fyra personerna jobba då kontinuerligt, och ta hand om dem så att vi slipper på något sätt att hantera de här frågorna i varje arbetsgrupp i hela kommunen. För jag menar, vi har trots allt 1500 undersköterskor som jobbar i äldreomsorg. Både blandat, boende och hemvård. Ska vi utbilda 1500 medarbetare, eller ska vi utbilda 4 personer och de blir duktiga? För många gånger, de här brukarna är ju inte tidskrävande på det sättet och har inte jättemånga insatser, utan det kan vara tillsynsbesök en gång om dagen eller... Så jag tror ju att där skulle vi kunna bygga upp en annan verksamhet kring detta.

Tanken om specialisering fördes fram i många intervjuer där enhetscheferna funderade över möjliga förbättringar. Enhetschef Camilla från Björka Hemtjänst AB skisserade under intervjun en satsning där undersköterskor fick specialisera sig med inriktning på områden som demens och missbruk och därefter utgöra en resurs för sina kollegor inom gruppen. Med hänvisning till befintliga system inom demens och psykisk ohälsa benämnde enhetschef Britt i F-kommun detta som ”ombudsroller”. Enhetschef Viktoria från R-kommun menade att kommunen var liten och missbruk var inte något vanligt problem, så specialutbildad personal skulle därför kunna vara en resurs inom hela kommunen, enligt samma modell som redan användes när psykiatrisjuksköterskan involverades. I flera intervjuer nämndes också just den här typen av modeller som svar på frågan om utbildning. Behovet ansågs tillgodosett genom att det fanns särskilda kompetenser som antingen kunde handleda och vidareutbilda vid behov, eller ta över arbetet med vissa hemtjänstmottagare. Det kunde handla om psykiatrisjuksköterskan, en kommunövergripande grupp för bostadssocialt stöd, psykiatrin eller kommunala verksamheter med fokus på missbrukare. Så menade exempelvis Ann vid Safirens Omsorg att möjligheten att vända sig till kommunens specialteam kompletterade den baskunskap som personalen hade:

De har ju fått, i vanlig introduktion så ingår det. Och i rutinerna. Och sedan så i särskilda fall så är det då via specialteamet att de går med dem ute och utbildas, och specialteamet håller också i utbildningen. Som vi beställer ibland, när det är behov. När vi får en kund med någon särskild problematik eller så, som är relevant för alla att kunna, så håller de i det också, så att det är jättebra, via dem.

En tydlig tendens i våra intervjuer var att de som hade tillgång till specialenheter såg detta som en bra lösning på de utmaningar som missbrukande hemtjänstmottagare utgjorde. Enhetschef Felicia från H-kommun resonerade om allmän utbildning och om vilket uppdrag hemtjänsten egentligen hade gällande missbruket och tillade:

Jag tror hellre på den här IDA-gruppen, för det är ju ändå inte många personer det handlar om totalt sett. Att man spinner vidare på deras kompetens, för de har ju fått, de är ju inriktade bara mot den här gruppen. Och kan den gruppen. Att de får utöka sitt område.

Ett liknande resonemang förde enhetschef Ines från samma kommun, efter att ha konstaterat att personalen inte hade fått någon särskild utbildning om missbruk, men att de kände omsorgstagarna väl: ”Vi har väldigt lite oro kring missbruk i den här gruppen, utan de upplever nog att de har erfarenheten, och de har stödet av IDA-gruppen och ja, vet hur de kan agera och så.” I det här sammanhanget är det viktigt att reflektera över karaktären på missbruksproblemen och risken att allas problem ses på ett likartat sätt. Enhetschef Arijeta i F-kommun ställde sig exempelvis skeptisk till att ha en speciell grupp ”som tog hand om missbrukande äldre” såvida det inte handlade om psykisk ohälsa. För hemtjänstmottagare utan komplexa behov var det bättre att öka kunskapen inom den vanliga hemtjänstgruppen, menade hon. Det är också så vi har uppfattat förekommande specialgrupper, det vill säga som grupper som är till för personer med dubbeldiagnos och komplexa problem, men med kompetens att ge ordinarie hemtjänst handledning och stöd i fall där hemtjänstmottagaren inte har sådana problem eller inte vill bli ”överförd”.

Vad är hemtjänstens ansvar för personer med missbruksproblem? I något enstaka fall väckte frågan om utbildning kritiska kommentarer, där ökad kunskap inom olika specialområden kunde ses som en form av gränslöshet:

Generellt sett så är man ju väldigt glad att skjuta över alla problem till hemvården. Och där man någonstans förväntar sig att vi ska ha utbildningar och kunskap om allt som rör en människa. Medan om du tittar på övriga enheter inom Sverige, inom sjukvård och liknande som har specialister inom allt, med rubriceringar, och där man begränsar sig, och tänker vad är rimligt att lägga för ansvar på hemvården utan... det enda jag kan se är att det finns aldrig några begränsningar kring det, utan om specialisterna inte har en förmåga att hantera det, så skjuts det till

hemvården och förväntas att lösas där. Och det kan jag säga, är inte alltid en lösning.

Kommentaren knyter an till ett tema som var synligt i flera intervjuer, i anslutning till andra frågor, och som handlade om hemtjänstens uppdrag. Hemtjänsten blir den verksamhet som ger hjälp till de personer som inte är motiverade till andra insatser (Gunnarsson & Karlsson 2017). Hemtjänsten tilldelas, som enhetschef Ivar i C-kommun beskrev i citatet ovan, en roll som utgör motsatsen till specialistsjukvården och dess sätt att avgränsa sitt uppdrag. Vi återkommer till ansvarsfrågan senare i rapporten.

Den övergripande slutsatsen i vår kartläggning är att personalen som regel inte har fått del av någon fortbildning inom området missbruk, men att cheferna i de flesta fallen var positiva till sådan utbildning. Framför allt handlar behovet om bemötandefrågor och ett återkommande förslag i intervjuerna var att möjliggöra specialisering inom grupp eller kommun, med hänvisning till att antalet missbrukare inte är så omfattande. I några enstaka fall hänvisades det också till specialenheter som kunde utbilda, handleda eller ta över det direkta arbetet med hemtjänstmottagarna.

7. Insatser från andra aktörer

Under intervjun fick enhetscheferna frågor om andra aktörers insatser samt om de ansåg att de personer med risk- eller missbruksproblem som de kände till behövde hjälp, men som de inte fick. I en sammanräkning fördelar sig svaren så här:

1. Ingen hemtjänstmottagare får andra insatser samt/alternativt enhetschefen saknar kunskap om saken: 30.
2. Någon av de hemtjänstmottagare som gruppen hjälper skulle ha behövt insatser men får inte detta: 34.
3. Någon hemtjänstmottagare som gruppen hjälper får andra insatser: 20.

De första och sista kategorierna är ömsesidigt uteslutande, medan mittenkategorin både innehåller svar som att ingen får hjälp (A och B) och att vissa men inte andra får det (C och B).

Ingen kunskap om andra insatser

Svaret att inga hemtjänstmottagare får andra insatser ska förstås utifrån frågan som handlade om vad cheferna kände till om de personer som för närvarande hade hemtjänst. De avgränsningar detta innebar kan illustreras i ett utdrag från intervjun med enhetschef David i G-kommun:

Jag har ingen kännedom om någon som skulle ha någon typ av insats, hjälp, stöd för detta. Sedan vågar jag ju inte säga att den inte har någon, har tagit någon hjälp privat med något sådan [ohörbart], eller någonting sånt där. Men vad vi har kännedom om här så är det ingen som har, ingen av de här två.

I flera intervjuer där den här typen av svar förekom, förde enhetscheferna resonemang om tidigare hemtjänstmottagare, eller hur man brukade göra, exempelvis avseende orosanmälan, eller om andra insatser som vidtagits. Som citatet ovan visar fanns det en osäkerhet kring om hemtjänstmottagarna hade

andra insatser och vad dessa i så fall bestod i. Så här svarade exempelvis enhetschef Otto i N-kommun:

Vi tror att, vi vet inte riktigt... Vi vet att den ene får behandling och medicinering, men det är ju mer utifrån att han tillhör psykiatrin också. Medan den andra personen som har endast alkoholmissbruk har ju kontakt med IFO men om det är någon behandling eller vad det är, det vet inte vi faktiskt.

Någon typ av kontakt mellan IFO och hemtjänstmottagaren förekom men enhetschefen trodde att det handlade om försörjningsstöd. Han tillade därefter att "vi är ju i verkställigheten" och det var möjligt att biståndshandläggaren hade mer kunskap. Resonemanget sätter återigen fokus på frågan om hemtjänstens roll och uppdrag. De chefer vi intervjuade leder grupper som utför hemtjänst enligt en beställning som de får från kommunens biståndshandläggare. Ibland ingår det naturligtvis inte i detta uppdrag att känna till andra aktörers insatser. Detta var också ett resonemang som användes för att rättfärdiga bristen på kunskap om stöd och hjälpinsatser. Enhetschef Niklas från N-kommun menade att det inte ingick i hemtjänstens "lagrum" att behandla missbruksproblematik, men man anmälde till individ- och familjeomsorgen om man mötte mer omfattande problem: "Men vad som händer där, vi har bara anmälningsplikten, men de har ju inte någon informationsskyldighet tillbaka till oss, så vi vet ju inte vad som händer eller om det händer någonting." Kontakten låg enligt enhetschefen mellan myndighetsutövarna, det vill säga mellan biståndshandläggaren och handläggare inom IFO. I något fall uttryckte enhetschefer också irritation över att inte ha haft kännedom om denna typ av kontakt.

Två enhetschefer angav att de missbrukare de gav hemtjänst till inte hade andra kontakter men att detta heller inte behövdes. En typ av hållning, som i andra fall tillskrevs IFO och andra "ovilliga" samarbetspartners, handlade om att andra kontakter inte skulle förbättra personens livssituation. Enhetschef Klara, vid den privata omsorgsgivaren Din Omsorg, konstaterade i ett fall att kontakt inte förekom men frågan var vad en satsning på missbruket skulle kunna åstadkomma:

Alltså ibland kan man ju, ja... Vad ska hon ha? Hon vet att hon ska dö. Alltså det är litegrann det där också, sedan kan man ju inte säga att det är, ja men det är okej att dricka en massa alkohol, men personen blir ju inte otrevlig eller något sånt utan sköter det snyggt.

Resonemanget signalerar ambivalens i förhållande till en situation där hemtjänstmottagaren bedöms ha kort tid kvar i livet, där missbruket inte påverkar insatserna och där andra insatser till och med kan bedömas som inhumana. Samma typ av hänvisning till utförandet av insatserna indikerades av enhetschef Lena vid Hjärtats Omsorg AB menade att verksamheten hade ”snälla” missbrukare, alltså ”ingen som riktigt, som verkligen behöver hjälp”. Det är möjligt att en underförstådd bedömning av personernas insikt och motivation fanns med i dessa ställningstaganden, sammanvägt med bedömningen av missbrukets omfattning och huruvida själva omsorgssituationen påverkades.

