

Äldre hemvårdsklienters alkoholbruk

Hemvårdspersonalens syn på äldre och alkohol

Amanda Sandsten
Helsingfors universitet
Statsvetenskapliga fakulteten
Socialt arbete
Pro gradu-avhandling
Maj 2016



Tiedekunta/Osasto Fakultet/Sektion – Faculty Statsvetenskapliga fakulteten		Laitos/Institution– Department Institutionen för socialvetenskap	
Tekijä/Författare – Author Amanda Sandsten			
Työn nimi / Arbetets titel – Title Äldre hemvårdsklienters alkoholbruk. Hemvårdspersonalens syn på äldre och alkohol			
Oppiaine /Läroämne – Subject Socialt arbete			
Työn laji/Arbetets art – Level Pro gradu-avhandling		Aika/Datum – Month and year Maj 2016	Sivumäärä/ Sidoantal – Number of pages 72
Tiivistelmä/Referat – Abstract I den här studien har jag undersökt hemvårdspersonalens förhållningssätt gentemot äldre och alkohol, hur de uppfattar sin kunskap och roll när det kommer till äldre och alkohol, samt hur de ser på vården av äldre med alkoholproblem i framtiden. Syftet med studien är att skapa kunskap som kan vara till stöd för kommunerna att ge god och jämlik vård inom hemservicen, oberoende om klienterna har alkoholproblem eller inte. Fenomenografi utgör både forskningsansats och analysmetod eftersom det centrala i undersökningen är att studera uppfattningar, eller förhållningssätt som jag använder mig av i denna avhandling. Materialet till undersökningen består av tio (10) halvstrukturerade samtalsintervjuer med hemvårdspersonal från fyra olika kommuner i svenska Kust-Österbotten. Analysen gjordes som en materialbaserad fenomenografisk analys och jag fann sammanlagt sex övergripande beskrivningskategorier av hemvårdspersonalens syn på äldre och alkohol. Gällande personalens förhållningssätt gentemot äldre och alkohol fann jag två huvudkategorier och tretton underkategorier, som ger en mer ingående beskrivning av förhållningssätten, t.ex. att äldre får dricka alkohol så länge det är kontrollerade mängder. Gällande personalens förhållningssätt gentemot kunskap och deras roll när det kommer till äldre och alkohol kunde jag också identifiera två huvudkategorier, men i detta fall tio underkategorier, t.ex. att hemvårdspersonalen anser att de har tillräckligt med kunskap och redskap att ta hand om äldre med alkoholproblem så som det är idag. När det kom till hurudan syn hemvårdspersonalen har på vården av äldre med alkoholproblem i framtiden, fann jag en huvudkategori och fyra underkategorier, t.ex. så tror personalen att antalet äldre med alkoholproblem inom hemservicen bara kommer att öka.			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords Beroende, äldre människor, hemservice, hemvårdspersonal, förhållningssätt, bemötande, kunskap, fenomenografi			

Innehållsförteckning

1 Inledning	4
1.1 Forskningsintresse	5
1.2 Syfte och frågeställning.....	5
2 Hemservice – en del av äldreomsorgen.....	7
2.1 Omsorg.....	7
2.2 Hemservice.....	8
2.3 Centrala lagar kring behandling och bemötande inom vård och omsorg	10
3 Tidigare forskning.....	12
3.1 Äldre och alkohol	12
3.2 Professionella, äldre och alkohol	14
3.3 Hemservice.....	15
4 Teoretiska utgångspunkter och centrala begrepp.....	17
4.1 Fenomenografi.....	17
4.2 Centrala begrepp	19
4.2.1 En äldre människa	19
4.2.2 Normer och normalitet	19
4.2.3 Ålderism	20
4.2.4 Beroende.....	23
4.2.5 Äldres alkoholkonsumtion som ett socialt problem	24
5 Material, metod och tillvägagångssätt	27
5.1 Material.....	27
5.2 Kvalitativ semistrukturerad forskningsintervju.....	28
5.3 Analys.....	29
5.4 Etik	31
6 Resultat	34
6.1 Hemvårdsklienter med alkoholproblem	34
6.2 Förhållningssätt gentemot äldre och alkohol	35
6.2.1 Äldres alkoholbruk	36
6.2.2 Att arbeta med klienter som har alkoholproblem	40
6.3 Hemvårdspersonalens roll och kunskap kring äldre och alkohol	45
6.3.1 Utbildning, kunskap och redskap.....	46
6.3.2 Klienternas självbestämmanderätt och hemvårdspersonalens roll	50
6.4 Hemvårdspersonalens tankar om framtiden gällande äldre och alkohol	51
7 Diskussion	54
Litteraturförteckning.....	64

Bilaga 1: Informationsbrev till respondenterna.....	69
Bilaga 2: Samtyckesblankett	70
Bilaga 3: Intervjuguide	71

1 Inledning

Antalet äldre personer i Finland anses bara öka, och i takt med det så ökar även antalet äldre som har alkoholproblem. Detta eftersom dagens generation av äldre människor, samt kommande generationer äldre, har jämförelsevis med tidigare generationer, ett annat förhållande till rusmedel som exempelvis alkohol. Man har till och med börjat prata om den kommande generationen äldre som ”den våta generationen”, på grund av att det är så många som konsumerar stora mängder av alkohol. (Ahlström et al 2008, 427–431.)

Att äldre människor dricker alkohol i sina hem och på serviceboenden, har blivit en allt vanligare vardag (Koivula 2008). Att äldre börjat konsumera mera alkohol gäller inte enbart i t.ex. Finland och Sverige, utan det är något som ökat i hela västvärlden. I dagens läge kan man höra påståenden som att det är bra för hälsan att dricka ett glas rödvin om dagen och att alkohol kan skapa en trevligare ålderdom. Dessutom har alkoholen blivit som en del av människors identiteter och livsstilar, och ett sätt att uttrycka dessa för människor. (Billinger 2012, 170–171.)

I dagens läge förespråkas det inom äldreomsorgen att människor ska bo hemma så länge som möjligt och vården koncentreras till tredje sektorn. Man har t.ex. stängt flera avdelningar för äldre, som idag istället bor i sina hem och får hemservice dagligen. (Kaste 2013.) Eftersom antalet äldre som konsumerar stora mängder alkohol ökat (Ahlström et al 2008, 427–431) och vården av äldre koncentreras till hemservicen (Kaste 2013), betyder det också att äldre med stor alkoholkonsumtion är eller kommer att bli en klientgrupp inom hemservicen.

Hemservice är en lagstadgad service som alla kommuner måste kunna erbjuda sina invånare. Alla som är i behov av någon form av hemservice har alltså rätt till tjänsten. (Social- och hälsovårdsministeriet 2015.) Alla människor ska bli behandlade och bemötta lika av professionella inom social-och hälsovård, dit hemvårdspersonal hör, och därmed är det viktigt att undersöka om alla kliner inom hemservicen behandlas och bemöts lika, oberoende om de har alkoholproblem eller inte. Detta är även stadgat i lag t.ex. i Lag om patientens ställning och rättigheter och Finlands grundlag. För att garantera ett bra bemötande och god vård är det även centralt att undersöka om hemvårdspersonalen känner att de har kunskap och redskap till att kunna bemöta, stöda och vårda äldre, och i detta fall, hemvårdsklienter, som har alkoholproblem.

Målsättningen med denna Pro gradu-avhandling är alltså att granska hemvårdspersonalens förhållningssätt gentemot äldre och alkohol i fyra olika svenskspråkiga kommuner i Kust-Österbotten utgående ifrån ett fenomenografiskt perspektiv. Detta för att skapa kunskap som kan vara till hjälp och stöd för att alla klienter ska få god och jämlik vård inom hemservicen.

1.1 Forskningsintresse

Mitt forskningsintresse för äldre och alkohol har uppstått i och med mina studier i socialt arbete, samt genom att jag själv arbetat inom hemservice. I min kandidatavhandling ”Äldre människors alkoholmissbruk – En utmaning för vården?” (Sandsten 2014), undersökte jag om olika yrkesgrupper inom social- och hälsovården som kommer i kontakt med äldre som har alkoholproblem ansåg att det är en utmaning inom deras yrkesgrupper. I och med detta kom jag i kontakt med en person som arbetar inom missbrukarvården och personen uttryckte då sin oro om att det inom äldreomsorgen finns en tendens att äldre med alkoholproblem blir annorlunda bemötta, samt att deras vårdbehov kan förbises eftersom symptomen anses ha att göra med alkoholproblemet. På det sättet väcktes mitt intresse för att ta reda på mera om hur man egentligen förhåller sig gentemot äldre med alkoholproblem inom social- och hälsovård och hur det i sin tur påverkar klienterna i fråga. Detta undersökte jag under min praktikforskningsperiod i samarbete med Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård. Resultaten visade att man inte hade så många äldre klienter som hade alkoholproblem, och hade man det så var det inget problem för det var bara någon enstaka person. Inom hemservicen upplevde man dock det som en större utmaning, i jämförelse med t.ex. på äldreboende eller inom socialt arbete, bland annat eftersom man då arbetar i klientens hem, och där får klienten själv bestämma om de konsumerar alkohol eller inte. (Sandsten 2015.) I och med detta vill jag ytterligare undersöka just hemservicen och hemvårdspersonalen och deras förhållningssätt gentemot äldre och alkohol, för att man ska kunna garantera god vård och ett bra bemötande för alla.

1.2 Syfte och frågeställning

I den här avhandlingen är syftet att undersöka hurudant förhållningssätt hemvårdspersonalen i fyra olika kommuner i svenska Kust-Österbotten har gentemot äldre och alkohol. Anser de att äldre människor får dricka alkohol, och förekommer det några utmaningar i dagens läge med hemvårdsklienter som har alkoholproblem, är några frågor som behandlas för att kunna ta reda på personalens förhållningssätt.

Hemvårdspersonalen undersöks eftersom de arbetar i klienternas hem och därmed kan de stöta på alkoholproblematik hos äldre människor. Här kommer även självbestämmanderätt med in i bilden, och eftersom hemvårdspersonalen arbetar i klienternas hem så gäller klienternas självbestämmanderätt gällande saker och ting (Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 2000, 2 kap. 4 §). Till exempel så kan inte hemvårdspersonalen förbjuda klienterna att dricka alkohol, om klienterna själva väljer att göra det, för det hör till klienternas självbestämmanderätt.

Som tidigare nämnt så har dagens äldre en ny sorts relation till alkohol än tidigare generationer äldre. Stora årskullar som föddes 1945–1950, som nu börjar bli i pensionsåldern, har börjat kallas ”den våta generationen” inom den finländska alkoholforskningen på grund av deras vanor att konsumera stora mängder alkohol. (Jyrkämä & Haapamäki 2008, 7.) Detta gör också att äldre med alkoholproblem är en relativt ny klientgrupp för hemservicen och därmed vill jag också ta reda på om hemvårdspersonalen anser att de har tillräckligt med kunskap och redskap till att bemöta, stöda och vårda äldre med alkoholproblem, och om de känner sig säkra i sitt arbete, eller om de skulle önska mera stöd av någon form. Jag undersöker också hur de förhåller sig till sin roll när det kommer till äldre och alkohol. Detta mycket på grund av klientens självbestämmanderätt i sitt eget hem, som begränsar hemvårdspersonalens rätt att t.ex. reglera alkoholkonsumtion bland hemvårdsklienterna. Hur hemvårdspersonalen tror att vården av äldre med alkoholproblem ser ut i framtiden undersöks också för att eventuellt få en bild av vad som kan förbättras i kommunernas hemservice när det gäller äldre klienter med alkoholproblem.

I avhandlingen utgår jag ifrån personer över 65 år då jag skriver om *äldre*. Enligt Jyrkämä & Haapamäki (2008) har forskare allt mer börjat intressera sig för denna åldersgrupp, som tidigare haft en tendens att lämnas bort från undersökningar som gjorts. För några år tillbaka fanns det alltså inte så mycket forskning kring denna åldersgrupp, men det har börjat bli mer och mer. Jag anser därmed att det är en viktig målgrupp att undersöka gällande hemvårdspersonalens förhållningssätt mot dem och deras alkoholvanor, för att kunna garantera god och jämlik vård och bemötande inom hemservicen för alla klienter.

Forskningsfrågorna är följande:

1. Hur förhåller sig hemvårdspersonal gentemot äldre och alkohol?

2. Hur förhåller sig hemvårdspersonalen gentemot deras kunskap och roll när det kommer till äldre och alkohol?
3. Hur ser hemvårdspersonalen på vården av äldre med alkoholproblem i framtiden?

2 Hemservice – en del av äldreomsorgen

I detta kapitel beskrivs begreppet omsorg, samt hemservice som aktör, alltså vad det är samt vilka uppgifter och regler som hör till omsorgen och hemservicen. Jag presenterar även centrala lagar som berör hemservice, bemötande och behandling av klienter.

2.1 Omsorg

Begreppet omsorg innefattar vård- och omsorg i sin helhet, som människor är i behov av då deras egen funktionsförmåga inte räcker till mera, utan de behöver någon form av hjälp och stöd från människor utifrån för att klara vardagen. Målet är att man som professionell ska kunna på bästa möjliga sätt, hjälpa och stöda människan som är i behov av hjälp. Detta gäller både fysiska och psykiska faktorer som en människa kan behöva hjälp och stöd med. Det bästa resultatet uppnås oftast om vårdaren och den som får vården har ett gott samarbete. Ibland kan en person behöva hjälp fysiskt, medan det i den del fall räcker att en vårdare är närvarande och ser till personen i fråga. Exempel på saker som omsorg kan innefatta, alltså som en person kan behöva ha hjälp och stöd med, är hygien, kontroll av personens välmående, att de får i sig tillräckligt med näring och tar den medicin som de är ordinerade att ta. Omsorg och hjälp kan man få från sina anhöriga eller från professionella från t.ex. kommunernas sida, men det har också blivit vanligare att man köper tjänsterna från privata sektorn. (Van Aerschot 2014, 17.)

Antalet äldre bara ökar och det har redan satt välfärdssamhällena på prov. Människorna lever längre och bor hemma längre än vad de gjorde förr. Samtidigt så är det hela tiden brist på personal inom hemservicen. Eftersom resurserna redan i dagens läge är ansträngda och i många fall inte räcker till, kan man bara fråga sig hur läget kommer att se ut framöver då antalet äldre bara ökar. (Dehlin et al 2000, 19–20.) Enligt Dehlin et al (2000, 19) kommer det också att påverka anhöriga, eftersom det blir de som får hjälpa till så de äldre klarar sig på egen hand då inte omsorgstjänsterna räcker till. Klyftan mellan socioekonomiska ställningar kan även komma att bli större, t.ex. genom äldre som varit från arbetsmarknaden större delar av sina liv. (Dehlin et al 2000, 20; Van Aerschot 2014, 17–18).

Traditionellt sett har det varit kommunerna och anhöriga som stått för omsorgen av äldre människor. Nu på grund av samhällsförändringarna med t.ex. ökat antal äldre, så har det även blivit vanligare att det även erbjuds omsorgstjänster från den privata marknaden och den offentliga sektorns roll, som tidigare varit stark, minskar. Att tjänster från privata sektorn blivit vanligare har både att göra med att kommunerna köper tjänster av privata företag, då t.ex. antalet äldre ökat så drastiskt så kommunernas tjänster inte räcker till, men också att det blivit strängare för vilka klienter som får kommunal hemservice, på grund av det ökade antalet äldre som är i behov av olika servicetjänster. Det kan t.ex. hända att man bedömer att en klient är i för gott skick för att vara berättigad hemservice från kommunens sida, och då blir den klienten tvungen att köpa hemservicen från privata sektorn istället, eller förlita sig på att få hjälp av anhöriga. (Dahlberg 2013, 221–238; Van Aerschot 2014, 13.)

Trots att privata sektorn börjat ta större plats, är det fortfarande kommunerna som bär huvudansvaret för att förse sina invånare med omsorgstjänster som de behöver. Omsorg hör till socialvården och den innebär att professionella från olika yrkeskategorier ansvarar för att främja och upprätthålla individens funktionsförmåga, sociala välfärd, delaktighet och trygghet. Detta regleras i socialvårdslagen (1301/2014). Alla invånare i en kommun har alltså rätt till socialservice baserade på de behov man har för att trygga god omsorg. Omsorgsbehovet bedöms genom att man gör en bedömning av servicebehovet, och detta är något som alltid utförs, förutom om servicebehovet är självklart. Denna bedömning ska göras av kommunerna så snabbt som möjligt och är servicebehovet brådskande så kan stöd ges direkt utan prövning. (Social- och hälsovårdsministeriet 2016.)

2.2 Hemservice

Hemservice hör till den allmänna socialservicen enligt socialvårdslagen. I Socialvårdslagen 3 kap. 19 § definieras vad hemservice är och vad det ska innefatta i Finland. Lagparagrafen lyder: ” *Med hemservice avses att fullgöra eller bistå vid fullgörandet av uppgifter och funktioner som hör till boende, vård och omsorg, upprätthållande av funktionsförmågan, vård och fostran av barn, uträttande av ärenden samt till det övriga dagliga livet. Hemservice tillhandahålls personer som på grund av sjukdom, förlösning, skada eller av någon annan liknande funktionsnedsättande orsak eller i en särskild familje- eller livssituation behöver hjälp för att klara de uppgifter och funktioner som avses i 1 mom. Som stödtjänster som ingår i hemservicen tillhandahålls*

måltids-, klädvårds- och städservice och tjänster som främjar socialt umgänge. Barnfamiljer har rätt att få sådan hemservice som är nödvändig för att trygga familjens omsorgsuppgift, om det på grund av omständigheter som anges i 2 mom. inte är möjligt att trygga barnets välfärd utan hemservice.”. Denna paragraf har tillämpats sedan 1.1.2015. (Socialvårdslagen 2014, 3 kap, 19 §.)

Hemservice är alltså en lagstadgad tjänst som alla kommuner har skyldighet att förse sina invånare med och det är främst närvårdare som arbetar som hemvårdspersonal. Det är inte bara äldre människor som kan ha rätt till hemservice, utan även t.ex. barnfamiljer och handikappade ska få hjälp med det som de behöver för att få vardagen att fungera. Om man tar äldre människor som exempel så kan hemservicen hjälpa till med personlig hygien, ge den vård som klienten behöver och följa med klienternas hälsa, samt kontrollera medicinintag om klienten har mediciner. För många fungerar hemservicen som en slags trygghet i att klara de vardagliga sakerna, antingen med hjälp av en hemvårdare eller på egen hand. Från hemservicens sida kan man även få kompletterande tjänster som t.ex. duschhjälp och matservice. När en person börjar få hemservice så görs det upp en så kallad vårdplan där man alltså gör upp en plan för vad personen behöver för hjälp och stöd av hemservicen, utgående ifrån personens hälsa och hjälpbehov. I vårdplanen bestäms också antalet besök som personen behöver, samt om det är kontinuerlig hemservice som man är i behov av eller endast en tidsbestämd period. Utgående ifrån antalet besök bestäms sedan kostnaden för hemservicen, eftersom hemservice är en tjänst som kostar för klienterna. (Social- och hälsovårdsministeriet 2015.)

I Finland har man som plan inom äldreomsorgen, att äldre ska ha möjlighet att bo i sina hem så länge som det bara är möjligt. Man stänger avdelningar och minskar på anstaltsvården, och i framtiden kommer man enbart ta in människor på anstalter om medicinska faktorer förutsätter det. (Kaste 2013.) I november 2014 var antalet hemvårdsklienter allt som allt 72 531 personer i hela Finland och klientantalet ökade med 0,5 % jämfört med 2013. Statistiken är baserad på klienternas service- och vårdplaner eller att man haft regelbundna besök minst en gång per vecka. Av de klienter som hade regelbundna besök var 56 066 personer över 75 år och 6 526 personer under 65 år. (THL 2015.)

