

Äldre, alkohol och omsorgsbehov: Biståndshandläggare om arbetet med äldre personer med missbruksproblem

Nordic Studies on Alcohol and Drugs

2017, Vol. 34(1) 43–56

© The Author(s) 2017

Reprints and permission:

sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/1455072516682439

journals.sagepub.com/home/nad



Older people, alcohol and care needs: Care
managers about working with older people
with alcohol abuse problems

Evy Gunnarsson

Department of Social Work, Stockholm University, Sweden

Lis-Bodil Karlsson

Department of Social Work, Stockholm University, Sweden

Abstract

Aim: The aim of this study was to investigate how care managers went about in their work with older people living at home and having alcohol abuse problems. **Method:** Six focus group interviews and one interview with two participants were carried out. In total, 23 care managers from five different municipalities participated. **Results:** The care managers all stressed the fact that within home care, no addiction treatment was conducted. The role of home care was to provide good care helping older people in their everyday lives irrespective of their problems. The care managers had to push the limits for the available services to be able to help older people with alcohol abuse problems. The services offered are however strictly regulated in guidelines. Many older people with alcohol abuse problems were not interested in receiving home care, and they were seldom interested in having contact with the addiction unit. The self-determination of older people in need of home care is strongly stressed in

Submitted: 13 June 2016; accepted: 1 November 2016

Corresponding author:

Evy Gunnarsson, Social Work, Stockholm University, 106 91 Stockholm, Sweden.

Email: evy.gunnarsson@socarb.su.se

Creative Commons CC BY-NC: This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial 3.0 License (<http://www.creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits non-commercial use, reproduction and distribution of the work without further permission provided the original work is attributed as specified on the SAGE and Open Access pages (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>).

legislation. If the older person did not want any help, there was not much the care managers could do.

Conclusions: Since older people today drink more alcohol than earlier generations, there is a need for services and addiction treatment specifically directed at older people with alcohol abuse problems suitable for their needs.

Keywords

alcohol abuse, elderly care, home care, needs assessment, older people

Svenska Socialstyrelsen konstaterade redan i sin lägesrapport från 2012 (Socialstyrelsen, 2012) att alkoholkonsumtionen bland äldre personer har ökat, och påpekade att en ökad andel riskkonsumenter och mer alkoholrelaterade skador bland äldre personer i framtiden kommer att ställa krav på ökade insatser från missbruks- och beroendevården. I lägesrapporten 2015 (Socialstyrelsen, 2015) menar Socialstyrelsen vidare att äldre personer med missbruks- och beroendeproblem riskerar att hamna utanför missbruksvården och inte får ta del av eventuella behandlingsinsatser. En anledning skulle vara att insatser inom äldreomsorgen i begränsad utsträckning kombineras med insatser från missbruksvården. Endast en tredjedel av kommunerna har rutiner för hur den interna samordningen mellan äldreomsorg och missbruksvård ska ske (Socialstyrelsen, 2015).

Alkoholkonsumtionen har under de senaste decennierna ökat i flertalet europeiska länder bland personer som är 65 år och äldre (Hallgren, Högberg, & Andréasson, 2009). Äldre personer i åldern 65 till 80 år dricker vin och öl i större utsträckning än tidigare generationer. Särskilt äldre kvinnor har ökat sin konsumtion, framförallt av vin (Ramstedt & Raninen, 2012).

I en studie av de allra äldsta framkommer det att alkoholkonsumtionen ökat även inom denna grupp (Kelfve, Agahi, Darin Mattsson, & Lennartsson, 2014). Mellan 2002 och 2011 ökade andelen kvinnor 77 år och äldre som angav att de drack alkohol varje vecka från 10,2 procent till 21,8 procent. För män 77 år och äldre var motsvarande siffror 29,2 procent och 41,4 procent. Att alkoholkonsumtionen har ökat även bland de allra äldsta avspeglar sig i

äldreomsorgens vardag. Det har blivit allt vanligare att äldre personer, som behöver omsorg, har alkoholproblem (Gunnarsson, 2013).

Föreliggande artikel har fokus på hur biståndshandläggare arbetar med äldre personer som har alkoholproblem. Alkoholproblem och missbruksproblem används i denna artikel som synonymer. I den generation som idag är i behov av omsorg är det framförallt alkohol som kan leda till missbruk. Narkotikamissbruk är ännu ovanligt bland äldre personer som är i behov av äldreomsorgens insatser. Däremot är tablettmissbruk inte ovanligt, men diskuteras inte i denna artikel.

Äldreomsorgens förutsättningar

Äldreomsorgens primära uppgift är att ge god omsorg till äldre personer som behöver hjälp i sitt dagliga liv. Det kan röra sig om personer som lider av fysisk och/eller psykisk ohälsa, personer som har en demenssjukdom, men även om personer som har alkoholproblem. I de flesta svenska kommuner är äldreomsorgen organiserad utifrån en beställar-utförarmodell. Det är en organisationsmodell inspirerad av New Public Management, NPM, som introducerades i början av 1990-talet (Szebehely & Trydegård, 2012). Modellen kännetecknas av att cheferna ska se till att produktivitet och effektivitet ökar. Det ska dessutom finnas konkurrens, kundval, kontrakt som reglerar vilka insatser som ska utföras och till vilken kvalitet, liksom kostnadskontroll (Szebehely & Trydegård, 2012). Biståndsbedömningen och biståndshandläggarnas arbete regleras av lagar, framförallt socialtjänstlagen och förvaltningslagen. Arbetet styrs även av organisatoriska och

moraliska villkor (Dunér & Nordström, 2009). Socialtjänstlagen ger de allmänna utgångspunkterna för arbetet, medan kommunala riktlinjer styr den organisatoriska nivån. På den organisatoriska nivån preciseras som regel de insatser som kommunen tillhandahåller. De moraliska villkoren utgörs av de allmänna uppfattningar som finns om samhällets ansvar för skröpliga äldre och hur den hjälpen i sin tur ska utformas (Dunér & Nordström, 2009). Andersson (2007) finner i sin forskning att det i bedömningssituationen ofta finns en spänning mellan gemensamma riktlinjer och individuell prövning. Vanligen görs en standardiserad behovsbedömning även om biståndsbedömare själva menar att de gör en individuell behovsbedömning. Biståndshandläggares arbete som myndighetsutövare har blivit alltmer insatsstyrt istället för behovsstyrt (Lindelöf & Rönnbäck, 2007; Socialstyrelsen, 2011). Kostnadseffektivitet och ökad rättssäkerhet har varit drivkrafter i införandet av NPM-inspirerade organisationsförändringar, men har inneburit svårigheter att upprätthålla en individ- och situationsanpassad verksamhet (Blomberg & Dunér, 2015).