Personer skulle behöva insatser men tar inte emot dessa

”De skulle behöva, de har blivit erbjudna, men de tackar nej.” Så sammanfattade enhetschef Felicia i H-kommun situationen med de hemtjänstmottagare inom hennes verksamhet som hade missbruksproblem. Motivet till bedömningen att ytterligare insatser krävdes var både att den enskildes välbefinnande blev lågt och att insatserna påverkades. Så här uttryckte exempelvis Viktoria från R-kommun sitt ställningstagande om behov av ytterligare insatser:

Ja, alltså eftersom han är så vansinnigt aggressiv och otrevlig, och det går ju, alltså han mår ju inte heller bra av det, så att säga. Det går ju inte, ja, han har besvär och vi får besvär. Så att ja, han skulle behöva någon typ av insats. Men det är svårt att närma sig, för som sagt var, han har ju inget problem. Det går inte att diskutera det.

Det var också den här typen av situation, jämte misär och eskalerande missbruk som föranledde anmälningar till individ- och familjeomsorgen.

I hela 34 intervjuer menade enhetschefen att äldre som fick hemtjänst egentligen skulle behöva ytterligare insatser, men som de inte fick. I stort sett samma orsak till läget återkom i alla intervjuer: hemtjänstmottagaren *saknade insikt* om sina problem eller *motsatte sig hjälp*. Intervjupersonerna kunde välja

mellan att ange orsakerna som brist på insikt eller brist på motivation, men under intervjuerna angavs ofta båda orsakerna och ibland överlappade de. Vad som menas med insikt är också en värderingsfråga, där ställningstaganden inför andra aktörer spelar in. Enhetschef Jenny i C-kommun menade att ”de flesta är medvetna om det, men de vill inte ta emot hjälp. Det här med att inte ha någon insikt i det... Det har de allra flesta.” I andra intervjuer uttrycktes avsaknaden av ”insikt” som att personen inte ville gå med på att den hade problem, det vill säga i relation till en annan part. Detta exemplifieras ovan i uttrycket ”han har ju inget problem”.

Det är möjligt att skönja olika problembilder utifrån intervjupersonernas resonemang om frånvarande insatser. En typ av problematik kan illustreras i ett meningsutbyte med enhetschef Pia i O-kommun:

Intervjuare: Men tror du att, på fråga sju där så är det ju lite vad det beror på. Tror du det beror på, ja, vilken har ni, har ni markerat någon där som ni tänker stämmer överens med hur ni ser på det?

Pia: Ja, och vi har ju egentligen markerat de flesta där, för vi tycker att brukaren är medveten om sin missbruksproblematik, men vill inte ha emot hjälp, och sedan är det någon då, precis som jag sade, de har inte riktigt insikt i att det är en problematik, för man tycker mer att man unnar sig. Då, ja, och sedan är det säkert så att förutsättningarna finns säkert, men att det kanske inte har blivit aktuellt, men det går ju också lite ihop med att de inte vill ta emot hjälpen. Och sedan eftersom de inte vill ta emot så, för de som kan ge insatserna då, de har ju inte kännedom om brukarens problematik. För de är inte registrerade någonstans eller så, här, att de har den här problematiken. Inte alla utav dem i alla fall. Är de inte.

Intervjuare: Nej, så det blir lite av allt egentligen.

Pia: Det blir en liten kombination där, utav av flera utav svaren, ja.

Enhetschefen relaterade i detta fall avsaknaden av insikt till en inställning om rätten att unna sig alkohol. Den ”problembild” hennes resonemang pekar mot innefattar personer utan omfattande sociala eller psykiatriska problem, det vill säga personer som enbart uppfattas dricka för mycket alkohol. Här hindrade hemtjänstmottagarens inställning hemtjänsten från att föra vidare information till andra instanser som skulle kunna ge hjälp. Det fanns ett problem, men var inte av den omfattningen att en orosanmälan ansågs vara motiverad. Enhetschef Kristina från J-kommun menade att för denna grupp var det inte aktuellt med avgiftning eller kraftfullare insatser eftersom missbruket inte var så gravt, utan det

kunde kanske räcka med en samtalskontakt, men personerna uppfattades inte vara intresserade av detta.

En annan typ av insiktslöshet innefattade personer med långvarigt och gravt missbruk, där individen hade svårt att se bortom sin livssituation. Det som intervjupersonerna beskrev var en slags normalisering av missbruket som liv, där också hjärnskador och åldrande kunde spela in: ”Att man liksom har gått så långt att det har blivit skador på hjärnan också, att man inte kan se det så riktigt, och det är väl liksom kopplat ihop med åldrandet också, när man är gammal och dricker mycket alkohol” (Frida, B-kommun).

Även om det kan vara svårt att dra en gräns mellan brist på insikt och brist på motivation nämndes många fall där hemtjänstmottagaren var medveten om sitt missbruk men inte ville ha annan hjälp än hemtjänst. I det här sammanhanget vill vi samtidigt lyfta en risk, som har att göra med den samstämmiga bilden av omotiverade missbrukare, som vi illustrerar med två utdrag från en intervju med Otto i N-kommun. Verksamheten gav bland annat hjälp till en man som bedömdes ha insikt om sina problem:

Han har haft det här missbruket i jättemånga år så att det känns ju mer som någon form av livsstil. Han lämnar liksom sin lägenhet på morgonen och sedan går han ut och sitter här i vårt lilla samhälle och dricker och sedan går han hem på kvällen. Så det är klart att han inser väl att han har missbruksproblematik, det tror jag.

Det framstod som uppenbart att personen var medveten om sina problem utifrån att han drack öppet i stadsmiljön, men bedömningen byggde alltså på ett antagande. Det intressanta här är att samma underförstådda resonemang återkom i förhållande till personens inställning till andra insatser än hemtjänst.

Intervjuare: Hur tänker ni med de här två då, blir det ju främst. Finns det någon typ av hjälp eller insats eller stöd som de inte får, som ni bedömer att de skulle behöva?

Otto: Det är svårt, för jag tror inte de vill ta emot hjälp direkt.

Intervjuare: Har ni liksom haft möjlighet att prata med de här personerna liksom specifikt om missbruket och så, eller är det någonting som man inte riktigt liksom...?

Otto: Nej, inte här. Nu är vi i verkställigheten ju, det kan ju hända att biståndshandläggaren som ger hjälpen, alltså insatserna, har kanske haft den diskussionen. Men vi har inte haft den, nej.

Intervjuare: Nej. Men du uppfattar ändå att det är personer som inte vill ha någon hjälp med den typen av problematik?

Otto: Nej. Ja, det är väl den känslan vi har genom personalen.

Att vi lyfter just detta citat står inte för ett ifrågasättande av enhetschefens bedömningar, som sannolikt bygger på god kännedom om den enskilde och de signaler han sänder ut om sin situation. Det vi vill uppmärksamma är risken att mängden möten med personer med en likartad problematik resulterar i en *presumtion* om att den enskilde inte vill förändra sin situation. Risken skulle kunna adresseras med utgångspunkt i det uppföljningsansvar som socialtjänsten har i förhållande till äldreomsorgens insatser. Det skulle exempelvis kunna handla om att den så kallade genomförandeplanen följs upp av utföraren efter viss tid och att frågor om *förändringsområden*, där också alkohol och andra problem tas upp, rutinmässigt infogas i en sådan uppföljning. Detta skulle säkerligen inte förändra något för den man som beskrivs i exemplet ovan, men poängen är att hemtjänstmottagaren får en fråga som föränleds av en rutin och samtalet om vilka problem hemtjänstens personal erfar kan komma efter att den rutinmässiga frågan ställts.

Hemtjänstmottagarens självbestämmande betonades i många intervjuer och ifrågasattes av få. I förhållande till "rätten" att neka insatser visar våra intervjuer på existensen av en hierarki, där hjälpinstanserna prioriterar grundläggande behov. Några av enhetscheferna beskrev personer som inte ville ha någon typ av hjälp, men där hemtjänsten försökte få till stånd insatser, ibland genom att följa med sjukvårdspersonal som individen kände och på så sätt bli en del av dennes vardag. Den här typen av basprioritering gjorde att vissa personer med missbruksproblem fick en bättre fungerande vardag, men samtidigt hände det att olika aktörer nöjde sig med den nivån på hjälp:

Och ibland har det kanske varit så att man har fått hemtjänst beviljat för att man liksom ska kunna hitta en grund att stå på, vad det egentligen är brukaren behöver ha hjälp med och sedan ibland har det ju varit så att det har fungerat med hemtjänstinsatser. För det har liksom på något vis blivit en rutin en del i vardagen, som har varit bra stöd för brukaren. Och då har det ju kanske inte varit aktuellt med någon annan kontakt (Rickard, P-kommun)

I några fall beskrevs den här situationen utifrån hemtjänstmottagarens perspektiv och bristande insikt eller vilja att göra något åt missbruket. Flera enhetschefer uttryckte emellertid också irritation över att andra hjälpinstanser såg hemtjänsten som en tillräcklig hjälp. Detta kunde gälla i fall där hemtjänsten utgjorde första insatsen enligt vad som beskrivs i citatet ovan, men det kunde också gälla för personer som hade haft tidigare kontakter med andra instanser som drog sig tillbaka och så att säga lämnade hemtjänsten med samtliga problem fortfarande aktuella:

Det är sjukvården, landstinget. Jo, det är det. Men jag upplever att är man äldre och har levt med sitt missbruk och så hamnar man i äldreomsorgen, då fråntar man sig alla andra instanser, om en person har varit i kontakt med psyk eller familj och individ eller vad det nu kan vara. Då lämnar man över allt till äldreomsorgen. Och det tycker inte jag är rätt, för jag menar, även om du blir dement och behöver hemtjänstinsatser så behöver man ju samla alla andra kompetenser också, som har varit egentligen med den här personen kanske lång tid, hela dennes liv. Så vi har ju inte den kompetensen, varken jag eller min personal. (Gun, H-kommun).

Enhetschef Ivar i C-kommun beskrev det som att socialtjänsten inte är intresserad av personer över 65 år, utan tycker att deras behov är tillgodosedda om de bara har hemtjänstinsatser. Hemtjänstmottagarens ålder och historia angavs som orsak till ointresset från andra aktörer och detta präglade också andra hjälpinstansers hållning till hemtjänsten som samarbetspartner:

Alltså det är svårt att engagera andra aktörer om inte det är väldigt stora problem när man är liksom äldre, det är ja... vi har haft förut och jag har försökt samarbeta med boendestödarna och även psykiatrin, i regionen då men nej, jag tycker det glappar väldigt. Det känns inte som att man tar oss som någon seriös partner liksom så, utifrån brukarens perspektiv. Nej, det är jättetråkigt men det är min uppfattning. (Kristina, J-kommun)

Enhetschefen hade efterlyst möten och hade till slut fått tillstånd kontakter, som dock hade ebbat ut efter kort tid. Hon sammanfattade situationen som att det fanns en väldig "nonchalans" från de andra verksamheterna. I en längre beskrivning utifrån ett fall beskrev Gun från H-kommun hur andra aktörer dragit sig tillbaka och ursäktat detta med att personen tidigare inte velat ha insatser och hur hon till sist fått till stånd ett möte efter att ha hotat andra hjälpinstanser med

att vända sig till kommunens politiker. Sedan två år hade emellertid situationen förbättrats genom möjligheten att kalla till ett samordningsmöte via datorn. Det hon refererade till var den möjlighet som numera finns enligt hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen att upprätta en samordnad individuell planering (SIP), enligt den rutin som vi har beskrivit i föregående kapitel. Den huvudman som uppmärksammar ett behov av samordning kallar till möte, men åtgärden är beroende av samtycke från den enskilde.