2.3 Centrala lagar kring behandling och bemötande inom vård och omsorg

En av de mest centrala utgångspunkterna i den här avhandlingen då jag undersöker hemvårdspersonalens förhållningssätt gentemot äldre och alkohol, är att stadga att alla klienter blir behandlade och bemötta på samma sätt, om de har alkoholproblem eller inte. Därför är det också relevant att presentera några lagar och paragrafer som förekommer kring detta i Finland.

I Finlands grundlag 6 § stadgas det att alla människor ska behandlas lika. Den lyder: *”Ingen får utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person.”* (Finlands grundlag 1999, 2 kap. 6 §.) Detta är relevant i den här studien eftersom alla ska bli behandlade lika oberoende t.ex. ålder. Hemvårdsklienterna får alltså inte särbehandlas eller diskrimineras på något sätt på grund av sin ålder. Dessutom tolkar jag att ”andra orsaker som gäller hans eller hennes person”, kan vara faktorer som t.ex. alkoholproblem. Alltså att en människa inte får särbehandlas på grund av sitt alkoholproblem.

Syftet med lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården lyder: *”Syftet med denna lag är att främja klientmedverkan förtroendefulla klientrelationer samt klientens rätt till god service och gott bemötande inom socialvården”* (Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 2000). I samma lag stadgas det att *”en klient har rätt till socialvård av god kvalitet och gott bemötande utan diskriminering från den som lämnar socialvård. Klienten ska bemötas så att hans eller hennes människovärde inte kränks och så att hans eller hennes övertygelse och integritet respekteras”* (Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 2000, 2 kap. 4 §). Dessa lagparagrafer stadgar alltså att hemvårdspersonalen måste ge en bra service och bemötande åt hemvårdsklienterna.

Enligt lagen om patientens ställning och rättigheter har *”varje patient rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet. Vården ska ordnas och patienten bemötas så att hans människovärde inte kränks och att hans övertygelse och integritet respekteras.”* (Lag om patientens ställning och rättigheter 1992, 2 kap. 3 §). I samma lag stadgas patientens självbestämmanderätt gällande vård, som lyder *”Vården och behandlingen skall ges i samförstånd med patienten. Om patienten vägrar ta emot en viss vård eller behandling, skall den i mån av möjlighet och i samförstånd med honom ges på något annat sätt som*

är godtagbart från medicinskt synpunkt.” (Lag om patientens ställning och rättigheter 1992, 2 kap. 6 §). Om en hemvårdsklient har alkoholproblem, så får alltså hemvårdspersonalen inte tvinga personen till missbrukarvård om klienten själv inte vill, fast behov skulle finnas. Dock finns det undantag och det gäller om klienten, på grund av sitt missbruk, utsätter sig själv eller någon annan för livshotande situationer, vilket stadgas i lagen om missbrukarvård (Lag om missbrukarvård 1986, 2 kap. 10 §).

3 Tidigare forskning

I det här kapitlet presenteras undersökningar och projekt som gjorts kring äldre människors alkoholkonsumtion och förhållande gentemot alkohol, samt vad som gjorts om hemservice. Jag presenterar även studier som gjorts om professionella, äldre och alkohol.

3.1 Äldre och alkohol

Personer över 65 år var länge inte inkluderade i undersökningar som gjordes och forskare verkade inte vara så intresserad av just den åldersgruppen. Detta har dock ändrats och det har blivit ett allt större intresse att även inkludera och undersöka personer över 65 år. (Jyrkämä & Haapamäki 2008.) Därmed har det börjat komma fler studier som innefattar denna åldersgrupp och det är inte längre lika svårt att få tag i tidigare forskning om personer över 65 år.

På grund av att det tidigare inte var så vanligt att man undersökte personer över 65 år, eller de undersökningar som de inkluderades i var väldigt hälsoinriktade, så är den forskning som finns gällande äldre och alkohol väldigt diffus. Utgående ifrån de studier som finns, kan man se att äldre som har alkoholproblem kommer bara att öka, och i och med att det högst antagligen någon gång blir aktuellt att koppla in äldreomsorgen, t.ex. hemservice för personerna, så påverkas även de av ökningen. (Jyrkämä & Haapamäki 2008.) T.ex. så kan man se från undersökningar gällande alkoholvanor år 2008 som gjorts bland äldre i åldrarna 50–69 år, att konsumtionen av alkoholhaltiga drycker ökat rikligt (Mustonen et al 2009). En orsak till ökningen anser Nuorvala et al (2004) vara att konsumtionen av alkohol ökade drastiskt i slutet av 1960- talet och början av 1970-talet i Finland, vilket i sin tur delvis berodde på att mellanöl började säljas i matbutikerna. De generationer som föddes mellan 1945–1954 har alltså ett helt annorlunda förhållande gentemot alkohol jämfört med tidigare generationer och har i och med deras stora alkoholkonsumtion till och med börjat kallas ”den våta generationen”. (Nuorvala et al 2004, 417–428.)

Ilkka Haarni och Lotta Hautamäki (2008) har intervjuat äldre om deras förhållande till alkohol och deras alkoholvanor och granskat det utgående ifrån ett kulturperspektiv. I studien framkommer det att alkoholvanor är något som bildas under hela livets gång och kan uppstå eller formas enligt olika upplevelser i livet. Om man ser till äldre finländare och deras alkoholkonsumtion ur ett kulturperspektiv så har alkoholen fått en mer

betydande roll i deras liv, än vad den haft tidigare. Äldre använder alkohol på samma sätt som de gjort då de var yngre, vilket betyder att har man använt stor mängd alkohol tidigare i livet, så fortsätter man även med det in i ålderdomen. Dock poängteras också att det är viktigt att komma ihåg att inte behandla äldre som en homogen grupp, utan äldres alkoholvanor är så klart olika från person till person, precis som för alla andra åldrar. För en del äldre har alkoholen en mycket stor betydelse, medan det för andra inte spelar någon roll överhuvudtaget. Flera av de äldre som deltog i Haarni och Hautamäkis studie, ansåg att orsaken till att de använder alkohol är att då känns allt bra för en stund. När de var yngre kanske de tog alkohol som en del av det sociala, men den biten menar de äldre från studien, att ofta faller bort då man blir äldre. (Haarni & Hautamäki 2008, 162–168.)

Tove Bergström har skrivit sin pro gradu-avhandling inom socialt arbete om äldre människors sätt att prata om alkohol på en diskussionsspalt från nätverksportalen Suomi24. Hon undersökte också när äldre anser att alkoholkonsumtionen blir till ett problem, samt kulturens påverkan på de äldres förhållningssätt gentemot alkohol. Resultaten av studien visade att alkohol anses vara något som är väldigt personligt, men samtidigt även kopplat till skam, moral, hälsa och kostnader för samhället. Bergström använde sig av diskursanalys och fann sex olika diskurser i diskussionsspaltarna, men fann ingen diskurs som var dominant. De som var mest återkommande i diskussionerna var dock liberala alkoholkonsumtionens diskurs, skamdiskursen, hälsodiskursen och kontrollkritiska diskursen, och detta betyder enligt Bergström att synen på alkoholkonsumtion ännu är motstridig bland äldre personer. (Bergström 2014.)

Kajsa Billinger har undersökt hur 60–70 åringar i Sverige beskriver och resonerar kring sitt förhållande till alkohol, samt vad de ser som acceptabelt och oacceptabelt då det kommer till mängden alkohol som konsumeras. Hon har även undersökt alkoholens roll i de äldres liv och vilken erfarenhet som de har av det. Studien utfördes genom fyra fokusgruppsintervjuer, två grupper med kvinnor och två med män, som gick ut på att deltagarna diskuterade kring de ämnen som gavs åt dem. I resultaten framkom att man använde alkohol för att förgylla sociala samvaron, och att det till och med blivit som ett sorts krav att alkohol ska ingå i sociala sammanhang. Trots detta poängterades även att alkoholen kan förstöra för en person om man inte har kontroll över konsumtionen. Dessutom rådde det en stor skam kring alkoholanvändningen, och är ett ämne som man helst inte talar om. Studien visade också att alkoholanvändning när man är ensam, blivit

mera acceptabelt även bland äldre, alltså att det inte behöver intas enbart i en social samvaro längre för att vara acceptabel konsumtion. (Billinger 2012, 170–185.)

3.2 Professionella, äldre och alkohol

År 2012 undersökte Pirjo Innanen och Mia Terävä äldres alkoholkonsumtion utgående ifrån ett vårdperspektiv. Personal inom hemvård och på sjukhus intervjuades om deras erfarenheter av att arbeta med äldre som har alkoholproblem. Målsättningen med undersökningen var att informera personalen om äldre och alkohol, samt att finna nya hjälpmedel och metoder som personalen skulle kunna använda sig av i arbetet med äldre som har alkoholproblem. Undersökningen visade att personalen anser att det är en utmaning att diskutera om alkoholproblem med klienter och att klienter ofta känner sig obekväma med att prata om sin alkoholkonsumtion. Vårdpersonalen önskade dessutom mer utbildning och skolning gällande äldre och alkohol. (Innanen & Terävä 2012.)

Marjo Taittonen har undersökt i sin pro gradu avhandling inom socialt arbete, från Tammerfors universitet år 2011, hur hemservicepersonal bemöter äldre personer som har ett missbruksproblem. Resultaten visar att man inte anser att klienterna är någon stor utmaning så vida att allt annat fungerar bra. Dock ansågs det vara en utmaning om t.ex. fallrisken ökar och om klienterna blandar alkohol och medicin. Resultaten visade också att hemvårdspersonalen bemöter och ser på äldre med missbruksproblem på samma sätt som de gör med de som inte har missbruksproblem, och poängterade också starkt vikten av att komma ihåg klienternas självbestämmanderätt, samt att man som hemvårdare arbetar i klienternas hem, där deras regler och åsikter gäller. (Taittonen 2011.)

Mark Hovi skriver i sin pro gradu avhandling från 2011 om hur socialarbetare och socialhandledare upplever äldre människors alkoholanvändning, samt hur de ser på missbrukarvården av åldersgruppen. Resultaten visar att de anser att personal inom äldreomsorgen skulle behöva mera kunskap och utbildning om äldre och missbruk, samt hur man ska ge rätt vård och stöd åt dem. Detta eftersom äldre med missbruksproblem oftast inte söker hjälp själva för missbruket från t.ex. missbrukarvården, vilket i sin tur gör att det är personalen inom äldreomsorgen som får vårda och ta hand om dem, och därför skulle de behöva mera kunskap om området, enligt de socialarbetare och socialhandledare i Hovis avhandling. (Hovi 2011.)

Riitta Koivula har deltagit i ett projekt gällande servicehus, och det var en del av projektet av Sininauhaliitto ”För mycket är alltid för mycket – de äldre och alkohol”,

och hette ”De äldres alkoholbruk i servicehus. För mycket är alltid för mycket – de äldre och alkohol”. Projektet hölls 2005–2008, och syftet var att ge mera kunskap om missbruk åt personalen på serviceboendena, samt att forma ett samarbete mellan boendena och missbrukarvården. Man hade även som syfte att förebygga äldre människors funktionsförmåga och hälsa, och samtidigt bevara deras livskvalitet och självbestämmanderätt. Kommunerna som deltog i projektet var Helsingfors, Vanda och Esbo. Projektet inleddes med en enkät och processkolning för att utreda t.ex. vilka aspekter som personalen ansåg vara utmanade gällande äldre och alkoholbruk. Projektet ordnade sedan bland annat läkarföreläsningar och så fick personalen öva på att ta upp alkoholanvändningen till tals med alla klienter och deras anhöriga. Genom projektet kunde man skapa tillfälliga rekommendationer, riktlinjer för verksamheten och interventioner för serviceboendena. De rekommendationer som formades gällde för klienterna på boendet, personalen, hela organisationen och nätverken. (Koivula 2008.)

3.3 Hemservice

Lars Evertsson och Stina Johansson har undersökt hur viktigt äldre människor anser att det är att få bo kvar i sina hem så länge som det bara är möjligt. De ville även ta reda på vilken innebörd ett hem har för en äldre människa. Vid intervjuerna visade det sig att hemservice är en populär servicetjänst att använda sig av bland äldre, just mycket på grund av möjligheten till att bo kvar i sitt hem. Man kom även fram till att hemmet har en väldigt viktig och central roll när det kommer till en människas identitet och oberoende, och de äldre var tacksamma att hemservice finns så de har möjlighet att bo hemma. (Evertsson & Johansson 2008, 135–151.)

I en enkät-undersökning som gjorts i samband med GERDA-projektet framkom det att äldre i svenska Österbotten är väldigt nöjda med kvaliteten på bland annat hälsovård och hemservice som erbjuds av kommunerna, jämfört med Västerbotten i Sverige och den finska delen av Österbotten. Dessutom ansåg man att tillgängligheten på service som hemservice och äldreboenden är goda i svenska Österbotten. I svenska Österbotten är det även relativt vanligt att anlita privata firmor utöver de kommunala servicetjänsterna, för hemservice. Detta gäller då kanske främst tjänster som t.ex. städservice. (Wentjärvi et al 2010.)

Enligt Jyrkämä och Haapamäki (2008) bor de flesta äldre hemma i sina hem oberoende av vilket land de bor i. Det har också blivit vanligare att de bor ensamma. Av de som

bor hemma så får fler någon form av hemvård, men hur populära tjänsterna är varierar från land till land i de nordiska länderna. Av de som fyllt 65 år, var det år 2004 21,6 % som använde hemvårdstjänster i Danmark, 9,8 % i Finland, 19,2 % i Island, 14,1 % i Norge och 8,5 % i Sverige. Av de som fyllt 80 år var det en tredjedel som hade hemvård i Finland. I alla länder håller man dock samma trend med att utöka hemvårdstjänsterna och även arbeta med förebyggande hemvårdsbesök. (Jyrkämä & Haapamäki 2008, 16–17, 64.)

4 Teoretiska utgångspunkter och centrala begrepp

I det här kapitlet presenteras fenomenografi som forskningsansats, normer och normalitet, samt ålderism som en del av det. Andra centrala begrepp som tas upp är beroende, en äldre människa och så diskuterar jag kring om man kan se äldre och alkohol som ett socialt problem i dagens läge.

4.1 Fenomenografi

I den här avhandlingen använder jag mig både av fenomenografi som forskningsansats och analysmetod. Jag har valt fenomenografi som forskningsansats eftersom jag är intresserad av hemvårdspersonalens förhållningssätt, eller uppfattningar, om äldre och alkohol, och inom fenomenografi så är man speciellt intresserad av just människors *uppfattningar* om ett visst fenomen (Uljens 1989, 7), som i denna avhandling är äldre och alkohol. Dessutom är jag intresserad av enskilda hemvårdares förhållningssätt och eftersom man med fenomenografi kan studera enskilda personers åsikter om ett visst fenomen (Dahlgren & Johansson 2009, 122), så ansåg jag att fenomenografi var lämplig för min studie.

Fenomenografi är en kvalitativt inriktad empirisk forskningsansats och det var professor Ference Marton som myntade termen fenomenografi år 1981. Ansatsen har varit speciellt populär att använd sig av inom pedagogisk forskning, och särskilt i början på 1980-talet var den populär i många av de västeuropeiska länderna. (Uljens 1989, 7–10.) Ursprungligen var målet inom fenomenografi att ”beskriva och systematisera uppfattningar som tankeprodukter” (Uljens 1989, 9). Den fenomenografiska termens etymologiska ursprung beskriver Kroksmark (1987, 226–227) som: ”Ordet är sammansatt av de båda leden fenomenon och grafia. Fenomenon går tillbaka på det grekiska verbet ”fainesthai” som betyder ”att visa sig”...Verbet är bildat ur ”faino” som betyder ”att bringa i dagen”, ”att ställa i ljuset”, vars stam fa- betyder ungefär: det vari något kan bli uppenbart och i sig själv synligt. Vi måste alltså med begreppet fenomen förstå ”Det-i-sig-själv-visande”, ”det uppenbara”.”. Det som man alltså är intresserad av blir således hur något enskilt fenomen framträder för en människa, hur någon uppfattar något. ”Grafia” härstammar också från grekiskan och betyder att beskriva någonting. Detta innebär att fenomenografi betyder att man försöker beskriva hur ett fenomen i människans omvärld gestaltar sig för henne. (Uljens 1989, 11; Kroksmark 1987, 226–227.)

Inom fenomenografi studerar man alltså människors uppfattningar om olika fenomen i sin omvärld och man försöker tolka, analysera, beskriva och få en förståelse för dessa uppfattningar. Utgångspunkten inom fenomenografi är att alla människor uppfattar ett fenomen olika, och att de har olika åsikter och tankar om det. Det centrala är alltså olikheter och inte likheter. Eftersom utgångspunkten inom fenomenografi, är att alla människor har olika uppfattningar om ett fenomen, så är det viktigt att undersöka skilda aspekter och vilken betydelse de har för en enskild människa. För att få en så bra bild som möjligt om en persons syn på ett fenomen, studerar man alltså *uppfattningar*. (Dahlgren & Johansson 2009, 122; Uljens 1989, 10.)

Det finns olika tankar om vad som menas med en uppfattning inom fenomenografi. Marton och Booth menar att en uppfattning är *”ett sätt att förstå något eller ett sätt att erfara något”* (Dahlgren & Johansson 2009, 122–123; se Marton & Booth, 1998). Uljens (1989, 19) beskriver en uppfattning som *”det grundläggande sätt en person gestaltar en företeelse eller ett objekt i sin omvärld.”* För att en människa ska kunna förstå och hantera ny kunskap om sin omvärld görs det stegvis. Inom fenomenografi är man intresserad av vad denna kunskap innehåller. Detta studeras genom att uppmärksamma hur en människa uppfattar delar av sin omvärld. Uppfattningar kan därmed ses som en grund till människans kunskap om ett fenomen. (Alexandersson 1994, 117.)

Utmaningen med att studera människors uppfattningar om ett fenomen är att en uppfattning kan uttryckas och beskrivas på så olika sätt, och därmed kan det vara svårt för någon annan, t.ex. jag som forskare, att verkligen förstå hur någon annan person uppfattar ett fenomen. Dahlgren och Johansson (2009, 123) beskriver uppfattningar som *”kvalitativt skilda sätt att erfara något i omvärlden”*. I en undersökning kan man inte vara säker på att man får ta del av alla olika sätt som det finns att uppfatta ett fenomen (ibid, 123).

Inom fenomenografi spelar kontext en central roll, och då är det främst de olika uppfattningarnas dekontextualisering och kontextualisering som är viktiga att tänka på. Med dekontextualisering menas att man ser på uppfattningarna som självständiga betydelseinnehåll som i sin tur kan ha en koppling till varandra. Man kan även behandla uppfattningarna från en kontextualiserad utgångspunkt, som innebär att de olika uppfattningarna analyseras utgående ifrån den kontext, eller sammanhang, som de ingår

i. (Uljens 1989, 27–28.) I den här avhandlingen behandlas uppfattningarna mera med en kontextualiserad utgångspunkt än dekontextualiserad, eftersom jag specifikt undersöker hemvårdspersonalen och därmed är hemservice kontexten i denna undersökning.

4.2 Centrala begrepp

4.2.1 En äldre människa

När blir man en äldre människa? Detta är en väldigt svår fråga och samtidigt även väldigt individuell. Riktlinjerna för när man kan kalla en människa en äldre människa kan man bestämma utgående ifrån t.ex. olika lagar eller statistik över forskning som gjorts bland äldre. T.ex. är det enligt 11 § i lagen om pension för arbetstagare (2006) från och med 63–65 års ålder som man är berättigad till pension, beroende på födelseår. I 3 § i lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (2012) definieras en äldre människa bland annat som en person som är berättigad till ålderspension, alltså en människa som är 63–65 år, beroende på när man är berättigad ålderspension.