Socialtjänstens omsorg ska enligt Socialtjänstlagen (2001:453) kap 5:4 ge äldre personer möjlighet att leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Socialnämnden ska också verka för att människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Enligt portalparagrafen kap 1:1 ska verksamheten bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. I de kommunala riktlinjerna framgår vilka insatser som den biståndsbedömda omsorgen omfattar. Det rör sig främst om städning, inköp, ledsagning, promenader och hjälp att sköta den egna kroppen som dusch och medicinutdelning. Som regel är tidsåtgången utmätt i minuter för de olika insatserna. Insatserna är utformade för att hjälpa den som på grund av sjukdom och ålderssvaghet har svårt att klara sin vardag. Insatserna är emellertid inte utformade för äldre personer med andra sociala problem som exempelvis missbruksproblem. I kommunernas verksamhet

bedömer handläggarna vid biståndsenheten omsorgsbehovet och besöker den äldre personen som ansöker om hjälp i hemmet. Därefter får en hemtjänstutförare uppdraget att se till att de biståndsbedömda insatserna utförs i enlighet med Socialtjänstlagen, de kommunala riktlinjerna och i enlighet med den bedömning biståndshandläggarna gjort.

I denna artikel beskrivs och analyseras biståndshandläggares utsagor kring äldre personer som har alkoholproblem liksom deras tillvägagångssätt i arbetet. Hur anpassas insatserna till den äldres behov? Hur använder biståndshandläggarna sitt handlingsutrymme inom ramen för Socialtjänstlagen och de kommunala riktlinjerna?

Tidigare forskning

I både den internationella och den svenska forskningen är studier om äldreomsorgens vardag och arbetet med äldre personer med missbruksproblem sällsynta, men de studier som finns går i liknande riktning. En tidig engelsk översikt visar att bristfällig utbildning innebar att socialarbetare oreflekterat uppfattade symtom som dåligt minne, inkontinens, depression och skakningar som åldersförändringar och inte som symtom på ett bakomliggande missbruk (Simpson, Williams, & Kendrick, 1994). Likaså framkom föreställningar om att äldre var för gamla för att ha nytta av behandling. Socialarbetarna hänvisade till klienternas självbestämmande och/eller privatliv (Simpson et al., 1994). En studie om hemtjänstpersonal i London visar på bristen på en utarbetad policy i arbetet med äldre missbrukare, exempelvis om personalen skulle köpa alkohol till de äldre eller inte (Herring & Thom, 1997). Det brast även när det gällde behandlingsmöjligheter. Att utveckla en relation och skapa ett förtroende till klienten var däremot vanliga förhållningssätt som hemtjänstpersonalen använde för att effektivt kunna arbeta med äldre med missbruksproblem (Millard & McAuley, 2008). I en skotsk studie av ett äldreteam och deras erfarenheter av arbetet med äldre personer med alkoholmissbruk framkom att äldreteamet efterlyste

samarbete med missbruksteamet, och dessutom att personalen i äldreteamet efterlyste särskilda insatser som riktade sig till de äldre (Shaw & Palattiyil, 2008). Socialarbetarna i äldreteamet hade inte någon specifik kunskap om äldres missbruksproblematik. Forskarnas slutsatser var att det behövdes mer riktade insatser, bland annat varaktigt stöd i äldres hem och utbildning om alkoholbruk bland äldre. I rapporten "Our invisible addicts" har Royal College of Psychiatrists tagit fram underlag för hur man kan arbeta med äldre personer med missbruksproblem (Crome & Rao, 2011). På samma sätt som Socialstyrelsen påpekat, menar forskarna i rapporten att äldre personer med missbruksproblem är en förbisedd grupp och att mer kunskap och utbildning behövs för bland annat geriatriker, sjuksköterskor och socialarbetare.

Även den nordiska forskningen om äldres alkoholmissbruk och äldreomsorgens roll är ytterst sparsam, enligt Jyrkämä och Haapamäki (2008). I en telefonenkät till enhetschefer för bistånd och hemtjänst i Stockholms län om äldreomsorgens förutsättningar i arbetet med äldre personer med alkoholproblem framgår att såväl biståndshandläggare som omsorgspersonal oftast inte hade någon utbildning om alkohol och äldre (Gunnarsson, 2013). Det fanns få biståndsenheter eller utförare, som var specialiserade mot äldre med alkoholproblem. Endast i ett fåtal av länets kranskommuner fanns ett dokumenterat samarbete mellan äldreomsorgen och missbruksenheten. Liksom i andra undersökningar framkom avsaknaden av en uttalad policy i de berörda kommunerna om hur personal skulle förhålla sig till personer som hade missbruksproblem (Gunnarsson, 2013).

I en studie där personal inom äldreomsorgen intervjuades om sitt arbete med äldre med missbruksproblem menade personalen att de försökte skapa förtroendefulla relationer och därigenom närma sig en äldre person med missbruksproblem (Gunnarsson, 2012; Gunnarsson & Karlsson, 2013). Det var en strategi som såväl biståndshandläggare som omsorgspersonalen använde sig av. Kontinuitet i relationen sågs som avgörande i mötet. Både biståndshandläggare

och hemtjänstpersonal hade ett begränsat samarbete med missbruksenheter och sjukvård. Samarbete kunde emellertid ske i enskilda fall.

Sammantaget betonar både svenska och internationella studier behovet av mer forskning om äldre, alkohol och äldreomsorg. Det saknas således kunskap kring äldre och alkohol, handledning och relevanta insatser. Livslängden ökar generellt, även för människor som har olika sociala problem eller lider av dålig hälsa. En generation personer med missbruksproblem som tidigare inte förväntades leva efter pensionsåldern behöver nu och i framtiden adekvat omsorg. Till dessa kommer de som på äldre dagar får alkoholproblem.

Teoretiska utgångspunkter och metod

Biståndshandläggare kan beskrivas som en form av frontlinjebyråkrater i Lipskys anda (Blomberg & Dunér, 2015). Lipsky (2010) menar att det som bland annat utmärker frontlinjebyråkrater är att de har direktkontakt med och relation till klienterna. De har även ett visst mått av handlingsfrihet i utförandet av arbetsuppgifterna och ska göra individuella bedömningar som kräver ett eget ställningstagande. Frontlinjebyråkrater möts av stora och ibland motsägelsefulla krav på hjälp och stöd, krav som kan vara svåra att uppfylla på grund av bristande resurser (Lipsky, 2010). Johansson (2007) skriver i sin analys av Lipskys teori att en utgångspunkt är konflikten mellan det personligt styrda och det organisationsstyrda beteendet. Frontlinjebyråkraternas arbete kännetecknas av att de i kontakten med klienterna gör individuella bedömningar av generella regler och riktlinjer. Det opersonliga och distanserade är inte självklart i arbetet och i mötet med klienterna. Frontlinjebyråkraterna agerar i situationer som är för komplicerade för att reduceras till formella regler. Det måste till ett mått av frihet för att de ska kunna agera (Johansson, 2007).

