

Får man ta en sup till sillmackan här på hemmet?

En kvalitativ studie om personal inom äldreomsorgens syn på äldres alkoholvanor.

Anna Andersson

Sandra Johansson

LUNDS UNIVERSITET

Socialhögskolan

SOPA 63, Ht 2013



Handledare: Frans Oddner

Abstract

Author: Anna Andersson och Sandra Johansson.

Title: May I take a snifter to the herring sandwich at the retirement home? - A qualitative study of staffs in eldercare approach to older people's drinking habits. [translation]

Supervisor: Frans Oddner.

The society's population is growing older and it is more common with alcohol related problems. Because of that, our purpose with this study was to describe how staff in municipal elderly care perceives, manage and treat older people with alcohol use and abuse. We have chosen to interview staff in three retirement homes and three assisted living groups in three different places, a total of six interviews. The theories that we have chosen to analyze the results with are Tornstams theory of gerontology and Goffmans theory of stigma. Our finding was that there are no common policies that the staff knew about, but all informants talked about unwritten rules even if the retirement homes and assisted living groups did not have official policies. Regarding the elder's autonomy all the interviewees agreed that it was a base in their work. Considering the elderly's alcohol habits and the medication it was individual how the staff should treat elderly with an alcohol use or abuse. To some extent is it different depending on which retirement home, assisted living group or place the staff working in.

Keywords: elder, addiction, alcohol abuse and staff in eldercare.

Innehållsförteckning

1. Inledning	4
2. Problemformulering	4
3. Syfte och Frågeställningarna	6
4. Bakgrund	7
4.1 Policy	7
4.2 Särskilt boende	7
4.3 Hemtjänsten	7
4.4 Alkoholbruk och alkoholmissbruk	7
5. Tidigare forskning	8
6. Teorier	10
6.1 Perspektiv på gerontologi enligt Tornstam	10
6.2 Perspektiv på stigma enligt Goffman	11
6.3 Teoretiska begrepp	12
7. Metod	13
7.1 Metodens förtjänster och begränsningar	14
7.2 Urval	15
7.3 Tillvägagångsätt	16
7.4 Metodens tillförlitlighet	18
7.5 Källkritik	19
7.6 Etiska överväganden	20
8. Resultat och analys	21
8.1 Intervjupersonerna	22
8.2 Alkoholpolicy	22
8.3 Självbestämmande	24
8.4 Medicin och alkohol	26
8.5 Personalens syn på alkoholens betydelse för de äldre	28

8.6 Vårdtagarens bakgrund.....	29
8.8 Anhöriga och överrapportering	33
8.9 Framtiden.....	35
9. Slutdiskussionen	36
10. Referenslista.....	42
Bilaga 1	46

Förord

Valet av rubrik har inspirerats av respondenternas exempel från intervjuerna. Vi har under hela läs- och skrivprocessen arbetat gemensamt. Vi delade upp intervjuerna, eftersom vi gemensamt med vår handledare kom fram till att det kan bli mer effektivt vid intervjutillfället då vår förhoppning var att det skulle bli ett mer personligt samtal. I och med att vi delade upp intervjuerna kunde vi fokusera på varsin ort och därmed lösa intervjuerna i ort C, eftersom dessa genomfördes samtidigt. För tydlighetens skull har vi i studien skrivit i ”vi form”.

Vi vill tacka vår handledare Frans, för många bra råd och handledningstillfällen. Vi vill även tacka de vänner som har ställt upp och läst igenom arbetet. Till sist vill vi även tacka intervju-personerna som har delat med sig av sina erfarenheter.

1. Inledning

Sveriges befolkning blir äldre och idag räknas cirka 18 % av befolkningen vara över 65 år. Statistiskt beräknas denna grupp öka till cirka 25 % inom 50 år (Statens folkhälsoinstitut 2012). Även i andra västerländska samhällen, som till exempel USA, påvisas samma trend, andelen äldre kommer att öka drastiskt (Memmott 2003). I Norströms och Ramstedts (2006) artikel står det att alkoholanvändandet har ökat i alla åldersgrupper i Sverige. Detta gör att det kan bli en intressant utveckling utifrån det faktum att det blir fler äldre i samhället. Memmott (2003) hänvisar till amerikansk forskning som visar att många av de äldre inte ser alkohol som en drog och har därför en positiv inställning till brukandet av alkohol. Detta kan göra att det kommer in fler äldre inom äldreomsorgen som har en alkoholproblematik (Socialstyrelsen 2012). I Memmotts (2003) artikel finns det en beskrivning av att denna utveckling även finns i USA där de menar att alkohol är en av de vanligaste drogerna i gruppen 65-82 år. Trots denna utveckling som har uppmärksammats finns det inte mycket forskning menar Jyrkämä och Haapamäki (2009). Socialstyrelsen (2012) beskriver att det håller på att bli ett generationsskifte av vårdtagarna, det kan komma att leda till en ökad alkoholkonsumtion, vilket i sin tur kan leda till att fler äldre får alkoholproblem. Generationsskiftet är även något som Statens folkhälsoinstitut (2012:3) nämner:

Den generationen som nu går mot pension och ålderdom var unga under 60- och 70-talen, en liberal tid vad gäller förhållningssättet till alkohol och droger, och antas behålla det förhållningssättet.

Forskning från USA visar att det finns en risk att många äldre kommer att ha ett blandanvändande av alkohol och läkemedel (Renwanz Boyle & Davis 2006).

2. Problemformulering

Enligt vår tolkning av Socialstyrelsen (2012) kan det uppstå konsekvenser som en ökad andel alkoholrelaterade skador, om alkoholkonsumtionen ökar. Detta kan leda till stora hälsosfaror eftersom många äldre tar många mediciner (Socialstyrelsen 2012). Utifrån vår tolkning är den forskning som finns mer inriktad på de medicinska aspekterna, däremot är inte forskningen om de sociala aspekterna så omfattande. Det finns dock en forskare från Stockholms Univer-

sitet, Gunnarsson, som forskar mer på de sociala aspekterna, där hon ser på personalens syn på de äldres alkoholvanor.

Det finns statistik framtagen av Socialstyrelsen (2012) som påvisar att mellan år 2000 och 2010 har det skett en ökning med cirka 45 % av personer med en alkoholdiagnos i åldersgruppen 60-79 år. I media har det även diskuterats om äldre personers alkoholvanor, vilket vi har tolkat som att frågan börjar blir mer aktuell, det som brukar rapporteras i media gällande äldreomsorg är omsorgsbrister. En enhetschef inom äldreomsorgen i Skåne redogör för att den här utvecklingen kan bli problematisk. Hon menar att det finns ett dilemma, å ena sidan ska människor kunna dricka alkohol om de känner för det, å andra sidan finns det en risk för fler fallolyckor och att det kan uppstå konflikter med personal och andra vårdtagare (Helsingborgs Dagblad 2013, Statens folkhälsoinstitut 2012). Socialtjänstlagen (2001:453) 5 kap 5 § talar för att äldre människor ska få det stöd och den hjälp som de behöver. Kommunen har ett ansvar för att äldre ska få den omvårdnad och service som kan göra att de i mesta möjliga mån kan leva som tidigare (ibid).

Mot bakgrund av socialtjänstlagen ser vi att det kan bli problem för personal inom äldreomsorgen, eftersom lagparagrafen kan innebära att personalen i själva verket förväntas upprätthålla någons missbruk, till exempel genom att ge hjälp med att gå till Systembolaget. Enligt Socialstyrelsen (2012) kan den här utvecklingen bli mer problematisk. Eftersom det har konstaterats att socialtjänstens vård för missbrukare och människor med beroendeproblematik har dåligt samarbete, genom brist på kommunikation och gemensamma rutiner, med äldreomsorgen (ibid). Statens folkhälsoinstitut (2012) beskriver i linje med detta att många kommuner saknar rutiner för hur de ska samarbeta kring äldre med ett alkoholberoende. Detta kan i sin tur bli ett vetenskapligt problem när man ser på den ökning av äldre med alkoholproblematik som socialstyrelsen beskrivit.

Valet av vårt uppsatsämne grundar sig bland annat i att vi båda har jobbat inom äldreomsorgen under olika perioder. Då och då har vi kommit i kontakt med äldre som har ett alkoholbruk eller med historier berättade av kollegor som kommit i kontakt med äldre med missbruk. Den forskning vi har funnit är framförallt utländsk eller fokuserad på Stockholmsområdet, studien kan bli intressant då den fokuserar på södra Sverige. Forskningen som vi har funnit är mer fokuserad på den medicinska aspekten av äldres alkoholvanor. Vår studie kan därför bidra med ett annat perspektiv. Vår fokus är att se hur personal inom äldreomsorgen på tre orter

i Skåne resonerar kring de äldres alkoholbruk och missbruk. Utifrån detta har vi tänkt undersöka hur personalen säger sig agera beroende på vilken av de tre orterna i södra Sverige som de arbetar i. Enligt Johansson och Wirbing (2005) är Skåne ett av de landskap där det dricks mest i Sverige, därför kan det bli intressant att göra studien i södra Sverige. De tre orter vi valt representerar olika inriktningar och kommer benämnas som A, B och C.