Det har blivit allt mer vanligt att prata om så kallade ”tredje åldern” och ”fjärde åldern” då människor blir allt äldre i dagens läge och lever längre. ”Den tredje åldern” står för tiden från då man slutar arbeta, alltså går i pension, eller i alla fall inte arbetar heltid, och så länge man klarar det mesta själv på egen hand. ”Den fjärde åldern” kännetecknas istället av att man är i behov av hjälp och stöd av andra människor för att klara av vardagen. Om man i någon mån klarar sig själv är man ändå i väldigt dåligt fysiskt skick. (Andersson 2008, 42.)

I den här avhandlingen utgår jag ifrån personer över 65 år då jag talar om en äldre människa. Detta eftersom det enligt Jyrkämä och Haapamäki (2008) finns relativt lite forskning kring människor som är över 65 år och deras förhållande till alkohol, och därför anser jag att det är viktigt att bidra till att inkludera denna åldersgrupp till alkoholforskning. Att undersöka den här åldersgruppen är dessutom ett aktuellt ämne, i och med det ökade antalet äldre som konsumerar stora mängder alkohol (Ahlström et al 2008, 427–431). Utöver dessa orsaker märkte jag sen också vid intervjutillfällena att man inom hemservicen i dagens läge har väldigt få kliner som är under 65 år.

4.2.2 Normer och normalitet

Eftersom jag undersöker hemvårdspersonalens förhållningssätt anser jag att normer och normalitet även är centrala begrepp eftersom jag utgår ifrån att förhållningssätt kan vara

påverkade av samhällets normer och normaliteter. I detta fall vad som anses vara ”en normal äldre människa” och vad som anses vara ”normalt beteende” för en äldre människa i vårt samhälle.

När man studerar människor finns det en tendens att undersöka vad som är normalt och vad som är avvikande. Det förekommer inte enbart i statistiska undersökningar, utan även i studier gällande människors tankar och handlingar. I ett samhälle förekommer ständigt prövning av normerna och hotar det normala, men kan samtidigt skapa förändring. Det som är viktigt att komma ihåg är dock att normalitet aldrig är något homogent och alla i samhället har aldrig helt och hållet exakt samma normer och är inte normala. (Svensson 2007, 17–19.) Ofta handlar det om att majoriteten är de som anses vara vanliga normala, medan de som är i minoritet anses vara de onormala och annorlunda (Swärd 2007, 49). T.ex. om majoriteten av äldre inte dricker alkohol, gör det att de som dricker kan ses som minoriteten och därmed som annorlunda.

När man talar om t.ex. alkohol, som är en laglig substans, så förekommer det oftast i samhället oskrivna regler och tankar kring vad som är en accepterad mängd att konsumera, och vad som inte är det. Om en människa överskrider mängden som är acceptabel att konsumera, så anses brukare övergå till en missbrukare. Det är alltså en stor skillnad mellan att supa och att dricka alkohol i vardagligt tal. Om bruket övergår till ett missbruk, är det kopplat till ett misslyckande eller att personen har ”dålig karaktär”. (Johansson & Wirbing 2005, 22.)

4.2.3 Ålderism

Jag utgår alltså ifrån i denna studie, att en persons förhållningssätt kan påverkas av de normer och normaliteter som förekommer i samhället, som i denna avhandling är kring fenomenet äldre och alkohol. I och med detta stöter man också på begreppet ålderism, som definieras enligt Andersson som: ”*ålderism definieras som fördomar eller stereotypa föreställningar som utgår ifrån en människas ålder och som kan leda till diskriminering*” (Andersson 2008, 12). Ålderism är alltså ett relevant begrepp eftersom jag utgår ifrån att en persons förhållningssätt kan påverkas av rådande normer och normalitet som finns i samhället kring äldre människor, som sedan i sin tur kan kopplas till ålderism. Detta eftersom de fördomar och stereotypa föreställningar om äldre som en människa kan ha, kan vara influerade av de normer och normaliteter som finns om äldre

människor i samhället. Jag ser det som att detta sen i sin tur kan skapa diskriminering, vilket inte är så bra inom hemservicen där alla klienter ska bemötas och behandlas lika.

Ageism är ett begrepp som myntades av Robert Butler i slutet på 1960-talet och började användas i svenska språket år 1997, då som *ålderism*. Ursprungligen betydde ålderism fördomar som en åldersgrupp har mot en annan, vilket Butler också fick mycket kritik för, eftersom det enbart innefattade fördomsfulla attityder. Butler utvecklade dock begreppet och skapade tre olika aspekter av ålderism. Dessa tre var: diskriminerande praxis, fördomsfulla attityder och vedertagna vanor. Diskriminerande praxis innefattar olika områden, men främst arbetslivet och fördomsfulla attityder omfattar attityder mot äldre, åldrande och ålderdom, samt även äldres egna attityder. Vedertagna vanor innebär olika, oftast negativa, stereotyper som bildar olika typiska åsikter och förväntningar av en viss social grupp. Dessa kan till och med ha en negativ inverkan på äldre personers självkänsla eftersom man t.ex. kan räkna övre åldersgränser, som vedertagna vanor. (Andersson 2008, 7–9.)

I och med att Butler utvidgade definitionen av begreppet ålderism, så kunde man se en direkt koppling av begreppet till ett annat begrepp, nämligen *attityd*. Attityd kan delas in i tre olika delar, en kognitiv, en affektiv och beteende. Kognition står för stereotyper, affektiv för fördomar och beteende för diskriminering. Ålderism består av samma komponenter som attityd gör, vilket betyder att man är tvungen att studera alla tre delar för att täcka hela begreppet. Fördomar och stereotyper är väldigt lika och stereotyper är ofta kopplade till okunnighet men kan ha någon del av sanning i sig. Fördomar är i sin tur oftast känslomässigt laddade, vilket stereotyper inte är. Stereotyper kan både vara positiva och negativa, och utmaningen med stereotyper är att det finns en tendens att glömma bort den enskilda individen och endast se personen som en del av den grupp som de anses höra till. Det är viktigt att komma ihåg att när man använder åldersdiskriminering så beskrivs endast beteendedelen i problematiken, alltså diskriminering. Åldersdiskriminering består av två andra komponenter som bildar ålderism, vilket är fördomar och stereotyper, och uppstår sedan genom t.ex. regler, bestämmelser eller lagar. (Andersson 2008, 9–10.)

Någon klar definition finns inte på ålderism, utan det har under årens lopp kommit flera olika, sedan Butler kom med sin definition i slutet av 1960-talet. Det har bland annat diskuterats mycket kring om begreppet endast ska användas när man pratar om äldre

människor eller om alla olika åldrar, om begreppet ska innefatta något negativt eller både positivt och negativt och om ålderism ska innefatta kronologisk eller uppfattad ålder. (Andersson 2008, 10.) Enligt Snellman (2009, 11–12) så förkommer inte ens någon entydig definition på ålderism i Finland, utan i stället så används ”åldersrelaterad särbehandling”.

Det har också förts mycket diskussion kring om begreppet endast ska användas i samband med äldre människor eller för alla ålderskategorier. Detta eftersom det främst använts, och används än idag, för ålderskategorin äldre. (Andersson 2008.) Man har även diskuterat mycket kring ålderismens egentliga definition och det förekommer ingen entydig sådan. I Finland är det inte ens vanligt att använda begreppet, utan i stället använder man ”åldersrelaterad särbehandling”. (Snellman 2009, 11–12.)

Gällande användningen av ålderism så har det oftast använts och används fortfarande främst när det gäller äldre människor. Att ålderism endast innefattar äldre människor är dock ingen självklarhet. (Andersson 2008; Snellman 2009, 11–12.) Om begreppet ålderism ska användas som något negativt eller positivt för en åldersgrupp, har också diskuterats och begreppet är mycket mer komplicerat än vad man skulle kunna tro. Så alltså trots att det inte finns någon klar definition på att ålderism riktar sig mot äldre och är något negativt, så används begreppet oftast i sådan bemärkelse. Negativ ålderism innefattar negativa attityder och stereotyper, medan positiv ålderism innefattar diskriminering och fördomar till förmån för äldre människor (Andersson 2008, 10.) Att ålderism oftast används som något negativt gällande en äldre människa, skulle enligt Snellman (2009, 11) behöva ändras, eftersom begreppet ålderism inte alls behöver vara det. För att tydliggöra vad ålderism kan vara ger Andersson exempel på antaganden som ålderism kan stå för gällande äldre människor. Två av dessa är: ”Äldre är betraktade som väldigt ensamma”, och ”Christer får inte vara blodgivare därför han är äldre än 70 år”. (Andersson 2008, 7.) I den här avhandlingen kan man ta som exempel att en äldre människa borde inte dricka alkohol efter att personen fyllt 65 år.

Det finns alltså ingen bestämd definition på vad ålderism är, men i den här avhandlingen utgår jag ifrån den definition som även Andersson (2008, 12) använder sig av, och den lyder: *”ålderism definieras som fördomar eller stereotypa föreställningar som utgår ifrån en människas ålder och som kan leda till diskriminering”*. Jag utgår alltså ifrån åldersgruppen äldre, eftersom jag är intresserad

av hur hemvårdspersonalen förhåller sig gentemot äldre som använder alkohol, och hur klienternas ålder påverkar hurudant förhållningssätt hemvårdspersonalen har gentemot att de konsumerar alkohol. Dessutom är det intressant att se om någon form av diskriminering uppstår i och med ålderismen.

4.2.4 Beroende

I den här avhandlingen behandlar jag äldre människor med alkoholproblem och jag utgår ifrån att alkoholproblem och alkoholberoende är samma sak. Därför kommer jag att beskriva vad ett beroende är och på vilka olika sätt man kan definiera det, samt vilken definition som jag utgått ifrån i den här avhandlingen.

Enligt Franck och Nylander (2011, 11) definierar Världshälsoorganisationen (WHO) beroende som ett sjukdomstillstånd där en person måste få en drog och gör allt för att få den. Om man är beroende av en drog har man heller ingen kontroll över drogintaget, t.ex. gällande alkohol så vill man bara ha mer och mer, och får man inte drogen så får man abstinens som kan innebära t.ex. ångest, darrningar och svettningar. Franck och Nylander definierar också beroende som en sjukdom, och menar att det innebär att en person har tappat kontrollen över intaget av en viss drog av olika orsaker. Det som räknas som droger är: alkohol, narkotika, läkemedel, nikotin och en del av dopningspreparaten. Enligt Franck och Nylander (2011, 11) finns det olika bidragande faktorer till varför en människa blir beroende av en drog. Faktorer som de tar upp är t.ex. uppväxtmiljö, sociala faktorer, ärftliga faktorer och kön. De här är alla faktorer som kan avgöra en människas motståndskraft mot en beroendesjukdom. (ibid, 11.)

Wirbing och Ortiz (2014, 12) definierar beroende på likande sätt som Franck och Nylander (2011, 11). De menar att ett alkoholberoende innebär att alkoholen har en central och viktig roll i en persons liv, samt att man inte har kontroll över konsumtionen och är en medicinsk-psykiatrisk diagnos. Följderna av ett beroende kan vara t.ex. att kontakten och förhållandet till familj och vänner blir sämre. Det har tidigare förekommit en skillnad mellan missbruk och beroende, men enligt den amerikanska diagnosmanualen DSM-5 som utkom år 2013, så är det ingen skillnad mellan dem mera. Enligt DSM-5 är ett beroende ett beteende där en människa konsumerar stora mängder alkohol eller droger på ett psykiskt och socialt sätt utgående ifrån uppsatta kriterier i manualen. Dessa kriterier är t.ex. ”upprepad användning som leder till att man misslyckas med att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet” och

”En stark önskan eller känsla av tvång att använda substansen”. Det finns allt som allt tio stycken kriterier, och uppfyller en person två av dem, så förekommer ett beroende. Beroendet kan ytterligare vara i olika svårhetsgrader och den bestäms utgående ifrån antalet kriterier som uppfylls, alltså ju fler kriterier som en person uppfyller, desto svårare är beroendet. (Wirbing & Ortiz 2014, 12–13.)

I den här avhandlingen utgår jag ifrån att en person som är beroende av en substans också har problem med substansen. Därför används både alkoholberoende och alkoholproblem men med samma betydelse och utgångspunkter. Jag har alltså definierat alkoholproblem för en äldre människa med att om personerna inte längre har kontroll över hur mycket alkohol de konsumerar och gör allt för att få substansen, så har den äldre människan ett alkoholproblem eller ett alkoholberoende. Detta var även alla tio respondenter i studien ense om, speciellt faktorn att man inte längre har kontroll över alkoholintaget och när det i sin tur påverkar och försvårar vardagen.

Alkoholkonsumeringen blir alltså ett beroende (eller problem) när människan i fråga inte längre kan styra alkoholbegäret och känner ett måste eller till och med tvång att få alkoholen, och man prioriterar alkohol före allt annat (Wirbing & Ortiz 2014, 12–13; Franck & Nylander 2011, 11).

När det gäller en äldre människas alkoholkonsumtion, är det ingen fara så länge konsumtionen hålls till en portion alkohol ibland, men blir det dagligen så kan det leda till olika problem, enligt Social- och hälsovårdsministeriet i Finland.

Alkoholkonsumtionen blir till riskkonsumtion om den äldre människan dricker mera än fyra portioner alkohol per vecka, och i sådana fall rekommenderas personerna att minska sin konsumtion. En portion alkohol är t.ex. ett glas vin (12 cl), 1 öl (33 cl) eller ett snaspglas konjak (4 cl). (Social- och hälsovårdsministeriet 2006.) Jag har utgått ifrån dessa rekommendationer i den här studien.

4.2.5 Äldres alkoholkonsumtion som ett socialt problem

Sociala problem ansåg länge vara en del av det moderna samhället och som en slags sjukdom för samhället. På 1970-talet förändrades det till att vara mera socialkonstruktivistiskt och sammankopplades med kulturella, sociala och politiska samhällsprocesser. Studier visar att sociala problem i samhällen, är något som kommer och går, och förändras med tiden. (Magnusson 2007, 171.)

Begreppet sociala problem används som ett vardagligt självklart ord. Är det dock så självklart som man kan tro? Exempel på sociala problem som anses vara självklara är hemlöshet, missbruk och kriminalitet, och t.ex. missbrukare ses som en så kallad ”social problemgrupp”. Sociala problem har varit etablerat i det svenska språket sedan slutet av 1800-talet och vad som har betraktats som ett socialt problem har varierat från tid till tid, och så har även t.ex. synen på ett missbruk gjorts. (Meeuwisse & Swärd 2013, 23, 28.)

Det har alltså diskuterats mycket kring definitionen på sociala problem och ännu idag finns det ingen klar definition på det. T.ex. så definierar man sociala problem i amerikanska kursböcker som något som personer kan ta skada av på något sätt och en annan definition är att det innefattar utsatta personer som är i behov av hjälp från samhällets sida på något sätt. Nationalencyklopedin beskriver begreppet så här: ”**Sociala problem**, brister i en befolknings levnadsförhållanden som gäller så många människor att staten eller enskilda organisationer anses böra ingripa. Det kan gälla minimikrav på hälsa, föda, bostad och arbetsförhållanden men också en rimlig grad av rekreation, säkerhet till liv och egendom samt mänskliga friheter.”. I kursböcker talar man ofta om utsatta grupper och olika missförhållanden som sociala problem. Det finns alltså en rad av definitioner på vad sociala problem är och vad något ska innefatta för att kunna kallas ett socialt problem. (Meeuwisse & Swärd 2013, 38–43.)

I dagens läge ligger betoningen mycket på den enskilda individen, och att man själv också har ett ansvar för att lösa olika sorters problem. Dessutom har det också förts, och förs ännu idag, stora diskussioner kring om sociala problem är individens eller samhällets problem. Diskussionerna som förs, handlar t.ex. om hur man ska utveckla välfärdssamhällena och samtidigt hantera sociala problem som missbruk och hemlöshet (Meeuwisse & Swärd 2013, 32–35.)

Som Meeuwisse och Swärd (2013, 23) skriver är t.ex. missbruk en av de faktorer man i dagens samhälle benämner som ett självklart socialt problem. Äldre människor som konsumerar stora mängder alkohol, är också missbrukare fast de är äldre, och därmed tolkar jag att äldre med alkoholproblem också kan benämnas som ett socialt problem i dagens läge.

Även Jyrkämä och Haapamäki (2008, 8) tar upp att äldre människors alkoholkonsumtion kan börja ses som ett nytt socialt problem i dagens läge. Jyrkämä

och Haapamäki (2008) frågar sig om faktorer som att en äldre dam dricker vin varje dag eller en 80 åring som dricker öl, är hotbilder att vara rädda för, eller hur ska man se på dessa faktorer?

Alkoholproblem i sig har länge ansetts vara ett socialt problem i de nordiska länderna, men nu när det blivit allt mer liberal alkoholpolitik och nya alkoholvanor, har det även skett en förändring bland människor som är över 65 år och de har börjat konsumera mer alkohol. I Sverige har äldre med alkoholproblem alltid varit en klientgrupp som funnits inom hemservicen, men är ett socialt problem som inte börjat uppmärksammas förrän nu på senare tid. (Gunnarsson 2013.)

5 Material, metod och tillvägagångssätt

I det här kapitlet presenteras hur jag gått tillväga då jag valt respondenter till studien och kontaktat dem, fenomenografi som analysmetod och hur jag gått tillväga vid analysprocessen. Jag presenterar även semistrukturerad samtalsintervju och forskningsetik som jag beaktat i denna studie.

5.1 Material

Eftersom det enligt Alexandersson (1994, 123) är intervjuer som är den vanligaste insamlingsmetoden när man använder sig av fenomenografi, så valde även jag att utföra intervjuer för att undersöka hemvårdspersonalens syn på äldre och alkohol.

Målgruppen för undersökningen är hemvårdspersonal som har en erfarenhet av att arbeta med äldre som har alkoholproblem. Därmed började jag processen till att välja respondenter genom att vara i kontakt med Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård och fick statistik på i vilka kommuner man använder sig av samkommunens missbrukskoordinatorer. Utgående ifrån det valde jag de fyra kommuner där man använt sig av servicen mest.

När jag valt kommunerna som jag skulle undersöka så kontaktade jag socialcheferna i de valda kommunerna gällande forskningstillstånd och praktiska tillvägagångssätt. Genom dem fick jag även kontaktuppgifter till hemserviceledarna som hjälpte mig att plocka ut respondenter till intervjuerna. Hemserviceledarna valde respondenterna enligt de som hade erfarenhet av att arbeta med äldre som har alkoholproblem, som jag även hade som önskemål, och dessutom respondenter i varierande åldrar. Sju av respondenterna hade en lång arbetserfarenhet inom hemservicen och hade arbetat i ca 30 år, en hade arbetat i nästan 20 år och två hade arbetat i ca 4 år, men alla hade någon form av erfarenhet av att arbeta med äldre som har alkoholproblem. Jag intervjuade två hemvårdare från de två mindre kommunerna och tre stycken från de två större kommunerna. Allt som allt blev det alltså tio intervjuer.

Jag fick alltså namn och kontaktuppgifter till de tio respondenterna via hemserviceledarna och jag kontaktade dem via epost för att de skulle få informationsbrevet om undersökningen och villkoren för deltagande, samt för att försöka bestämma datum för intervjutillfällena. När jag hade fått forskningstillstånd från varje kommun hade jag även telefonkontakt med en del för att bestämma tid och datum för intervjuerna. I en av kommunerna skedde detta enbart via hemserviceledaren.