Biståndshandläggarna är myndighetsutövare och står i direkt kontakt med de äldre personer med missbruksproblem vars behov ska biståndsbedömas. Äldreomsorgens organisatoriska förändringar har emellertid medfört

mer av detaljreglering och fastställande av insatser i kommunerna som i sin tur påverkar utrymmet för det egna handlandet (Dunér & Nordström, 2009).

Vårt forskningsprojekts övergripande utgångspunkt är att få en bild av hur äldreomsorgens vardag ter sig i arbetet med äldre personer med missbruksproblem. Enligt Smith (2005) är det utifrån det vardagliga och människors erfarenheter som samhällets strukturer och funktionssätt ska förstås. Det faktiska livet för vidare in i de maktförhållanden, processer och relationer som organiserar och bestämmer perspektivet i det vardagliga sammanhanget. Vardagslivets verklighet delad med andra och relationer till andra människor har en avgörande plats.

I denna artikel är det biståndshandläggarnas erfarenheter av och arbete med äldre personer med missbruksproblem som är i fokus, och hur deras arbete i sin tur påverkas av de organisatoriska villkoren. Omsorgsarbete handlar om relationer och möten mellan människor. Hur dessa relationer och möten kan utformas under biståndsbedömningen påverkar biståndshandläggarna arbetsförhållanden och påverkar möjligheterna att ge äldre personer en god omsorg. Det handlar helt enkelt om att förstå de levda konsekvenser som äldreomsorgens organisatoriska förändring har medfört (se Smith, 2005).

Sex fokusgruppsintervjuer med tre till fyra deltagare och en intervju med två deltagare har genomförts med biståndshandläggare i fem olika kommuner med olika storlek och geografiskt läge. Totalt deltog 23 biståndshandläggare, samtliga kvinnor. Intervjuerna spelades in och var 60 till 90 minuter långa. Därefter skrevs intervjuerna ut av författarna och omfattar 120 sidor text.

Urvalet av deltagare förmedlades av berörda chefer vid biståndsenheterna som kontaktades via telefon och e-post. Cheferna frågade sedan biståndshandläggarna vilka som ville delta i en fokusgruppsgruppsintervju. I samtliga kommuner hade biståndshandläggarna erfarenheter av äldre personer med missbruksproblem men i mindre kommuner var det inte lika vanligt att möta äldre omsorgsmottagare där det var känt att

de hade missbruksproblem. I samtliga intervjuer ställdes frågor om erfarenheter av äldre personer med missbruksproblem och hur biståndshandläggarna förhöll sig till och närmade sig dessa personer. I övrigt var intervjuerna öppna och lyhörda för deltagarnas egna tankar kring sitt arbete. Fokusgrupperna gav deltagarna möjlighet att diskutera sinsemellan vilket fördjupade bilden av deras erfarenheter och visade också på det som var gemensamt och det som skilde i synen på hur arbetet borde utföras. Ingen av fokusgrupperna dominerades av någon av deltagarna, utan alla kunde komma till tals. Vi har använt fokusgrupper därför att de kan utföras med en explorativ ansats som är lämplig för att undersöka ett område som är relativt outforskat. Det är en lämplig metod att använda om forskarna vill ta del av deltagarnas gemensamma förståelse kring ett specifikt tema (Dahlin-Ivanoff, 2011; Krueger, 1994). Det ger en förståelse av målgruppens, i det här fallet biståndshandläggarnas, erfarenheter och hur de uppfattar sitt arbete med äldre personer med missbruksproblem.

Biståndshandläggarnas utsagor kring arbetet med äldre med missbruksproblem skiljde sig inte åt inom grupperna utan deras samtal fördjupade istället kunskapen kring arbetet med hjälp av deras olika erfarenheter.

Analysen har genomförts i två steg och påbörjades med en första empirinära genomläsning av intervjuerna (Malterud, 2009). Liknande teman återkom i de olika intervjuerna och handlade om vilka äldre personer biståndshandläggarna mötte, vilka insatser de kunde använda sig av och vilka bedömningar som gjordes, om samarbete med missbruksenheterna liksom bristen på relevanta insatser för den aktuella gruppen, samt hur biståndshandläggarna uppfattade sitt uppdrag. I nästa steg gjordes en ytterligare detextualisering. Vid närläsning av de preliminära temana identifierades nya teman som så småningom kunde sammanföras och utgöra den nu presenterade analysen. Detta är berättelsen om hur biståndshandläggarna bedömer omsorgsbehovet och töjer på ramarna för insatserna så att de kan anpassas till äldre personer med missbruksproblem, men också berättelsen

om äldre personer med missbruksproblem som är motvilliga att ta emot erbjudna insatser. För biståndshandläggarna är det en balansgång mellan frivillighet och påtvingade insatser.

Citaten som redovisas i artikeln är uttalade av enskilda deltagare i fokusgrupperna men speglar de gemensamma erfarenheterna av olika temata. Biståndshandläggarna verkar, oavsett kommun, utifrån samma lagar och direktiv vilket också avspeglar sig i deras erfarenheter och är återkommande i de olika fokusgrupperna och intervjuerna. De olika fokusgrupperna benämns B1, B2 osv. i resultatdelen. Intervjupersonerna är anonyma liksom de kommuner där intervjuerna utförts.

Resultat

Det är omsorgsbehovet som bedöms – inte alkoholbruket

Som framgått tidigare är det äldreomsorgens och biståndshandläggarnas uppdrag att bedöma omsorgsbehov och hur det bäst ska tillgodoses. Om den äldre personen bor i en egen lägenhet är det behovet av insatser via hemtjänsten som biståndsbedöms. Däremot har biståndshandläggarna inte i uppdrag att biståndsbedömma behovet av missbruksvård. De intervjuade biståndshandläggarna definierar inte missbruk och beroende utan relevant för dem är om en person har en sådan konsumtion av alkohol att den äldre personens vardag blir ohanterlig för personen själv och/eller för andra i omgivningen.