En annan aktivitet som nämndes i flera intervjuer var att göra en orosanmälan. Även om det lämnades lite olika uppgifter framstår det som relativt ovanligt att dessa anmälningar görs. En anledning är sannolikt att det i regel är mycket svårt för socialtjänsten att hjälpa personer som inte själva vill ta emot hjälp, så länge det inte är frågan om LVM. En annan anledning är tillvägagångssättet vid orosanmälningar gällande vuxna personer är oklart. När det gäller barn är lagen om orosanmälningar tydlig och anmälningsplikten är i regel väl känd för alla som arbetar inom polis, skola, hälso- och sjukvård. Det finns också informationsmaterial och informationsfilmer som steg för steg beskriver hur orosanmälningar gällande barn går till. När det rör vuxna är orosanmälningar en mer okänd praktik. Om en undersköterska kontaktar en biståndshandläggare för att berätta om sin oro över eskalerande missbruk hos en brukare är det inte säkert att detta dokumenteras och hanteras som en orosanmälan. Samtalet kan också hanteras som information om att den enskildes omsorgsbehov helt enkelt har ökat. I sådant fall kommer inte biståndshandläggaren att kontakta brukaren och informera om vilken hjälp som finns att få gällande missbruket och inte heller be om samtycke till ytterligare kontakter och inte heller dokumentera situationen som en orosanmälan.

I arbetet med denna kartläggning togs kontakter med ett antal professionella för att klargöra hur en orosanmälan går till när det gäller äldre personer med missbruksproblematik. Det visade sig att även bland de som arbetar med äldre och missbruk ute i kommunerna är tillvägagångssättet för att göra en orosanmälan oklart. I en kommun blev vi hänvisade till en tjänsteman som ansågs ha särskilt god kunskap om just orosanmälningar och äldre, men även hon var osäker på hur rutinerna såg ut för denna slags anmälningar och fick göra egna efterforskningar innan hon återkom med precisa uppgifter. Samtidigt beskrev hon att orosanmälningar kunde vara viktiga incitament för att påbörja ett motiverande

arbete för att på sikt förmå brukare att ta emot hjälp. Här nedan har vi infogat den anvisning som tjänstemannen tog fram:

Om det kommer till vår kännedom om att en brukare behöver hjälp med anledning av till exempel missbruk skall en orosanmälan skyndsamt göras till socialnämnden. En orosanmälan skall alltid göras om vi får kännedom om en brukare som far illa eller riskerar att fara illa.

Orosanmälan till socialförvaltningen skall göras skriftligt via brev och följande ska framgå:

- Personnummer
- Telefonnummer till personen det berör eller annan kontaktinformation
- I orosanmälan skall det framgå varför orosanmälan görs. Skriv det som är väsentligt och tänk på sekretessen mellan förvaltningarna.
- Det är viktigt att den som gör orosanmälan är den som sitter med förstahandsinformationen. Orosanmälan skall alltså göras av den som har uppmärksammat att en orosanmälan behöver göras. Detta är viktigt för att en snabb hantering av ärendet skall kunna ske och att ärendet begränsas till så få personer som möjligt.
- Vid akuta ärenden går det bra att kontakta socialnämnden via mail eller telefon.

En orosanmälan gällande missbruk hanteras av socialtjänsten. Socialtjänsten kontaktar brukaren och berättar att en orosanmälan inkommit och att brukaren har möjlighet att söka om hjälp och stöd. Vill brukaren inte ha hjälp så görs ett motiverande arbete genom samtal för att försöka få till ett möte eller vidare kontakt. Om brukaren inte alls är villig till att ta emot hjälp så kommer Mottaget vuxna inte att göra mer i ärendet. Det är av vikt att ifall det finns oro och att omsorgsförvaltningen inte tycker det händer något, göra fler nya orosanmälningar så att ny kontakt kan tas med brukaren från socialnämnden.

Situationens allvar vid orosanmälan betonades av flera respondenter. Enhetschef Lillemor från K-kommun beskrev det som att en anmälan blir aktuell först när det står klart att det finns risk att hemtjänstmottagarens hälsa skadas allvarligt, exempelvis när personen har diabetes, fula bensår och hjärtsvikt, eller när hemtjänsten inte längre kan ge den medicin och omvårdnad som behövs ”utan det går bara utför”. Just eskaleringen av problemen samt att hemtjänstens omvårdnadsinsatser hindrades kommenterades som motiv till anmälan i flera fall. Möjligen hade den höga tröskeln för orosanmälan att göra med den beskrivning som följde på enhetschefens kommentarer om att anmälningar hade gjorts:

Och sedan har vi ju försökt, vi har gjort orosanmälan till socialtjänsten så de har varit hemma och försökt ta kontakt med vårdtagaren, men vårdtagaren, då har inte den öppnat dörren eller då har man inte hört när de har ringt på dörren eller ringt på telefonen. Och då gör ju inte socialtjänsten något mer, så de lämnar ju det tillbaka till oss då och säger att ”vi får ingen kontakt så vi kan inget mer göra”. För då handlar det ju om socialtjänsten jobbar ju så att där är det ju mer vårdtagaren som måste vilja. Den ska vilja själv. Att den ska ta initiativ, och tar inte vårdtagaren initiativ utan vi gör det, där faller det ju.

Individ- och familjeomsorgens specialiserade missbruksenheter kan genomföra besök och erbjuda sina insatser. Om situationen inte är så allvarlig att ett tvångsingripande enligt LVM är aktuellt, avslutas ärendet när den enskilde avböjer kontakt eller inte är nåbar. Det som är av intresse här är att denna ordning utgjorde en slags spelregel som de intervjuade förhöll sig till, om än med viss frustration. De som behövde ytterligare insatser var ofta ensamma och ovilliga och hade, enligt enhetschef Ivar i C-kommun, ett ytterst begränsat nätverk där det saknades någon som kunde driva på om ytterligare insatser.

Här vill vi uppmärksamma ytterligare en risk: presumptionen att hemtjänstmottagare med missbruksproblem inte vill förändra sin situation. Erfarenheter och berättelser om att andra aktörers passivitet riskerar att bli till självklara spelregler, som rättfärdigar valet att inte ta i den obehagliga frågan om orosanmälan.

Hemtjänstmottagaren får också andra insatser

I den här rapporten har vi valt att inte räkna med hemsjukvården som en extern hjälpinstans för *missbruket*, eftersom många äldre har kontakt med hemsjukvården av andra skäl. Det är ändå viktigt att nämna hemsjukvården. Sjuksköterskorna agerade som länk i kontakten med andra instanser.

Stödet från andra aktörer till enskilda gavs i ungefär lika stor omfattning från kommunala och landstingskommunala instanser. Omfattningen av insatserna varierade också och som nämnts tidigare var intervjupersonerna osäkra på vilket stöd som gavs, vilket en intervju med enhetschef Olivia från D-kommun illustrerar i sitt svar på frågan om andra aktörers insatser:

Ja, alltså den ena vet vi får stöd, får egentligen då Antabus varje dag. Där vi har förstått då att anhöriga hjälper till med det. Ser till att personen i fråga får i sig Antabus varje dag, och det betyder väl att man har någon typ av kontakt med beroendeenhet eller någonting, eller om det till och med är vårdcentralen. Jag vet egentligen inte var det är utskrivet så. Men där finns det ju hjälp då. Den andre är ju inte särskilt, han har inte särskilt stor insikt i sitt beroende. Och där har vi ju egentligen försökt stävja tablettmissbruket då genom att handha medicinen. Och det har vi i samråd med hemsjukvården då bestämt att vi, hemtjänsten, ansvarar för medicingivning som ett, så... Så det är väl någon form av insats från kommunen då egentligen, från hemsjukvården, som är vidtagen. Men någon öppenvård eller något sånt tror jag inte att personen har, för som sagt, han ser inte sin missbruksproblematik själv.

Citatet visar återigen på en oklarhet i kännedomen om andra aktörers insatser i de verksamheter som utför hemtjänst. Denna oklarhet uppfattades i vissa fall som frustrerande och problematisk, men kan också ses som en effekt av att hemtjänstens utförare inte har någon roll som samordnare av insatserna. När den enskilde tar Antabus och har en stödkontakt via psykiatrin kanske det saknas skäl för hemtjänsten att ha närmare information om detta.

Vilken typ av externa insatser som förekom i våra intervjuer berodde på vilken problematik hemtjänstmottagaren hade och att insatser förekom betydde heller inte att situationen var tillfredsställande. Enhetschef Blenda vid den privata vårdgivaren Blendas Hemtjänst beskrev att två av verksamhetens hemtjänstmottagare hade kontakt med psykiatrin, men inte med någon missbruksenhet inom socialtjänsten. På frågan om detta behövdes tvekade hon:

Alltså det är jättesvårt att säga, eftersom det här handlar om psykisk sjukdom också, så är det svårt som [ohörbart] stöd att gå in utifrån en missbrukarenhet med någon som har en psykisk sjukdom liksom... där ju det. Jag är inte säker på att det hade hjälpt så mycket. För den psykiska sjukdomen är det som ligger i vägen liksom.

Som nämnts inledningsvis redogjorde intervjupersonerna för komplexa fall, där hemtjänstmottagaren hade flera typer av problem och en lång historia inom psykiatrin eller missbruksvården. I flera kommuner nämndes enheter eller befattningshavare – specialteamet, psykiatrisjuksköterskan – som utgjorde resurser för stöd och handledning i enskilda ärenden. I P-kommun beskrev två av enhetscheferna verksamheten Etcetera, som tillhör individ- och familjeomsorgen

och är till för personer med missbruksproblem i olika åldrar. Verksamheten byggde på frivillighet och syftade till stöd:

Man kan säga att det är en form av stöd, där det är personal som arbetar och utgår från kommun, och så kan de åka hem då liksom just till personer som har olika form av missbruk för att finnas som ett stöd. En funktion, kanske lite det här då med kontakt med öppenvården eller kontakt med andra instanser, eller bara som ett stöd, någon man pratar med. (Rickard, P-kommun).

I de fall där hemtjänstmottagaren vägrade kontakt med Etcetera, kunde denna verksamhet ändå agera som ett stöd och bollplank för hemtjänsten, vilket de enhetschefer vi intervjuade beskrev som mycket bra. Enhetschef Valbona beskrev hur Etceteras personal tillhandahöll handledning och deltog i en planering där hemtjänsten kunde vara mer aktiv i förhållande till missbruket, vilket för närvarande gjordes för fem personer med missbruksproblem: ”Och där har vi liksom planer, vi har gjort hembesök, och vi gör det igen och vi går tillbaka igen och vi erbjuder hjälpen, att få liksom en rehabilitering i detta.” Etcetera bjöds in till arbetsplatsträffar och kunde konsulteras i frågor som exempelvis rörde orosanmälningar. Enhetschef Valbona beskrev också hur man inom den egna verksamheten hade låtit två undersköterskor specialisera sig på hot och våld, vilket också inkluderade kunskap om missbruk. Dessa undersköterskor agerade som en länk mot andra verksamheter och rapporterade tillbaka till personal inom den egna gruppen.