Före intervjuerna inleddes fick respondenterna en samtyckesblankett där de gav sitt tillstånd till att jag får använda intervjumaterialet i forskningssyfte och att de fått information gällande undersökningen, samt att de känner till villkoren för att delta. Före vi började intervjuerna poängterade jag också för dem att jag är intresserad av deras personliga åsikter och inte vad som de anser är ”korrekt professionellt”, eller att de ska tänka och svara så som de tror att jag vill att de ska svara. Detta för att försöka minska på intervjuareffekten som just innebär att respondenterna svarar så som de tror att jag som intervjuare vill att de ska svara. Att jag poängterade att det är deras personliga uppfattningar som jag är intresserad av upplevde jag var bra, för jag tyckte att man inte märkte av att de skulle svara som de trodde att jag ville, utan verkligen tog fram vad de tyckte och tänkte om äldre och alkohol. Alla tio respondenter gav sitt samtycke till att intervjuerna bandades och de varade mellan 15–45 minuter. Det bandade materialet kommer att förstöras senast i maj 2017.

5.2 Kvalitativ semistrukturerad forskningsintervju

Som tidigare nämnt så är intervjuer den vanligaste insamlingsmetoden inom fenomenografi (Alexandersson 1994, 123) och dessutom har jag använt samma insamlingsmetod vid kandidatavhandlingen och praktikforskningen så jag hade lite erfarenhet av metoden sen tidigare. Eftersom jag är intresserad av hemvårdspersonalens syn på äldre och alkohol utförde jag intervjuerna som individuella samtalsintervjuer. Enligt Denscombe (2009, 232–233) är samtalsintervjuer passande om man undersöker personers uppfattningar, åsikter och erfarenheter, och därför var metoden lämplig för min undersökning. Med samtalsintervjuer har man även möjlighet att själv som forskare välja respondenter utgående ifrån forskningssyfte (ibid, 29) och det var även en bidragande orsak till valet av insamlingsmetod.

Enligt Denscombe (2009, 233–235) finns det tre olika strukturer på intervjuer, och dessa tre är: strukturerade, semistrukturerade och ostrukturerade intervjuer. Vid *strukturerade intervjuer* har forskaren en central roll över vilka frågor som ställs under intervjutillfället, samt hur respondenternas svar är utformade. Forskaren gör alltså upp frågor på förhand, som sedan följs strikt under alla intervjuer som görs.

Semistrukturerade intervjuer innebär att forskaren har gjort upp en guide med ämnen och frågor som man vill behandla under intervjun. Forskaren är flexibel med ordningsföljden på ämnena och ger respondenterna utrymme att utveckla idéer och tala fritt om de ämnen som behandlas. Det centrala inom semistrukturerad intervju är alltså

att respondenten får utveckla sina åsikter och svar. *Vid ostrukturerade intervjuer* har forskaren endast förberett ett tema eller ämne som man vill ska behandlas, och sedan låter man respondenten fritt tala om och utveckla sina tankar och idéer. Forskaren har alltså ingen stor roll i den här formen av intervjustruktur. Både inom *semistrukturerad intervju* och *ostrukturerad intervju* är det viktigast att respondenterna svarar med egna ord och utvecklar sina tankar kring det tema eller ämne som undersöks. (ibid, 233–235.)

Jag valde att använda semistrukturerade intervjuer för att ha någon sorts guide att följa under intervjutillfället, men samtidigt låta respondenterna att fritt tala om sina tankar och åsikter om ämnet. Intervjuguiden bestod av fyra olika huvudteman som jag följde, med färdiga frågor som tillhörde dem, och om det kom upp ytterligare frågor under intervjuernas gång, så ställde jag även dem. De fyra teman som jag använde var: utbildning och jobb, äldre och alkohol, kunskap och redskap, och framtiden. För att respondenterna ska kunna utveckla sina svar så mycket som möjligt, är det enligt Denscombe (2009, 232–253) viktigt att man som forskare är flexibel, vilket jag upplevde att intervjutillfällena också blev. Inom fenomenografi förespråkas även semistrukturerade intervjuer, för att respondenterna fritt ska få berätta om och beskriva sina uppfattningar, och det centrala är att det inte finns något rätt eller fel svar (Alexandersson 1994, 123) vilket jag också påminde respondenterna om före intervjuernas början.

5.3 Analys

Jag har använt fenomenografi som analysmetod och inom fenomenografi är forskarens roll att tolka, analysera och beskriva hur människorna uppfattar fenomenet och det beskriver sedan i sin tur verkligheten. Man utgår ifrån att människors uppfattningar lägger en grund för hur de sedan agerar och reagerar i olika situationer. (Uljens 1989, 11,19.)

Att koncentrera sig på materialets innebörd är det mest centrala inom fenomenografisk analys, inte t.ex. att finna uppfattningar som man haft om ett fenomen före studien gjorts. Analysen består av olika skeden och man kan säga att den första analyseringen sker redan under intervjuerna, eftersom man som forskare både uppfattar det som respondenten säger och hur de säger det. Det här kan sedan användas som ett slags underlag då man börjar med analysen. (Alexandersson 1994, 124.) Under intervjutillfällena tänkte jag till en viss del på hur respondenterna framförde sina svar,

t.ex. genom att skratta samtidigt som de svarade eller sucka i samband med svaret, vilket kunde understryka om man ansåg saken som jobbig på något sätt eller som överkomligt och kunde skratta åt det fast man kanske även till en viss del såg det som utmanande. Detta var dock endast tankar som jag hade under intervjuerna och jag kommer inte att lägga någon större tyngd på det i kommande analys.

Det finns flera olika modeller på hur en analys inom fenomenografi kan gå till (Dahlgren & Johansson 2009, 126). Jag har valt att följa de steg som Alexandersson (1994, 125–128) beskriver. Enligt honom kan analysen delas in i fyra olika delar inom fenomenografisk analys. Första skedet går ut på att man bekantar sig med materialet genom att läsa igenom det flera gånger, för att försöka finna ett helhetsintryck av det. I andra skedet söker man likheter och skillnader för att sedan kunna kategorisera materialet i beskrivningskategorier i analysens tredje skede. (ibid, 125–128.)

Beskrivningskategorierna används för att sammanställa och beteckna olika uppfattningar som människor har om ett och samma fenomen och med hjälp av beskrivningskategorierna skiljs även uppfattningarna från enskilda personer. Beskrivningskategorierna är alltså inte utformade på förhand utgående ifrån t.ex. tidigare forskning eller teorier, utan de formas under analysens gång, utgående ifrån respondenternas uppfattningar och utgör resultatet av undersökningen.

Beskrivningskategorierna kan anses vara de huvudsakliga resultaten av en fenomenografisk studie, och det finns olika strukturer på kategoristrukturerna, men jag har följt det horisontala systemet. Det horisontala systemet innebär att de olika beskrivningskategorierna anses vara jämställda och lika viktiga i förhållande till varandra. (Uljens 1989, 39–43, 47.) I det fjärde och sista skedet studeras de underliggande strukturerna i beskrivningskategorierna, och utgående ifrån dem kan man sedan komma fram till resultat. (Alexandersson 1994, 125–128.) När man funnit beskrivningskategorier är den fenomenografiska undersökningen avslutad. Uljens (1989, 81–82) skriver att ”beskrivningskategorierna kan ses som ett överindividuellt system av sätt att tänka om ett bestämt fenomen i en bestämd kontext, därmed punkt”. (ibid.) I den här studien är det hemvårdspersonalens sätt att tänka om äldre och alkohol inom hemservice.

Gällande validiteten av de olika beskrivningskategorierna är det främst koherensteorin som spelar en central roll, enligt Uljens (1989, 52). Inom koherensteorin bedömer man resultatens sanning utgående ifrån hur begripliga och logiska de är, och fokus ligger på

resultatens inre konsistens. Man utgår ifrån att validitet är hur bra man lyckats observera eller mäta det som man haft som mål att undersöka. Man vet att man har lyckats med validitet om man fått reda på det som man velat med studien. Inom fenomenografiska undersökningar måste man framförallt kontrollera att beskrivningskategorierna motsvarar de uppfattningar som uttryckts i materialet. (ibid, 52–55.)

Jag började alltså med att läsa noggrant igenom det transkriberade insamlade materialet för att få en helhetsbild av det. Till en viss del började analysprocessen redan vid intervjutillfällena och vid transkriberingen, och jag skrev ned en del tankar och reflektioner som jag senare under analysens gång gick tillbaka till och reflekterade kring redan då. Efter att jag bildat en helhetsuppfattning om materialet och vad jag hade att arbeta med, gick jag återigen genom och läste materialet flera gånger. Detta för att identifiera vilka likheter och skillnader som förekom bland hemvårdspersonalens förhållningssätt gentemot äldre och alkohol, samt gällande hemvårdspersonalens förhållningssätt gentemot deras roll och kunskap då det kommer till äldre och alkohol, och deras reflektioner kring vården av äldre och alkohol i framtiden. Analysen är alltså gjord som en materialbaserad analys.

Utgående från likheter och skillnader som jag fann i materialet kunde jag bilda två huvudkategorier med 13 olika underkategorier med förhållningssätt som hemvårdspersonalen har gentemot äldre och alkohol. Jag fortsatte analysen på samma sätt och gick noggrant igenom materialet för att finna likheter och skillnader gällande hemvårdspersonalens förhållningssätt gentemot sin kunskap och roll när det kommer till äldre och alkohol. Där fann jag också två huvudkategorier, med tio underkategorier av hemvårdspersonalens förhållningssätt gentemot sin kunskap och roll då det kommer till äldre och alkohol. Även vid den tredje och sista forskningsfrågan gjorde jag på samma sätt och fann en huvudkategori med fyra underkategorier som beskrev hemvårdspersonalens tankar om den framtida vården av äldre som har alkoholproblem.

5.4 Etik

När jag intervjuat hemvårdspersonal till den här studien, har jag undersökt deras personliga åsikter och uppfattningar om äldre och alkohol, vilket gör att jag måste noggrant beakta olika etiska aspekter i undersökningen, för att inte riskera kränka någon av respondenterna på något sätt. Vid en forskning finns det tre olika aspekter enligt Jacobsen (2007, 21) som är speciellt viktiga att tänka på och det är: informerat

samtycke, integritet och att man som forskare inte ändrar respondentens svar på något sätt, utan det ska motsvara respondentens svar.

Med informerat samtycke menas att den person som deltar i undersökningen gör det frivilligt och känner till vilka risker som tillkommer med deltagandet. Informerat samtycke kan ytterligare delas in i fyra olika kategorier: kompetens, frivillighet, fullständig information och förståelse. Med *kompetens* menas att deltagaren frivilligt väljer att delta eller inte och har kompetens till att göra det. Vanligtvis är detta ingen utmaning som man som forskare stöter på, men om man t.ex. ska undersöka barn så är detta extra viktigt att beakta. Detta är dock inte aktuellt i den här studien, där jag intervjuat vuxna. *Frivillighet* innebär att man själv väljer om man vill delta eller inte, och inte utsätts för någon form av press att delta. Genom *fullständig information* ger man deltagarna information om studiens syfte, fördelar och nackdelar som den kan medföra, samt hur man använder och behandlar den data som samlas in, och ser till så att deltagarna *förstår* den information som de fått, vilket ibland kan vara en utmaning att kontrollera. (Jacobsen, 2007, 22–23.) När jag kontaktade mina respondenter till undersökningen, fick de samtidigt ett informationsbrev om undersökningen som även finns som bilaga i avhandlingen (se bilaga 1). Informationsbrevet innehöll studiens syfte, information om deltagandet, t.ex. att det är frivilligt och att man kan avbryta sitt deltagande om man så vill, samt att jag kommer att försöka bevara deras integritet genom konfidentialitet och ta bort information i svaren som skulle kunna göra att någon av respondenterna blir igenkända på något sätt. Respondenterna informerades också om att materialet kommer att användas till forskningssyfte, alltså till min pro gradu-avhandling inom socialt arbete, och att jag kommer, med respondentens samtycke, att bända intervjuerna, som förstörs senast i maj 2017. Vid intervjutillfällena skrev respondenterna på en samtyckesblankett där de skrev under att de hade fått information om studien, kände till sina rättigheter som deltagare och att jag fick använda materialet till forskningsändamål, alltså till min pro gradu-avhandling (se bilaga 2).

När man som forskare ska skydda deltagarnas integritet är det viktigt att beakta hur känslig den information som man samlar in är, hur privat informationen är och hur stor möjlighet det finns att respondenterna kan bli igenkända utgående ifrån sina svar (Jacobsen 2007, 24–25). Av dessa tre är den sistnämnda, alltså att beakta riskerna för att någon av respondenterna blir igenkända genom sina svar, den mest centrala av de tre för den här undersökningen. Detta eftersom intervjuerna har gjorts i relativt små kommuner

och därmed är även risken större att någon blir igenkänd genom sitt svar. Det är även en risk eftersom studien är en kvalitativ studie, med endast tio respondenter, och enligt Jacobsen (2007, 24) är risken för igenkännande av en deltagare oftast större i en kvalitativ studie med få deltagare. För att skydda personernas *integritet* och *anonymitet*, så kommer jag därför att vara extra noga med att ta bort all information som på något sätt kan kopplas till respondenterna i fråga, t.ex. kommunen de arbetar i, ålder och yrkesbenämning inom hemservicen. Jag kommer i stället att använda de två större kommunerna och de två mindre, samt benämna alla som närvårdare, som utbildningen heter i dagens läge. Enligt Jacobsen (2007, 25) innebär anonymitet att det ska vara omöjligt att koppla någonting i studien till en enskild individ, vilket jag kommer att sträva till att uppnå. Att garantera en fullständig anonymitet kan dock vara en stor utmaning, och i praktiken omöjlig vid undersökningar där det är få deltagare, så då kan man i stället försöka garantera respondenterna *konfidentialitet*. I och med det så lovar forskaren att förhindra att någon av respondenterna blir igenkända i resultaten och att personuppgifter inte sprids vidare. I praktiken finns det dock en risk att någon av deltagarna kan identifieras. (ibid, 25.)

Det tredje centrala kravet är att man som forskare ger korrekt presentation av data som samlats in av respondenterna. Alltså man ska försöka placera in svaren och återge dem på fullständigt sätt så bra som det bara är möjligt. T.ex. så kan ett citat taget från ett sammanhang, bli något helt annat om det sätts in i ett nytt. Ett fullständigt återgivande av det insamlade materialet är det ideala, men är svårt att förverkliga i praktiken, dock ska man undvika att just plocka data från ett sammanhang till ett annat. (Jacobsen 2007, 26–27.) I den här studien utgår jag ifrån forskningsfrågorna och intervjufrågorna när jag analyserar materialet. Vilket betyder att jag t.ex. inte tar en respondents svar från ett sammanhang eller tema och sätter in det i något annat, utan jag håller mig till forskningsfrågorna och de fyra teman som jag följde under intervjutillfällena. I och med detta hoppas jag att på bästa möjliga sätt återge respondenternas svar.

De etiska aspekterna som t.ex. respondenternas integritet och rättigheter ska beaktas genom hela forskningsprocessen. Vid metodologiska val, när man samlar in data till undersökningen, i analysprocessen och vid publicering av studien. Respondenten ska inte på något sätt skadas genom att delta i undersökningen. (Denscombe 2009, 193; Jacobsen 2007, 28.)

6 Resultat

I det här kapitlet presenteras resultaten av undersökningen genom de intervjufrågor och teman som jag använt mig av i intervjuerna, och de beskrivningskategorier som jag funnit med hjälp av intervjuerna. Varje underkapitel börjar med en redovisning av beskrivningskategorier med förhållningssätten jag hittat i det empiriska materialet, och därefter följer noggrannare förklaringar till dem, samt citat för att tydliggöra de olika förhållningssätten.

Vid intervjuerna följde jag alltså fyra olika teman (utbildning och jobb, äldre och alkohol, kunskap och redskap, framtiden) och inledde med temat utbildning och jobb som innehöll några allmänna frågor gällande respondenternas yrke och arbetsliv. Jag bad dem också att berätta om hemservice och hur en arbetsdag kan se ut för dem, för att få respondenten mer bekväma med intervjusituationen. Respondenterna berättade också kort om sina erfarenheter av äldre och alkohol i detta skede.

Respondenterna berättade att de alla trivs väldigt bra inom hemservicen eftersom arbetet är så varierande och en dag är inte lik en annan. Hemvårdspersonalen hjälper sina klienter med morgonsysslor som t.ex. hygien, medicin och frukost, på eftermiddagsbesöken är det vanligt att de ger duschhjälp och går på promenad med klienterna, och på kvällarna kontrollerar de också medicinintag, kanske bara pratar och sitter som sällskap en stund och hjälper till med kvällssysslorna inför natten. Utöver detta kör de också ut mat till klienter i de olika byarna, både lunch och kvällsmat, samt kan hjälpa med andra ärenden som t.ex. apoteks- eller butiksärenden. Hemvårdspersonalen arbetar oftast morgonskift och kvällsskift. I några kommuner finns också en skild nattpatrull.

Klienterna inom hemservicen är främst åldringar, men det förekommer även en del barn och deras familjer. Man har också handikappade, klienter med psykisk ohälsa, palliativ vård, personer med demens och andra minnessjukdomar, hjärtproblem och diabetes. Dessutom poängterade en av respondenterna att det också finns klienter som klarar alla sysslor själv, men vill ha någon som kommer på besök en gång per dag och pratar en stund. Detta eftersom många av klienterna, främst åldringarna, är väldigt ensamma.

6.1 Hemvårdsklienter med alkoholproblem

I detta kapitel kommer jag att kort beskriva de klienter som hemservicepersonalen pratade om under intervjuerna, för att få en bättre bild av klientgruppen. Klienterna

inom hemservicen som respondenterna ansåg ha eller haft alkoholproblem var i en del fall yngre klienter inom hemservicen, alltså kring 60–70 år, men det förekom också att man hade eller hade haft klienter som varit över 80 år gamla, som brukat eller brukar ren starksprit.

R2: ”De är ju som inte på det viset åldringar, eller de är som då 60–70 år. Och det är ju alla de här, vi har ju inte någon som är riktigt gammal som använder alkohol, det har vi inte. Inte nu inte.

R3: ”Vi hade en som blev 71, och sen så har vi en nu som är 86 år och en som är 92 också som ibland tar nå men”.

R5: ”Mellan 80–90 år”.

Respondenterna trodde också att de flesta som brukar alkohol varit storkonsumenter under större delar av sina liv, och då fortsatt med det även då de blev äldre. I enstaka fall tillade man att konsumtionen eventuellt ökat vid pension, då det inte längre fanns ett jobb som reglerade när man kunde dricka och inte. Dessutom ansåg man att det säkert fanns en orsak till alkoholproblemen, och respondenterna trodde inte att någon frivilligt vill bli en person med alkoholproblem. Det framkom också att alkoholproblemen oftast går i perioder för många, att ibland kan klienterna vara helt utan, men sen kommer det perioder då de dricker mycket.

R10: ”Jag tror ju inte att någon väljer att göra det om de vet vad de ger sig in i”.

R9: ”Det har ju, då det har varit så har det varit ordentligt. Som i perioder.

R2: ”Vissa har varenda dag, men de här som nu varit värst så har ju som på högtiderna”.

R3: ”Det är ju klart att om man tagit bort det där arbetet då, utan rutiner, så det är sju dagars fylla det. Det är lätt.”.

6.2 Förhållningssätt gentemot äldre och alkohol

I detta kapitel presenterar jag vilka beskrivningskategorier som jag fann i det empiriska materialet som förekom bland respondenterna, gällande deras förhållningssätt gentemot äldre och alkohol. Det blev två huvudsakliga kategorier med sammanlagt 13 underkategorier.