Det är när de [omsorgstagare] inte klarar vardagen som det blir ett problem, ett missbruksproblem. – Både för den enskilde, men kanske också för andra som kan fara illa av deras missbruk. (B5)

Biståndshandläggarna menar att deras uppgift är att bedöma omsorgsbehovet och deras mål är inte en fråga om nykterhet eller inte utan handlar om att den äldre personen inte ska fara illa i sin vardag.

Inte nödvändigtvis nykterhet. Bara något slags mål om att de inte ska fara illa. Sedan om det innebär om de tar tre öl och det funkar, ta dina öl. Det säger jag ingenting om. Det är inte där mitt fokus ligger. Utan mer det här om man ramlar och bryter sig, man har inga pengar till mat eller man betalar inte hyran. (B1)

När en person bor i egen lägenhet är det individens självbestämmande som gäller. Det innebär att en äldre person med alkoholproblem själv har ansvar för sin alkoholkonsumtion. Däremot kan insatser från hemtjänsten göra situationen runt den äldre personen mer stabil och mindre riskfylld.

Äldre personer med omsorgsbehov aktualiseras på biståndsenheten på olika sätt. Det kan ske via en vårdplanering som äger rum när någon ska skrivas ut från sjukhus och behöver hjälp i hemmet. Det kan vara via anhöriga och grannar eller hyresvärdar. Det är däremot inte alltid tydligt om det även finns en alkoholproblematik med i bilden. Om inte den äldre personen själv tar upp frågan om alkohol eller om det inte framkommer på annat sätt, ställs sällan frågor kring detta.

Det uppfattas inte sällan som skamfyllt av de äldre personerna själva att ha missbruksproblem och många gånger försöker den äldre personen att dölja sitt missbruk så mycket som möjligt.

Det var ett fall [vid en vårdplanering] där sjukhuset hade sett att hon druckit mycket när hon kom in men hon ville inte prata om det. Det blev ingenting med det men det fanns misstanke om missbruk. Hon hade hemtjänst men ville inte prata om missbruk på sjukhuset. Hon sa att hon inte hade några problem och ville inte att vi skulle skriva det någonstans. (B5)

Av samtalen framkommer att det är tabu att tala om alkohol, inte bara för de äldre personerna själva utan även för biståndshandläggare och hemtjänstpersonal. Den äldres självbestämmande betonas i Socialtjänstlagen och alkoholbruk och även alkoholproblem ses som en privat angelägenhet av alla parter.

Det är ganska tabu och man pratar inte så mycket om det och hemtjänsten säger inte heller så mycket när man är på hembesök. Alla vet om det, men det är inget man rör vid. (B5)

Även i kontakten med anhöriga kan det vara svårt att få kunskap om vad som är den bakomliggande orsaken till att en äldre person t ex har ramlat. Anhöriga som länge levt med problematiken förväntar sig att situationen ska lösas med äldreboende, men undviker att tala om varför de vill att den äldre personen ska få en äldreboendeplats. De sätter stort hopp till äldreomsorgen att ordna situationen men det kan också leda till konflikter i mötet med biståndshandläggaren.

Så har vi mamma 75 som ramlar och bryter sig på fyllan och då måste man väl ändå göra någonting [anser anhöriga]. Hon måste in på ett boende och så är det inte ett sådant läge. Då hamnar man i konflikt med anhöriga från början när de äntligen tycker att det ska ordnas. Hon ska bara in någonstans... Nej, det är inte något som framkommer [alkoholproblematiken] utan det är ett fall i hemmet. Bakomliggande orsak får man luska fram själv. Det är ju ingen som säger att personen ifråga är berusad. (B1)

Många äldre personer förmår dölja sitt missbruk under lång tid, inte minst äldre kvinnor, trots att de har hemtjänst.

Hemtjänsten hade gått länge där och det blommade upp under sommaren. Då kom det fram att hon var en stor missbrukare. De blev så häpna. Grannarna larmade att det luktade sprit och allt möjligt och när vi sedan äntligen fick komma in i det här tredje rummet som hade varit låst. Där fick vi se alla de här vinkartongerna och det... men där har vi kopplat in vuxengruppen och det har blivit ganska bra där. Men just dolt, det var verkligen dolt och den här kvinnan hon släppte inte in hemtjänsten när hon var onykter. (B3)

Tidigare studier (Gunnarsson, 2012; Gunnarsson & Karlsson, 2013) har på samma sätt visat att frågan om alkohol är tabubelagd. Det är varken biståndshandläggarnas eller hemtjänstens

uppgift att diskutera alkoholbruk om inte den äldre själv för det på tal. Däremot kan ett alkoholproblem uppdagas när hemtjänstpersonalen har skapat en närmare kontakt med den äldre.

För många äldre är det inget mål att ta sig ur sitt missbruk

När missbruket är dokumenterat eller på andra sätt känt kan biståndshandläggarna försöka motivera den äldre att söka hjälp för sitt missbruk. Ett återkommande tema i fokusgrupperna är emellertid att vissa äldre är motvilliga till att ta sig ur sitt missbruk. Är den äldre personen inte intresserad av behandling eller andra insatser för sitt missbruk kan biståndshandläggarna inte agera. Den äldre självbestämmande är överordnat.

Det kan vara svårt att sätta ett mål när man är 70 år + och ens familj har övergivit en för länge sedan, så där finns inget hopp mer. Man har förstört alla sina chanser, så vad ska man ha för mål? Det har man ju hört att; "vad ska det vara bra för". Det är svårt. (B2)

Diskussioner kan uppstå både i förhållande till anhöriga och till hemtjänsten kring vad som är möjligt att göra utifrån att det är den äldre personen själv som bestämmer. Både anhöriga och hemtjänstpersonal, som har en mer omfattande kontakt med den äldre, kan vilja att biståndshandläggaren ska agera, men en biståndshandläggare kan endast förmedla olika kontakter med exempelvis missbruksenhet eller beroendevård. Det förutsätter emellertid att den äldre själv vill ta dessa kontakter. Individen själv har ansvar för att inte dricka för mycket och ska ansvara för en måttlighet i sin alkoholkonsumtion, vilket också är den samhälleliga norm som gäller (se Abrahamson, 2009).

Har man druckit hela livet så lär man ju inte sluta med det för att man fyller 65. Det får man ju fortfarande välja. Vill de inte ha någon behandling så kan vi inte göra så mycket. Den

diskussionen tycker jag man ofta hamnar i med närstående, men även med hemtjänsten. Han dricker ju hemma, vad ska vi göra? Ja, det finns inte så mycket vi kan göra. Vi kan erbjuda [kontakt med missbruksvården]. (B1)

Biståndshandläggarna beskriver en uppgivenhet hos många äldre personer med missbruksproblem och de äldre saknar motivation att förändra sin situation. De har heller inte alltid anhöriga som kan vara ett stöd.