A är en medelstor akademikerort, B är en större ort som tidigare varit en industriort, men har genomgått stora förändringar mot att bli mer av en kunskaps- och akademikerort under de senaste åren, samt C som är en mindre landsbygdsort. Utifrån den skillnaden mellan orterna både vad gäller inriktningar och deras storlek, är det intressant att se om det finns olikheter i personalens synsätt när det kommer till de äldres alkoholbruk i relation till äldreomsorgen.

3. Syfte och Frågeställningarna

Mot bakgrund av att en hög alkoholkonsumtion är en ökande trend i samhället, är vårt syfte att beskriva hur personal inom kommunala äldreomsorgen på orterna A, B, och C uppfattar, bemöter och hanterar äldres alkoholbruk och alkoholmissbruk.

Hur uppfattar och hanterar personalen inom kommunal äldreomsorg sitt arbete hos äldre då dessa har ett alkoholbruk eller alkoholmissbruk?

Hur uppfattar och hanterar personalen de äldres rätt att själva bestämma om de vill bruka alkohol?

Hur resonerar personalen kring vilken inverkan alkohol har i samband med den äldres läkemedelsintag?

Hur påverkar de äldres bakgrund personalens syn på de äldres alkoholbruk och alkoholmissbruk?

4. Bakgrund

4.1 Policy

I Stockholms län finns det en genomarbetad policy, som kommunen och landstinget har gått samman och skapat alltför att förebygga och behandla missbruk (Kommunförbundet Stockholms län 2008). Denna policy nämner bland annat att vare sig det rör sig om landsting eller kommun är en gemensam värdegrund viktig, policyn tar även upp att det kan finnas olika alkoholkulturer beroende på om det gäller män eller kvinnor (ibid). Policyn kan användas inom äldreomsorgen då äldre är en av de grupper som berörs. Vi har inte funnit någon liknande policy i Skåne län. I uppsatsen kommer begreppen hemtjänst och särskilt boende begagnas.

4.2 Särskilt boende

Särskilt boende är ett vårdboende för människor över 65 år med omfattande behov av stöd i form av service eller personlig omvårdnad (Socialstyrelsen 2014). Inom särskilt boende finns det olika yrkesroller och det är enhetschefer, undersköterskor och vårdbiträden som vi fokuserat på. En enhetschef på ett särskilt boende är en verksamhetschef med inriktning på personalfrågor, kontakt med äldre och anhöriga, ytterst ansvariga för omsorgen och de äldres psykosociala mående, och sammanfattningsvis ansvarig för verksamheten i det stora hela. Undersköterskor är utbildade inom vård och omsorg, där det ingår en viss medicinkunskap, till största delen ligger fokuset på omvårdnaden (Socialstyrelsen 2012). Vårdbiträden har inte undersköterskans formella utbildning, vårdbiträdena har liknande arbetsuppgifter som undersköterskorna, de stora skillnaderna är i medicinhanteringen (ibid).

4.3 Hemtjänsten

Hemtjänsten innebär att människor över 65 år med behov av stöd, i form av service eller personlig omvårdnad, kan få det i hemmet (Socialstyrelsen 2014). Personalen inom hemtjänsten består av liknande yrkesroller som inom särskilt boende. Skillnaden är att inom hemtjänsten är det mer självständigt arbete eftersom undersköterskorna och vårdbiträdena täcker upp ett större geografiskt område.

4.4 Alkoholbruk och alkoholmissbruk

Alkoholmissbruk definieras enligt DSM-IV som ett av följande kriterier har uppfyllts under en tolv månadsperiod (Alna 2014). Det finns följande kriterier: att individen inte utövar sina

skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet, upprepat bruk trots betydande risk för fysiska skador, upprepade problem i situationer när denne varit påverkad och slutligen ett fortsatt bruk trots att det ger problem i sociala situationer (ibid). Alkoholberoende definieras enligt DSM-IV som att tre av följande kriterier uppfylls under en tolv månadsperiod (Alna 2014). Kriterierna är: ökad tolerans, abstinens, brukar en större mängd under en längre tid, misslyckade försök att begränsa brukandet, lägger ner mycket tid på att få tag på alkohol, överger sociala aktiviteter och bruket av alkohol förvärrar fysiska och psykiska problem (ibid).

Hur personalen definierar om en äldre har ett alkoholmissbruk eller ser den äldres alkoholvanor som ett vardagligt brukande kan vara en svår balansgång och kan definieras olika beroende på vilken individ som definierar (jfr kommunförbundet Stockholms län 2008). Troligtvis beror detta på att alla människor har olika syn på vad som räknas som ett alkoholbruk eller alkoholvanor. Det var anledningen till att vi under intervjuerna försökte undvika att använda begreppet missbruk, då detta begrepp kan leda tankarna till de som är riktigt utslagna.

5. Tidigare forskning

Det har till viss del varit svårigheter att finna tidigare forskning om äldre med alkoholvanor och alkoholmissbruk, det är inte ett väl utforskat område. Cronholm (1986) menar i sin rapport att kunskapen om alkoholvanor när det gäller de äldre är relativt liten. Jyrkämä och Haapamäki (2009) beskriver, forskningen på äldre såsom att den har i dagsläget berört äldre personers drickande men då med inriktning på fysisk hälsa. Johansson (2013) antyder att forskningen om äldre överlag är åsidosatt. Jönson (2002) belyser ålderdomen som en rollös roll vilket handlar om att inom vår kultur saknas det positiva förebilder och handlingsmönster. De äldre hamnar i underläge på grund av att det är en obalans i maktrelationerna (ibid).

Vi har funnit internationella artiklar, två svenska rapporter, en nordisk rapport och böcker som berör missbruk samt böcker som berör äldre. Den forskning vi har funnit är framförallt utländsk eller fokuserad på Stockholmsområdet, till exempel Gunnarssons (2010) rapport om hemtjänsten sätt att arbeta med äldre missbrukare, till skillnad från vår studie som fokuserar på södra Sverige. Vår studie kan dessutom komma att presentera ett perspektiv som inte tas upp i tidigare forskning, eftersom vi fokuserar på personalens bemötande och inte på det medicinska perspektivet.

Artiklarna som vi tagit del av i tidigare forskning har till stor del sett på de medicinska problemen som ett alkoholbruk kan orsaka bland äldre brukare. Renwans Boyle och Davis (2006) artikel handlar om vilka riskfaktorer, bland annat kronisk sjukdom, smärta och ensamhet, som finns vid ett alkoholbruk och vid uppkomsten av ett alkoholbruk. Memmotts (2003) artikel beskriver faran med ett stort läkemedelsanvändande i samband med alkohol, eftersom det ökar därmed risken att fastna i ett missbruk. Artikeln beskriver vidare vad socialarbetaren bör fundera på i mötet med äldre när det finns ett riskbruk av läkemedel och alkohol (ibid).

Norström och Ramstedts (2006) artikel ger en historisk överblick om alkoholkonsumtionen i Sverige, samtidigt som den ger en bild av hur alkoholkonsumtionen ser ut idag, i artikeln framkommer även systembolagets framväxt. Artikelns författare kommer fram till att alkoholen idag är mer lättillgänglig eftersom det går att köpa i ett flertal butiker, öppetiderna har förändrats och det är även ett flertal restauranger som har rätt att servera alkohol (ibid).

Gunnarssons (2010) rapport ger en beskrivning om hur personal inom en av Stockholms hemtjänsters arbetssituation ser ut, när de arbetar med äldre personer som har ett missbruk. Rapporten beskriver även den spänning som finns mellan att ge omsorg och att ge behandling (ibid). Gunnarsson (2013) har även gjort en artikel som kartlägger hemtjänstpersonalens förutsättningar när de arbetar med äldre som har alkoholproblem, samt att författaren redogör för den bristande forskningen på området äldre och alkohol.

En artikel av Herring och Thom (1997) handlar om hur personal i hemtjänstgrupper i London ser på de äldres alkoholbruk utifrån rätten att ta risker och rätten att bestämma hur man själv vill leva sitt liv. Artikeln innehåller däribland ett flertal situationer som intervjupersonerna kommit i kontakt med (ibid). Ett resultat utifrån denna artikel visar problemen mellan de äldres rättigheter och personalens skyldighet att skydda de äldre från risker (Herring & Thom 1997). Johnson (2000) beskriver hur det kommer att bli en ökning av äldre med alkoholproblem och hur det kan komma att påverka sjukvården, bland annat har det gjorts en jämförelse om alkoholproblemen i kliniska tester. En artikel av Millard och McAuley (2008) handlar om äldres alkoholvanor sett utifrån hemtjänsten i Skottland, hemtjänstgruppen upplevde bland annat att det var viktigt att bygga upp en relation och få klienternas förtroende. En kvantitativ artikel gjord av Ramstedt (2009) handlar om hur alkoholkonsumtionen ser ut i dag, med jämförelser mellan olika åldersgrupper. En av de frågor författaren undersöker är hur regelbundet de äldre brukar olika drycker och resultatet av frågeställningen är att de äldre i åldersgruppen

65-80 år oftare brukar alkohol men i mindre mängder om man jämför med de yngre åldersgrupperna (ibid). Artikeln av Gfroerer et al. (2003) beskriver hur stort problemet kommer att vara med äldre som är i behov av missbruksvård i framtiden, eftersom det enligt artikelförfattarna har skett ett generationsskifte i vilka som använder bland annat alkohol och narkotika. En artikel från USA handlar om hur vanligt det är bland äldre med alkoholproblem på äldreboende och vad de har för möjlighet till behandling (Klein & Jess 2002). Behandling som endast en begränsad andel av de äldre har möjlighet till (ibid). Författarna har påvisat att bruket av alkohol kan ses som ett problem samtidigt som det enligt personalen är en social aktivitet (Klein & Jess 2002). Författarna beskriver att människorna har funnit ett flertal positiva resultat i och med bruket av alkohol, dock finns det en risk att det kan uppstå fler äldre med alkoholrelaterade skador (ibid).