1. Äldres alkoholbruk

- Äldre får dricka alkohol så länge det är i måttliga mängder, t.ex. en konjak till natten eller ett glas vin till maten
- Ingen föds eller väljer att bli alkoholmissbrukare
- Alkoholproblem är en sjukdom
- Det hör inte till en äldre människa att dricka alkohol
- För en äldre människa med alkoholproblem ökar hälsorisker, speciellt om det används tillsammans med medicin

2. Att arbeta med klienter som har alkoholproblem

- Äldre som har alkoholproblem är som alla andra klienter
- Äldre som har alkoholproblem är mera krävande
- Det är svårt att upptäcka alkoholproblem eftersom det oftast är något som en person döljer
- Det kan förekomma utmaningar vid besöken hos en klient med alkoholproblem
- Hemvårdspersonalen har känt sig hotade vid besök
- Hemvårdspersonalen har aldrig känt sig hotade eller rädda vid ett besök
- Det är viktigt att respektera klientens självbestämmanderätt och hans/hennes hem, men även att sätta gränser för vad som är acceptabelt beteende gentemot hemvårdspersonalen
- Hemvårdspersonalens bemötande kan ändras gentemot klienten, om klienten är berusad vid besöken

6.2.1 Äldres alkoholbruk

Alla respondenter hade träffat klienter med alkoholproblem. I två av kommunerna uppgav man att det i dagens läge förekommer klienter som har alkoholproblem och i de andra två så hade man nog också klienter som använde alkohol, men inte på ett sätt som man ansåg vara ett problem eller missbruk. Alla respondenter var ense om att ett alkoholbruk övergår till ett missbruk eller problem då klienten inte längre har någon kontroll över användningen och måste ha alkohol. Även faktorer som att när det går ut över andra i personens närhet och när hälsan förvärras på grund av alkoholanvändningen, t.ex. att fallrisken och hjälpbehovet ökar, nämndes som tecken på att en klient har alkoholproblem.

R4: "Jag tycker att när de inte kan stå på benen och inte koncentrera sig, det är nog gränsen. Men just som de som är alkoholister, de har inte den där gränsen att de kanske tar ett glas, utan de tar så länge det finns. Så har det varit med de klienterna som vi haft".

R5: "När man börjar se att det är en fara för andra. Alkohol och läkemedel är inte heller bra. Och just när de börjar falla.

R6: Då det stör ens relationer med familjen. Och så tar det ju på hälsan, och det kan hända olyckor. Och då du inte kan låta det vara. Att kan man inte låta det vara så då är det nog problem".

Några av respondenterna ansåg att det inte alls är okej att en äldre människa dricker alkohol, att det inte hör till en äldre människa, medan andra ansåg att det går bra så länge det är en viss kontrollerad mängd, t.ex. en konjak till natten varje dag eller ett glas vin till maten ibland. Dock höll man fram att om en klient tar en konjak till natten, så försöker de se till så att klienten inte också tar sömnmedicin, utan då tar antingen konjak eller sömnmedicin.

R10: "En konjak till natten är väl helt okej. Många gånger bättre än medicin, för en läkare har ju i dagens läge för lätt att skriva ut rogivande så och jag vet att det har minst lika bra effekt så, till natten. Sen blir det ju ett problem om man inte kan ta en ordinerad medicin på grund av att man inte kan blanda det med alkohol, och man då börjar välja bort medicinen".

R4: "Jag tycker att det inte passar för en äldre person. De har svårigheter att gå och mediciner, att jag anser att det inte ska vara alkohol då. Att det blir så helt fel".

R1: "Om de nu som någon gång så där, att som nog sköter sig själva, och har hemservicebesök en gång per dag och är ute och äter och dricker ett vinglas till maten så då är det väl helt okej, men att om det blir som missbruk så är det ju nog som beklagligt".

I tre av kommunerna har man noll tolerans gällande att köpa alkohol åt klienterna, och i de fallen så är det mest anhöriga eller taxichaufförer som köper hem alkohol åt klienterna. I den kommunen som man köper alkohol åt klienterna har man koll över konsumtionen så att det inte blir för ofta som de köper.

R6: "Jo, men vi köper inte nå alkohol, inte mellanöl heller".

R8: ”I viss mån ja. Att vi gör det om vi säger att någon vill ha en konjak till kvällen, och det är inte så länge sedan som vi diskuterade det här och det tycker förmännen att vi får göra, men det är klart att ser vi att det blir att den där flaskan blir slut ofta så då slutar vi.”

Jag bad respondenterna att beskriva för mig vad de tänker på då de tänker på en äldre människa, och sedan beskriva en människa som har alkoholproblem och respondenterna berättade främst vad de tänkte på då de tänkte på en äldre människa som har alkoholproblem.

En äldre människa beskrevs ofta som en väldigt klok och vis människa, som varit med om mycket i sitt liv, och varit med och byggt upp det samhälle som vi lever i nu. Man beskrev också en äldre människa som ofta väldigt ensam, och att vissa till och med är deprimerade och pratar ofta om att få dö, men då poängterades det också att det även finns äldre som är väldigt nöjda med sitt liv och sin samvaro. En av respondenterna beskrev att hon tänker på *”en gammal tant, med knuten där bak, och gråhårig och lite rund och mullig”* som en ideal åldring. En annan respondent beskrev åldringar som *”gulliga, grå och lite rynkiga, och snälla”*, med ett skratt.

R7: ”Jag tänker på en gammal man eller kvinna då. Jag tycker att de är tacksamma och glada och lätt att ha att göra med. En gammal kvinna med grått hår och trevligt hem för det mesta tycker jag”.

R3: ”En äldre människa i dagens läge så tycker jag är en som varit med och byggt upp vårt samhälle, hon har sett mycket, alltså det har ju hänt så mycket under de här tiderna, hennes år. Och så är de mycket ensamma, jämfört med då de kan berätta om att de haft stora julfester där hemma och det har kommit hela byar och så. Och jag tror att många är deprimerade och många väntar på döden, säger när manne det här livet ska ta slut”.

R1: En åldring är en människa med lång livserfarenhet och ibland så är de ju då nöjda med situationen och är tillfreds, men många så kanske också tycker att det är som att varför måste jag leva och varför måste jag vara så där dålig och vad är livet till för och vissa är förnöjsamma. Och de har ju upplevt mycket”.

En människa med alkoholproblem beskrevs ofta som en människa som också har flera andra problem i sitt liv, som t.ex. problem i relationerna till nära och kära, samt problem

med ekonomin. Man beskrev också personen som olycklig och att de levt ett tufft liv. Det poängterades också bland respondenterna att det är upp till var och en att bestämma om man dricker alkohol eller inte.

R6: "Jag minns en som hade problem med både medicin och alkohol, så det var nog inget hävt liv det inte. Det blev att pengarna räckte inte till och just det där med dålig relation till barnen sina. Egentligen, det kommer ingenting gott med det. Det har säkert varit ett hårt liv."

R2: "Alltså de är ju mycket bättre än alla andra. De framhäver ju sig som att de skulle vara så duktiga och bra och de behöver så lite hjälp och de hackar på de som är mera hjälplösa, det blir man ju som mest led på."

R3: "Kan vara väldigt empatiska och fråga mycket om t.ex. hur det är med mina barn och så där väldigt personliga då de har en bra period. Men de kan vara väldigt kommenderande, vill gärna att man ska göra det där lilla extra. Då de är inne i den där mörka perioden så blir de ganska tystlåtna och kräver inte så mycket men frågar man så svarar de ganska så där aggressivt. Det är ju ofta det där att då de har pengar så dricker de och då de inte har så dricker de inte"

Som tidigare nämnt så var de flesta av respondenterna av den åsikten att äldre får dricka alkohol så länge det är kontrollerade mängder. Två av respondenterna var dock av den åsikten att det inte alls hör till en äldre människa att dricka alkohol, inte ens en konjak till natten. Här kunde jag alltså identifiera två olika förhållningssätt gentemot att äldre använder alkohol.

R3: Ja, jag tycker nog att de som inte har alkoholproblem så ska gärna få ta en snaps eller ett vinglas, att jag tycker att det är rogivande, de ska absolut få ta om de vill, ska ha möjlighet, men i måtta, men man måste också ha i beaktande medicinen, en som har mycket sömnmedicin på kvällen kanske inte kan ta det. Och då måste man nog nästan ta bort, antingen den där konjaken då eller gömma flaskan helt och säga att det är slut och förklara, för jag menar de kan ju falla ännu lättare då om de ska upp på natten. Så jag tycker nog att de ska ta, men med måtta."

R9: "I måttliga mängder så bryr jag mig inte. Fast man blir gammal och sjuk, så nog måste man ju få ta då också nog. Jag missunnar ingen."

R7: ”Ja, man tycker ju inte att de ska dricka sig berusade, alltså om de nu vill ta ett vinglas eller konjak till natten så det tycker jag är helt okej. Men att de är så berusade så att de ligger och inte klarar av dagen och inte har någon matlust och ja, alltså de mår ju mycket sämre själva då också.”

R4: ”Jag tycker inte att det passar för en äldre person.”

R5: ”Alltså det är ju eget beslut och vi kan inte säga att du får inte, men då är det ju det, om man ser till mediciner till exempel så inte är det så roligt att ge medicinen om de druckit.”

Utöver detta så tog sex stycken av respondenterna upp att de anser att alkoholproblem eller beroende är som en sjukdom. Detta förklarades med att om ett alkoholbruk blir till ett beroende så är det som en sjukdom eftersom det är så svårt att komma ur det, och att så togs även genetiska faktorer upp som en sjukdom, alltså att vissa människor löper större risk att bli beroende av alkohol än andra. Man poängterade också att det måste vara en slags sjukdom, eftersom de inte ville tro att någon självmant skulle välja att få eller ha alkoholproblem, samt att det oftast finns en orsak till att personerna fått problem med alkohol.

R3: ”... att det är ju en sjukdom. Det är ju tyvärr den där alkoholdemonen i dem som väcks till liv och förstör så mycket.” ”Nå för att jag anser att man föds ju inte som alkoholmissbrukare, utan det är något som väcks till liv sedan under livet, det kan vara något som utlöser det att man börjar dricka, kanske pengaproblem eller krasch i familjelivet och man börjar dricka för att det är en tillflykt. Att jag tror inte att det är någon som egentligen vill dricka, men att det känns som lättare för att nog är det ju tungt det här livet”.

R1: ”Ja nå alkoholproblem det är ju en sjukdom. Jag tror ju det skarpt att det är som nå gener som de har. Något som gör att det bryter ut.”

R9: ”... det är ju en sjukdom. Det är ju det.” ”Jag måste ju ärligt säga att jag tror ju inte att någon ska vilja, att någon skulle vilja ha det så”.

6.2.2 Att arbeta med klienter som har alkoholproblem

Klienterna fick beskriva hur ett besök kan vara hos en klient som har alkoholproblem.

En klient som har alkoholproblem och kan vara påverkad av alkohol då

hemvårdspersonalen kommer på besök beskrevs av två respondenter som att de kan vara

aggressiva, lynniga i humöret och två andra respondenter uppgav att klienterna försöker dölja att de druckit, alltså gömma flaskor och neka till att de druckit. Flera poängterade också att klienterna kan ha fallit och gjort sig illa och har urin och avföring här och där. En respondent beskrev ett besök hos en klient med alkoholproblem som att det kan vara grymt och att de haft klienter där det rekommenderats att de inte ska åka ensamma till, men samtidigt framhöll hon att hon aldrig varit rädd att besöka någon av dessa klienter, men att alla i arbetsgruppen är olika.

R10: "Nå det kan ju vara grymt det nog men hur ska jag säga, det är så olika det där hur vi är funtade, hur vi reagerar, jag är ju inte rädd. För vi har haft sådana som vi gått hos som de sagt att "ni får inte åka ensamma" men jag skrattar ju åt det jag, jag är inte rädd. För jag kan med dem. Det gör jag."

En av respondenterna poängterade att de klienter som de haft har oftast uppfört sig bra vid besöken, att man kunnat märka av att de varit fulla, men att de uppfört sig bra då hemvårdspersonalen varit där. Så de har bara gjort det som de ska göra, som planerat vid besöken, och beskriver att det inte är någon skillnad på besöken.

R:7"Men den personen var ju inte svår att ha att göra med på det viset. Nog visste vi att hon använder alkohol men hon skötte sig rätt så bra då vi var där, och det har alla överlag gjort som vi haft."

En annan respondent uppgav att de har en klient som kan vara besvärlig då han får alkohol av anhöriga och då kan personalen ta det beslutet att de går och kommer tillbaka då klienten är lugnare eller nykter. Det var flera respondenter som sa att de brukar göra så att de återkommer till klienterna en ny dag, om de är fulla och odrägliga då hemvårdspersonalen kommer på sitt besök.

R3: "Det var en som jag skulle till på kvällen och jag förstod att anhöriga hade varit där och fört dit sprit, och mycket riktigt, klienten var stup full, han skulle på wc och kunde knappt stå rak, han bara svajade från sida till sida och så tänkte han falla. Och jag skulle mäta hans blodsocker och han svor och han höll, ja det var nog."

R3: "Och så finns det de som har supit och har kunnat i princip kasta ölflaskor efter en då man sagt att jag går inte här då du är full och då har de blivit arga då för att man inte har hjälpt dem. För man ser ju att de är som hotfulla färdigt, att det går inte. Men de ångrar nog sig efteråt och ber om ursäkt."

R8: "Är det någon som är aggressiv så då går du ju inte in, utan du säger okej, jag kommer i morgon. Men är det någon som faktiskt behöver hjälp och har sig nedlagad och så, så visst i världen, det är ju en människa så man hjälper ju dem."

Allt som allt identifierade jag sex olika uppfattningar om hur ett besök kan vara hos en hemvårdsklient som har alkoholproblem. Dessa sex var: fem personer tog upp att klienten kan vara odräglig och ful i munnen, tre stycken sa att klienterna kan vara aggressiva, två tog upp att de ofta är mer krävande och är aldrig riktigt nöjda med den hjälp de får, tre stycken poängterade den ständiga förnekelsen bland klienterna som använder stora mängder alkohol, två pratade om den stora fallrisken som finns då äldre druckit alkohol, samt två sade att de bara gör det som det är meningen att de ska göra vid besöken, precis som hos alla andra klienter.

Respondenterna fick också berätta om hurdana saker som kommit upp under besöken som de eventuellt ansett vara jobbigt eller utmanande på något sätt, samt hur de löste situationen. En respondent tog upp att de har haft en klient som föll relativt ofta då han var berusad och så hade han dessutom epilepsi, så då hade hemvårdarna ibland svårt att veta om han fått ett epilepsianfall eller om han hade fallit på grund av att han var berusad.

R8: "Vi hade en klient som hade både epilepsi och alkoholproblem, så en gång då jag kom dit så låg han innanför dörren och hade ett stort sår i huvudet och inte visste ju jag då om det var epilepsi eller var han full, och jag kallade på ambulans då, och man försöker ju göra det bästa då"

Flera av respondenterna uppgav att det som är mest jobbigt med att besöka äldre klienter med alkoholproblem är då de kan vara väldigt odrägliga mot dem och ibland till och med fysiskt aggressiva. Det förekommer mest att klienterna är verbalt odrägliga, men det har även hänt att det någon gång varit fysiskt, t.ex. så nämndes det att klienterna kan sparka eller kasta ölfaskor.

R9: "Just det där att de är väldigt odrägliga mot en. Och som säger precis att ungefär det där, du kommer ju hit du, du ska hjälpa mig, jag betalar ju, att nu ska du göra det där och det där. Sånt är ju nog som, och man blir ju så frustrerad. Men det har jag ju faktiskt lärt mig, att det löns inte att vara arg. Det gör inte det, fast man skulle kunna ta i och skaka om dem. Men jag brukar säga att jag tar inte emot vad skit som helst. För häver de ur sig så får man nog säga till tillbaka också på skarpen. Man får lite skinn på

näsan. Så inte tar man mot vad som helst inte. Och så är det nog också bara att vända om och gå om de är riktigt, och säga att vi återkommer då det är en bättre dag.”. ”Vi hade en som var, han låg mycket på golvet då man kom, och han var faktiskt riktigt odräglig. Men det är ju sådant där som man måste, det kommer och går, man kan inte ta illa upp för det.”.

R1: ”Alltså de blir ju som, många av dem är ju nog väldigt fräcka i munnen. De kan ju nog säga precis vad som helst och det där uppträdandet, det finns ju som inga spärrar och sakligt uppträdande, det är ju som nog besvärligt”. ”Om de är riktigt fula i munnen så måste man nog säga ifrån, men oftast löns det inte att säga åt en fyllhund.”.

I de fall där klienterna har kunnat vara hotfulla, har det också upplevts som en jobbig och utmanande situation för respondenterna. I en av kommunerna uppgav man dock att det inte varit klienterna i sig som varit aggressiva, utan det har mer varit om de haft andra människor hos sig då hemvårdarna har kommit på besök.

R3: Ja nå det är väl kanske då de varit berusade och kanske hotfulla. Då har jag sagt att du får ingen hjälp idag så länge du är så där. Att jag kan inte vara här då du är full. Så har jag bara sagt att tyvärr, jag går. Eller så brukar jag gömma spriten. Vi får ju inte ta ut det ur bostäderna men”.

R8: ”Inte av klienter, utan det är då av sällskapet som kunnat vara då mer aggressiva och ansett att vi lägger oss i saker som vi inte har något att göra med. Men de ser inte det där att vi vill hjälpa och att vi bryr oss”.

Två av respondenterna kunde inte komma på någon situation som de upplevt jobbig eller utmanande och den ena poängterade i stället starkt att hon inte är rädd för äldre klienter som har alkoholproblem och är påverkade ibland vid besöken. En annan berättade att hon bara behandlar äldre med alkoholproblem som alla andra, men att man kan behöva lirka med personerna längre än andra, t.ex. om personen ska ha duschhjälp. Att man inte vet vad man möter, upplevde andra respondenten i samma kommun som jobbigt, samt att klienten kan ha urinerat om de varit länge på golvet om de fallit, och att de klienter som har alkoholproblem oftast också har ekonomiska problem. En respondent i en av de större kommunerna berättade att hon upplever det jobbigt eftersom det oftast är extra mycket arbete, t.ex. om klienten fallit eller urinerat.

R6: Man vet inte vad man möter. Att t.ex. gå och väcka en björn som sover då, inte är det nå roligt. Och så kan det hända att de fallit och är nedkissade och också så har ju de som har alkoholproblem, eller haft det en längre tid, också pengaproblem. Pengarna tar slut helt enkelt. Det är inte så hävt inte.”

R4: ”Det är jobbigt när allt kommer i byxorna och då de ligger på golvet. Extra mycket arbete. Och sparkar och, så att det.”

Jag fann nio olika aspekter som man uppfattade som utmanande eller jobbiga under besök till hemvårdsklienter som har alkoholproblem. Tre av respondenterna beskrev att de inte alls anser att det finns några aspekter som de anser vara utmanande eller jobbiga på något sätt. Två stycken sade att de tycker att det är jobbigt när det kan vara olika gäng hos klienterna, eftersom de ofta kan vara ganska hotfulla. En tog upp att man inte vet vad man möter och två stycken sade att de tycker att alkoholanvändning i samband med mediciner och med andra sjukdomar kan vara en utmaning. Två stycken tog upp hotfulla klienter och två när klienterna är fräcka i munnen, som jobbiga och utmanade saker under besöken. Att fallrisken ökar togs upp av tre stycken, och fyra poängterade att de upplever det jobbigt när klienterna kan vara väldigt krävande och ofta vill ha det där lilla extra gjort från personalens sida. Dessutom beskrevs besöken som mera tidskrävande också, vilket uppfattades som jobbigt.

Det var fyra av respondenterna som trodde att hemvårdarens bemötande kan ändra om klienten har alkoholproblem, eller kanske mera specifikt om klienten är påverkad just då de kommer. Om det är en klient som har alkoholproblem, men är nykter då de kommer så var det ingen skillnad. En av respondenterna poängterade att hon inte vill tro att det är så att ett bemötande kan ändras, men trodde tyvärr att det kan vara så. Två av respondenterna ville inte uttala sig om denna fråga.