Det saknas även särskilda insatser riktade till äldre personer. De intervjuade biståndshandläggarna talar om sociala verksamheter i form av olika mötesplatser som fanns tidigare. Idag har emellertid biståndshandläggarna lite att erbjuda utifrån de insatser som äldreomsorgen har att tillgå.

Biståndshandläggarna töjer på ramarna för insatserna

För varje person som är i behov av omsorgsinsatser ska det göras en individuell bedömning. Eftersom kommunala riktlinjer i praktiken styr utbudet av insatser har forskare påpekat att biståndsbedömningen snarare blir insatsstyrd än behovsstyrd (se Andersson, 2007; Socialstyrelsen, 2011). I intervjuerna betonar biståndshandläggarna däremot att de gör individuella bedömningar, men att det sker inom ramen för de insatser som står till buds.

Jag tror att vi jobbar ganska aktivt med att försöka [bedöma], vad är det som skulle behövas, hur ser önskelistan ut. Sedan får man börja med att pressa ner det i de här fyrkantiga hålen som riktlinjerna är, men går inte det då går vi utanför dem.

Ja, vi är en rörlig boll inom fyrkantiga väggar. Det funkar. (B1)

Hur biståndshandläggarna går till väga menar de inte skiljer sig åt mellan äldre med olika problematik som missbruksproblem utan biståndshandläggarna utgår ifrån vad personen själv klarar och vad den äldre behöver

för hjälp. Däremot påverkar missbruket den egna förmågan, d.v.s. missbruket leder till att den äldre personen har svårigheter att sköta vardagliga sysslor. Missbruket är en aspekt av helheten som påverkar utredningen och biståndsbedömningen.

Det är en del i utredningen som alla andra delar. Precis som man tar hänsyn till om någon har psykiska besvär eller så, man tittar just på behovet. Och när det gäller demens som just uppstår av långvarigt missbruk så tar man hänsyn till det. (B4)

På olika sätt försöker biståndshandläggarna anpassa insatserna utifrån den äldres situation. De ger olika exempel på hur de kan använda olika insatser och också töja på tidsramen för hjälpen. Samtidigt är inte insatserna specifikt anpassade till att den äldre personen har missbruksproblem. Genom att besluta om någon insats som biståndshandläggaren vet möjligen skulle tilltala den äldre kan det på sikt leda till en bättre kontakt och insyn via hemtjänsten. Det i sin tur kan leda till att personen accepterar fler insatser som kan underlätta den äldres vardag.

Vi har insatserna och de anpassar vi efter individen och tidsramen också. Det kanske bara är promenad en timme per vecka. Men då kanske vi har promenad tre gånger i veckan eller varje dag bara för att förbättra och underlätta och få en insyn, eftersom vi vet att den personen tycker om att promenera. För att ta oss in. (B1)

Ett annat exempel är när biståndshandläggaren behöver få kontakt med den äldre personen för att försöka skapa ett förtroende. Ofta rör det sig om, som framgått tidigare, personer som inte vill ha kontakt men ändå har behov av omsorg. Då kan biståndshandläggaren komma i kontakt med den äldre personen genom att successivt besluta om ökade insatser. Hemtjänsten kan få i uppdrag att gå till den äldre personen en halvtimme per dag för att försöka skapa en relation till den äldre personen.

Vi kan sätta en halv timme socialt stöd per dag och börja där. Sedan kan vi säga att det är kanske skönt att få dammsuget och så lägger vi på. Det här trixandet att lägga på undan för undan, det är lite så vi jobbar ofta när det gäller de här där det finns ett stort behov, men det är någon som inte vill men lever ett liv som inte är så särskilt sunt. (B1)

För andra personer som exempelvis har diabetes, som förutsätter att personen lever ett regelbundet liv, kan "matlådan" var ett möjligt sätt att upprätta kontakt. En matlåda levereras varje dag och kan hängas på dörren om den äldre personen inte är hemma eller vill öppna. Så småningom kan en mer regelbunden kontakt upprättas. Under en period kan matlådan bekostas av äldreomsorgen eftersom den äldre kanske inte själv ansökt om den insatsen.

Så har vi de som är i väldigt dåligt skick, svår diabetes, som inte äter. Ibland sätter man ju in insatser som matlåda. Så är de aldrig hemma och man hänger det på dörren, ibland är det så att vi en period får betala de matlådorna... Ibland så funkar det, ibland är det någon hund eller någon granne som tagit maten. (B3)

En specificering av vad ledsagning ska användas till kan vara ytterligare ett sätt att hjälpa personen till kontakt med öppenvården, en specificering som sällan görs för äldre personer som inte har missbruksproblem. Mer tid kan även krävas för att försöka motivera en äldre person att ta emot hjälp, något som inte lika ofta behövs för äldre som inte har missbruksproblem.

Men många som man träffar de vill inte ta emot hjälpen, de vill ha så lite som möjligt. Och vill gesken av att de inte har ett missbruksproblem och tycker det funkar bra, och den hjälp de fått räcker även om de egentligen har behov av mer. Då får man kanske motivera dem lite mer än vad man gör med andra: "Ska vi inte testa och försöka" eller "Skulle det inte vara bra om du fick mer hjälp?" Man får ju motivera mer så än med andra som inte har missbruksproblem. (B5)

Utrymmet för att lägga ner tid på att motivera en äldre person att ta emot hjälp är dock begränsat. Några av de intervjuade biståndshandläggarna menade att de inte hade den tiden att lägga ner på mer omfattande motivationsarbete. Andra betonade emellertid nödvändigheten av motivationsarbete och att insatserna användes som redskap i det sociala arbetet.

Biståndshandläggarna går en balansgång mellan frivillighet och påtvingad hjälp

I lagstiftningen betonas att det är individens självbestämmande och frivillighet som ska vara utgångspunkten för äldreomsorgens insatser och behovsbedömning. För biståndshandläggarna kan det vara en svår balansgång samtidigt som de har vetskap om att personen har behov av hjälp och omsorg. Ibland rör sig biståndshandläggarna i en gråzon och biståndshandläggarna får resonera sig fram till olika lösningar utifrån regelverkets förutsättningar och den äldre personens faktiska behov. De använder diskussioner med kollegor för att kunna navigera bland olika insatser och bättre kunna se de möjligheter till flexibilitet som ges inom givna ramar.