6. Teorier

Aspers (2007) beskriver att teori är ett system av interrelaterade satser som i sin tur är ett analytiskt verktyg för forskaren i den vetenskapliga processen. Teorin fungerar som ett viktigt hjälpmedel som gör att forskaren kan få en riktning och en avgränsning i forskningsprocessen (ibid). I Jönsons (2010) råd vid tankar om val av teori hävdar författaren att det är viktigt att ha en teori, för att formulera en bra analysdel. De teorier vi har valt att använda oss av är Goffmans (2001) teori om stigmatisering och Tornstams (2010) teori om åldrandets socialpsykologi. Tornstams (2010) teori om äldre beskriver att äldre ofta kan ses som en svagare grupp i samhället. I samhället finns det ett ”vi -dem” tänkande (Goffman 2001). Människor definierar sig och blir definierande in i olika grupper. Detta kan röra sig om att de har ett beteende eller utseende som inte stämmer med gängse normen (jfr Goffman 2001). Tornstam (2010) håller till viss del med om de här tankarna eftersom människor kan kategoriseras och äldre har blivit en kategori där samhället väljer att se på faktorer som svaghet och kronisk sjukdom. Utifrån detta känner vi att vårt val av Tornstams (2010) teori om äldre och Goffmans (2001) teori om stigma är relevanta.

6.1 Perspektiv på gerontologi enligt Tornstam

Denna teori kan ses som en bra grund när vi beskriver de äldres grupptillhörighet och de åldersförändringar som finns (Tornstam 2010). I dagens samhälle ses det alltmer till individen,

det vi vill fokusera på är istället hur personalen beskriver de äldres alkoholvanor utifrån tanken att de äldre är en grupp. Hur äldre ses som grupp kan vi finna i Tornstams (2010) teori. Det finns myter om äldre, som kan bli en form av stereotyper, till exempel att gamla är svaga, sjuka och som i synnerhet vill vara för sig själva (ibid). Det kan även finnas positiva fördomar om äldre, såsom att äldre är vänliga, visa och välmående. Alla människor kategoriseras och äldre har blivit en kategori där samhället väljer att se på faktorer som svaghet, kronisk sjukdom, vishet och vänlighet (ibid). I detta sammanhang är det viktigt att fundera kritiskt över detta med att kategorisera eftersom det kan behövas som ett första steg när man sorterar sina intryck (jfr Tornstam 2010). Detta blir inte alltid korrekt eftersom alla individer inte är likadana. De individuella skillnaderna kan vara större än vad kategorin är och då blir människor felsorterade. Detta i kombination med att samhället hela tiden förändras gör att de kategorier vi tror oss veta, ofta bygger på gamla fördomar (jfr Tornstam 2010).

Det som vi ska se enligt det goda åldrandet är föreställningen om det framgångsrika som kan se olika ut beroende på de värderingar samhället har som utgångspunkt och vilken kultur människan befinner sig i (Tornstam 2010). Vidare nämner författaren att det även går att se det goda åldrandet utifrån att anpassa sig, vilket handlar om att se till det yttre och inre förhållanden, som på ett eller annat sätt förändras i samband med åldrandet (ibid). Ett exempel kan vara när den äldre kommer till ett äldreboende och ska finna sig i hur det fungerar där. Att dela sin tid gemensamt med andra och att anpassa sig till rådande rutiner som personalen är involverad i. Tornstam (2010) beskriver att ett visst beteende som ses som idealt i en kultur kan vara fullständigt socialt fel i en annan kultur. När du blir äldre kan det ske en förändring. Denna förändring kan handla om att tidigare beteenden har minskat på grund av svårigheter att utföra alla typer av handlingar, det kan även tillkomma nya beteenden, genom att nya intressen uppstår (ibid).

6.2 Perspektiv på stigma enligt Goffman

Enligt Goffman (2001) skapades stigma som term av grekerna för att beteckna kroppsliga tecken som var avsedd att visa någonting ovanligt eller nedsättande i en persons moraliska status. Goffman (2001) definierar begreppet stigma som en egenskap som är nedvärderande eller ett utseende som kan anses vara avvikande i en viss grupp, samtidigt som författaren menar att detta språk styrs av de relationer personen har (ibid). Goffman (2001) skriver att bara för att något är avvikande i en grupp behöver det inte vara det i en annan grupp. En del av dem som faller inom en viss stigmakategori kan använda sig av synonymer som ”vi” eller

”vårt folk” (ibid). Goffman (2001) menar att man måste ha klart för sig att stigma styrs av de relationer man är i. Det som ses som stigmatiserande i en grupp kan vara fullständigt normalt i en annan (ibid). Ett alkoholmissbruk kan vara ett moraliskt stigma, vilket Goffman (2001) menar är en ”fläck på den personliga karaktären” som kan ses som viljesvaghet. Samtidigt som att åldras kan ses som ett fysiskt stigma, till exempel utseende (ibid).

Att en person enligt Goffmans (2001) teori ses som stigmatiserad i samhället behöver inte betyda att personen upplever ett stigma, istället kan personens upplevelse vara att det är en styrka. Den stigmatiserade gruppen i samhället kan skämta om vad stigmat innebär och på så sätt ge tillbaka mot resten av samhället genom att antyda att det är de som är de konstiga (ibid). Vidare tar Goffman (2001) upp att en stigmatiserad individ kan få en jag-identitet utifrån vad normalsamhället och andra med liknande stigma har för åsikter om denna. Vad sker med jag-identitet, den egna självkänslan, när du hamnar inom äldreomsorgen och vad sker med jag-identiteten när du har ett alkoholmissbruk och hamnar inom äldreomsorgen (jfr Goffman 2001)?

Enligt Goffman (2001) kan en handling vara stigmatiserande i en grupp men ses som normal i en annan grupp. Till exempel om en person är alkoholmissbrukare, kan personen ses som en avvikare i samhället på grund av sitt missbruk. Däremot i en grupp där alla förutom en är alkoholmissbrukare är det personen utan missbruksproblematik som kan bli avvikaren. Detta innebär att även om det finns vissa normer som är generella i samhället, innebär det inte att alla normer är generella (jfr Goffman 2001) Till exempel en grupp läkare har inte samma sociala regler som en grupp undersköterskor. Dock anser Goffman (2001) för att ett samhälls sociala fungera socialt behövs det vissa normativa förväntningar som alla kan känna igen sig i eller uppleva.

6.3 Teoretiska begrepp

Utifrån Tornstam (2010) kommer vi, bland annat, i analysdelen begagna oss av ”åldrandebegreppet” som innebär en biologisk process, där det blir en händelsekedja som leder till en ökad förändring i det levnadsförhållande en person har (ibid). Vi kommer även att använda begreppet ”värdemönster”, vilket handlar om det som ses positivt och önskvärt till exempel arbete och ungdom, de värdemönster är det som i samhället ses som ett ideal (jfr Tornstam 2010). Ett annat begrepp som vi kommer använda utifrån Tornstam (2010) är ”åldringsrollen”

vilket ses som en diffus och oklar roll då det inte finns speciellt starka rollförväntningar, till exempel hur den äldre bör bete sig i en viss situation. En av de rollförväntningar som finns är att den äldre ska intressera sig för kommande generationer (ibid). Även begreppet ”sociala jaget” kommer att användas. Detta begrepp handlar om hur jaget definieras utifrån hur personen kan anpassa sig till den situation som den är i, samt vilka egenskaper som visas offentligt (jfr Tornstam 2010).

Utifrån Goffman (2001) kommer vi, bland annat, att använda oss av begreppet stigma vilket handlar om att en människa kategoriseras in i en grupp som inte tillhör normsamhället. I samband med stigma kan även begreppet ”moralisk status” nämnas och detta innebär att det finns tecken på att personen har egenskaper som inte är önskevärda (ibid). Vi kommer att använda normbegreppet som syftar till de oskrivna regler som finns i ett samhälle och en grupp, gällande till exempel klädsel, utseende, beteende och åsikter (Goffman 2001). Utifrån Goffman (2001) kommer vi använda begreppet jag-identitet; ett subjektivt begrepp som handlar om känslor och hur du ser på dig själv. Alltför att förstå ”jag-identiteten kommer vi även att använda dess motsatser social identitet eller personlig identitet; vilken beskriver hur andra ser på dig i sociala sammanhang, de egenskaper du får tilldelat av andra och det är dessa identiteter som tilldelas vid ett stigma (Goffman 2001).