Den andra kommunen där en specialverksamhet nämndes var H-kommun, som hade det så kallade IDA-teamet. Teamet jobbade specifikt mot hemtjänstmottagare med missbruksproblem och komplexa behov, till hälften hemmahörande inom äldreomsorgens organisation och till hälften inom individ- och familjeomsorgen. Liksom i fallet med Etcetera kunde IDA-teamet agera bollplank för den ordinarie hemtjänsten, men IDA-teamets specialutbildade undersköterskor utgjorde också hemtjänsten för vissa personer och de enhetschefer vi talade med kunde alltså aktualisera personer för överflyttning utifrån en frivillig överenskommelse:

Det här kan man söka till, det är en hemtjänstinsats på frivillig basis, precis som annan hemtjänst. Så det är ju, individen måste själv söka, ansöka om det här, och vilja det här, för att få det. Och det är ingenting vi tvingar på någon, och det är

ingen åtgärd vi gör, men det kan ju vara ett förslag från oss. Att man ser att ”du skulle kunna vara hjälpt av hur IDA-teamet arbetar”, och så får man presentera det och så får de ansöka om de är intresserade (Ines, H-kommun).

Liksom i P-kommun uppfattades verksamheten som mycket värdefull. Det var dock inte frågan om ett övertagande av alla personer med missbruksproblem, utan om personer med komplexa behov utifrån en frivillig överenskommelse. I de tre grupper vars chefer vi intervjuade var det bara en person som hade övergått till IDA-teamet, men enhetschef Ines beskrev detta som en fråga om skilda behov:

Ines: Vi har ingen, vi har tre stycken där vi upplever att det är under kontroll och vi hanterar det tillsammans med individerna, och det mesta ligger förhoppningsvis i det förflutna och ja, där det varit lugnt nu. Och så har vi en som är så ny för oss, som är ny för, det är svårt att säga ännu. Och skulle det visa sig att det är beroende, då kanske man föreslår IDA eller gör någonting annat. Men det ja, det uppstår fall till fall, vi har ingen handlingsplan som är sådär standardiserad, hur vi jobbar med såna... Har vi inte.

Intervjuare: Så det är egentligen ingen i nuläget som ni skulle säga att, den här personen skulle behöva, att ni har en känsla av att de skulle behöva eller att de till exempel har sagt nej eller att de inte har någon insikt i sitt missbruk eller...

Ines: Nej, inte när det gäller det här. Vi har, det finns ju andra saker som är svåra att hantera, som någon hemtjänstgrupp, till exempel psykisk ohälsa och det finns annat, och det finns, ja... Men just med missbruk tror jag inte att det är, där har vi någonstans att vända oss ju. Så vi kan få stöd i de frågorna där vi inte räcker till, och det känns inte som att vi har någon som faller mellan eller så.

Existensen av ett specialteam för omsorgstagare med missbruk och komplexa behov tycks i detta fall utgöra ett alternativ som gör det möjligt för hemtjänsten att agera friare omkring det som uppfattas som individens behov.

Sammantaget bekräftar vår kartläggning den upplevelse hos hemtjänstpersonal och verksamheter som tidigare lyfts av Gunnarsson (2010). Man uppfattar intresset och engagemanget inom verksamheter med kompetens inom missbruksområdet som lågt för kategorin äldre med hemtjänst. När hemtjänstmottagaren själv inte har insikt eller vilja att ta emot hjälp, och situationen inte föranleder ett ingripande enligt LVM, utgör hemtjänstens omsorg ofta den enda insatsen från samhället. I många fall är det säkert riktigt att behandlingsinsatser är meningslösa, vilket är fallet när individen själv inte vill

åtgärda sin situation. Det finns emellertid ett glapp mellan den avsaknad och önskan om behandling som uttrycktes av enhetscheferna, och den insats i form av enbart omsorg som de upplevde att hemtjänstmottagarna fick. Här framstår återigen de kommuner som har specialteam för äldre missbrukare med komplexa behov som en lovande praktik, utifrån möjligheten att ge en mer individanpassad omsorg med personal som hade särskild kompetens.

Aktualiseras insatser från andra aktörer vid rätt tillfälle? De holländska forskarna Mulder, Jochems och Kortrijk (2014) menar att verksamheter som möter människor som har psykiatriska problem står inför en utmaning som kan benämnas *motivationsparadoxen* (the motivation paradox). För människor i allmänhet ökar motivationen till att söka hjälp i situationer som upplevs som stressande och problematiska, exempelvis vid sjukdom eller kris. För många personer med missbruk och komplexa behov kan det vara tvärtom: ökade psykosociala problem och ökad stress *minskar* motivationen till att söka och ta emot hjälp. I relation till hemtjänstens arbete med vissa missbrukare kan detta ha konsekvenser för utfallet av försöken att etablera kontakt med andra hjälpinstanser. Som framgått sker sådana initiativ framför allt när situationen ”går över styr”, vilket alltså kan innebära att personer som den enskilde inte har någon relation till erbjuder hjälp vid det tillfälle då den enskilde är minst benägen att ta emot hjälp. Utifrån detta talar mycket för att vissa personer med missbruk och komplexa behov har behov av hjälp som bygger på individuell anpassning och långvariga relationer. Erbjudanden om annan hjälp än hemtjänst bör ges återkommande och inte enbart när situationen är kaotisk och den enskilde sannolikt är särskilt omotiverad.

8. Hemtjänstens uppdrag

I det här avsnittet ska vi diskutera ett tema som berördes i många av intervjuerna och som handlar om hemtjänstens *uppdrag*. Temat kan återföras på den fråga vi nämnde i introduktionen till rapporten. Vad har hemtjänsten egentligen att göra med hemtjänstmottagarnas missbruk? Å ena sidan har de personer som får hemtjänst efterfrågat och gjort upp om att ta emot vissa typer av insatser, som inte har inriktning mot missbruket. Städning, hjälp med matinköp, hygien, toalett och omvårdnad. I vissa fall kunde insatserna faktiskt ha utförts av ett städbolag och det händer att äldre väljer RUT-tjänster med skatteavdrag istället för hemtjänst. Ska den typen av kontakt öppna upp för att hemtjänsten ”lägger sig i” personens eventuella missbruksproblem? Skulle ett städbolag ha gjort det? Å andra sidan utför hemtjänsten sina insatser enligt socialtjänstlagen, som anger en skyldighet om att hjälpa människor att komma ifrån ett missbruk. Insatserna är vanligen behovsbedömda och det betyder att hemtjänsten – genom sina biståndshandläggare – har ett mandat att ”avgöra” vilka behov den enskilde har.⁶ I vissa fall utgör missbruket ett hinder för utförandet av de beviljade insatserna och i andra fall klarar den enskilde kanske sig själv eller har mindre behov av hemtjänst om missbruket åtgärdats. En typ av exempel som ibland nämns av biståndshandläggare är behov av hjälp som beror på att individen är berusad och återkommande skadar sig vid fall (Jönson & Harnett 2015).

Till temat om hemtjänstens uppdrag är det möjligt att räkna in aspekter som har med organisering och kompetens att göra, det vill säga vad som är möjligt för hemtjänsten att göra med utgångspunkt i arbetsuppgifter, tid, relationer och samverkan med andra aktörer. Flera av de frågor som berörts tidigare i rapporten, om utbildning och insatser från andra aktörer är därför aktuella under detta tema.

⁶ Den som anser sig behöva flytta till särskilt boende nekas exempelvis ofta detta med hänvisning till att behovet inte är tillräckligt omfattande och den enskilde beviljas istället hemtjänst.

Den komplexa hemtjänsten – mängden olika uppdrag

Flera enhetschefer betonade att hemtjänsten numera har ett mycket komplext uppdrag, där människor med skilda problembilder och behov ska ges hjälp – en situation som vissa beskrev som både utmanande och motsägelsefull:

Ja, det är ju jättesvårt eftersom vi spänner över så många olika typer av människor och alltså, vi har dementa, psykiatrin finns jättemånga... Vi har väl en fundering i vårt samarbetsområde, vi är fem hemtjänstområden som samarbetar, och vi chefer står inför en, ja, uppstart att göra någon typ av förändring för att ja, många olika delar i hemtjänsten eller äldreomsorgen, dels är det personalbrist, en del sjukskrivningar, det är massor med saker. Det är kvalitetsmål och det är jättemycket. [...] Och vi vet inte hur vi ska göra i framtiden, alltså vi måste ju fungera. Alltså politikerna, alla måste ju fundera, hur ska vi möta? Vi ska alltså ta hand om så svårt sjuka människor, och alla ska ju bo hemma och dö hemma, och det är inget fel i det, men vi har ju inte de resurserna. Och det är ju väldigt, väldigt knepigt att ja, få situation som vi möts, för jag menar, jag har jobbat i äldreomsorgen sedan jag var 17 år och jag menar, jag har ju sett hur det har förändrats. Så det är ju en stor utmaning som vi ska, en missbrukare är ju bara en liten del av vad hemtjänsten möter.

I likhet med flera andra intervjupersoner kommenterade enhetschefen Gun från H-kommun hemtjänstens organisering, där insatserna ofta var snävt avgränsade i tid, vilket innebar att många olika personer besökte hemtjänstmottagaren. Eftersom vissa personer med missbruksproblem var känsliga för byten av personal var insatserna beroende av personalkännedom och etablerade relationer:

Men att fokusera på att ha mindre grupper. Alltså säg att fyra personer kanske ansvarar för tjugo brukare, och ja, om det skulle liksom hjälpa till lite bättre. Alltså det som är svårt i hemtjänsten, det är ju, vi utför ju insatser utifrån *skälig levnadsnivå*. Så säger ju socialtjänstlagen. Och det är ju punktinsatser. Vi har ju så otroligt korta tider hos den enskilde, en kvart här, tjugo minuter där och alltså, det är in och ut. Vi har liksom ingen... och det är svårt, dels är det ju svårt att skapa relation till en människa, det är jättesvårt för personalen, väldigt frustrerande.

Skälig levnadsnivå var enligt enhetschefen lika med punktinsatser. Enhetschefen beskrev också en situation där gruppen tagit över som hjälpgivare till personer som tidigare haft insatser mer kontinuerligt enligt LSS och det var svårt att tillgodose de personernas behov inom ramen för hemtjänstens organisering.

Den snäva tiden togs upp i flera intervjuer, ibland som ett faktum att förhålla sig till och avgränsa uppdraget ifrån, och ibland som ett hinder för en bättre hjälp. Problemet har diskuterats ingående av Gunnarsson och Karlsson (2018b) som menar att personalen ofta är frustrerad över att behöva lämna hemtjänstmottagare med oberäknliga behov, i ett system som bygger på att hjälpen kan utföras enligt den förutbestämda planeringen. I våra intervjuer beskrevs också andra konsekvenser. De korta tiderna för insatser, ibland 10-15 minuter per gång, gjorde det svårt att upptäcka missbruk och flera enhetschefer menade att möjligheterna till anpassning och relationsskapande var mindre nu är förr. Enhetschef Dina på den privata utföraren Alldaga kopplade frågan om stress till möjligheten att tillgodose hemtjänstmottagarens behov av social samvaro, utifrån de åsikter som förts fram i hennes verksamhet:

Man kände att man skulle gärna sitta och prata med... Tycker det här med... man skulle vinna mycket på att man får det här i hemtjänst, mycket mer social samvaro, det känns att det är press på tider och stress att man ska hinna vidare och hjälpa andra och sedan, precis man vill komma någonstans och det tar tid så måste man rusa iväg och gå vidare. Och då känns det här, social samvaro, det är den viktigaste insats hos missbrukare eller äldre. [...] Men man träffar en person och känner en trygghet och här känns att berätta om sin problematik och få lite, med samtal, få lite hjälp och... Det, jag känner att den här sociala biten, den skulle vara en stor hjälp tror jag, för att minska den här missbruksproblematiken.