Ibland rör man sig i gråzonen, det gör man ju, det är man tvungen till. Man kan inte vara paragrafryttare. Det handlar ju om människor och om behov och sunda förnuftet ibland... Så vi checkar med varandra och med chefer, kan vi göra så här, kan vi gå framåt i ärendet på det här sättet. På något sätt har vi något slags dubbel koll ändå. Så vi försöker hålla oss inom ramen ändå. (B3)

Om en äldre person dessutom har begynnande demens eller har utvecklat en alkoholdemens kan det ytterligare försvåra situationen både för den äldre själv och för biståndshandläggaren. Det finns inte givna handlingsmöjligheter för alla olika situationer som kan uppstå.

Det är så svårt när man snurrar runt det ordentligt, när de här som är gamla missbrukare och man

lägger på en demens, alkoholdemenser och det blir ännu snurrigare. Vuxna människor har rätt att göra väldigt korkade val i livet. Jag gör mycket korkade val och det är min sak. Och hur länge får man göra det, när ska man in och ordna... Det finns ju ingen standardmall. (B1)

Svårigheter uppstår när biståndshandläggaren upptäcker att det finns behov samtidigt som självbestämmandet ska råda och har en stark ställning.

Man hamnar i sådana situationer hela tiden där man ser att det finns ett behov och skulle vilja göra någonting. Men just den här rätten att bestämma själv är så stark i Sverige så det... ibland måste det gå illa. Att personen hamnar några gånger på sjukhuset eller vi försöker komma in på något vis, kanske med en matlåda. Det är väl ofta så man försöker att få in en fot som vi säger. Och egentligen vet vi att man behöver mycket mer än en matlåda men det är precis bara det som går nu. (B4)

Som framgått ovan försöker biståndshandläggarna på olika sätt att komma i kontakt med den äldre person som de fått kunskap om, har ett omsorgsbehov. I samband med en sjukhusvistelse kan sjukvården ta kontakt med äldreomsorgen när den äldre personen behöver hjälp i hemmet. Om personen själv är motvillig kan den berörda biståndshandläggaren låta hemtjänsten leverera matlådor som ett sätt att skapa kontakt.

Svårigheter att välja hemtjänstutförare

I de kommuner som infört Lag om valfrihetssystem (Lag om valfrihetssystem, LOV, SFS 2008:962) har den äldre personen rätt att välja hemtjänstutförare. Det har inneburit att, det vid sidan av kommunala utförare också finns privata hemtjänstutförare. I större kommuner finns förutsättningar för ett stort antal utförare medan det i mindre kommuner kan röra sig om ett fåtal utförare vid sidan om den kommunala utföraren. Att välja mellan många olika utförare och få överblick över de skillnader som finns

mellan dem kan vara svårt för den enskilde. Valet av utförare sker ofta i situationer när den äldre personen har varit intagen på sjukhus eller att något annat tillstött så att den äldre behöver hjälp i hemmet. Av de fem kommuner där fokusgrupperna genomförts var det tre kommuner som infört valfrihet när det gällde hemtjänstutförare och två kommuner hade enbart en kommunal hemtjänstutförare

Biståndshandläggaren ska förhålla sig konkurrensneutralt i valet av utförare, men får i praktiken fungera konsumentvägledande. För de personer som oavsett skäl inte kan välja utförare finns som regel ett så kallat "icke-val". Det innebär att det finns en hemtjänstutförare som utgör "icke-valet" och det alternerar mellan de olika utförarna.

När det gäller äldre personer med långvariga missbruksproblem har de, enligt biståndshandläggarna, inte sällan svårt att välja. Många gånger har dessa personer inte heller anhöriga som kan hjälpa till i valet. Biståndshandläggarna påpekar att det behövs vana och kompetens hos hemtjänstutförarna för att rätt kunna bemöta den äldre personen även under perioder när alkoholkonsumtionen är hög.

Det blir ju insatser i perioder när de dricker väldigt mycket och grisar ner sig och bajsar på sig och de har ju ändå rätt att bli behandlade med respekt och då vill man ha någon som är van vid den här typen av ärenden så att personen kan lita på hemtjänsten och känner sig bekväm med dem. (B3)

Biståndshandläggarnas erfarenhet ger dem kunskap om hur olika hemtjänstutförare fungerar, men de får egentligen inte använda den erfarenheten.

Kundvalet bygger bort det här samarbetet med utföraren som jag faktiskt behöver ha ibland. (B1)

När biståndshandläggaren strikt håller sig till reglerna när en person har svårt att välja hemtjänstutförare kan det vara ett dilemma. Om biståndshandläggaren känner till att den

utförare som utgör det så kallade icke-valet inte kommer att fungera för en person med missbruksproblem kan det kännas problematiskt. Biståndshandläggaren tvingas sätta sin professionella kunskap åt sidan istället för att rekommendera en hemtjänstutförare med mer erfarenhet av den aktuella problematiken.

En studie om valfrihet och möjligheten att välja utförare har visat att ungefär hälften av de personer som var 77 år och äldre, som ingick i studien, av hälsomässiga skäl saknade förmåga att själva kunna välja utförare inom äldreomsorgen (Meinow, Parker, & Thorslund, 2011). Många fick hjälp av anhöriga att göra sitt val men det var också många som inte hade anhöriga som kunde hjälpa till. Det gäller inte minst den grupp av äldre som har haft långvariga missbruksproblem där anhöriga kan ha gett upp kontakten.

I mindre kommuner med ett fåtal utförare ser situationen annorlunda ut än den som beskrivits ovan. Som regel känner den äldre till vilka utförare som finns eller känner till vem som hjälper grannen. Biståndshandläggarna i de mindre kommunerna menar att det sällan uppstår problem för den äldre personen i valet av utförare. Men även i dessa kommuner finns rutiner för hur ett icke-val ska gå till om någon inte vill eller kan välja.

Diskussion

Det övergripande temat för denna artikel är biståndshandläggares biståndsbedömning av och arbete med äldre personer som har missbruksproblem. Arbetet sker i en beställar-utförarorganisation där biståndshandläggare kan ses som frontlinjebyråkrater. De är myndighetspersoner som ska bedöma omsorgsbehovet hos äldre personer. Biståndshandläggarnas arbete påverkas av att biståndsbedömningen är strikt reglerad via lagstiftning och kommunala riktlinjer. Handlingsutrymmet är begränsat men biståndshandläggarna menar trots det att de gör individuella bedömningar utifrån de äldres behov. Uppdraget begränsas till att se till att

äldre personer med missbruksproblem inte far illa.