7. Metod

I följande kapitel kommer det redogöras för vilken metod som har använts, hur urvalet har gjorts och hur studien har genomförts. Den metoden som har använts i den här uppsatsen är kvalitativ, eftersom den var mest lämplig med tanke på studiens syfte, samt frågeställningar. Det som var viktigt i studien var att ta del av personalens åsikter i frågan och för att få relevanta svar behövde det skapas någon form av närhet. Den information som vi har samlat in räknas som meningsdata, då det är intervjupersonernas åsikter som är vår data (jfr Blom & Nygren 2013). I det här fallet passade kvalitativa studier bäst, i form av semi-strukturerade intervjuer. Bryman (2011) skriver att det inte går att helt beskriva vad kvalitativ forskning är utifrån ett flertal begrepp, och ytterligare en svårighet med kvalitativa metoder är att alla inte är överens om vad som ingår i denna metod.

Aspers (2007) beskriver i metodvalet att forskarens tillgångar och kompetens vad gäller metoder också spelar roll. Resultatdelen blev annorlunda än om vi valt till exempel kvantitativa metoder eftersom denna metod framförallt ger svar på frågor som hur många, hur mycket och detta är vi inte intresserade av (jfr Aspers 2007). Det framgår i samband med de frågeställningar vi har valt, eftersom de fokuserar mer på närheten och de attityder som finns bland personalen. Bryman (2011) resonerar att i den kvalitativa forskningsvärlden är det människor och deras sociala värld vi arbetar med. Till skillnad från den kvantitativa studien där deras forskningsvärld är uppkommen från naturvetenskapens synsätt och begrepp, de ger inte mening till sin omgivning på samma sätt som människor gör (ibid).

Vidare ger kvalitativa undersökningar en mer detaljerad beskrivning av det som inte sägs, men som påverkar tolkningen, till exempel kroppsspråk, tonfallet och pauser (jfr Bryman 2011). Den kvalitativa forskaren anser att detaljerna, i form av vad som beskrivs och vilka exempel som redogörs för, är viktiga (jfr Bryman 2011). Detta på grund av den vikt de har för personerna och därmed beskriver den kontext människor agerar i (ibid). Valet av metod grundar sig i att vi har velat ta del av nyanser, till exempel vilka ord de använde, vilket tonfall och även vilket kroppsspråk, utifrån vad personalen berättade. Tanken var även att de skulle känna att det har gett något att prata med oss, på ett sätt som förhoppningsvis var mer sanningsenligt, om hur de känner och om hur de tolkar sin egen livsvärld.

7.1 Metodens förtjänster och begränsningar

En av våra begränsningar var att vi inte fått speciellt stor population och det var svårigheter med att dra allmänna slutsatser utifrån vårt resultat (jfr Aspers 2007). I det här fallet blev metoden till viss del, begränsad, eftersom vi endast hade kontakt med en person ifrån varje enhet samtidigt som vi endast hade kontakt med sex stycken enheter. I problemformuleringen nämns det att vi har viss erfarenhet av arbetet med äldre och i detta fall var det en förtjänst och en begränsning. Förtjänsten var att vi till viss del har förståelse för arbetet och hur personalen kan agera i vissa situationer. Begränsningen det kunde ha gett var att vi hade kunnat tolka utifrån vår förståelse utan att personalen bekräftade detta. Forskaren är central i den kvalitativa forskningen och resultatet är beroende av hur forskaren är som person, framför allt vid analysarbetet (Fejes & Thornberg 2009). Samtidigt menar vi att med hjälp av etiska principer och tankegångar har den kvalitativa metoden hjälpt oss att få svar på våra frågeställningar.

En kritik som framförs mot kvalitativ forskning är att det är en öppen forskning, allt kan ingå i denna metod, och ett vardagligt samtal ses som en lika trovärdig källa som en forskarrapport (jfr Bryman 2011). En central fråga är vilka som ska intervjuas och hur djupt intervjuerna ska göras (Aspers 2007). Svaret om antalet personer som ska intervjuas kan endast besvaras i relation till frågan om bevis för det empiriska materialet så att forskningsfrågan blir besvarad (ibid). En förtjänst var att vi fick reda på människors uppfattningar och erfarenheter i förhållande till våra frågeställningar. En av de kvalitativa metodernas största styrkor är att det som framkommer är människors insikter och erfarenheter, vilket ger ny förståelse och nya sätt att se på forskningsfrågan (Fejes & Thornberg 2009).

7.2 Urval

Urvalet vid en kvalitativ forskning handlar om att bestämma sig för vilken grupp som forskningen ska innefatta, till exempel individer, organisationer och dokument etc. med hänvisning till den valda frågeställningen (Bryman 2011). Av etiska skäl var det inte ens en tanke att intervjua de äldre som har ett alkoholbruk eller alkoholmissbruk, eftersom det kan ses som en kränkande situation att främmande människor kommer och ifrågasätter ens privatliv. Utan vi inriktade oss på personalen på särskilt boende och i hemtjänsten.

Vi valde att ta kontakt med ett särskilt boende och en hemtjänst på tre olika orter, som har blivit indelade i ort A, B och C, i södra Sverige. Valet av tre olika orter har grundat sig i att få in en så bred perspektivomfattning som möjligt angående de äldres bakgrund, då de tre orterna skiljer sig väsentligt via ortstorlek och historia. Vid en intervju är det respondenternas verklighet som står i fokus, det är inte att få fram statistiskt bevisad fakta (jfr Aspers 2007). För att få fram en bred bild ville vi intervjua människor med olika bakgrund inom olika verksamheter, därmed ville vi se om det kunde finna skillnader eller likheter rörande de äldres alkoholvanor beroende på om de bodde på ett boende eller i sina egna hem. Boendesituationen påverkar människor och kan ses som en bakgrundsfaktor. Informanternas bakgrund var av intresse alltför att kunna se den personens definitioner och utifrån det kunna skapa en uppfattning om personens syn på sociala problem som denne stöter på (jfr Jönson 2010). Den definition som intervjupersonen gör kan styra vem denne anser ska få hjälp och på vilket sätt (ibid).

Den kommunala äldreomsorgen var den grupp vi inriktade oss på, eftersom vi antog att det var enklare att få tillgång till denna typ av äldreomsorg. Anledningen till detta är att det finns fler boenden och hemtjänstgrupper och att vi trodde det var enklare att komma i kontakt med

dem via kommunerna. Forskaren är ofta intresserad av att studera osynliga och oregistrerade egenskaper, till exempel erfarenheter och attityder (Aspers 2007). Det vi ville se på var hur personal inom den kommunala äldreomsorgen på tre olika orter i södra Sverige hanterar, uppfattar och bemöter alkoholbruk hos de äldre. Vi valde att kalla orterna A, B och C. A är en akademikerort, B har varit en industriort, som dock har genomgått stora förändringar mot kunskap- och utbildning under de senaste åren och C är en landsbygdsort. Utifrån de skillnader som kan finnas mellan orterna var det intressant att se om det finns skillnader i synsättet gällande till exempel de äldres alkoholvanor. Utifrån vad Danemark (2013) skriver hade vi även med i tankarna att de olikheter vi antog oss se, kanske inte är strukturella utan endast finns som idéer vilket gör att olikheterna skapas på grund av det.

I vårt urval valde vi att inte kontakta boenden med avdelningar där det bara förekommer äldre personer med en demenssjukdom. Av den anledningen som Marcusson et al. (2003) påvisar, demens är en så kallad sjuklig förändring i hjärnan som påverkar den äldres minnes- och tankeförmågor. Gunnarsson (2010) tar även upp att dementa ofta glömmmer bort sina vanor, och blir mer beroende av personalens synsätt. Av detta skäl att det var personalens åsikter vi ville ta del av, samt att de var svårigheter med att undgå äldreboenden där det inte förekom demens alls, valde vi att ta kontakt med de enheter där det var ett blandat urval av äldre.

7.3 Tillvägagångsätt

Vi var medvetna om att arbetssituationen inom särskilt boende och hemtjänsten inte var till vår fördel, på grund av att personalen befinner sig i stressiga arbetsmiljöer. Vi inledde det hela med att se över de tre orternas särskilda boenden samt hemtjänster, efter det tog vi kontakt med deras enhetschefer. Vi valde i urvalet att skriva upp boenden och hemtjänster på ort A och B och därefter ta kontakt med enhetscheferna via telefon, av den orsaken att det inte fanns mejladresser att tillhandahålla. Mot bakgrund av den stressiga arbetsmiljön var det svårigheter att få kontakt med äldreomsorgen framförallt på ort B. Detta gjorde att vi var tvungna att ta del av, var en av hemtjänsterna utgick från och gå dit. På ort C hade vi via vår bekantskapskrets fått ett telefonnummer till en person som vi kunde ta kontakt med, och därigenom fick vi kontakt med personalen. Aspers (2007) nämner en del viktiga åtskillnader som bör funderas över när en forskningspopulation väljs ut. En av de saker som är viktiga att fundera över är att

en forskningspopulation är skapad av forskaren utifrån ”egenskaper”, till exempel arbetsplats, bostadsort och social status, som forskaren anser viktiga och ser ett samband via (ibid).