Behovet av social samvaro togs också upp i resonemang om orsaker till äldres missbruk, och flera olika insatser på allmän och individuell nivå föreslogs. Said från D-kommun menade att många äldre dricker för att de är ensamma och en ökad social insats för att kunna vara på plats i hemmet var en möjlig åtgärd. Detta var något som kunde lyftas med biståndshandläggaren, menade enhetschefen, men frågan kunde också möta motstånd: "Sedan är det svårt också att få kanske den tiden av handläggarna, för de har ju sina kriterier att gå efter, det är ju väldigt fyrkantigt kan man tycka ibland där." De intervjuade redovisade olika erfarenheter av att begära mer tid för omsorgstagare med särskilda behov.

Ingår det i hemtjänstens uppdrag att upptäcka missbruk, motivera till behandling och ge psykosocialt stöd till personer med missbruksproblem? Frågan berördes på ett eller annat sätt i många intervjuer och här ska vi använda några av

dem för att illustrera två skilda positioner som kan benämnas *avgränsande* respektive *vidgande*.

En avgränsande position

I våra intervjuer utvecklades den avgränsande positionen bland annat genom kommentarer om den egna verksamhetens bristande kompetens och möjligheter att ge personer med missbruksproblem adekvat hjälp. Så här besvarade exempelvis Pia i O-kommun frågan om vem som har ansvar för att ge äldre hemtjänstmottagare med missbruksproblem hjälp:

Vi känner ju att vi kan inte erbjuda dem någonting, för vi har ju ingen typ utav rehabilitering eller någon samtalsterapi eller någonting sånt, det har vi ju inte, att vi inte har. Så det finns ju liksom inte något, det finns inte något som vi kan erbjuda så, utan då får man gå till någon annan profession. För vi inom hemtjänsten och inom vårt lilla team där, för det teamet vi jobbar i då, det är ju jag, min personal, och sedan har vi en arbetsterapeut, en fysioterapeut och en sjuksköterska. Men där är ju inte något specifikt så, som gör att det är bara vi i teamet som kan erbjuda någonting, utan då måste vi se oss om efter andra professioner.

I den här typen av svar betonades alltså bristen på kompetens, och enhetschefen ställde möjligheten att skaffa sig sådan kompetens mot en avgränsning i hemtjänstens uppdrag:

Vi har inte riktigt rätt utbildning och kunskap för att veta hur vi ska hantera det och hur vi ska göra för att det ska bli så bra som möjligt. Men som sagt, man hade säkert kunnat, man kan ju bli bättre på det. Det kan man ju. Man kan. Men det är inte i vår, det ingår ju inte i vårt uppdrag heller, för som sagt, alla uppdragen som vi får kommer ju från handläggaren. Och, eller från sjukvården då, med träning och så, men där är ju ingen som ger oss uppdragen i att vi ska vara behjälpliga just med missbruksproblematiken, om man säger så.

Den avgränsande positionen anknöt starkt till det tema om hemtjänstens komplexa uppdrag som beskrivits ovan och utgjorde en slags motargument till vad som upplevdes som en ständig utvidgning av detta. Enhetschef Niklas menade att tanken på att utbilda undersköterskor till specialister inom olika områden

riskerade att göra uppdraget ”gigantiskt”, med tanke på allt annat som redan skulle skötas. Enhetschefen menade att undersköterskor troligen inte var rätt yrkesgrupp att stötta till behandling och fortsatte:

Vi vill inte riktigt ha alla typer av relationer till vårdragaren heller, utan vi vill fokusera på livsområdena utifrån vad man behöver stöd och hjälp med för någonting, vad klarar man själv? Och så är det de rena klassiska hemtjänstinsatserna, jag tror ändå att vi behöver renodla detta.

Enhetschefen menade att hemtjänsten tillhandahåller ”punktinsatser” och därför sällan kunde skapa nära och förtroliga relationer som kunde utgöra grunden för djupare samtal om ohälsa och missbruk. Många gånger bestod insatserna enbart i service såsom städning och inköp av varor. Att fokusera på missbruket låg inte inom hemtjänstens ”lagrum”.

De enhetschefer som utvecklade den avgränsande positionen gjorde i allmänhet detta utifrån resonemang om att andra aktörer borde träda in och ge hjälp. Enhetschef Niklas i N-kommun menade exempelvis att organiseringen av äldreomsorgen inte följde de äldres faktiska behov och att besparingar ofta drabbade just den typ av tjänster som skulle möjliggöra ett vidgat uppdrag: ”Vi saknar ju uppenbart en funktion inom svensk äldreomsorg, och det är omsorgskuratorer”, menade enhetschefen.

Också enhetschef Pia i O-kommun förde sitt resonemang om ett avgränsat uppdrag i förhållande till behovet av andra aktörers aktiva inträde, men lämnade en öppning för att vidga uppdraget. Ett problem enligt enhetschefen var att flera av de personer med missbruksproblem som hemtjänsten gav hjälp inte var aktuella vid andra instanser. Hon önskade mer samverkan med andra instanser och menade att hemtjänstens uppdrag hade kunnat se annorlunda ut om andra professioner hade varit inblandade. Eftersom de aktuella hemtjänstmottagarna inte ansåg sig behöva hjälp hamnade hemtjänsten i en slags återvändsgränd i förhållande till frågan om missbruk:

Egentligen är väl hindren att de inte upplever sig ha någon problematik, och att de inte är inskrivna någonstans, och då kan vi ju heller inte begära handledning från någon drogterapeut eller från någon beroendemottagning, eller sådär. För att vi har liksom bara spekulationer, egentligen. För hade de varit inskrivna någonstans och, inom någon annan profession som hade haft hand om dem, då hade vi ju mer

kunnat begära handledning, till exempel. Man hade kunnat ha oftare möte med dem och bett om hjälp, så att man tillsammans hade kunnat hjälpa brukaren istället. Men det kan vi ju inte nu.

Det som enhetschefen beskrev är alltså en situation där hemtjänsten menar sig sakna möjligheter att initiera den typ av professionell kontakt kring missbruket som i nästa läge skulle kunna bidra till att precisera ett nytt uppdrag om socialt stöd. I likhet med flera andra enhetschefer uttryckte hon att man upplevde sig som lämnade ensamma i svåra situationer, där missbruket påverkade de insatser som man hade som uppdrag att genomföra.

En vidgande position

Den vidgande positionen utvecklades i kommentarer om att utbildning och specialisering behövdes för att kunna hjälpa personer med missbruk och komplexa behov. Här resonerade exempelvis enhetschef Olivia i D-kommun om behovet av att bjuda in missbruksenheten till verksamhetens team-träffar och åtgärda den brist på fortbildning som intervjun hade aktualiserat. Där positionen om ett avgränsat uppdrag upprätthölls med hänvisning till allt som hemtjänsten redan måste ha kunskap om och ta ansvar för, förde enhetschefen här ett omvänt resonemang:

Naturligtvis så ska man ju, likväl som man ska kunna lära sig att känna igen demens eller vad psykisk ohälsa är så ska man naturligtvis kunna vara observant för missbruk eller risk för missbruk, men framförallt kanske då liksom lite mer vad man ska göra åt det. Vad är våra befogenheter, vad är våra skyldigheter och så vidare?

Missbruk blev med detta ett av flera problemområden som verksamheten hade att hantera utifrån den vidare frågan om hemtjänstmottagarens behov.

Och sedan är det väl, det är bra när sånt här [dvs. de utskickade frågorna och intervjun] kommer för då hamnar man i en diskussion om det helt naturligt, och liksom hur det var någon som sade att ”men det är väl inte hemtjänstens ansvar”, men det är väl klart att det är? Om någon i fråga har hemtjänst för att de har ett behov, och så har de ett missbruk så naturligtvis har vi väl ändå en skyldighet att titta på helheten och erbjuda kunden, man kan i alla fall fråga ”vi ser och vi förstår

ju att du lider av det här eller mår dåligt av det här eller att det här påverkar ditt liv negativt, finns det något vi kan göra för att hjälpa?” Man kan inte bara säga att ”nej men bara för att personen har hemtjänst så behöver inte hemtjänsten hjälpa till”.

Flera enhetschefer menade att själva intervjun hade väckt frågor om behov av specialisering av typen ”en mindre grupp i själva gruppen” (Petra, D-kommun), som kunde ge insatser eller finnas som en specialistkompetens för att ge råd om bemötande till annan personal. Hemtjänsten fanns på plats och hade lärt känna de personer som hade eller misstänktes ha missbruksproblem. Denna kännedom togs till utgångspunkt för resonemang om att agera utifrån kännedomen om omsorgstagarens behov.

I avsnittet om utbildning kommenterade vi att flera intervjupersoner snabbt kändes vid brister och skisserade på förbättringar när det gäller fortbildning och en möjlig förklaring till detta är insikten om att kunna utsättas för ifrågasättanden och kritik. Samma resonemang kan givetvis föras i förhållande till frågan om ansvar.

Oavsett om de självkritiska och lösningsfokuserade kommentarerna handlar om att undvika kritik eller om de står för att en process mot förändring inletts, så ger de bilden av att hemtjänsten i ganska hög grad vidkänns ett ansvar för att försöka hjälpa omsorgstagare som har ett risk- eller missbruk. Den reservation som emellertid ofta fördes fram var att hjälpen var avhängig den enskildes vilja och samtycke, och problemet var att många som har problem inte vill kännas vid dessa eller ta emot hjälp bortom hemtjänstinsatserna.

Hjälphierarkin

Det finns, vilket vi har varit inne på tidigare, en slags hierarki för insatser inom hemtjänstens verksamhetsområde. Hemtjänsten genomför ändå i många fall basala insatser i fall där hemtjänstmottagaren är berusad. Medicin delas ut och toalettbestyren sköts, men promenader och annat ställs åt sidan. Den frivillighet som präglar verksamheten tycks också vara relativ till hierarkin i bemärkelsen att verksamheterna inte utan vidare accepterar att personer avsäger sig hjälp med basala behov. Utifrån den här rapportens fråga är hjälphierarkin intressant på två

sätt. Det ena handlar om motivation och persistens och det andra om motivation och relationer.