R8: ”Jag vill inte tro det, men jag kan tänka mig att det blir”

R3: ”Jo, man visar nog mera empati om de är nyktra. Om de är fulla så blir jag mera, taggarna utåt och jag är ganska så där reserverad som person och jag svarar väldigt kort, kommenderar och frågar varför dricker du igen? Så man blir nog förändrad. Men det varierar väl på hur de är också, för oftast så vet man att de blir aggressiva eller som fula i munnen och då resulterar det i att jag också kanske som bestämd och just att bli ifrågasatt att varför dricker du, det är ju som, det känns hårt det för en som är alkoholmissbrukare. Att varför är du så där svag så du inte klarar av att stå ifrån det?”

R1: "Nå ja nog gör det ju det nog. Att man blir ju väldigt kort, åtminstone jag. Att det blir som fort avslutat. Att det är nog bara det där nödvändigaste."

Två av respondenterna svarade klart att de inte tror att hemvårdspersonalens bemötande ändras gentemot klienten om personen har alkoholproblem. En tredje respondent sa att hon inte tror att det påverkar så länge man känner till klienterna, för det gör ju hemvårdspersonalen som arbetar med samma klienter varje dag. De lär sig och vet hur de ska handskas med klienterna, även om de är påverkade av alkohol vid besöken.

R5: "Nej inte så där som vi har det nu. Så skulle ingenting kunna ändra."

R4: "Knappast. Inte till de som jag haft hand om."

R6 svarade att det beror på från situation till situation. Att det beror mycket på hur klienten i fråga beter sig. *"Jag vet inte. Det är så upp till situationen så. Det beror på hur de svarar och om de är sakliga och så där, men de kan ju vara jätte störande om de är berusade och börjar bråka och så där"*.

6.3 Hemvårdspersonalens roll och kunskap kring äldre och alkohol

Jag ville också ta reda på hurudana förhållningsätt hemvårdspersonalen har gentemot kunskap och sin roll då det kommer till äldre och alkohol. Jag kom fram till två huvudkategorier och tio underkategorier.

1. Utbildning, kunskap och redskap

- Ingen av respondenterna har någon utbildning inom missbrukarvård och trodde inte heller att de har någon i arbetsgruppen som har det
- Några har gått en kurs eller haft någon form av missbrukarvård i sin utbildning
- Hemvårdspersonalen vet hur de ska bemöta, stöda och vårda äldre klienter med alkoholproblem i den mån som de har idag, med hjälp av den kunskap och erfarenhet som de har
- Hemvårdspersonalen vet inte vad de skulle kunna göra annorlunda i sitt arbete fast de hade en utbildning inom missbrukarvård
- Hemvårdspersonalen känner sig säkra i sitt arbete med äldre som är beroende av alkohol eftersom de känner klienterna och vet hur de ska handskas med dem

- Det finns hjälp och stöd att fås från missbrukarvården om hemvårdspersonalen behöver det
- Om antalet äldre klienter med alkoholproblem ökar, skulle det vara bra med någon form av utbildning eller kurs för att bygga på och få mera kunskap om äldre och alkohol

2. Klienternas självbestämmanderätt och hemvårdspersonalens roll

- Det är viktigt att hemvårdspersonalen respekterar klienternas självbestämmanderätt och de har ingen rätt att förbjuda klienterna att dricka alkohol om de själva väljer att göra det i sina hem
- Hemvårdspersonalen kan inte förbjuda klienterna att dricka alkohol eftersom de arbetar i klienternas hem där klientens regler gäller
- Hemvårdspersonalen kan inte visa att de är arga eller frustrerade över att klienterna dricker alkohol, fast de ibland innerst inne är det

6.3.1 Utbildning, kunskap och redskap

Ingen av respondenterna hade någon utbildning inom missbrukarvård och det var endast tre stycken som uppgav att missbrukarvård ingått i någon form i deras närvårdarutbildning. Fem av respondenterna sade dock att de nu senare under sin tid i hemservicen, gått en eller flera kurser, eller deltagit på föreläsningar, som berört missbrukarvård, samt ämnet äldre och alkohol. Två stycken svarade att de inte alls hade någon utbildning eller gått någon kurs. Vad respondenterna visste så hade de inte heller någon kollega i sin arbetsgrupp i de fyra olika kommunerna, som hade någon form av utbildning inom missbrukarvård. I en av kommunerna så hade man nog haft, men hade inte det för tillfället.

Trots att så få hade gått någon utbildning eller kurs inom missbrukarvård så kände nästan alla sig säkra och bekväma i sitt arbete med äldre som är beroende av alkohol. Det var endast en av respondenterna från en av de större kommunerna som svarade att hon inte känner sig säker i sitt arbete med äldre som har alkoholproblem. För att klara av situationerna diskuterar hon med sina kollegor i arbetsgruppen, men skulle önska någon form av mera stöd och kunskap.

R8: "Nej! Riktigt ärligt, nej det gör jag inte. Att jag skulle nog vilja ha något mera. Men jag får ju fråga mig fram och vi kan bra diskutera med varandra här på jobbet".

Alla andra nio sade att de känner sig säkra och bekväma i arbetet med äldre som har alkoholproblem. Många tog även upp att de känner sig säkra eftersom de oftast känner människorna som de går vid, och vet hur de fungerar och så, så därför vet de också hur de ska hantera olika situationer. Om de inte vet så är det vanligast att man tar upp frågan med andra kollegor, men i vissa kommuner kontaktar man också sakkunniga inom missbrukarvård, t.ex. missbrukskoordinatorerna från Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård. Dessutom poängterade flera att de klarar av klienterna idag eftersom det är relativt få klienter som har hemservice som har alkoholproblem i dagens läge, enligt respondenterna. Några tog även upp att de känner sig säkra eftersom de har så lång arbetserfarenhet och mött så många olika situationer i sitt arbete, så därför känner de sig säkra med att ge sig in i alla möjliga möten och situationer. Dessa respondenter poängterade dock att det kan vara värre för personer som inte har så mycket erfarenhet ännu och som kanske inte alls är vana med missbruk och t.ex. psykisk ohälsa, som också ofta förekommer hos de klienter som har alkoholproblem.

R3: "Jo, jag tror nog att jag kan tampas med dem... så länge det bara är äldre så kan vi nog hantera dem".

R5: "Nog som det är nu".

R6: "Nog tror jag det nog, jag är så gammal så (skratt). Jag har sett en del så nog tror jag att jag nästan klarar av vad som helst. Inte är det nå roligt men".

En av respondenterna kunde inte ta ställning till om hon känner sig säker i sitt arbete med äldre som är beroende av alkohol eller inte, och poängterade att hon inte vet om hon skulle känna sig säkrare i sitt arbete med en utbildning eller inte. Att det är svårt att säga om det skulle ha någon skillnad i arbetet så som det ser ut idag i den kommunen som hon arbetar i.

R1: "Ja, vad ska man säga, säker och säker. Inte vet jag med någon utbildning vad jag skulle göra annorlunda". "Jag tror inte att det gör så mycket till eller från vad man säger eller så där, utan de dricker för att de dricker, det är en sjukdom, det går inte om den där förnekelsen finns och den finns nog bland de här som vi har.".

De flesta av respondenterna ansåg också att de i dagens läge har tillräckligt med kunskap och redskap till att bemöta, stöda och vårda äldre med alkoholproblem, men en del var även av den åsikten att man aldrig kan få för mycket kunskap och redskap så att

det skulle säkert vara bra med mera om äldre och alkohol. Dessutom diskuterar man mycket med varandra och hjälper varandra, om det är någon som är osäker hur de ska handla i en viss situation och här tog respondenterna även upp att det inte är så många av denna klientgrupp ännu i dagens läge, så de klarar av situationen med den kunskap och de redskap som de har.

R10: "Jo, i den mån som vi har något sånt".

R4: "Till en viss del. Att det skulle nog behöva vara sådana som har riktigt utbildning som vet hur de ska gå tillväga".

R5: "Nej, man får aldrig tillräckligt med kunskap tycker jag och det skulle nog vara bra med mera. I alla fall att uppdatera.".

R3: "Jo, jag tycker nog det. Sunt bondförnuft och det som vi fått som rekommendationer vad vi ska göra, så nog brukar det funka nog, inte skulle jag säga att jag saknar något".

Det var även här endast en respondent som ansåg att hon inte har tillräckligt med kunskap och redskap och skulle vilja ha mera av det för att bättre kunna bemöta, stöda och vårda äldre som är beroende av alkohol. I samband med denna fråga tog en av respondenterna upp att hon inte tror att de äldre klienter som har alkoholproblem vill ha någon hjälp och stöd med sitt missbruk.

R1: "Alltså jag tror inte att de vill ha något stöd och vård, för de dricker ju inte tycker de. Inte har jag hört någon av de här som vi har nu som säger att de skulle vilja sluta".

Det var också en respondent som tog upp att detta kan vara så olika från fall till fall om man känner att kunskapen och redskapen räcker till eller inte, eftersom alla människor är så olika. I och med detta måste man också avgöra från fall till fall vad som behövs, och vartefter lära sig nya saker och hur man ska agera i olika situationer. Hon höll även fram att hemvårdspersonalen kommer så nära sina klienter och lär känna dem väldigt bra. I och med detta lär de också sig ganska snabbt vad de kan prata med klienten om och hur de ska hantera, t.ex. om klienten är berusad då de kommer på besök.

Det var fem stycken som svarade att de aldrig varit med om en situation med en klient som har alkoholproblem, där de känt sig osäkra och önskat mera stöd. Fyra av respondenterna svarade att de upplevt situationer där de känt sig osäkra, som t.ex. när en klient varit redlöst berusad vid besöken, har de kunnat känna sig osäkra i hur de ska agera och vem de ska kontakta. Det har även förekommit situationer där man efter

besöket lämnat att fundera på om man agerat rätt eller inte, dock tillades att det också kan finnas sådana situationer hos klienter som inte har alkoholproblem.

R1: "Nå det är nu om man hittar någon eller då vi kommer då att någon är riktigt asfull. Vad kan man göra och vem ska man ringa åt?"

En av respondenterna lyfte fram att det skulle vara bra att få mera kunskap och tips om hur hemvårdspersonalen ska bete sig och vilka verktyg de kan använda sig av i sitt arbete med klienter som har alkoholproblem.

R8: "Det är just som hur man ska, som just det där att du ska ha som verktyg till att kunna hjälpa. Att kunna säga ska vi göra si eller ska vi göra så, och hur det kan vara. Det skulle vara bra"

Gällande samarbete mellan missbrukarvården och hemservicen i de olika kommunerna var det väldigt olika på om man hade samarbete eller inte. Det berodde förstås också på hur många klienter som de hade som aktivt brukar alkohol. Fem av respondenterna berättade att de haft kontakt med missbrukskoordinatorerna från Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovården någon gång, och en del hade regelbunden kontakt med dem gällande klienter. Två respondenter sade bara att de har ett samarbete med missbrukarvården, men inte specifikt om vilken enhet man har samarbete med. En av dessa två nämnde också att de haft samarbete med en psyksköterska när de haft klienter som missbrukat både medicin och alkohol. Alla dessa sju hade alltså aktivt samarbete med missbrukarvården, eller så visste man vart och till vem man kan ta kontakt om man så behöver. De andra tre svarade att det inte finns något samarbete, men att de trodde att det absolut går att ordna ifall de skulle behöva hjälp av missbrukarvården vid någon klient, men att man inte haft någon där man behövt det hittills, utan klarat av det själva inom hemservicegruppen och ibland även hemsjukvården.

R5: "Nej. Men nog tror jag att om det blir riktigt problem och man måste ha, så tror jag nog att det är möjligt"

R3: "Ja, om det är så att vi behöver så får vi nog. Vi har nog de som vi kan fråga och prata med om vi är osäkra på något"

R2: "Missbrukskoordinatorn brukar vara på besök till de här klienterna, ganska så där täta besök då om det varit någon värre period"

6.3.2 Klienternas självbestämmanderätt och hemvårdspersonalens roll

I och med att hemvårdspersonalen arbetar i klienternas hem så är det klienterna som sätter reglerna för sina hem och väljer själva vad de gör i sitt hem. Gällande stor alkoholkonsumtion kan detta ibland anses vara frustrerande för hemvårdspersonalen, eftersom de inte har någon rätt att förbjuda klienterna att dricka alkohol, då de är gäster i klienternas hem, och det är klienternas villkor och regler som följs. Respondenterna tog upp klienternas självbestämmanderätt och att de arbetar i deras hem, flera gånger under intervjuerna, och man märkte att det är något som de är väldigt noga med att följa, fast de ibland t.ex. skulle vilja kunna sätta regler gällande stor alkoholkonsumtion, eller förbjuda klienterna att vara berusade då de kommer. Viktigast är ändå att de tillsammans med klienten finner ett fungerande samspel för att få besöken att fungera.

R2: "Alla är ju så olika, att man måste ju ta dem som de är. Man måste ju nog nästan lära sig vart efter man får någon ny på det viset. Att jaha nu är den här personen så där och så där och hur mycket man vågar säga och hur mycket man vågar skoja och så. De blir ju mer och mer vetande om sina rättigheter idag också, så inte ska man gå så nära inte. Så bara man vet den där yrkesrollen så, det är viktigt, för vi är ju som i klientens hem".

En annan respondent tog även upp självbestämmanderätt och hemvårdspersonalens roll i detta sammanhang att man kanske inte kan vårda och stöda så mycket fast man skulle vilja, om klienterna själva vill dricka alkohol. Om det är så, så känner hemvårdspersonalen sig ganska maktlösa, eftersom de inte har någon rätt till att bestämma att klienterna inte får dricka i sina hem.

R6: "Hm, ja, vad kan du säga, vi kommer ju till deras hem. Om de är berusade så, vad har jag att säga, jag är ju gäst i deras hem. Inte är det roligt inte. Man försöker ju förstås, inners inne så förbannas man ju. Det blir till att man försöker få det praktiska att löpa. Inte finns det tid för några djupa diskussioner inte."

R5: "Alltså det är ju eget beslut och vi kan ju inte säga att du får inte"

R4: "Helst skulle man ju vilja att de inte ska dricka, men vad gör man"

Två av respondenterna kommenterade också i och med självbestämmanderätt och att de arbetar i klienternas hem, att det oftast inte heller löns att ta en strid och påpeka för klienterna att de inte borde dricka, t.ex. i och med att de har mediciner som inte är bra

tillsammans med alkohol, eftersom de genom erfarenhet sett att situationerna kan bli värre vid besöken om de är arga eller säger att klienterna inte får dricka. I alla fall så ska man inte vara arg på klienterna. Men för att behålla lugnet så säger hemvårdspersonalen oftast inget om alkoholintagen fast de skulle vilja.

R9: "Man måste ta det med ro bara. Man kan ju inte bli arg. Men man kan ju försöka prata förstånd."

R10: "Det finns sådana som bara säger att "du ska inte och du ska inte", men vi måste respektera att vi är i deras hus. Vi är inga ordningspoliser som ska komma och säga att "du ska inte dricka öl", det är inte vårt arbete, utan inte kan ju jag komma till dig och säga att du får inte göra så eller så, utan det är ju jag som ska göra som du brukar, vi måste kunna ställa oss vi"

R2: "Det är ju det där att de har sina egna lägenheter, de har sina privatliv och vi är ju inga poliser. Vi är ju inte det så". "Men att vi har ju som lärt oss det där att det är ju som nog meningen att man ska konfrontera dem, men egentligen så blir det ju inte nå bättre. Det blir ju inte det. För att det är ju tungt att höra sanningen. Så det är inte så enkelt. Så det är ju det där då, är det bättre att vara så som vi alltid är då, eller ska man vara jobbig. För det där jobbigt så har vi ju nog sett att inte blir det ju nå bättre, utan de blir ju som nästan elaka då"

6.4 Hemvårdspersonalens tankar om framtiden gällande äldre och alkohol

Med denna undersökning ville jag också få en bild av respondenternas åsikter och tankar kring framtiden gällande äldre och alkohol, och hur de ser på vården av klientgruppen i framtiden. Jag fann en huvudkategori och fyra underkategorier i materialet.

1. Vården av äldre klienter inom hemservice i framtiden

- Antalet äldre som har alkoholproblem kommer att öka i framtiden
- Det borde finnas fler personer med någon form av utbildning inom missbrukarvård i hemservicegrupperna
- Det borde finnas ett boende för äldre som har alkoholproblem
- Hemvårdsgруппerna borde delas upp så de i personalen som är intresserade av eller har kunskap om alkoholberoende åker till de klienter

som har det, så de som känner sig obekväma med det inte behöver åka till dem.

Alla respondenter var av den åsikten att antalet äldre som har alkoholproblem bara kommer att öka med åren. En av respondenterna sade att hon inte vet om det kommer att öka eller vara ungefär så som det ser ut idag, men hon var i alla fall säker på att det inte kommer att minska. Orsaker som nämndes till varför de tror att det ökar så var t.ex. att de generationer som är vana att dricka t.ex. lådvin nu som yngre kommer ha större behov av alkohol även då de blir äldre, samt att yngre pensionärer har råd att köpa alkohol, och då även stora mängder alkohol.

R6: "Jag tror att det är ett problem som bara kommer att öka. Som de som är yngre pensionärer idag så de har råd, det finns alkohol. Så jag tror att det kommer att öka."

R3: "Jag tror att det kommer att vara mycket, mycket vanligare. Jag tror att det blir fler klienter som har och att det blir en väldigt vanlig vardag. Och yngre tror jag också. Att största delen är runt 70 då. Men jag tror ju inte att de blir så gamla heller, beroende på hur länge de har druckit, hur mycket kroppen har blivit förstörd"

R2: "Det blir mer och mer". Det blir den här "vinlåde-generationen" nu".

Det var även flera av respondenterna som hade synpunkter eller idéer gällande hur vården av äldre som har alkoholproblem skulle kunna organiseras, eller vad som skulle behövas för att trygga god vård om klientgruppen skulle öka drastiskt. Man nämnde bland annat att det skulle behövas fler personer som har en utbildning eller som är mera inriktad på missbrukarvård i hemvårdsgruppen, som bättre skulle kunna hjälpa med själva missbrukarvården, ifall klienterna önskar vård för sitt missbruk. Någon som skulle kunna hjälpa och stöda dem till att få en bra ålderdom. Det framkom även att det skulle behöva finnas ett specifikt hem för äldre som har alkoholproblem, där det finns personal som förstår dem och kan hjälpa dem med just alkoholproblemen. Det var också en av respondenterna som poängterade att det skulle behöva finnas ett särskilt hem eftersom äldre med alkoholproblem inte är som vanliga åldringar. En annan respondent var av den åsikten att man inom hemservicegruppen skulle kunna ha sina egna områden. Därmed skulle de som är intresserade av eller utbildade inom missbrukarvård ha hand om de klienterna, medan de i personalen som känner sig osäkra och nästan rädda när det kommer till äldre med alkoholproblem, ha hand om någon annan klientgrupp eller område.

R10: "Om det skulle öka drastiskt så tycker jag att det skulle, som t.ex. i vår arbetsgrupp så heter det ju så fint att vi ska ha våra områden. Så då skulle det behöva finnas en grupp kanske som kan mera om det där området. Så att inte en blir skickad då som inte vågar åka ensam typ. Att det är ju inte så bra då. Att som någon som inte alls är lämpad för det, för vi är ju så olika."

R9: "Jag tycker att det skulle behöva bli något ställe. För nog är de ju, säg åldring och åldring, men nog är de ju speciella, de är ju som inte som vanliga åldringar. Så det skulle ju behöva finnas något ställe"

R4: "Det skulle behöva finnas ett hem där de kan vara. Att det finns personal som förstår dem. Som just det där med alkoholproblem, vi har ju ingen utbildning inom det"

7 Diskussion

I denna pro gradu-avhandling har jag med hjälp av fenomenografi funnit olika förhållningssätt som hemvårdspersonalen i de fyra undersökta kommunerna har gentemot fenomenet äldre och alkohol. Jag har också analyserat, tolkat och beskrivit hurudan inverkan dessa kan ha på hemvårdsklienterna och arbetet i sin helhet. Detta för att kunna stöda kommunerna att ge god och jämlik vård åt alla hemvårdsklienter. Jag fann två huvudkategorier med 13 underkategorier gällande hemvårdspersonalens förhållningssätt gentemot äldre och alkohol, två huvudkategorier med tio underkategorier gällande hemvårdspersonalens förhållningssätt gentemot sin roll och kunskap när det kommer till äldre och alkohol, samt en huvudkategori med fyra underkategorier gällande hemvårdspersonalens tankar kring vården av äldre med alkoholproblem i framtiden. I det här kapitlet kommer jag att föra en diskussion kring studiens resultat i koppling till fenomenografi, centrala begrepp och tidigare forskning.