Vår andra stora utmaning låg i att fundera över frågor som var så intressanta att personalen tog sig tid att besvara dem, genom kvalitativa intervjuer. Det var också en utmaning hur vi skulle formulera oss när vi letade efter människor att intervjua, vi behövde finna ett bra sätt att presentera undersökningen, ett sätt som gjorde personalen nyfiken. Därför övade vi på intervjuen genom att intervjua varandra och andra.

Vi har intervjuat sex personer, varav tre på särskilt boende och tre inom hemtjänsten. Fokus i intervjuerna var att få fram ett samtal, vilket har gjort att intervjuguiden inte hade så klara frågor utan teman och därför såg våra intervjuer också olika ut. Vi inspirerades av Kvale och Brinkmann (2009) i intervjuguiden som tar upp öppna teman då det är en av deras viktigaste grundtankar. Intervjuguidens öppna teman har speglats av vårt syfte, våra frågeställningar och tidigare forskning. Vi ville inte styra personalens tankar och därför valde vi i intervjun att undvika definitioner av alkoholbruk eller alkoholmissbruk, utan det viktiga var att ta del av personalens egen tolkning.

Forskaren kommer att påverka hur intervjun blir, forskarens personlighet påverkar mycket (jfr Wigg 2009). En intervju kan sällan vara helt på respondentens villkor på grund av att det är forskaren som bestämmer vad samtalet handlar om och när i samtalet vissa teman tas upp (ibid). Således hade vi mer öppna teman än frågor i intervjuguiden som på det sättet styrde vilka frågor som kom utifrån vilken riktning samtalet tog (jfr Kvale & Brinkmann 2009). Vi valde att dela upp intervjuerna, eftersom vi gemensamt med vår handledare kom fram till att det kan bli mer effektivt vid intervjutillfället då vår förhoppning var att det skulle bli ett mer personligt samtal. I och med att vi delade upp intervjuerna kunde vi fokusera på varsin ort och även lösa intervjuerna i ort C, då dessa genomfördes samtidigt. Desto fler intervjuer vi hade ju mer avtog vår nervositet och intervjuerna fick mer av en samtalskaraktär. Fem av intervjuerna har spelats in med diktafon och har sedan transkriberats med hjälp av Express Scribe. Intervjun i hemtjänsten på ort B har handskrivits då respondenten inte ville bli inspelad. Det var viktigt att kunna se vad i intervjuerna som var relevant och vad som inte var det, vi behövde skapa ett sammanhang i materialet (jfr Fejes & Thornberg 2009). Detta gjorde vi genom att koda våra intervjuer. Att koda är att analysera texterna för att få fram ett sammanhang, den kommer till stor del att utgå från vår tolkning av grundmaterialet (Jönson 2010). Kodningen

utfördes utefter intervjuernas större teman, vilka är: alkoholpolicy, självbestämmande, medicin och alkohol, personalens syn på alkoholens betydelse för de äldre, vårdtagarens bakgrund, anhöriga och överrapportering samt framtiden. Samtliga delar har blivit färgmarkerade därefter.

7.4 Metodens tillförlitlighet

Kvalitativa studier inbegriper en relativt liten grupp människor, det viktiga är att förehålla sig till de unika egenskaper som ger betydelse för den sociala verklighet som studeras (Bryman 2011). Vad som är viktigt i en studie är att resultatet verkligen handlar om det som frågorna tar upp, att studien har en hög validitet (ibid). Det bör även vara att forskarens material och de teorier som finns ska ha en viss samstämmighet, koppling, alltför att det ska vara möjligt att göra en relevant analys (ibid). Inför intervjuerna skapade vi en intervjuguide där vi noga hade funderat igenom hur frågorna skulle ställas, samt reflekterat över vår egen roll som intervjuare, ur ett etiskt perspektiv. Bryman (2011) menar att den kvalitativa forskningens observationer och intervjuer bidrar till en sammankoppling mellan teori och handling.

Validering kan användas som en bekräftelse där det har gjorts tolkningar om vad som har setts i observationen, det gör att det är en enormt öppen process (Kvale & Brinkmann 2009). Vidare tar författarna upp att forskaren är väldigt viktig för validiteten (ibid). Forskaren måste ständigt kontrollera, tolka och ifrågasätta sitt resultat eftersom det är forskarens skicklighet som styr validiteten (ibid). Vi har i tidigare stycke problematiserat våra kunskaper kring att intervjua, utifrån det Kvale och Brinkmann (2009) skriver, har det lagts stor vikt vid efterarbetet genom kodning och tolkning. Vidare beskriver författarna hur intervjupersonen förändrar sina svar utifrån vem som intervjuar och utifrån det de tror att forskaren är ute efter (ibid). De tar även upp att forskaren kan styra de svar som framkommer genom att använda sig av ledande frågor (ibid). En utmaning i all forskning är att få tillförlitliga resultat (jfr Bryman 2011). Ett sätt att se på om resultaten är tillförlitliga är att ställa sig frågan; kommer en annan forskare som utför studien på samma sätt som mig få fram liknande resultat, om svaret på den frågan blir ja, då har forskningen en hög reliabilitet (jfr Bryman 2011).

Utifrån vad Bryman (2011) skriver har vi under arbetets gång valt att problematisera våra tidigare kunskaper och har även reflekterat över vilken påverkan vi hade på personerna som intervjuats. Enligt stycket om metodens begränsningar hade vi inga tidigare kunskaper i hur man utför en kvalitativ studie, då sättet vi gjorde kodningen, samt hur vi såg på det våra inter-

vjupersoner sagt, formulerar forskningssvaren, blir viktiga i analys och resultatdelen. För att åstadkomma bästa möjliga reliabilitet så gör man en fullständig redogörelse av samtliga faser i forskningsprocessen (Bryman 2011). Detta innefattar följande; problemformulering, val av undersökningspersoner, intervjuutskrifter, beslut gällande analys av data etc. (ibid). Det har lagts stor vikt vid att formulera ett bra syfte och tydliga frågor, samt att vi har reflekterat över vår analysdel.

7.5 Källkritik

De sökmotorer vi använt har varit: Libris (2013) som är en nationell bibliotekskatalog, Libhub, Lovisa och Google Scholar etc. Urvalet av våra referenser har grundat sig i intresse och tydlig koppling till vår studie. I problemformuleringen, metodavsnitten och i tidigare forskning valde vi att behandla alla källor på ett, i princip, liknade sätt, trots att de är från olika länder och är olika typer av källor. De kriterier som har använts kommer från Thurén (2005), vi har problematiserat källorna utifrån: Äkthet, är källan vad den utger sig för att vara? Tidssamband, hur lång tid har det gått mellan det källan beskriver och källans uppkomst? Oberoende, refererar de olika källorna till varandra, kan deras resultat vara påverkade av varandra? Tendensfrihet, vem ligger bakom källan, kan det finnas ett annat syfte med källan? (ibid)

Det finns inget som talar för att någon av våra källor inte är äkta, en del av forskarna borde även vara erkända då det ofta hänvisas till deras forskning i den övriga forskningen. Det kan vara så att alla svar i intervjuerna inte är helt sanningsenliga. En av de teorier som vi använder är stigma och teoretikern bakom, är erkänd inom sociologin och socialt arbete.

Det finns källor som ligger relativt nära i tiden, det finns även källor som är äldre. Bland annat Inger Cronholms bok från 1986. En av anledningen till att det inte finns en omfattande forskning om detta ämne och hennes forskning är att ofta refereras den i övriga forskningen, på så sätt kan den fortfarande ses som aktuell. Goffman (2001) skrev sina teorier för länge sedan, i teorier syns inte tidsaspekten så tydligt, den syns mer i de exempel som tas upp. Mot bakgrund av den bristande forskning om detta ämne hänvisas artiklarna och rapporterna till varandra, dessa källor kan kanske ses som beroende av varandra utifrån det. Två av intervjuerna kan ses som beroende av varandra, då vi fick kontakt med en intervjupersonen via kontakten med en annan intervjuperson, på ort C.

Vi har även använt oss av Socialtjänstlagen (2001:453), Socialstyrelsens lägesrapport 2012, Statens folkhälsoinstitut (2012) och två SOU rapporter (1997), dessa källor har ett syfte med att de är skrivna. Till viss del speglar de vilken politik som för tillfället gäller och vilka förhållanden som myndigheter anser vara ett skadligt beteende. Trots detta får dessa källor ses som trovärdiga för denna analys. I intervjuerna kan troligtvis en del av svaren förstås utifrån organisationens officiella policy, svaren kan till viss del ha blivit anpassade för att det ska ge en bättre bild.