Av intervjuerna framgår att biståndshandläggarna många gånger försöker tänja på ramarna för att kunna nå och hjälpa de personer som har missbruksproblem. De försöker göra individuella tillämpningar av generella regler och direktiv. Det kräver, som Lipsky (2010) menar, både improvisationsförmåga och sunt förnuft. Ett problem är att de insatser som finns är utformade utifrån gruppen äldre som om det skulle handla om en homogen grupp (se t.ex. Andersson, 2016). Inget i lagstiftning eller riktlinjer indikerar att äldre personer kan ha olika typer av problem och därmed även olika behov. Istället får biståndshandläggarna försöka anpassa den äldre personens behov efter de insatser som erbjuds och navigera inom de ramar som ges.

Biståndshandläggarnas professionalitet ifrågasätts de facto i ett system som detaljreglerar biståndsbedömningen. Det finns emellertid vissa biståndshandläggare som använder sin professionalitet för att tänja på gränserna så långt det är möjligt. Som framgått kan det handla om att utöka insatser tidsmässigt men också att predestinera insatser som ledsagning till öppenvård. Handläggarna möter enskilda personer med olika behov och det byråkratiska kravet på opersonlighet är svårt att uppfylla om en individuell behovsbedömning ska kunna genomföras (se Johansson, 2007; Lipsky, 2010).

Missbruk av alkohol är skamfyllt och svårt att tala om både för de äldre själva, för deras anhöriga och för personal inom äldreomsorgen. Det verkar finnas gränser som ingen vill träda över. Ofta är det äldre kvinnor som försöker dölja sitt missbruk medan äldre män är mer öppna, särskilt de med en historia av tungt missbruk. Många äldre med missbruksproblem, som är aktuella inom äldreomsorgen, är dessutom ovilliga att söka hjälp för sitt missbruk. Orsakerna kan vara flera, men många äldre tycker, enligt biståndshandläggarna, inte att det är meningsfullt att genomgå behandling eftersom de inte vill sluta med sitt drickande. De eventuella insatser som missbruksenheter kan

erbjuda är inte heller attraktiva och innebär ofta motkrav på nykterhet. Kravet på nykterhet ställs inte från äldreomsorgens sida eftersom deras uppdrag inte rör missbruket i sig utan omsorg för att den äldre inte ska fara illa. Som biståndshandläggarna påpekar är det en balansgång mellan den äldres självbestämmande och försöken att övertala en äldre person att ta emot hjälp. Så länge en person bor i sitt eget hem har personen själv ansvar för sin hälsa och därmed även eventuellt missbruk. Biståndshandläggarna har inte heller ett obegränsat tidsmässigt utrymme för att kunna motivera en äldre person att ta emot hjälp.

Organisatoriska stuprör och varje enhets budgetansvar försvårar samarbetet mellan missbruksenheter och äldreomsorgen (Gunnarsson, 2013). Enligt Socialstyrelsen (2015) är det endast en tredjedel av kommunernas missbruksenheter som har skriftliga avtal med äldreomsorgen kring frågor som rör äldre personer med missbruksproblem. Tidigare forskning har dessutom visat att missbrukshandläggare prioriterar yngre personer framför äldre (Ekendahl, 2011; Palm, 2009). Behandlingsinsatser betraktas som uttömda för äldre personer med missbruksproblem, särskilt om personen har ett långvarigt missbruk bakom sig (Gunnarsson & Karlsson, 2016). Inom missbruksvården måste personen söka om hjälp själv på samma sätt som inom äldreomsorgen. De tvångsåtgärder i form av Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM 1988:870) som finns inom missbruksvården används sällan när det gäller äldre personer. Det ses inte som en lämplig åtgärd bland annat för att de institutioner som skulle komma ifråga inte är anpassade för äldre personer med olika fysiska och psykiska problem vid sidan av sitt missbruk (Gunnarsson & Karlsson, 2016).

Eftersom äldreomsorgens uppdrag inte är att hantera missbruksproblem har personalen, både biståndshandläggare och hemtjänstpersonal mycket begränsad utbildning och kunskap kring äldre och alkohol (Gunnarsson, 2013). Få hemtjänstutförare uppger sig ha någon specialisering och kunskap om äldre och alkohol. Däremot kan det finnas omsorgspersonal som

arbetat länge och har erfarenheter som gör att de kan möta äldre med missbruksproblem på ett professionellt sätt (Gunnarsson, 2013).

Slutsatser

Alkoholkonsumtionen har ökat bland äldre, även bland de allra äldsta. Detta avspeglar sig i äldreomsorgen och framförallt hemtjänsten. Resultaten visar hur biståndshandläggare måste tänja på gränserna för insatserna för att kunna anpassa dem till de äldre personer som har missbruksproblem. Lagar och riktlinjer är inte anpassade till att äldre är en heterogen grupp där exempelvis personer med alkoholproblem kan ha andra behov.

Vi menar att det finns en åldersdiskriminering i samhället som osynliggör äldres olika behov (se Jönson, 2012). Specifika insatser behövs för äldre personer med missbruksproblem både när det gäller traditionell missbruksvård och vad gäller specialisering och kunskap inom äldreomsorgen (Gunnarsson & Karlsson, 2016). Biståndshandläggarna måste i större utsträckning få använda sina erfarenheter och sin professionalitet. Hemtjänstutförare med specialkunskap måste kunna rekommenderas av biståndshandläggarna vilket inte är möjligt idag i kommuner som infört Lag om valfrihetssystem (LOV).

Äldreomsorgen ställs inför stora utmaningar när det gäller det ökande antalet äldre med missbruksproblem som är i behov av omsorg. Bristande samarbete mellan missbruksvården och äldreomsorgen har allt oftare kommit upp på agendan. För att kunna få till stånd ett samarbete krävs dock kunskaper om varandras förutsättningar i arbetet, och inte minst resurser och insatser som är anpassade för äldre personer med missbruksproblem både inom missbruksvården och inom äldreomsorgen. Kanske är det hög tid att se äldreomsorgen, och framförallt hemtjänsten, som en del av missbruksvården för äldre personer med missbruksproblem. Det förutsätter emellertid utbildning av personal och bättre verktyg för att kunna ge äldre en bra omsorg och personalen bättre arbetsförhållanden. Ett sätt att lösa detta kan vara att skapa specialiserade team

med inriktning mot att arbeta med personer med missbruksproblem. Till teamen skulle intresserad personal kunna söka och samtidigt få utbildning och handledning.

Declaration of conflicting interests

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

This study was financed by the Swedish Research Council for Health, Working Life and Welfare (FORTE).