I denna studie fick var och en av alla respondenter fritt beskriva sina tankar kring äldre hemvårdsklienters alkoholbruk och deras tankar kring sin egen kunskap och roll när det kommer till denna klientgrupp, och resultaten visar också att det förekommer en del olika förhållningssätt gentemot äldre hemvårdsklienter och alkohol. Jag fann sammanlagt 13 olika förhållningssätt som hemvårdspersonalen har gentemot äldre och alkohol, vilket visar att det finns en del olika uppfattningar kring detta fenomen. Inom fenomenografi är man alltså specifikt intresserad av människors uppfattningar om ett visst fenomen (Uljens 1989, 7) som i den här studien är hemvårdspersonalens syn på fenomenet äldre och alkohol inom hemservice. Utgångspunkten i en fenomenografisk studie, och så även i denna, är att alla respondenter har olika uppfattningar om fenomenet och därmed läggs tyngden på att undersöka vad fenomenet betyder för respondenterna i fråga (Dahlgren & Johansson 2009, 122; Uljens 1989, 10). Genom att jag undersökt vad fenomenet betyder för respondenterna i fråga har jag fått svar på mina tre forskningsfrågor.

Det framkom att respondenterna hade ganska olika förhållningssätt gentemot äldre och alkohol. T.ex. ansåg vissa att det inte alls är passande för en äldre människa att dricka alkohol, medan andra ansåg att det är helt okej så länge det är kontrollerade mängder. Dock var man väldigt kritisk till alkoholintag i samband med mediciner. Inom fenomenografi anser man att en persons uppfattningar om ett fenomen lägger en grund

till den personens kunskap om fenomenet, samt hur man agerar och resonerar i situationer där fenomenet förekommer (Alexandersson 1994, 117; Uljens 1989, 11,19). Hur man förhåller sig gentemot äldre klienter med alkoholproblem, kan alltså ha att göra med de uppfattningar som man har sen tidigare av personer som har alkoholproblem, samt situationer man varit i där den problematiken förekommit. Här kan även aspekten om vilka normer och normaliteter som förekommer i samhället tas upp, eftersom det finns oskrivna regler i samhället om vad som är ”normalt” och vad som inte är det (Svensson 2007, 17–19; Swärd 2007, 49). Gällande alkohol finns det alltså tankar kring vad som är en acceptabel mängd alkohol att konsumera och vad som inte är det, och övergår en människa från att dricka den acceptabla mängden alkohol till den oacceptabla anses hon vara en missbrukare (Johansson & Wirbing 2005, 22).

I denna studie gäller detta vad som är en acceptabel mängd för en äldre människa att dricka och vad som sedan inte anses vara det. Det framkom att respondenterna ansåg att det är okej för en äldre människa att dricka en konjak till natten om personen inte tar sömnmedicin och det är acceptabelt att dricka ett glas vin till maten om man så vill, men blir det mera än det så är det oacceptabelt och blir ett problem. Enligt social- och hälsovårdsministeriets rekommendationer (2006) borde inte en person som fyllt 65 år dricka mer än två standardmått per gång, alltså inte mer än t.ex. en eller två mellanöl per gång. Dricker man tre mellanöl eller mera, är det för mycket. Om man konsumerar alkohol varje vecka, borde man inte dricka mer än sju standardmått på en vecka, t.ex. sju mellanöl (ibid). Det visar att hemvårdspersonalen är av samma åsikt som rekommendationerna då det kommer till vad som är en acceptabel mängd alkohol för en äldre människa, alltså t.ex. är det okej även enligt allmänna rekommendationer med en konjak till natten, eftersom en snaps med konjak motsvarar ett standardmått.

En äldre människa beskrevs av respondenterna som en person som är väldigt vis och varit med och byggt upp vårt samhälle, samt att de ofta är väldigt nöjda med sin tillvaro, medan en människa med alkoholproblem beskrevs som en person som också har andra problem och haft ett tufft liv. Gemensamt för alla åldringar var att de beskrevs som ofta väldigt ensamma och ibland till och med deprimerade. En av respondenterna beskrev en ideal åldring som ”*en gammal tant med knuten där bak och gråhårig och lite rund och mullig*”. Samma respondent beskrev sedan också att hon anser att äldre som har alkoholproblem inte är som vanliga åldringar.

”Jag tycker nog att det skulle behöva bli något ställe. För nog är de ju, säg åldring och åldring, men nog är de ju speciella, de är ju inte som vanliga åldringar inte. Så det skulle ju behöva finnas något ställe”.

Detta anser jag att man kan koppla till ålderism, men också till normer och normalitet. Eftersom respondenten beskriver en ideal åldring enligt henne med *”en gammal tant med knuten där bak och gråhårig och lite rund och mullig”*, tolkar jag att alkohol inte passar in i den ideala bilden som hon har av hur en åldring är, vilket i sin tur kan förklara varför hon anser att äldre som har alkoholproblem inte är som *”en vanlig åldring”*.

De flesta av respondenterna ansåg ändå att det är okej för en äldre människa att dricka alkohol, så länge det är kontrollerade mängder, vilket även visades följa de allmänna rekommendationerna som Social- och hälsovårdsministeriet (2006) gett ut. Om alkoholanvändningen översteg detta ansågs det dock bli ett problem, vilket också kan kopplas till normer och normalitet i samhället. Eftersom t.ex. Social- och hälsovårdsministeriet (2006) gått ut med att det är okej för en äldre människa att dricka ett standardmått alkohol varje dag, så är det ett acceptabelt bruk av alkohol för en äldre människa i det finländska samhället. Om en äldre person dricker mera än det som rekommenderas som acceptabelt, kan det dock ses som ett problem, eftersom det inte längre följer normer och normalitet kring fenomenet. Enligt min tolkning kan även normer och normalitet påverka en persons fördomar och skapa stereotyper om hur t.ex. en äldre människa ska vara, vilket i sin tur kan skapa ålderism.

En av respondenterna som ansåg att det inte alls hör till en äldre människa att dricka alkohol hade arbetat i hemservicen i över 30 år, och var i pensionsåldern. Eftersom alkoholbruk bland äldre inte varit så vanligt tidigare, speciellt bland kvinnor (Von Wright 2016) kan det ha en inverkan på varför just den respondenten var emot att äldre alls dricker alkohol, om hon är van med att det inte är passande för äldre och speciellt kvinnor att dricka stora mängder alkohol. För att gå tillbaka till fenomenografins utgångspunkt om att uppfattningar är en grund för hur man sedan agerar i situationer där fenomenet förekommer, kan man också jämföra denna respondents svar med en av de andra respondenternas. Den respondenten var i samma ålder och arbetat länge inom hemservice, men ansåg att äldre får dricka alkohol om de så vill och att hon kan hantera situationer med berusade människor bra eftersom hon var van med det från sitt privatliv.

Dessa två respondenter har alltså skapat helt olika uppfattningar gällande äldre och alkohol, vilket i sin tur skapat olika förhållningsätt gällande om det är passande att äldre dricker alkohol eller inte. Eftersom de skapat så olika uppfattningar har de antagligen även olika bilder av hur en äldre människa ska vara och även kring vad de är vana med och ser som acceptabelt för en äldre människa i samhället, alltså vilka normer och normaliteter som de utgår ifrån.

Respondenterna tog upp olika risker som de anser förekomma om en äldre människa dricker alkohol och speciellt tillsammans med mediciner. Risker som nämndes var t.ex. ökad fallrisk och risker kopplade till klientens hälsa. Nästan alla respondenter tog upp att de ansåg att en av de största utmaningarna med då äldre dricker alkohol är när de även har mediciner som de måste ta. Personalen försöker ha kontroll över detta, så att klienten inte tar medicin om personen druckit alkohol, men det kan vara svårt att avgöra. Detta skapar i sin tur en stor oro för personalen och det kan uppstå situationer som de inte vet hur de ska gå tillväga med. Enligt Social- och hälsovårdsministeriet (2006) rekommenderas det att äldre inte ska dricka stora mängder alkohol eftersom t.ex. då man blir äldre så förändras kroppens funktioner fast man i övrigt har en god hälsa. Detta innebär att alkoholen har en kraftigare inverkan på kroppen, bland annat eftersom ämnesomsättningen blir långsammare. Detta resulterar i att den mängd alkohol som inte varit skadlig då man var yngre, kan plötsligt vara det för kroppen. (ibid.)

Hemvårdspersonalens oro gällande just t.ex. medicinintag och alkoholintag kan alltså mycket riktigt göra stora skador på kroppen och det rekommenderas att man inte ska dricka alkohol om man tagit triangelmärkta mediciner, som t.ex. sömnmedicin, epilepsimedieiner och vissa värkmedieiner. Dessutom ska man också vara försiktig att blanda alkohol med t.ex. diabetesmedieiner och hjärt-och blodtrycksmedieiner. Att blanda alkohol och medicin är farligt eftersom alkoholen kan antingen försvaga eller förstärka effekten av en del läkemedel. Flera av respondenterna poängterade även den ökade fallrisken om en äldre klient dricker alkohol, och det är också relevant eftersom alkohol gör att balanssinnet försvagas och även reaktionsförmågan och att vara uppmärksam försämras. Detta kan även förvärras om man tar alkohol tillsammans med medicin. Utöver detta kan även alkohol försvåra många sjukdomar, som respondenterna också ser som en risk med att äldre använder alkohol, t.ex. gällande magbesvär, aptitlöshet och högt blodtryck. (Social- och hälsovårdsministeriet 2006.)

Hur respondenterna ser på alkoholproblem var inte en aspekt som jag hade tänkt ta upp under intervjutillfällena, och det gjorde jag inte heller. Dock var det sex av tio respondenter som tog upp att de anser att alkoholproblem är som en sjukdom, vilket jag tycker är väldigt intressant. Enligt Johansson och Wirbing (2005, 23) har det blivit vanligt att man pratar om ett beroende istället för ett missbruk, eftersom beroende är mera neutralt och inte lika negativt laddat. Man lägger mera skulden på själva drogen ifråga än på människan som tar den. Johansson och Wirbing (2005, 23) förklarar att ”synsättet att beroende är en sjukdom lyfter bort en del av skuldbördan utan att för den skull förneka individens eget ansvar för att förändra sin situation”. T.ex. anses alkoholberoende höra till så kallade livsstilsrelaterade sjukdomar (ibid). Detta kan förklara varför så många av respondenterna ansåg att alkoholproblem är en sjukdom, och respondenterna själva tog upp faktorer som att man inte föds till en person med alkoholproblem eller att de inte tror att någon väljer att få alkoholproblem, som faktorer till varför de ser det som en sjukdom. Även Världshälsoorganisationen (WHO) definierar beroende som ett sjukdomstillstånd, som innebär att en person måste få en drog och gör allt för att få den (Franck och Nylander 2011, 11). Johansson och Wirbing (2005, 23) beskrev att det blivit allt vanligare att beskriva alkoholproblem som ett beroende och en sjukdom i samhället, vilket jag anser kan ha en inverkan på normer och normaliteter som förekommer kring fenomenet. Alltså normer och normaliteten kring alkoholproblem blir mer acceptabelt överlag i samhället, om det ses som en sjukdom.

Respondenterna poängterade att det kan vara väldigt svårt att få reda på att en äldre klient har alkoholproblem, eftersom de ofta är väldigt bra på att dölja det. T.ex. är det vanligt att klienterna gömmer bort alkoholen då hemvårdspersonalen kommer på sina besök, så då är det endast på t.ex. klientens andedräkt som de kan upptäcka att klienten druckit alkohol. Alkoholproblem är alltså förknippat med en negativ klang och att medge att man använder alkohol, och då ibland stora mängder alkohol, är också ofta något som kopplas till en skamkänsla, vilket leder till att alkoholbruk ofta är väldigt dolt (Hasselgren 2012). Detta kan kopplas till normer och normalitet, eftersom det är först nu de senaste åren som man börjat uppmärksamma äldre människors alkoholbruk eftersom det ökat och det tidigare inte varit ett så omtalat och synligt fenomen (Jyrkämä & Haapamäki 2008). I och med detta kanske det ännu inte är så accepterat i samhället att äldre människor dricker alkohol, vilket i sin tur påverkar skamkänslan ännu mera och behovet av att dölja att man dricker.

Några av respondenterna framhöll att de upplevt situationer jobbiga eller utmanade om klienten varit berusad vid besöken och varit verbalt eller fysiskt aggressiv. Alkohol kan orsaka att en människa får tvära kast i humöret och att personen till och med kan bli aggressiv (Social- och hälsovårdsministeriet 2006). Några av respondenterna höll dock fram att de känner sig säkra i sitt arbete med klienter som har alkoholproblem, eftersom de är vana med att arbeta med alkoholproblem och inte är rädda att ge sig in i sådana situationer. Att de kände sig bekväma med detta beskrevs även eftersom de från sina privatliv är vana med alkoholproblematik och kan hantera personer som är berusade. Detta är relevant just eftersom man inom fenomenografi anser att en persons uppfattningar om ett fenomen lägger en grund till den personens kunskap om fenomenet, samt hur man agerar och resonerar i situationer där fenomenet förekommer (Alexandersson 1994, 117; Uljens 1989, 11,19).

Det poängterades också av flera av respondenterna att de känner sig säkra och att de har tillräckligt med kunskap gällande äldre och alkohol, eftersom de har så lång arbetserfarenhet och därmed mött och sett en del, så därför känner de också att de kan hantera de flesta situationer med sin erfarenhet, fast de inte specifikt har någon utbildning inom missbrukarvård. Respondenterna kommenterade också att det finns de i arbetsgruppen som är rädda för att åka ensamma till klienter som har alkoholproblem och om man ser detta utgående ifrån fenomenografi, kan den rädslan ha att göra med personernas uppfattningar om äldre och alkohol, eller kanske främst uppfattningar baserade på tidigare upplevelser av berusade människor och hotfulla situationer där alkohol spelat en stor roll i den situationen. Respondenterna hade som förslag för den framtida vården av äldre klienter med alkoholproblem att de i personalen som vill åka till klienterna med alkoholproblem gör det, så behöver inte de som känner sig osäkra och kanske till och med rädda att åka göra det, utan istället fokusera på att ta hand om de klienter som inte har alkoholproblem.

Flera av respondenterna uppgav att de äldre klienter inom hemservicen som har alkoholproblem oftast är som alla andra klienter. Ibland kan det dock vara extra mycket arbete om klienterna varit eller är berusade vid besöken, för då kan de vara väldigt krävande och vill att personalen gör allt som de ber dem göra. Även i Marjo Taittonens studie om hur hemvårdspersonalen bemöter äldre som har missbruksproblem visade det sig att de inte ansåg att det var någon skillnad mellan de klienter som hade missbruksproblem och inte, och att ett missbruk inte är något problem så länge allt

annat fungerar (Taittonen 2011.) Det var det också några av respondenterna som tog upp i denna studie, att så länge klienterna sköter sig och besöken fungerar som de ska, så är det inga problem om klienten ibland dricker sig berusad. Det är då det blir problem och saker och ting runt omkring slutar fungera på grund av drickandet som man ser det som en utmaning.

Klientens självbestämmanderätt och att hemvårdspersonalen arbetar i klienternas hem där det är hemvårdspersonalen som ska göra så som klienten vill och inte tvärtom, var en återkommande synpunkt gällande äldre hemvårdsklienters alkoholbruk. Enligt lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården är syftet ”att främja klientmedverkan, förtroendefulla klientrelationer samt klientens rätt till god service...” I samma lag men i 4 § stadgas att ”...Klienten ska bemötas så att hans eller hennes människovärde inte kränks och att hans övertygelse och integritet respekteras” (Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 2000.) Alltså väljer klienterna själva att dricka alkohol, kan inte hemvårdspersonalen förbjuda dem. Vikten av en klients självbestämmanderätt och att hemvårdspersonalen arbetar i klienternas hem var också något som hemvårdspersonalen poängterade i Taittonens (2011) studie. Flera av respondenterna tillade dock att de också måste få sätta gränser för vad som är acceptabelt beteende, både fysiskt och verbalt, gentemot dem. Detta eftersom klienterna kan vara väldigt elaka och till och med aggressiva om de är berusade. Detta är också något som hemvårdspersonalen har rätt att göra enligt Arbetarskyddslagen (738/2002) där det stadgas att arbetsförhållanden ska vara trygga och hälsosamma för arbetstagarna, i detta fall för hemvårdspersonalen.

Gällande hemvårdspersonalens bemötande av klienter som har alkoholproblem var det fyra stycken som sade att de tror eller vet att deras bemötande, eller kollegornas bemötande, ändrar, speciellt om klienten är berusad vid besöken. En respondent poängterade att hon inte ville tro att det är så men att hon tyvärr tror att det förekommer. En annan sa öppet att hon vet om att hennes bemötande förändras om klienten är berusad, och hon blir mer på sin vakt och kanske inte visar lika mycket empati. Enligt bland annat Finlands grundlag och Socialvårdslagen måste alla behandlas och bemötas lika. 6 § i Finlands grundlag lyder: ”Ingen får utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd, eller handikapp, eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person” (Finlands grundlag 1992, 2 kap. 6 §). I socialvårdslagen 4 § stadgas att ”en klient har rätt till

socialvård av god kvalitet och gott bemötande utan diskriminering från den som lämnar socialvården...” (Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 2000, 2 kap. 4 §). Hemvårdspersonalen får alltså inte utan godtagbara skäl särbehandla någon klient på grund av t.ex. personens ålder och dessutom tolkar jag att alkoholproblem kan höra till ”någon annan orsak som gäller hans eller hennes person”, eftersom alkoholproblem är en del av den människan ifråga. Hemvårdspersonalen får inte heller diskriminera någon klient, utan alla klienter har rätt till ett gott bemötande och god kvalitet på servicen.

Lagarna talar alltså mycket för att det är hemvårdspersonalen som måste respektera klienterna och bara följa deras villkor, fast man egentligen skulle vilja sätta regler och säga emot. Dock kan man ju också fråga sig om klienterna verkligen har rätt att behandla hemvårdspersonalen hur som helst, och kränka dem? Eftersom hemvårdspersonalen skyddas av Arbetarskyddslagen (738/2002) vars syfte är att se till att personalen arbetar under trygga och hälsosamma arbetsförhållanden, gör det att även klienterna måste respektera hemvårdspersonalen och t.ex. samarbeta med dem. Dessutom så får personalen inte utsättas för någon form av aggressivt beteende, för då är det inte en trygg arbetsplats. Det förekommer alltså också regler kring hur klienterna får bete sig och inte bete sig gentemot hemvårdspersonalen, och inte enbart om hur hemvårdspersonalen ska bete sig gentemot klienterna.