7.6 Etiska överväganden

I diskussionen om etiska överväganden har vi tagit stöd utifrån de fyra grundprinciperna, informationskravet; innebär bland annat att forskaren informerar om sin studie, samtyckekravet; respondenterna bestämmer om de vill vara med i studien och även hur mycket (jfr Vetenskapsrådet 2002). Vidare har vi tagit stöd av konfidentialitetskravet; vilket betyder att studien kommer att anonymiseras, och nyttjandekravet; uppgifterna som framkommit i studien får endast användas i studien (jfr Vetenskapsrådet 2002).

Av etiska skäl valde vi att vända oss till personalen och inte vårdtagarna inom hemtjänsten och på särskilda boenden. Anledningen till detta är att det inte kändes rätt att intervjua de äldre och de kan uppleva att deras privatliv blir kränkt av att främmande människor kommer till deras bostad och ställer frågor om deras personlighet. Det kan även handla om att den äldre, under en intervju, berättar mer än vad denne vill på grund av kognitiv svikt.

Vid frågan om deltagande har vi informerat om val av ämne och lite kort om vad frågorna gäller. Det har även informerats om att utskriften av intervjun kan skickas till samtliga intervjupersoner. Vi har informerat respondenterna om att intervjuerna är frivilliga. Deltagarna har på så sätt haft möjlighet att dra sig ur studien när de har velat. Vi har även försökt anonymisera i den utsträckning det går för att uppfylla konfidentialitetskravet. Vid intervjutillfället informerades även om att samtalet är anonymt. Av detta skäl att vi sedan tidigare har arbetslivserfarenhet från äldreomsorgen valde vi att konstruera intervjuguiden med tematiska frågor för att få fram ett samtal. Eftersom vi känner till arbetet inom äldreomsorgen finns det en möjlighet att vi styrde vilka svar vi fick genom att anpassa frågorna.

Av etiska skäl har vi valt att benämna de tre olika orterna som A, B, och C för att kunna diskutera i resultatet vad var och en har sagt utan att röja vilken ort det kommer ifrån. I analysdelen har vi valt att ge intervjupersonerna påhittade namn. Studiematerialet har bara använts i vårt uppsatsarbete och inspelningarna är raderade. Vår position var att vi kunde ha en stor förståelse för hur personalen funderar utifrån att vi har arbetat i samma typ av miljö. Därför har vi försökt vara försiktiga med vad vi läser in i svaren, det finns en risk att det blir våra åsikter i analysen. Samtidigt kan vår förkunskap varit bra att ha och använda sig av under intervjuerna då vi vet hur vi kan ställa frågorna, för att det ska bli ett intressant samtal. Detta genom att använda oss av begrepp som är vardagliga för personalen utan att ställa ledande frågor.

Vår förförståelse kan även ha lett till att vi lagt in tolkningar utifrån egna erfarenheter, som vi inte haft belägg för.

Det vill säga, genom att blicka tillbaka på egna tidigare erfarenheter kunde studenter skapa en föreställning om vad som kunde komma att ske och behövas, givet den förstående situationen och studentens kunskapsnivå (Blom & Nygren 2013:203).

8. Resultat och analys

I analysdelen kommer resultaten av våra intervjuer framgå och analyseras utifrån våra teoretiska begrepp, samt den forskning vi har funnit. Resultaten är analyserade utifrån vanligt förekommande begrepp och teman i intervjuerna. Vi kommer emellanåt att benämna de äldre inom äldreomsorgen för vårdtagare. Det som kan vara bra att fundera på är följande citat, vilket skulle kunna beskriva komplexiteten i samhällets syn på äldre utifrån det Jönson (2002) skriver om att äldre-rollen kan ses som en rollös roll.

Beskrivningar av hur äldre människor är, hur de bör vara, hur de behandlas och borde behandlas, kommer vi ständigt i kontakt med (Jönson 2002:8).

8.1 Intervjupersonerna

De personer vi har intervjuat är *Annbritt* från särskilt boende i ort A. Följande person är *Bea* från särskilt boende i ort B. I särskilt boende i ort C har vi intervjuat *Catrin*.

Följande person kommer ifrån hemtjänsten i ort A och det är *Amy*. I hemtjänsten i ort B har vi intervjuat *Benicio*. Följande person är *Cissi* ifrån hemtjänsten i ort C.

De respondenter vi har intervjuat är enhetschefer, undersköterskor och vårdbiträden.

8.2 Alkoholpolicy

Utifrån vår frågeställning; hur uppfattar och hanterar personalen inom kommunal äldreomsorg sitt arbete hos äldre då dessa har ett alkoholbruk eller alkoholmissbruk? I intervjuerna var det ett genomgående drag att personalen inte ansåg sig ha någon alkoholpolicy på arbetsplatsen.

Bea: ”Alkoholpolicy, nä inte vad jag hört.” Cissi: ”Nä men det kanske för att vi inte har haft, har hamnat i den situationen men jag tror att om man hamnar i en sån situation, som upprätter liksom sin policy över hur man ska göra men innan de, men de kan vara så att ... kommun har en policy som inte vi vet om.” Bergströms (1996) tankar bekräftar till viss del det som Cissi säger då författaren menar att det ständigt finns policyer för varje institution, men den är inte alltid känd. Bergström (1996) anser också att en policy kan vara skapad av tidigare erfarenheter. Inom åldrandestudier är det vanligt att gå steg för steg utifrån de händelser som uppstår (Tornstam 2010). Vilket innebär att, om det blir ett problem inom äldreomsorgen med vårdtagare som har en för hög alkoholkonsumtion kan arbetsplatsen i olika steg skapa en policy för att förhindra att det utvecklas till en problematisk situation, detta är den slutsats som Cissi antyder och som även kan ses i Bergströms text.

Samtliga av personalen kände inte till någon policy, däremot berättade de att det fanns regler gällande hur personalen skulle hantera de äldres alkoholkonsumtion. Till exempel Benicio i hemtjänst på ort B, säger att personalen inte har rätt att servera, däremot om det ingår i de vanliga inköpen, att köpa alkohol, gör han det. Klein och Jess (2002) anser att det finns policyer dock benämns de ofta som regler. Annbritt menar att de situationer som kan uppstå hanteras, till exempel om en vårdtagare har alkoholproblem och vill köpa alkohol, försöker hennes personal avstyra detta. Catrin antar att det kommer bli tydligare med vilken alkoholpo-

licy som gäller i framtiden, då det kan vara en större problematik. Catrins misstanke om att problemet med hög alkoholkonsumtion kan komma att bli större i framtiden ligger i linje med vad forskning på området har beskrivit. Generationerna som var vuxna på 60-och 70-talet har en högre alkoholkonsumtion än tidigare generationer (Statens folkhälsoinstitut 2012). Enligt Norstöm och Ramstedt (2006) kan detta bero på att den så kallade motboken; den var ett system att rasonera alkoholen (systembolaget 2013), avskaffades 1955 då det blev möjligt att köpa fri mängd alkohol.

Amy säger att det inte ingår att köpa alkohol från systembolaget i de vanliga inköpen, däremot kan det gå bra att köpa den alkohol som finns i daglighandeln. Utifrån Goffman (2001) beskrivs det att riktlinjer uppstår när behovet finns i en bestämd grupp, riktlinjerna skapar inte sig själva utan det behövs en individ eller grupp som ifrågasätter om detta beteende är stigmatiserande eller inte. Både Catrin och Cissi upplever att frågan om att köpa ut alkohol inte är aktuell för dem då ort C inte har något försäljningsställe för alkohol. Amy bekräftar också detta ”å de kan ha med tillgängligheten att göra, att alkohol inte är lika tillgängligt i byarna”. Detta med tillgänglighet kan vara en förklaring till varför Catrin och Cissi inte ens nämner speciella regler för alkoholköp, eftersom de på ort C inte har möjlighet att inhandla alkohol.

Det finns en skillnad att hålla på en norm och att verkligen tillämpa en (Goffman 2001). Det stigmatiserade problemet för de äldre när det gäller överkonsumtion av alkohol kan ses tydligare först när personalen inte bara ska följa en viss norm utan också skapa den (jfr Goffman 2001). Detta kan ses i intervjuerna, där det framkommer att personalen gör en åtskillnad i om de inhandlar eller serverar alkohol beroende på vårdtagarens konsumtion. Bea säger att de äldre absolut får köpa alkohol, men personalen kommer inte att hjälpa till, om de anser att den gamla dricker för mycket. På särskilt boende i ort A berättar Annbritt att de har löst alkoholköpen till vårdtagare som överkonsumerar genom att köpa lättöl istället för vanlig öl. Detta kan tolkas som att på Annbritts arbetsplats har personalen diskuterat hur de äldres alkoholbruk ska hanteras. Däremot på Beas arbetsplats kanske de inte har funderat på hur vardagliga situationer ska bemötas, utan mer fokuserat på riskerna för äldre att bruka alkohol. Enligt vår tolkning av SOU 1997:52 finns tanken att gå och köpa det de äldre vill ha hos en del av personalen. Enligt utredningen motiveras detta med att personalen accepterar vårdtagarna som de är (ibid). Herring och Thom (1997) tar i sin artikel upp att människor har ofta starka åsikter om vad som är lämplig alkoholkonsumtion och det påverkar äldre på så sätt att många känner att de inte kan söka hjälp och att samhället dömer dem (ibid). Amy berättar att ”... så pass

gammal [...] du vill inte visa att du har ett missbruk då har du samlat dessa grejer istället". Detta citat kan visa att de äldre kan uppleva det som skambelagt att be om hjälp, vilket gör att de försöker dölja problematiken.