I en av intervjuerna beskrev enhetschef Gun i H-kommun en kvinna som gruppen försöker ge hemtjänst men man blir inte insläppta: ”Ja, det är ju i så fall den här kvinnan som vi inte kan hjälpa på det sättet, som inte släpper in oss. Ja. Och det är svårt att veta.” Kvinnan hade psykiska problem och troligen också missbruksproblem men vilken hjälp hon behövde kunde hemtjänsten inte reda ut eftersom man inte blev insläppt. Enhetschefen uttryckte frustration över att hemtjänsten inte kunde utföra det uppdrag man hade, men på frågan om man överhuvudtaget hade besökt kvinnan svarade hon:

Jo, vi har fått komma in någon gång men det är väldigt, väldigt, väldigt sällan vi får göra det. Jag tror det är helt enkelt att hon vill inte ta emot hjälp. Och kanske inte heller har insikt i sin problematik, och sedan, då är det ju svårt att ge bra insatser.

Det här exemplet visar på ett förhållningssätt, där hemtjänsten kombinerar den ständiga betoningen av att insatserna måste vila på samtycke med en långt driven ihärdighet, i fall då hjälpbehovet ses som omfattande. När det gäller behov som anses vara basala – vilket exempelvis gäller hygien, omläggningar, näring – nöjer sig hemtjänsten inte med att den enskilde avböjer hjälp. Hemtjänsten kan till och med ha en långsiktig ”försätlig” strategi som går ut på att göra sig bekant med den enskilde för att efter en tid kunna tillhandahålla insatserna. Ett längre citat från enhetschef Olivia i D-kommun illustrerar den här typen av tillvägagångssätt, som sannolikt inte är ovanligt:

Ibland kan ju ett nytt ärende nästan börja med att man får lura in sig litegrann eller vad man ska säga. Det låter hemskt, men kanske om hemsjukvården har en kontakt och tycker att det behövs lite hemtjänst men kunden vill inte ta emot då, så får vi följa med hemsjukvården några gånger och presentera oss och de får verkligen använda diverse olika metoder för att försöka få människor att få förtroende för oss. Det kanske handlar om tio besök där man bara ringer på dörren och får se ett ansikte och sedan går vi därifrån, och så helt plötsligt en dag så får vi komma in. Och sedan kan man ta nästa steg, och nästa steg, och nästa steg liksom. Det är långt bort till att man får hjälpa någon med en dusch till exempel, som aldrig har haft en annan människa i sitt hem eller det behövs ta emot hjälp av någon. Så det är ju inte helt enkelt heller.

Samma typ av instegsstrategier beskrevs av de biståndshandläggare som Gunnarsson och Karlsson (2017) intervjuat. Handläggarna kunde besluta om någon typ av insats som tilltalade den enskilde i syfte att skapa en relation, bygga förtroende och få insyn.

Hemsjukvården ger hälso- och sjukvård, vilket inte bara är en basal typ av hjälp utan också en typ av insats som vanligen inte är förenad med stigma. Den som har ett sår som inte läker behöver hemsjukvårdens expertis. Genom att följa med hemsjukvården kan hemtjänsten bygga ett förtroende och komma in med sina basala insatser – exempelvis en dusch. Här är det dock tal om behov som den enskilde kanske inte upplever sig ha och det ter sig inte lika naturligt att ta emot hjälp med att duscha eller städa som att ta emot hjälp med injektioner eller omläggningar. Att rakt av hävda att hemtjänstens insatser bygger på frivillighet är alltså inte korrekt. När det gäller basala insatser tycks hemtjänsten i vissa fall tillämpa en persistent hållning där relationsskapandet är centralt.

Vad som är av intresse här är att hemtjänstens tillträde och insyn i den enskildes problembild inte nödvändigtvis leder till att andra aktörer involveras. Det kan paradoxalt nog vara tvärtom. Två beskrivningar återkom i intervjupersonernas berättelser. Den ena beskrivningen handlade om resultatet av en orosanmälan, där individ- och familjeomsorgen erbjöd insatser som den enskilde tackade nej till. Om missbruket inte var helt okontrollerbart, så att ett ingripande enligt LVM var aktuellt, avslutades ärendet med detta och hemtjänsten fortsatte med sina insatser på egen hand. Just att den enskilde själv så tydligt måste uttrycka en önskan om hjälp med missbruket var något som skapade irritation: ”om man har till exempel hemtjänst, jag som chef om ringer kommunen, då säger de att ’tyvärr, vi kan inte hjälpa om de själva inte är med på det eller om de själva inte ringer’, vilket är konstigt och tråkigt.” Samma kommentarer lämnades om psykiatrin och i förhållande till båda dessa specialistinstanser uttrycktes en besvikelse över ett ointresse som ibland direkt sades handla om hemtjänstmottagarnas ålder: ”Dels är det att sjukvården är inte så intresserad av människor över 65. Psykiatrin är absolut inte intresserad av människor över 65. Socialtjänsten är inte heller intresserad av folk över 65.” (Ivar, C-kommun).

I en intervjustudie med socialsekreterare inom missbruksvård konstaterar Gunnarsson och Karlsson (2018a, s. 154) följande:

De intervjuade socialsekreterarna ser i stor utsträckning insatser genom hemtjänsten som lösningen på de äldres missbruksproblematik. De äldre får tillsyn, mat och städning. På så sätt kan missbruket hållas på en nivå där tvångsåtgärder inte blir nödvändiga.

Socialsekreterarnas uppfattning kolliderar, menar författarna, med det uppdrag som hemtjänsten anser sig ha. Just denna spänning återkom också i våra intervjuer, där ett tema handlade om hemtjänstmottagare och hjälpinstanser som såg hemtjänstens insatser som tillräckliga: ”de är nöjda med den insats de har så, på sitt sätt så att säga, och då kan man ju aldrig gå vidare heller” (Petra, D-kommun). Vissa hemtjänstmottagare tyckte att de hade ett bra liv med de insatser som gavs, ”även om vi kanske inte hade valt det livet”, som enhetschef Lillemor i K-kommun uttryckte det. Om hemtjänstmottagaren var berusad och inte tog emot hjälp vid ett tillfälle försökte hemtjänsten se till att insatserna blev gjorda vid annat tillfälle. Det var inte bara hjälpmottagarna som tyckte att hemtjänstinsatserna var tillräckliga. Också de hjälpinstanser som kunde agera mot missbruket beskrevs som passiva, även i förhållande till personer som tidigare hade fått insatser med anledning av sitt missbruk:

Men jag upplever att är man äldre och har levt med sig missbruk och så hamnar man i äldreomsorgen, då fråntar man sig [ansvar från] alla andra instanser, om en person har varit i kontakt med psyk eller familj och individ eller vad det nu kan vara. Då lämnar man över allt till äldreomsorgen. (Gun, H-kommun).

Enhetschefen menade att detta var felaktigt, med tanke på att hemtjänstmottagaren kunde ha komplexa behov och att de olika hjälpinstanserna borde samverka.

Det vi vill peka på är en situation där hemtjänsten inte bara blir ett insteg som bidrar till att den enskildes behov synliggörs och tillgodoses, utan där insatserna ses som tillräckliga både av hemtjänstmottagaren och av de instanser som har kompetens inom området missbruksvård. Att hemtjänsten har en instegsmöjlighet beror sannolikt på att insatserna inte uppfattas som kopplade till den enskildes alkohol- och drogvanor, samt på att hemtjänsten har en annan tolkning av frivillighet än andra hjälpinstanser. Den som nekar att ta emot hjälp påtvingas inga insatser, men hemtjänsten tycks vara persistent och återkommer med erbjudanden eller anpassar hjälpen. Det finns kort sagt olika bedömningar

och förhållningssätt till innebörden i begrepp som frivillighet och samtycke. Vår tolkning är att de enhetschefer vi intervjuade uttryckte en önskan om att andra aktörer skulle använda mer av den persistenta hållning man själv tillämpade.

9. Sammanfattning och diskussion

I det här kapitlet summerar vi undersökningens viktigaste fynd utifrån fyra teman och redovisar därefter tre exempel på lovande praktiker. Nedan redovisas resultat gällande problemets omfattning, hur hemtjänstens arbete påverkas, vilken samverkan som finns med andra aktörer samt vilket ansvar och uppdrag hemtjänsten har i relation till äldres missbruk.

Förekomst av missbruksproblem bland äldre med hemtjänst

Mellan 5 och 7 procent av hemtjänstmottagarna bedömdes ha ett risk- eller missbruk, vilket innebär att 8 500-12 000 personer har problem som är kända av hemtjänsten. Helt förväntat angavs missbruksproblem vara vanligare bland män än kvinnor. Alkohol var dominerande, även om missbruk av mediciner och narkotika också förekom. Många typer av problembilder beskrevs, allt ifrån personer med mångåriga missbruksproblem i kombination med psykisk ohälsa till socialt etablerade personer som överkonsumerar alkohol på grund av ensamhet och tristess. Ett något förvånande resultat var att den ökning av äldres alkoholkonsumtion som är väl belagd i flertalet studier, inte syntes i denna kartläggning. Istället framställdes situationen som oförändrad.

Missbrukets påverkan på hemtjänstens arbete

Intervjupersonerna angav att hemtjänsten allmänt sett kunde utföra de beviljade insatserna så länge de äldre inte hade allt för omfattande missbruksproblem, men att en hel del anpassningar gjordes. Det fanns situationer där äldre fick mindre hjälp och hjälp av sämre kvalitet, bland annat på grund av att de avsåg sig hjälp eller vägrade släppa in personalen. Hjälpen kunde också utebli på personalens initiativ, exempelvis om den enskilde ansågs för berusad för att genomföra vissa insatser, så som promenader. Andra gånger uteblev hjälpen på grund av att personalen uppfattade situationen i den äldres hem som hotfull. Basala behov exempelvis medicinering och grundläggande hygien prioriterades. Arbetet hemma

hos personer med missbruksproblem kunde också försvåras av helt andra skäl, till exempel att det saknades matpengar, städutrustning och rena lakan. Hemtjänstens organisering med tidsbegränsade punktinsatser uppfattades vara dåligt anpassade för personer med missbruksproblem där behovssituationen ofta är oberäknelig. På ett mer övergripande plan riskerar situationen att leda till etisk stress bland personal som inte har möjlighet att leva upp till äldreomsorgens mål om att ge omsorgstagare ett liv med värdighet.

Samverkan och ansvar

I vissa fall utgjorde hemtjänsten en sista utpost för personer som inte var villiga att ta emot annan form av hjälp. Olika typer av frustration uttrycktes i många intervjuer. Den egna kompetensen inom missbruksområdet var låg och det formulerades önskemål om mer utbildning och samverkan med aktörer som hade specialistkompetens. Framför allt efterlystes utbildning om *bemötande* av personer med missbruksproblem, men flera intervjupersoner nämnde också behov av kunskap om själva missbruket och om motivation till förändring. Det fanns en tydlig irritation över att de aktörer inom socialtjänst och psykiatri som besatt specialistkunskap drog sig undan när en person hade hemtjänstinsatser, eller nöjde sig med att hemtjänstmottagaren avböjde erbjuden hjälp.

Många av de personer som har missbruksproblem tycks få den hjälp de är villiga att ta emot, men ibland påverkas möjligheterna att ge den beviljade hemtjänsten och i vissa fall skulle den enskilde behöva ytterligare insatser. I dessa situationer framställdes hemtjänstens insatser som ett mynt med två sidor i våra intervjuer. Å ena sidan var det tack vare hemtjänsten som den enskilde fick hjälp med grundläggande behov. Men som redan nämnts kunde hemtjänstens inträde på scenen göra att andra aktörer drog sig tillbaka, eftersom problemet ansågs ”löst”. Hemtjänsten uppfattar sitt uppdrag som perifert i förhållande till äldres missbruk, men ser sig samtidigt som den aktör som hamnar i centrum för individens samtliga behov.