Referenser

- Abrahamson, M. (2009). Äldres värderingar och ideal i skrivarpuppet "Alkoholen i mitt liv" [Values and ideals among older people. "Alcohol in my life"]. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 24(5), 439–461.
- Andersson, K. (2007). *Omsorg under förhandling. Om tid, behov och kön i en föränderlig hemtjänstverksamhet* [Care under negotiation. On time, need and gender in changing home care services] (Diss.). Umeå: Umeå Universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Andersson, K. (2016). Individualisering [Individualization]. I S. Johansson & A. Taghizadeh Larsson (Red.), *Förändringsperspektiv på äldreomsorg* [Perspectives on change in elder care], s. 129–138. Malmö: Gleerups.
- Blomberg, S., & Dunér, A. (2015). Biståndshandläggarens yrkesroll och handlingsutrymme inom äldreomsorgen [The role of care managers and discretion in elder care]. I S. Johansson, P. Dellgran, & S. Höijer (Red.), *Människobehandlande organisationer. Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete* [Human service organizations. Conditions for the leadership, management and professional welfare work], s. 166–193. Stockholm: Natur och Kultur.
- Crome, I., & Rao, R. (2011). Substance misuse and older people – our invisible addicts. *Mental Health and Substance Use*, 4(4), 267–269.
- Dahlin-Ivanoff, S. (2011). Fokusgruppsdiskussioner [Focus groups]. I G. Ahrne & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* [Handbook for qualitative methods], s. 71–82. Stockholm: Liber.
- Dunér, A., & Nordström, M. (2009). Gör om mig – en studie om klientifieringsprocessen i äldreomsorgen [The making of a client in elder care]. *Socionomens Forskningssupplement*, 25, 44–53.
- Ekendahl, M. (2011). Socialtjänst och missbrukarvård: Bot eller lindring? [Social services and addiction treatment: Cure or relief?] *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 28(4), 297–319.
- Gunnarsson, E. (2012). Dilemman och utmaningar – hemtjänstens arbete med äldre personer som har missbruksproblem [Dilemmas and challenges – home care work for older persons with abuse problems]. I J. Storbjörk (Red.), *Samhället, alkoholen och drogerna. Politik, konstruktioner och dilemman* [Society, alcohol and drugs. Politics, constructions and dilemma], s. 237–253. Stockholm: Stockholms Universitetsförlag.
- Gunnarsson, E. (2013). Alkoholmissbruk och självbestämmande – en kartläggning av den svenska hemtjänstens förutsättningar i arbetet med äldre personer med alkoholproblem [Alcohol abuse and self-determination – a mapping of the conditions for home care work with older persons with alcohol problems in Sweden]. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 30(3), 227–242.
- Gunnarsson, E., & Karlsson, L.-B. (2013). "Man slutar inte dricka för att man får stödet" – om bistånd, hemtjänst och alkohol [On care management, home care services and alcohol]. *Working Paper/Department of Social Work*, 2013:2. Stockholm: Stockholms Universitet.
- Gunnarsson, E., & Karlsson, L.-B. (2016). *Missbrukshandläggare om äldre personer med missbruksproblem* [Social workers about older people with addiction problems]. Manuscript submitted for publication.
- Hallgren, M., Högberg, P., & Andreasson, S. (2009). *Alcohol consumption among elderly European Union citizens*. Stockholm: The Swedish National Institute of Public Health.
- Herring, R., & Thom, B. (1997). The right to take risks: Alcohol and older people. *Social Policy & Administration*, 31, 233–246.
- Johansson, R. (2007). *Vid byråkraterns gränser. Om handlingsfrihetens organisatoriska begränsningar*

- i klientrelaterat arbete* (tredje uppl.) [At the limits of bureaucracy. About discretion in client related work]. Lund: Arkiv Förlag.
- Jyrkämä, J., & Haapamäki, L. (2008). *Åldrande och alkohol. Nordisk forskning och diskussion* [Ageing and alcohol. Nordic research and discussion]. NAD-publ 52. Helsingfors: NAD (Nordiskt center för alkohol- och drogforskning).
- Jönson, H. (2012). We will be different! Ageism and the temporal construction of old age. *The Gerontologist*, 53(2), 198–204.
- Kelfve, S., Agahi, N., Darin Mattsson, A., & Lennartsson, C. (2014). Increased alcohol use over the past 20 years among the oldest old in Sweden. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(3), 245–260.
- Krueger, R. A. (1994). *Focus groups. A practical guide for applied research*. London: SAGE.
- Lag om valfrihetssystem (LOV). SFS 2008:962.
- Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM 1988:870).
- Lindelöf, M., & Rönnbäck, E. (2007). *Biståndshandläggning och handlingsutrymme – från ansökan till beslut i äldreomsorgen* [Care management and discretion – from application to decision in elder care]. Lund: Studentlitteratur.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services* (30th anniversary expanded ed.). New York: Russell Sage Foundation. (Original work published 1980)
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning* [Qualitative methods in medical research]. Lund: Studentlitteratur.
- Meinow, B., Parker, M. G., & Thorslund, M. (2011). Consumers of eldercare in Sweden: The semblance of choice. *Social Science & Medicine*, 73(2011), 1285–1289.
- Millard, A., & McAuley, A. (2008). Alcohol and the over 65s: Service gaps seen from home care in Scotland. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8(3), 417–420.
- Palm, J. (2009). “Man får inte supa ihjäl sig enligt svensk lagstiftning!” Svenska socialarbeters tal om bruket av tvångsvård]“You are not allowed to drink yourself to death according to Swedish law!” — Swedish social workers on how they use compulsory treatment]. *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift*, 26(3), 277–293.
- Ramstedt, M., & Raninen, J. (2012). Alkoholkonsumtionen ökar bland äldre [Alcohol consumption is increasing among older people]. *Alkohol & Narkotika*, 3, 4–7.
- Shaw, C., & Palattiyil, G. (2008). Issues of alcohol misuse among older people: Attitudes and experiences of social work practitioners. *Practice Social Work in Action*, 20(3), 181–193.
- Simpson, M., Williams, B., & Kendrick, A. (1994). Alcohol and elderly people: An overview of the literature for social work. *Ageing & Society*, 14, 575–587.
- Smith, D. E. (2005). *Institutional ethnography for people*. Oxford, UK: AltaMira Press.
- Socialtjänstlag (SoL). SFS 2001:453.
- Socialstyrelsen. (2011). *Hälso- och sjukvård och socialtjänst* [Health- and medical services and social services]. Lägesrapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-2-1>
- Socialstyrelsen. (2012). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst* [Conditions and development in health- and medical services]. Lägesrapport 2012. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-2-2>
- Socialstyrelsen. (2015). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst* [Conditions and development in health- and medical services and social services]. Lägesrapport 2015. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-2-51>
- Szebehely, M., & Trydegård, G.-B. (2012). Home care in Sweden: A universal model in transition. *Health and Social Care in the Community*, 20(3), 300–309.