8.3 Självbestämmande

Enligt ovanstående valda rubrik har vi följande frågeställning; Hur uppfattar och hanterar personalen de äldres rätt att själva bestämma om de vill bruka alkohol? I intervjuerna pointerar samtliga av personalen hur viktigt självbestämmandet är för de äldre och att personalen inte kan komma och styra dem. Bea säger "dom är ju vuxna människor som är kapabla." Annbritt talar om att det är viktigt att i möjligaste mån uppfylla de äldres behov. Catrin uttalar sig om att "dom är människor dom med, dom får göra som dom vill." Benicio anser att de äldres hem är deras revir och där får de ta eget ansvar för vad som sker. Cissi menar att kunden bestämmer själv. Under intervjuerna framkommer det att personalen kan se en viss alkoholkonsumtion som något positivt bland annat säger Bea "Jag tycker det kan vara en trevlig social umgängesgrej precis som det kan vara för oss unga." Amy berättar om sig själv, om hon har lagat mat som hon tycker är gott, vill hon gärna ha ett glas vin eller ett glas öl till. Utifall Amy har det synsättet på sin egen konsumtion menar vi att hon kan ha det även för andras alkoholkonsumtion. Norström och Ramstedt (2006) belyser att äldres alkoholvanor kan ha ökat eftersom det i media har uttryckts att alkohol har en positiv effekt på hälsan, detta gäller framförallt bland äldre personer. I en amerikansk studie som Klein och Jess (2002) gjort, har personalen en hel del positiva kommentarer, där de bland annat anordnar cocktailtimmar som en möjlighet till social interaktion. Av den anledningen att de äldre samtalar mer med varandra och personalen efter att de har brukat alkohol (ibid). Amy och Bea berättar vidare att en viss social identitet (jfr Goffman 2001) hör ihop med alkoholkonsumtion. Till exempel nämner de att när det serveras "sillmackor" då är det en självklarhet att vårdtagarna ska få en sup till, och det förväntas också att vårdtagarna vill ha en sup till.

Cissi hävdar att "vill den här personen missbruka så kan ju inte vi... egentligen lägga oss i." Cissis ordval kan enligt oss tolkas på skilda sätt. Det hon troligtvis menar är att bruka alkohol i en större mängd. Ett annat sätt att se på det är att hon tar de äldres frihet en aning för långt. I åldringsrollen finns det inte mycket som är direkt förbjudet vilket talar för de äldres självbestämmande, dock är det inte en samhällsnorm att äldre personer dricker alkohol (jfr Tornstam 2010). På liknande sätt om det i deras roll inte är förbjudet, ser vi det som att samhället skulle

reagerar om människor stöter på en full 85-åring i staden. Detta kan illustreras genom följande citat:

Att en individ går från bruk till missbruk, i betydelsen överkonsumtion, ses ofta som brist på hållning, dålig karaktär. En sak är att dricka alkohol – något annat är att supa (Johansson & Wirbing 2005:22).

Amy berättar att vill en äldre dricka alkohol har hon inte rätt att lägga sig i, samtidigt antar hon även att ju äldre du blir desto svårare blir det att missbruka. Därmed är det större risk att drabbas av en sjukdom och i sin tur då behöva hjälp med mycket i det vardagliga livet. Johansson och Wirbing (2005) tar upp att missbrukaren kan skiljas från den andra gruppen, och istället ses som en avvikare (ibid). Det finns de människor som ägnar sig åt en så kallad kollektiv förnekelse, vilket innebär att grupper i samhället går ifrån den vanliga samhällsnormen (Goffman 2001). Ett exempel på detta är när Amy berättar om att hon funnit trettio tomma bag-in-box i städskrubben hos en vårdtagare. Cronholm (1986) belyser att personalen inom äldreomsorgen kan klassificera alkoholmissbrukare eller alkoholproblematik utan att egentligen ange vad som för dem menas med dessa begrepp. Detta kan belysas utifrån vad Annbritt berättar om en äldre ”men det fanns ju ett alkoholbeteende som var överkonsumtion om jag säger så... och då får man ju förminska... alltså man kan inte ge honom liksom en flaska där han får sitta och dricka själv... de går ju inte.”

På boendena på ort B och C har personalen framhållit att de äldre inte har så omfattande alkoholvanor, det är inget alkoholbruk. Dessa uppgifter framkom innan intervjun, så tidigt som när vi precis kommit innanför dörren. När intervjupersonerna sa att det inte fanns något alkoholbruk på boendet, gjordes det också med ett litet skratt. Tornstam (2010) kan ha en förklaring, då han beskriver för att kunna vet vad som ingår i en roll behöver man ofta en förebild, en rollmodell. Är det ingen direkt på boendet som brukar alkohol då kanske den som flyttar in förändrar sin egen konsumtion utifrån de rollmodeller denne finner (jfr Tornstam 2010). Till skillnad från Bea och Catrin, anser Annbritt att det är vanligt med ett alkoholbruk på boendena ”så alkoholen har vi på alla äldreboenden på ort A, kan jag säga... serveras de i, vid olika sammanhang.”

Gunnarsson (2010) bekräftar det här med självbestämmandet då det i författarens rapport framkommer att framförallt hemtjänstpersonalen inte hade direkta riktlinjer på huruvida personalen skulle köpa ut eller inte, det är de äldre själva som bestämmer (ibid). Catrin berättar utifrån sin arbetslivserfarenhet att det finns en skillnad när det kommer till den äldre som har hemtjänst än om vårdtagaren hade bott på ett särskilt boende. Catrin nämner att i hemtjänsten kommer du som personal hem till de äldres eget boende, där de i princip kan göra som de vill. Detta är även något Benicio håller med om då han även antyder att det är de äldres eget ansvar. Cissi menar att personalen i hemtjänsten inte kan ha någon åsikt eller direkt lägga sig i när det kommer till deras eget val. Vidare säger Cissi om en dam som ständigt har druckit vin ”... men där kan man inte heller göra någonting, å så säger hennes söner till oss ja men det är ju inte bra att mor dricker så mycket vin, nä men vad ska vi göra, vi kan inte göra något, du måste säga till din mor.” Herring och Thom (1997) beskriver utifrån sin egen studie att personalen inte ständigt kan påverka de äldres dryckesvanor på grund av att anhöriga har en annan åsikt eller att de inte har stöd ifrån sina egna chefer. Utifrån vad som framkommit i tidigare stycken kan vi se en skillnad på hur personalen hanterar de äldres alkoholbruk, beroende på om den äldre bor på ett särskilt boende eller i sitt eget hem med hemtjänst. Det kan även finnas en skillnad beroende på vilken ort den äldre bor i.

8.4 Medicin och alkohol

Utifrån intervjuerna är det en viss skillnad i medicinhanteringen mellan särskilt boende, hemtjänst och dessutom mellan orterna. Vad gäller medicin och alkohol hade vi följande frågeställning; hur resonerar personalen kring vilken inverkan alkohol har i samband med den äldres läkemedelsintag? Cissi, i hemtjänsten, antyder att personalen inte har total kontroll över medicinintaget genom att berätta att om vårdtagaren vill dricka ett glas vin till medicinerna, är det inte så mycket hon kan göra åt det. Mer än att säga att det inte är bra att blanda dessa ”saker”. Amy däremot säger att det är ”på mitt ansvar när jag ger medicinen ju”. En artikel som vi har tagit del av menar att det är personalens fulla ansvar att se till att vårdtagarna inte kommer till skada (Herring & Thom 1997). Det kan ses som intressant att Cissi och Amy har olika åsikter i frågan om ansvar vid medicinutdelning i samband med alkoholbruk. Av den anledningen att båda är undersköterskor och bör ha genomgått en likvärdig utbildning, detta skulle kunna göra att de har en liknande grundtanke om farorna för äldre och deras eget ansvar.

På särskilt boende kan det se annorlunda ut vilket illustreras med att Annbritt förklarar att de äldre på boendet inte får ta sin medicin själv. Catrin berättar att de har signeringslistor och om de äldre vill ha medicin som inte ordinerats av läkare är det sjuksköterskorna som hanterar det. Enligt Tornstam (2010) finns det en sorts "förakt" för svaghet i dagens samhälle. Detta "svaghetsförakt" utgår från värdemönstret om självständighet, som alla bär med sig (ibid). Att den äldre då inte får styra över sina egna mediciner kan ses som en känsla av svaghet och att självständigheten kränks, vilket kan leda till att den äldre känner sig stigmatiserad (jfr Goffman 2001). Detta stigma skulle även kunna illustreras utifrån det faktum att en av intervjupersonerna svarar på frågan om hur och när man upptäcker att det finns en överkonsumtion. "Det märker man väl liksom som för en vanlig människa." Citatet kan tolkas som att intervjupersonen inte ser de äldre som vanliga människor. Det kan även tolkas som en reaktion på vår fråga om hur man upptäcker en överkonsumtion, med den betydelsen att det upptäcks på samma sätt som för alla andra.