För personer med mindre omfattande missbruksproblem finns en slags paradox. Ska hemtjänsten ”intervenera” mot en person som dricker alkohol på en riskabel nivå om konsumtionen varken ger negativa sociala konsekvenser eller påverkar hemtjänstens arbete? Hur ska i så fall sådana interventioner se ut?

Paradoxen ligger i att en intervention gentemot personer som ”enbart” har en hög alkoholkonsumtion och inte andra sociala problem, sannolikt har goda chanser att bidra till minskad konsumtion. Samtidigt kan interventioner som går bortom ett enstaka samtal innebära att hemtjänsten överträder sitt uppdrag.

Också i förhållande till personer där missbruket uppträder tillsammans med psykisk ohälsa föreligger en paradox. Inom denna grupp är det vanligt att motivationen att ta emot hjälp minskar när situationen blir som mest problematisk. Vår kartläggning visar att det är just vid detta tillfälle av kaos som hemtjänsten brukar aktualisera hjälp från andra aktörer – exempelvis genom en orosanmälan. Det kan alltså tänkas att den enskildes motivation till att ta emot hjälp skulle vara större vid andra tillfällen.

Kartläggningen tyder på att det finns en slags ”motståndspresumtion”, det vill säga att personal många gånger förutsätter att den enskilde är motvillig till att diskutera sitt missbruk. Samma tema har uppmärksammats i andra studier (Gunnarsson & Karlsson, 2018). Möjligen kan man också säga att en liknande motståndspresumtion existerar som en föreställning om andra aktörers ointresse och oförmåga att ge den enskilde hjälp. Risken är att en sådan presumtion, som säkerligen bygger på erfarenhet, används stereotyp, och rättfärdigar att inte ta upp obekväma frågor med den enskilde. En rekommendation är därför att skapa rutiner och riktlinjer för *när* och *hur* känsliga frågor om risk- och missbruk ska tas upp. Sådana riktlinjer existerar i vissa kommuner och troligen kan senare års arbete mot våld i nära relationer utgöra en förebild. Människor har rätt att överkonsumera och missbruka alkohol och mediciner, men de som gör det bör åtminstone få frågan om de vill förändra något i sin situation.

Lovande praktiker och förbättringsförslag

Avslutningsvis ska vi kort ta upp tre exempel på lovande praktiker som samtliga hämtats från en och samma kommun, som benämnts H-kommun i rapporten:

- Rutiner för kommunikation med den enskilde vid misstanke om missbruk
- Rutiner för samverkan genom samordnad individuell planering vid misstanke om missbruk

- Specialiserade hemtjänstgrupper för äldre med missbruk och komplexa behov

Det är viktigt att påpeka att de lovande praktikerna identifierats utifrån respondenternas utsagor och vi har exempelvis inte besökt kommunen för att studera den beskrivna praktiken.

H-kommunen har utarbetat rutiner för bemötande när missbruk upptäcks, där kommunikation med den enskilde utgör en av punkterna och där möjligheten att kalla till ett möte om *samordnad individuell planering* uttryckligen nämns (se kapitlet om rutiner vid missbruk). Så kallade SIP-möten utgör ett verktyg för samverkan mellan kommunal socialtjänst och sjukvård, men den enskildes samtycke krävs för att planeringen ska kunna komma till stånd. Samordningsmöten framstår som en viktig förbättringsåtgärd för hemtjänsten, och personal behöver både utbildning och rutiner för att bättre kunna motivera den enskilde till att ge sitt samtycke till detta. Samordningsmöten är också en arena där hemtjänsten kan adressera frågan om andra aktörers ansvar där den äldres missbruk kan lyftas som ett gemensamt övervägande. Den som vill och behöver kan på så sätt få hjälp från aktörer bortom hemtjänsten, så som sjukvård och psykiatri. Samordningsmöten är dock värdefulla även i de fall där den enskilde *inte* vill ta emot annan hjälp än hemtjänst, eftersom hemtjänstpersonalen då kan arbeta i förvissning om att de ger de insatser som realistiskt sett är möjliga och eventuellt kan också överenskommelser om vägledning och stöd från specialisterheter skapas. Denna kunskap och dessa arrangemang kan minska risken för etisk stress bland hemtjänstpersonalen och motverka känslan av att andra aktörer undandrar sig ansvar. I nuläget sker arbetet många gånger utifrån uppfattningen att andra insatser egentligen borde komma till. Detta skapar frustration.

Specialiserade hemtjänstgrupper för äldre med missbruk och komplexa behov utgör ett tredje exempel på en lovande praktik. Specialisering bland personal är också något som efterlysts av Gunnarsson och Karlsson (2017). I H-kommunen kunde den ordinarie hemtjänsten aktualisera överflyttning till ett sådant team utifrån en dialog med hemtjänstmottagaren. Teamet utgjorde också en kunskapsresurs för den ordinarie hemtjänsten och hade kompetens och erfarenhet av att möta personer med omfattande missbruk och psykisk ohälsa. Deras arbete

utmärktes av hög flexibilitet och personkontinuitet, där den enskilde i största möjliga utsträckning fick hjälp av samma personer i personalgruppen. Hemtjänsten utfördes inte som punktinsatser, utan i form av längre besök som kunde vara i flera timmar. Med utgångspunkt i kartläggningens beskrivningar av vad som uppfattas som oroande och belastande i hemtjänstens arbete med personer som har omfattande och komplexa missbruksproblem framstår den här typen av team som en mycket lovande praktik.

10. Fortbildningsövning: Att öka den lokala kompetensen

I det här avsnittet ska vi ta rapportens resultat som utgångspunkt för en fortbildningsövning för verksamheter inom n. Övningen syftar till att öka den lokala kompetensen genom att diskutera, ta ställning och möjligen också utforma en lokal policy inom missbruksområdet. Om övningen enbart genomförs i samråd mellan nyckelpersoner är det viktigt att ta ställning till hur personalgruppen som helhet ska involveras.

Introduktion till övningen – ett scenario

Verksamhetens enhetschef har blivit uppringd av forskare från Lunds universitet och svarat på frågor om gruppens kännedom och arbete med hemtjänstmottagare som har missbruksproblem. Kartläggningen har visat att gruppens medarbetare känner till åtta hemtjänstmottagare som har ett risk- eller missbruk av alkohol, eller mediciner och narkotika. Enhetschefen konstaterar också att det inte finns några rutiner som ger stöd för personalen när de möter hemtjänstmottagare med risk- och missbruksproblem, utöver att enskilda ”fall” ibland dras på ett gemensamt möte. För 5-6 år sedan deltog personalen i en kortare fortbildning om missbruk, men endast ett par av gruppens nuvarande medarbetare deltog i denna.

Övning I: Att agera i enskilda fall

Nedan beskrivs tre av de hemtjänstmottagare som har problem. Uppgiften består nu i att fundera och diskutera vilket ansvar hemtjänsten respektive andra instanser har i relation till de beskrivna personerna, samt att formulera olika förslag på handlingar och strategier. Det kan handla om att ta upp någon fråga eller göra överenskommelser med hemtjänstmottagaren, att involvera anhöriga eller andra aktörer. Det kan också vara bra att diskutera vem som är mest lämplig att agera, utifrån yrkesroll, kännedom och relationer. Börja med att fundera över vilka frågor verksamheten bör ställa sig. Till exempel: Vad vet vi? Vad behöver vi ta reda på? Vad bör prioriteras?

Allan

Allan är 72 år och ensamstående. Han har både omvårdnads- och serviceinsatser sedan fyra år. På orten är han känd som alkoholist sedan årtionden. Uppfattningarna om Allan skiljer sig åt i hemtjänstgruppen. Några som har jobbat länge säger att han är harmlös, men andra menar att han är otrevlig och att stämningen i bostaden är aggressiv när han dricker ihop med andra. Allan röker och ”svinar ner” i lägenheten. Flera kvinnor inom personalgruppen har uttryckt att de helst inte vill besöka honom. Sedan en tid ges omsorgsinsatserna enbart på morgonen, eftersom Allan vanligen är berusad och ibland har besök på eftermiddagarna. ”Han super sig väl till döds till slut”, säger någon.

Yvonne

Yvonne är 78 år och änka sedan fyra år. Sedan tre månader är hon beviljad bistånd med städning, inköp och ledsagning. Den sistnämnda insatsen har inte fungerat, eftersom Yvonne varit ”ostadig” när ledsagningen ska genomföras. ”Är det inte missbruk så är det i alla fall en hög alkoholkonsumtion”, säger personalen, ”kanske ihop med något lugnande som hon fått utskrivet”. Ingen har sett Yvonne dricka men vid ett tillfälle har en av undersköterskorna upptäckt kasse med sex kartonger bag in box vin som Yvonne vikt ihop och ”gömt” i en garderob.

Hans

Hans är 67 år och ensamstående. Han missbrukar alkohol och ibland röker han också hasch. Han har haft långvariga psykiska problem och har tidigare haft boendestöd enligt LSS. Numera har han hemtjänst i form av serviceinsatser. Hemtjänstpersonalen har inte kännedom om ytterligare insatser från psykiatrin, men någon läkare verkar skriva ut ångstdämpande medicin (Sobril och Stesolid). Hans isolerar sig när han dricker och enligt egen uppgift använder han alkohol och droger under perioder då han mår dåligt. Det kan handla om några dagar till några veckor och under dessa perioder är det enbart hans system som får tillträde till bostaden. Vid några tillfällen när personalen kommit på besök har Hans blivit upprörd, bankat i väggar och skrikit åt dem att försvinna. ”Det kom helt oväntat och jag blev helt skakig efteråt”, säger en av de undersköterskor som varit med om detta.

De fem hemtjänstmottagare som inte har beskrivits heter Anders, Carina, Josef, Malte och Olof. Anders och Olof har en problematik som är relativt lik den som Allan har. De uppfattas inte som otrevliga eller aggressiva men ”har det eländigt”. Carina, Josef och Malte har problem som är mer lika Yvannes, men Josef och Malte har varit lätt berusade vid några besök och personalen är säker på att de har någon typ av missbruk.

Som sagt, bör något göras för någon eller flera av de här personerna utöver att tillhandahålla de ordinarie hemtjänstinsatserna?

Övning II: Fortbildning och rutiner

Genomför en inventering utifrån en diskussion i verksamheten, gärna med utgångspunkt i vad som upplevs som styrkor och svagheter.

Har den personal som arbetar inom gruppen någon fortbildning? Vad önskas? Vad behövs? Rangordna utifrån relevans. Ska alla få samma fortbildning eller ska vissa få mer? Finns det samordningsbehov inom kommunen? Vilka resurser och kompetenser finns att tillgå? Kan fortbildning inom området länkas till någon typ av utbildning som redan ges? Ska den som eventuellt fått del av en mer kvalificerad fortbildning ha en särskild roll inom arbetslaget? Hur kan en plan för att säkra kontinuerlig fortbildning se ut?