Det var intressant att alla respondenter förutom en ansåg att de har tillräckligt med kunskap och redskap till att bemöta, stöda och vårda äldre som har alkoholproblem, fast de inte har någon utbildning inom missbrukarvård, och dessutom ansåg sedan de flesta angående den framtida vården av äldre med alkoholproblem, att det skulle behövas personal som enkom är utbildade inom missbrukarvård, för att ta hand om äldre som har alkoholproblem. Några tog till och med upp att det skulle vara bäst om det inrättades ett boende där klientgruppen skulle få den vård som de behöver, vilket kanske ändå tyder på att man inte är så säker på sin kunskap när det kommer till äldre och alkohol, fast man anser det idag när hemservicegrupperna inte har så många äldre klienter som har alkoholproblem. Om man är i behov av hjälp och stöd vid någon klient söker man den från missbrukarvårdens sida, oftast från Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård och deras missbrukskoordinatorer som finns till hands i alla de undersökta kommunerna. Hesselgren (2012) poängterar att det måste finnas ett samarbete mellan äldreomsorgen och missbrukarvården, eftersom det ökade antalet

äldre som har alkoholproblem sätter nya krav på dem (se även Jyrkämä & Haapamäki 2008, 8).

Det var en av respondenterna som svarade på frågan om hon anser att hon har tillräcklig kunskap och redskap till att bemöta, stöda och vårda äldre med alkoholproblem, med att hon inte tror att de klienter som de har vill ha någon hjälp med sitt missbruk. Detta är en aning oroväckande ifall hemvårdspersonalen resonerar på det sättet. Alla personer ska nämligen ha rätt till missbrukarvård, oberoende om det är äldre människor eller inte som det är fråga om (Hesselgren 2012). Hesselgren (2012) poängterar att han är rädd att denna rättighet kan utebli om ett fungerande samarbete mellan äldreomsorgen och missbrukarvården inte förekommer. Detta borde dock inte vara fallet i de kommuner som jag undersökt, eftersom alla respondenter svarade att det finns hjälp och stöd att fås från missbrukarvårdens sida om de behöver, fast det kanske inte för tillfället finns ett aktivt samarbete.

Man kunde dock se en hopplöshet bland personalen och de poängterade vid flera tillfällen under intervjuens gång att de inte kan göra så mycket åt att deras klienter dricker alkohol, just på grund av det som redan diskuterats, att de arbetar i klienterna hem och där gäller klienternas åsikter och regler. Detta beskrevs som en viss frustration, eftersom personalen i flera fall skulle vilja ha någon form av regel att klienterna inte får vara berusade då de kommer på sina besök, eller att man på grund av oro för klientens hälsa skulle kunna förbjuda dem att dricka alkohol. Om man ser till riskerna som Social- och hälsovårdsministeriet gått ut med gällande en äldre persons alkoholvanor, är hemvårdspersonalens oro befogad, just på grund av t.ex. ökade fallrisker och att läkemedlens inverkan kan antingen försvagas eller förvärras om de tas med alkohol (Social- och hälsovårdsministeriet 2006). Trots sådana här faktorer verkar det ändå vara viktigare med en klients självbestämmanderätt och därmed begränsas vad hemvårdspersonalen kan göra åt saken, som kanske i längden skulle främja klientens hälsa och välmående.

Som tidigare nämnt, så känner sig hemvårdspersonalen säkra på sitt arbete och känner att de har kunskap och redskap till att bemöta, stöda och vårda äldre med alkoholproblem i den mån man har sådana klienter i dagens läge. Dock kunde man se en viss osäkerhet och oro inför framtiden om antalet äldre med alkoholproblem ökar drastiskt inom hemservicen som forskare förutser (se t.ex. Jyrkämä & Haapamäki 2008;

Ahlström et al 2008). Även alla respondenter var av den åsikten att de tror att antalet äldre med alkoholproblem bara kommer att öka inom hemservicen och då ansåg de att det skulle vara bra med t.ex. någon i arbetsgruppen som är utbildad inom missbrukarvård. Att respondenterna kände sig säkra på sin kunskap och känner att de klarar av de klienter som de har idag som har alkoholproblem, förklarades också mycket med att man oftast känner till klienterna ganska bra då det är relativt små kommuner, samt att man som hemvårdare lär känna sina klienter mycket väl och vet därmed hur man ska handskas med dem. Denna aspekt skulle alltså eventuellt kunna vara annorlunda i en stor kommun där man kanske inte känner till sina klienter sen tidigare.

För att man ska kunna garantera en god och jämlik vård inom hemservicen, samt se till så att hemvårdspersonalen känner sig trygga i sitt arbete, borde man alltså enligt respondenterna se till så att det finns en eller flera i arbetsgrupperna som har utbildning inom missbrukarvård i framtiden. Denna aspekt är speciellt viktigt om antalet äldre klienter med alkoholproblem ökar drastisk. Detta för att man ska få välja om man vill åka till hemvårdsklienter med alkoholproblem eller inte, så att inte en i personalen som känner sig osäker och rädd för det måste åka till en klient med alkoholproblem. Om det är de i arbetsgruppen som känner sig säkra på hur de ska hantera klienter med alkoholproblem, samt har kunskap till det, som åker till de klienterna, kan man samtidigt förhindra att klienterna blir dåligt bemötta och inte får den vård de behöver.

Om antalet klienter med alkoholproblem ökar inom hemservicen skulle det också vara bra för kommunerna att se över villkoren för att en person ska beviljas hemservice.

T.ex. borde klara regler finnas för hur klienterna får bete sig gentemot hemvårdspersonalen då de kommer för att hjälpa dem, som både klienten och personalen är medvetna om. Så som det är nu så var respondenterna aningen osäkra på vad de får göra och vad de får säga, och de tar istället emot t.ex. kränkande ord som klienterna kan säga när de är berusade. Det skulle alltså vara bra att gå igenom vad personalen kan göra i dessa situationer, och samtidigt respektera klienten och ge god vård och ett bra bemötande, fast man sätter gränser.

Litteraturförteckning

Ahlström, Salme & Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Huhtanen, Petri (2008) Alkoholen och äldre i Finland. Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift vol. 25 (5), 427–437.

Alexandersson, Mikael (1994) Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus. Ingår i Starrin, Bengt & Svensson, Per-Gunnar (red.) Kvalitativ metod och vetenskapsteori. Lund: Studentlitteratur 111–136.

Andersson, Lars (2008) Ålderism. Studentlitteratur.

Arbetskyddslagen (738/2002) Läst 20.4.2016 på [https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2002/20020738?search\[type\]=pika&search\[pika\]=arbetskyddslagen#L1](https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2002/20020738?search[type]=pika&search[pika]=arbetskyddslagen#L1).

Bergström, Tove (2014) Alkoholkonsumtion bland äldre – handlar det om eget val eller skam? Äldre diskuterar alkoholkonsumtion på en diskussionsspalt. Pro gradu-avhandling i socialt arbete. Helsingfors universitet.

Billinger, Kajsa (2012) 60 till 70-åringars tal om den egna alkoholkonsumtionen. Socialvetenskaplig tidskrift nr 3–4, 170–185.

Dahlberg, Lena (2013) Äldreomsorg i utveckling mot välfärdspluralism. Ingår i Andersson, Lars (red.) Socialgerontologi. Studentlitteratur 221–248.

Dahlgren, Lars Owe & Johansson, Kristina (2009) Fenomenografi. Ingår i Fejes, Andreas & Thornberg, Robert (red.) Handbok i kvalitativ analys. Liber 122–135.

Dehlin, Ove & Hagberg, Bo & Rundgren, Åke & Samuelsson, Gillis & Sjöbeck, Barbro (2000) Gerontologi. Åldrande i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv. Natur och kultur.

Denscombe, Martyn (2009) Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna. Lund: Studentlitteratur.

Evertsson, Lars & Johansson, Stina (2008) Ett hem till mer än namnet – om hem som källa till oberoende och identitet bland äldre med hemtjänst. Socialvetenskaplig tidskrift nr 2, 135–151.

Finlands grundlag (1999) 2 Kap. Grundläggande fri- och rättigheter, 6 § Jämlikhet. Läst 8.3.2016 på

[https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1999/19990731?search\[type\]=pika&search\[pika\]=finlands%20grundlag.#L2](https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1999/19990731?search[type]=pika&search[pika]=finlands%20grundlag.#L2).

Franck, Johan & Nylander, Ingrid (2011) Beroendemedicin. Lund: Studentlitteratur.

Gunnarsson, Evy (2016) Äldreomsorgens alkoholdilemma. Läst 6.4.2016 på

<http://www.nordicwelfare.fi/popNAD/Articles/Aldreomsorgens-alkoholdilemma/>.

Haarni, Ilka & Hautamäki, Lotta (2008) Ikääntyvät juomatavat. Elämäkokemus ja muuttuva suhde alkoholiin. Gaudeamus, Helsinki.

Hesselgren, Staffan (2012) Äldres alkoholproblem ofta dolda. Läst 19.4.2016 på

<http://www.can.se/globalassets/aon/2012/2012-3-aldres-alkoholproblem-ofta-dolda.pdf>.

Hovi, Mark (2011) Vanhukset ja päihteet. Sosiaalityöntekijöiden ja sosiaaliohjaajien käsityksiä ikääntyneiden päihteidenkäytöstä, palveluista ja päihdepalveluiden kehittämistä. Pro gradu-avhandling. Helsingfors universitet.

Innanen, Pirjo & Terävä, Mia (2012) Ikääntyneiden alkoholinkäyttö hoitotyön näkökulmasta. Saimaan ammattikorkeakoulu.

Jacobsen, Dag Ingvar (2007) Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete. Studentlitteratur.

Jyrkämä, Jyrki & Haapamäki, Laura (2008) Åldrande och alkohol. NAD-publikation 52. Helsingfors.

KASTE (2013) Pilotprojekt om äldreomsorgslagen. Läst 8.3.2016 på

<https://www.innokyla.fi/documents/281160/0/utredning+av+servicebehovet-web2.pdf/b599615b-5e8e-4451-a042-0d5a6d87e1fe>.

Kroksmark, Tomas (1987) Fenomenografisk didaktik. Acta universitatis Gothoburgensis.

Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (2000) 1 Kap. 1 § Lagens syfte. Läst 8.3.2016 på

[https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2000/20000812?search\[type\]=pika&search\[pika\]=klientens%20r%C3%A4ttigheter%20och%20skyldigheter#a812-2000](https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2000/20000812?search[type]=pika&search[pika]=klientens%20r%C3%A4ttigheter%20och%20skyldigheter#a812-2000).

Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (2000) 2 kap. 4 § Rätt till socialvård av god kvalitet och gott bemötande. Läst 8.3.2016 på [https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2000/20000812?search\[type\]=pika&search\[pika\]=klientens%20r%C3%A4ttigheter%20och%20skyldigheter#a812-2000](https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2000/20000812?search[type]=pika&search[pika]=klientens%20r%C3%A4ttigheter%20och%20skyldigheter#a812-2000).

Lag om missbrukarvård (1986) 2 kap. 10 § Förutsättningar för vårdförordnande. Läst 8.3.2016 på <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1986/19860041#a41-1986>.

Lag om patientens ställning och rättigheter (1992) 2 Kap. 3 § Rätt till god hälso- och sjukvård samt till ett gott bemötande. Läst 8.3.2016 på [https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785?search\[type\]=pika&search\[pika\]=patientens%20st%C3%A4llning%20och%20r%C3%A4ttigheter#a785-1992](https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785?search[type]=pika&search[pika]=patientens%20st%C3%A4llning%20och%20r%C3%A4ttigheter#a785-1992).

Lag om patientens ställning och rättigheter (1992) 2 Kap. 6 § Patientens självbestämmanderätt. Läst 8.3.2016 på [https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785?search\[type\]=pika&search\[pika\]=patientens%20sj%C3%A4lvbest%C3%A4mmander%C3%A4tt.#a785-1992](https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785?search[type]=pika&search[pika]=patientens%20sj%C3%A4lvbest%C3%A4mmander%C3%A4tt.#a785-1992).

Lag om pension för arbetstagare (2006) 3 Kap. 11 § Rätt till ålderspension. Läst 9.3.2016 på [http://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2006/20060395?search\[type\]=pika&search\[pika\]=lag%20om%20pension%20f%C3%B6r%20arbetstagare#L3P11](http://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2006/20060395?search[type]=pika&search[pika]=lag%20om%20pension%20f%C3%B6r%20arbetstagare#L3P11).

Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (2012) 1 Kap. 3 § Definitioner. Läst 9.3.2016 på [http://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2012/20120980?search\[type\]=pika&search\[pika\]=lag%20om%20st%C3%B6djande%20av%20den%20%C3%A4ldre%20befolkningens%20funktioner%20och%20om%20social-och%20h%C3%A4lsov%C3%A5rdstj%C3%A4nster%20f%C3%B6r%20%C3%A4ldre%20#L1P3](http://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2012/20120980?search[type]=pika&search[pika]=lag%20om%20st%C3%B6djande%20av%20den%20%C3%A4ldre%20befolkningens%20funktioner%20och%20om%20social-och%20h%C3%A4lsov%C3%A5rdstj%C3%A4nster%20f%C3%B6r%20%C3%A4ldre%20#L1P3).

Magnusson, Jan (2007) Sociala problem och politiska fält. Ingår i Svensson, Kerstin (red.) Normer och normalitet i socialt arbete. Studentlitteratur 171–182.

Marton, Ference & Booth, Shirley (1998) Learning and awareness. New York: Lawrence Erlbaum.

Mustonen, Heli & Mäkelä, Pia & Huhtanen, Petri (2009) Miten suomalaisten alkoholin käyttötilanteet ovat muuttuneet 2000-luvun alussa? Yhteiskuntapolitiikka 74 (4), 387–399.

Nuorvala, Yrjö & Metso, Leena & Kaukonen, Olavi & Haavisto, Kari (2004) Missbrukarklientelet i förändring – Kartläggning av missbruksfall åren 1987–2003. Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift vol. 21 (6), 417–432.

Sandsten, Amanda (2014) Äldre människors alkoholmissbruk – En utmaning för vården? Kandidatavhandling i socialt arbete. Svenska social- och kommunalhögskolan vid Helsingfors universitet.

Sandsten, Amanda (2015) Professionellas förhållningssätt gentemot äldre missbrukare. Praktikforskning i socialt arbete. Helsingfors universitet.

Snellman, Fredrik (2009) ”Gammfolket”. Om livserfarenheter och vardagens ålderism. Umeå.

Social- och hälsovårdsministeriet (2015) Hemvård och hemservice. Läst 8.3.2016 på <http://stm.fi/sv/hemvard-och-hemservice>.

Social- och hälsovårdsministeriet (2006) Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Esittetä 2006:6.

Social- och hälsovårdsministeriet (2016) Socialservice. Läst 6.4.2016 på <http://stm.fi/sv/socialtjanster>.

Socialvårdslag (2014) 3 Kap. 19 § Hemservice. Läst 8.3.2016 på [https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2014/20141301?search\[type\]=pika&search\[pika\]=%C3%A4ldreomsorgslagen#a1301-2014](https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2014/20141301?search[type]=pika&search[pika]=%C3%A4ldreomsorgslagen#a1301-2014).

Swärd, Hans (2007) Om outsiders och att hålla normalitetsdjävulen i schack. Ingår i Svensson, Kerstin (red.) Normer och normalitet i socialt arbete. Studentlitteratur 49–61.

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (2015) Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2014. Läst 8.3.2016 på <https://www.thl.fi/sv/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta>.

Taittonen, Marjo (2011) Päihteitä käyttävän ikäihmisen kohtaaminen kotihoidossa – Asiakkaiden ryhmittely juomatapojen mukaan, kotihoidon työntekijän rooli sekä eettiset jännitteet. Pro gradu-avhandling i socialt arbete. Tammerfors universitet.

Uljens, Michael (1989) Fenomenografi – forskning om uppfattningar. Lund: Studentlitteratur.

Van Aerschot, Lina (2014) Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus. Sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteys avun saamiseen ja palvelujen käyttöön. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Von Wright, Julius (2016) Accepterat, åtråvärt och skamligt. Läst 19.4.2016 på <http://www.nordicwelfare.org/popNAD/Articles/Accepterat-atravart-och-skamligt/>.

Wentjärvi, Annika & Sund, Maria & Pellfolk, Tony (2012) Hälsa och livsvillkor bland äldre i Kvarkenregionen baserat på GERDA Botnia-enkäten 2010. Ingår i Jungerstam, Susanne & Nygård, Mikael & Olofsson, Birgitta & Pellfolk, Tony & Sund, Maria. Äldres värdighet, delaktighet och hälsa. Resultat från GERDA Botnia-projektet. Yrkehögskolan Novia 12–25.

Wirbing, Peter & Ortiz, Liria (2014) Riskbruk och beroende – beroendelära för socialtjänsten. GOTHIA, Fortbildning.

Bilaga 1: Informationsbrev till respondenterna

Jag studerar socialt arbete vid institutionen för socialvetenskaper på Helsingfors universitet. Jag kommer att skriva min Pro gradu avhandling om hemvårdspersonalens förhållningssätt gentemot äldre och alkohol under hösten 2015 och våren 2016.

Eftersom du ingår i målgruppen för undersökningen skulle jag gärna vilja intervjua dig. Just din kunskap och dina erfarenheter är viktiga!

Ditt deltagande är frivilligt och du har rätt att avbryta din medverkan när du vill. Som undersökningsdeltagare garanteras du anonymitet, vilket innebär att uppgifter om dig ges största möjliga konfidentialitet. Uppgifter som kan härledas till din person kommer att oidentifieras. Ditt namn, kön, din ålder eller andra uppgifter som kan härledas till din person, kommer inte att publiceras. Ifall du godkänner att intervjun bandas kommer materialet att förstöras när avhandlingen är godkänd. Resultatet kommer att användas enbart för forskningsändamål, vilket innebär att det inte får användas för beslut eller åtgärder som direkt påverkar dig.

Med vänliga hälsningar

Amanda Sandsten

Socialarbetarstuderande vid Helsingfors universitet

Datum: Malax 28.5.2015

Epost: amanda.sandsten@helsinki.fi

Tel: XXX

Bilaga 2: Samtyckesblankett

Härmed samtycker jag att det jag delger får användas för forskningsändamål. Jag har informerats om forskningen och dess syfte som är att undersöka hemvårdspersonalens förhållningssätt gentemot äldre och alkohol. Jag känner till att jag kan avbryta mitt deltagande när jag vill.

.....
Underskrift

.....
Namnförtydligande

.....
Datum

Bilaga 3: Intervjuguide

TEMA 1: Utbildning och jobb

- Berätta om din utbildning
- Berätta om ditt jobb
- Hurudana klienter har ni?
- Hur ser en typisk arbetsdag ut för dig?
- Hur länge har du arbetat inom hemservicen?

TEMA 2: Äldre och alkohol

- Har du träffat klienter med alkoholproblem?
- Har ni klienter just nu som har alkoholproblem?
- Berätta om ett besök hos en klient med alkoholproblem.
- Berätta om hurudana saker som kommit upp under besöken som du eventuellt ansett vara jobbigt eller utmanande. Berätta också hur du hanterade situationen.
- Finns det några specifika klientfall som du kommer att tänka på? Hur gjorde du i den situationen och vad gjorde dina kollegor, andra?
- (Kan bemötande ändras om klienten är beroende av alkohol?)

- Beskriv en äldre människa (allmänt).
- Beskriv en människa som har alkoholproblem.
- Berätta om din åsikt gällande äldre som använder alkohol.
- På vilket sätt använder era klienter alkohol?
- När blir alkoholanvändningen ett problem?

TEMA 3: Kunskap och redskap

- Har du någon utbildning inom missbrukarvård?
- Känner du att du känner dig säker i ditt jobb med äldre som är beroende av alkohol?
- Känner du att du har tillräckligt med kunskap och redskap till att bemöta, stöda och vårda äldre som är beroende av alkohol?
- Om inte, berätta om situationer där du känner dig osäker och önskar mera stöd.
- Berätta om specifika klientfall där du känt dig osäker. Vad har du gjort då? Vad har dina kollegor gjort?
- Förekommer någon form av stöd i dagens läge, t.ex. handledning eller samarbete med missbrukarvård?

TEMA 4: Framtiden

- Hur ser du på vården av äldre med alkoholberoende i framtiden?
- Har du något att tillägga eller kommentera?