Har verksamheten några rutiner? Hur skulle rutiner kunna se ut? Diskutera och formulera förslag utifrån några av dessa stödfrågor: Ska rutinerna handla om att agera vid misstanke om missbruk? Ska de handla om bemötande för personer som har ett problematiskt agerande? Ska de handla om att involvera andra aktörer? Vem ska göra vad? Hur ska frågor om samtycke hanteras? Fundera över sådant som användning av den individuella genomförandeplanen (dvs. den överenskommelse och planering som utföraren gör med hemtjänstmottagaren), samordnad individuell planering (SIP), orosanmälan och aktualisering av förändrade besöksrutiner (mer tid och gå dubbelt).

Tänk på att rutiner måste vara tydliga och enkla att använda, och att en bra rutin ibland handlar om att lyfta en fråga i ett speciellt forum/möte. Testa rutinerna på de tre hemtjänstmottagare som beskrivits ovan.

Referenser

- Alvesson, M. (2006). *Tombhetens triumf: om grandiositet, illusionsnummer & nollsummespel*. Atlas i samarbete med Liber: Stockholm.
- Bryman, Alan (2011) Samhällsvetenskapliga metoder. Malmö. Liber.
- Eliasson, R. (1995). *Forskningsetik och perspektivval*. Lund: Studentlitteratur.
- Gunnarsson, E. (2010). *Vi får klara oss själva—Om hemtjänstens arbete med äldre personer som har missbruksproblem*. Arbetsrapport Institutionen för socialt arbete. Stockholms universitet.
- Gunnarsson, E. (2013). Alkoholmissbruk och självbestämmande – en kartläggning av den svenska hemtjänstens förutsättningar att arbeta med äldre personer med alkoholproblem. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 30(3), 227-242.
- Gunnarsson, E., & Karlsson, L.-B. (2017). Äldre, alkohol och omsorgsbehov: Biståndshandläggare om arbetet med äldre personer med missbruksproblem. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34(1), 43-56.
- Gunnarsson, E., & Karlsson, L. (2018a). "Vi möter de ofrivilliga" – socialsekreterare om äldre personer med missbruksproblem. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 25(2), 141-157.
- Gunnarsson, E., & Karlsson, L. (2018b). Klockan är det enda som har vett att gå. I H. Jönson & M. Szebehely (red.). *Äldreomsorger i Sverige: Lokala variationer och generella trender*. Malmö: Gleerups.
- Gustavsson, J. & Karlsson, N (Red.). (2019). *Äldre och alkohol – Om utmaningarna inom äldreomsorgen i Norden*. Rapport från Nordens välfärdscenter.
- Hydle, Ida & Johns, Sigurd (1993) Övergripping mot äldre - stängda dörrar och knutna nävar - om misshandel i hemmet. Lund: Studentlitteratur.
- Järvinen, M. (2001). Institutionaliserad uppgivenhet - om utvecklingen av det danska behandlingssystemet. *Nordisk Alkohol och Narkotikatidskrift*, 18(2), 125-137.
- Jönson, H., & Harnett, T. (2015). *Socialt arbete med äldre*. Stockholm: Natur och kultur.
- Jönson, H., & Harnett, T. (2019). Out of the ordinary: Media reports on wet eldercare facilities. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 36(4), 330-343.
- Karlsson, L., & Gunnarsson, E. (2017). Squalor, chaos and feelings of disgust: care workers talk about older people with alcohol problems. *Ageing & Society*, 1-21.
- Karlsson, N. (2019). Nya dryckesvanor bland äldre – nya utmaningar för äldreomsorgen i Norden. I J. Gustavsson och N Karlsson (Red.). *Äldre och alkohol – Om utmaningarna inom äldreomsorgen i Norden*. Rapport från Nordens välfärdscenter.
- Lemke, S., & Moos, R. H. (2003). Outcomes at 1 and 5 years for older patients with alcohol use disorders. *Journal of substance abuse treatment*, 24(1), 43-50.

- Lindgren, Lars. 2008. *Lägenhetsboendet Lönngården i Malmö. En utvärdering ur ett kvalitativt och samhällsekonomiskt perspektiv*. Lund: Devinor.
- Mulder, C.L., Jochems, E. & Kortrijk, H.E. (2014). The motivation paradox: higher psychosocial problem levels in severely mentally ill patients are associated with less motivation for treatment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49: 541. doi.org/10.1007/s00127-013-0779-7
- Norström, T. & Ramstedt, M. (2005). Mortality and population drinking: a review of the literature. *Drug and Alcohol Review*, 24: 537-547
- Palm, J. (2009). "Man får inte supa ihjäl sig enligt svensk lagstiftning!": Svenska socialarbetares tal om bruket av tvångsvård. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 26(3), 277-293.
- Proposition 2017/18:106. *Om förenklat beslutsfattande och särskilda boendeformer för äldre*. [Elektronisk] Stockholm: Socialdepartementet. Tillgänglig: <https://www.regeringen.se/4b00ca/contentassets/64bf7565d85b4ace957713b2b45f028b/forenklat-beslutsfattande-om-hemtjanst-for-aldre.pdf> [2018-10-17].
- Ramstedt, M. Norström, T. (2008). *Alkoholrelaterade problem: spelar det någon roll varifrån alkoholen kommer?* Forskningsrapport nr. 51 Stockholm: SoRAD
- Ramstedt, M., & Raninen, J. (2012). Alkoholkonsumtionen ökar bland äldre (the alcohol consumption increase among the elderly). *Alkohol Narkotika*, 3, 4-7.
- Ramstedt, M., Sundin, E., Landberg, J. & Raninen, J. (2014). *ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen 2013 – en studie med fokus på missbruk och beroende samt problem för andra än brukaren relaterat till alkohol, narkotika, doping och tobak*. STAD-rapport nr 55.
- SBU (2019). *Missbruk och beroende av alkohol och narkotika – Kunskapsläget för utredningar och insatser inom socialtjänsten. En kartläggning av systematiska översikter*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. SBU-rapport nr 296.
- Socialstyrelsen (2017). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2017*. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2019). *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2018*. Art.nr: 2019-5-7
- Waern M, Marlow T, Morin J, et al. Secular changes in at-risk drinking in Sweden: birth cohort comparisons in 75-year-old men and women 1976-2006. *Age & Ageing*. 2014;43(2):228-34.
- Wærness, K. (1984). The rationality of caring. *Economic industrial democracy*, 5(2), 185-211.

Bilaga 1 – intervjuguide

A. Problemets omfattning

1) Hur många brukare hjälper er hemtjänstgrupp totalt?

_____ personer, varav _____ män och _____ kvinnor.

2) Hur många av dessa bedömer ni har någon form av missbruk?

Antal: _____

3) Hur många av era brukare bedömer du ha ett missbruk av:

Alkohol _____ st

Receptbelagda mediciner _____ st

Droger _____ st

Blandmissbruk _____ st

4) Finns det några brukare som ni anar har någon form av missbruksproblematik, men där ni inte har konkreta belägg?

Ja, antal: _____

Nej

5) Finns det fall där kvaliteten på era insatser påverkas av brukarens missbruksproblematik?

Ja

Nej

Om ja, på vilket sätt?

6) Hur många av de som du bedömer ha någon form av missbruksproblematik får någon form av insats, hjälp eller stöd för detta?

Antal: _____

Vilken typ av insatser får de då?

Insatser via kommunen, t ex behandling inom öppenvården, samtal, LVM

Insatser via sjukvården, t ex behandling, medicinering, periodvis inläggning, kuratorskontakt

Vet ej

Annan:

7) Hur många av de som du bedömer ha någon form av missbruksproblematik skulle behöva någon form av insats, hjälp eller stöd som hen inte får?

Antal: _____

Vad beror det i så fall på (går att ange flera skäl):

Brukaren är medveten om sin missbruksproblematik, men vill inte ta emot hjälp

Brukaren har ingen insikt i sin missbruksproblematik

Det finns inga relevanta insatser att ge

Förutsättningar finns, men det har inte blivit aktuellt

De som kan ge den relevanta insatsen har inte kännedom om brukarens problematik

Problematiken ingår inte i hemtjänstens uppdrag

Annat:

8) Har ni sett någon förändring över tid vad gäller förekomst av missbruk hos patienter/brukare?

Ökat mycket

Ökat något

Oförändrat över tid

Minskat något

Minskat mycket

B. Rutiner

9) Har ni någon rutin för ärenden där ni misstänker att en brukare har någon form av risk- eller missbruk?

Ja

Nej

Om ja, hur ser den ut?

10) Har ni regelbunden kontakt med någon enhet eller instans som arbetar med missbruk, till exempel missbruksenheten inom individ- och familjeomsorgen?

Ja

Nej

Om ja, vem?

Om inte regelbundet, har ni kontakt i enskilda fall?

11) Har er personal fått någon utbildning om alkohol och droger, t ex att identifiera ett risk- eller missbruk eller motivation till behandling?

Ja

Nej

Om ja, vilken/vilka?

12) Har ni kriterier för när en brukares dryckesvanor anses problematiska, det vill säga när det blir ett bruk som kräver någon form av åtgärd?

Ja

Nej

Om ja, vad är det för kriterier?

C. Arbetets organisering

13) Handlar personalen på Systembolaget åt brukaren?

Ja, efter brukarens önskemål

Ja, men med vissa restriktioner

Personalen avgör själv

Ja, men bara i undantagsfall

Nej, aldrig

Om ni har restriktioner, hur ser de då ut?

14) Finns det någon funktion inom er verksamhet som fokuserar specifikt på brukare med missbruk?

Ja

Nej

15) Finns det någon annan typ av specialfunktion(-er) inom enheten?

Psykisk ohälsa

Demens

Nej, vi har inga specialfunktioner

Annat:

D. Brukaren/hemtjänstmottagaren

16) Hur ser fördelningen ut mellan könen avseende personer som ni anser ha någon form av

missbruksproblematik?

Övervägande män

Något fler män

Jämn fördelning

Något fler kvinnor

Övervägande kvinnor

17) Finns det personer bland era brukare som behöver någon typ av hjälp eller insats som ni inte kan erbjuda?

Ja

Nej

Om ja, vad?

18) På vilket sätt skulle er verksamhet kunna anpassas för att förbättra tillvaron för brukare med missbruksproblematik? Övrigt att tillägga?

Äldre hemtjänstmottagare med missbruksproblem

Hemtjänstens uppgift är att ge omvårdnad och service till äldre. Verksamheten är mycket omfattande och bland de ca 170 000 som får hjälp finns personer som har missbruksproblem. Det kan handla om hemtjänstmottagare som dagligen dricker sig salongsberusade på vin, liksom det kan handla om personer vars missbruk är okontrollerat eller förenat med psykisk ohälsa. Hur vanligt är det att äldre hemtjänstmottagare har missbruksproblem av olika slag? Hur påverkas hemtjänstens möjligheter att ge den omsorg som har beviljats? Har personalen utbildning för att möta människor med missbruksproblem? Finns det riktlinjer och samverkan som ger stöd i svåra situationer? Är äldre hemtjänstmottagares missbruk överhuvudtaget något som hemtjänsten har med att göra? Den här rapporten belyser dessa frågor med utgångspunkt i intervjuer med 50 företrädare för hemtjänst i Sverige.