Enligt Bea är det vanligt att personalen på hennes boende funderar mycket på om de kan godkänna att de äldre vill ha alkohol utifrån de mediciner de tar. Alkohol och mediciner är något som kan få en oväntad effekt, då alkoholen kan förändra medicinens effekt (Johansson & Wirbring 2005). Effekten av medicinen är det som Bea funderat på då många mediciner inte går att blanda med alkohol, det exempel som hon tog upp som tankeställare var Panodil. Panodil kom även upp i intervjun med Annbritt när hon berättade att hon bemött en vårdtagares oro med "... de klart du kan ta lite vin fast du tar Panodil [---] Men Panodil gör ju varken från eller till". Bland det viktigaste är att kunna upprätthålla goda relationer som bygger på ömsesidig respekt, för att genomföra det kan personalen, vårdtagare och anhöriga behöva en god anpassningsförmåga. Utifall vårdtagaren tolkade det Annbritt sa som att hon kan ta hur många Panodil hon vill och svälja dem med vin, då kan hon ta skada av det och det hade riskerat att förstöra deras relation. Cissi nämner att hon känner oro över att det är äldre med diabetes som har en stor alkoholkonsumtion, vilket ger en negativ effekt på diabetes.

I intervjuerna fanns det inte många exempel på äldre alkoholmissbrukares medicinvanor, däremot nämnde tre av de intervjuade att det finns läkemedelsmissbruk. Annbritt har vårdtagare där anhöriga ordnat extramediciner till dem och menar att detta också är ett missbruk. Cissi nämner också läkemedelsmissbruket då hon har erfarenhet av vårdtagare som haft en överkonsumtion av tabletter, hon nämner också att vårdtagarna inte kan missbruka mediciner på

grund av svårigheter att få tag på dessa. Personalen kan utifrån det beteende en vårdtagare visar upp bedöma denna som en missbrukare, eftersom vårdtagarens beteende avviker från personalens normer angående läkemedelsanvändandet (jfr Goffman 2001). På frågan om personalen upptäcker om de äldre har någon form av missbruk svarar Catrin följande ”så har du fått ut 25 tabletter och de ska räcka i 25 dagar då kan du inte hämta ut mer innan de 25 dagarna och har man då märkt att de har ringt och behövt mer tabletter, då tänker man på om det kan finnas ett missbruk”. Vid frågan om kombinationen alkohol och mediciner reagerar Benicio med en motfråga ”Medicinerna? Menar du som att vi ska ge medicin så de slutar dricka?”. Detta kan ses som att han har en gemensam kunskap med Amy, som har varit med om att ge vårdtagare Antabus; läkemedel mot alkoholmissbruk (FASS 2013). Utifrån Benicios reaktion framkommer det att frågan om kombinationen alkohol och mediciner hos äldre är mycket mer komplex än vad som var den inledande tanken med den frågan. Det som var den ursprungliga tanken var att se om personalen reflekterat över farorna med medicin- och alkoholbruk, det som däremot framkom i svaren var om mediciner kan hindra ett alkoholmissbruk.

8.5 Personalens syn på alkoholens betydelse för de äldre

Ovanstående rubrik har konstruerats efter att personalen tar upp en del bra exempel kring detta. Beroende på hur man ser på den sociala gemenskapen som finns i samhället kan personalen tolka hur till exempel de äldre bör betera sig och hur de bör behandlas, det betyder att verkligheten finns för oss enbart i tolkad form (jfr Jönson 2002). Om verkligheten bara finns i tolkad form blir människors åsikter viktiga. I det här sammanhanget kan personalen uttrycka en stark åsikt om en av vårdtagarna och på så sätt kan den åsikten bli sann.

Det framkommer utifrån intervjuerna att personalen ser de äldres alkoholvanor som en trevlig social aktivitet, bland annat Bea har den åsikten. Annbritt håller med Bea genom att berätta om att de bland annat ordnar aktiviteter, i form av speciell mat och dryck, för en grupp äldre en gång i veckan, ”Då hade en tant börjat stämma upp i helan går.” Vidare berättar hon att personalen har funnit två tanter inne på ett av rummen, där de satt och tittade på TV med varsin grogg. Annbritt har även blivit erbjuden en sup av en tant på boendet. Tanten ansåg att personalen såg trött ut. Det Annbritt troligen försöker göra är att visa att hon inte har accepterat ålderismen, hon vill skapa och ge uttryck för en ”vi” känsla, de gamla skiljer sig inte från de unga (jfr Jönson 2009). Det Annbritt däremot gör är att skapa olika grupper på boendet, ”och jag har ett par tjejer som samordnar lunchers kurs, som har en väldigt trevlig aktivitet nu. Där dom bjuder ut från olika avdelningar, vi har ju sex avdelningar [...] och tar dom då till exem-

pel två från den ena och två från den, två från de, och så har dom en liten sammankomst, vi kallar det för tisdagsklubben.” Det kan bli en så kallad ”innegrupp”, de som inte kan eller vill vara med på aktiviteterna kan delas in i gruppen gamla och sjuka (jfr Jönson 2009). Catrin i sin tur säger att de äldre inte behöver alkohol, och att det kan räcka att duka riktigt fint och på så sätt få fram samma feststämning som alkoholen hade gett. Benicio i sin tur menar att de äldre som han arbetar med ”känner att kroppen behöver alkohol” men ”de dricker inte för att bli berusade”. Följande citat skulle kunna tolkas som att Benicio egentligen anser att äldre kan behöva alkohol för att må bra så länge det inte går över styr.

Cissi menar att många av de äldre dricker vid högtider, dock finns det vissa som dricker hela tiden, då märks ett visst beteende ”hon mår ju bra, hon är inte deprimerad, hon är ju jätteglad.” Det kan vara så att Cissi anser att alkoholen kan vara lite festlig och passande om det inte går över styr. Citatet kan även antyda att i hennes förförståelse är personer med ett alkoholmissbruk deprimerade, vilket kan vara anledningen till att hon nämner att en person inte är deprimerad trots risken för riskbruk. Amy har varit med om en situation där en tant ville ta sina mediciner med en öl, om denna situation säger Amy ”vad jag ska väl inte ha några synpunkter [...] väldigt ovanligt att man stöter på den synen till alkohol.”

Emellertid menar Cissi att de som dricker många gånger mår enormt dåligt, till exempel att de är deprimerade. Det är något även Amy framför. Cissi och Amy har svårigheter med att reda ut för sig själva vad de egentligen anser om de äldres alkoholvanor, de har stundom åsikter att det är bra för de äldre och att de som dricker mår bra av det. Samtidigt som de säger raka motsatsen och menar att de äldre som dricker inte mår bra. Amys och Cissis självmotsägelser kan ses som rimliga om man utgår från att där det finns större tolkningsmöjligheter kan det lättare uppstå konflikter. Tornstam (2010) anser att de normer som styr åldringsrollen är mer flexibla, vilket leder till att det är ett större tolkningsområde. Detta kan i sin tur göra att Amys, Cissis och Annbritts skilda åsikter om hur de äldre som brukar alkohol mår, utan problem kan hamna i en konfliktsituation då deras tolkningsmöjligheter är större beroende på att olika normer finns på olika boenden och inom hemtjänsten.

8.6 Vårdtagarens bakgrund

Ett tema i intervjuerna är om de ser någon skillnad i de äldres bakgrund när det kommer till alkoholkonsumtion. Utifrån frågan; hur påverkar de äldres bakgrund personalens syn på de äldres alkoholbruk och alkoholmissbruk? Annbritt, Bea och Catrin som alla arbetar på sär-

skilda boenden för fram sin åsikt om att när du kommer på ett äldreboende är du sjuk och kan inte hantera ditt vardagliga liv, då blir inte alkoholkonsumtionen ett stort problem eftersom du måste ha tillgång till personalen dygnet runt. Denna åsikt kan stödjas utifrån SOU 1997:51 som beskriver orsaken till detta att inom äldreomsorgen är det endast de allra äldsta och de allra sjukaste som får tillhandahålla hjälp.

Cissi berättar att alkoholkonsumtionen kan öka på ”äldre där eftersom du inte har något bättre för dig”. Det skulle kunna innebära att Cissi anser att de äldre som blir alkoholmissbrukare blir det på grund av ensamhet och understimulering. Detta är något Benicio till viss del håller med om, han menar att de äldre inte super i avsikt att bli berusade, det kan vara att de känner sig ensamma. Catrin kan till viss del även hålla med om det här med äldres ensamhet. När du som äldre flyttar in på ett boende kan din sociala situation förändras, du har kanske tidigare jämt bott på samma ställe och vet vilka samtliga inom området är, då kan det upplevas som ensamt att komma till ett boende. Det kan även uppstå en helt ny situation eftersom främmande människor har nyckel till ditt boende och kan komma in när som helst. Magnusson (1996) skriver att när äldre ska anpassa sig till sitt nya liv, på till exempel ett boende blir det som att få en ny identitet, där jag -identiteten, det vill säga hur man ser på sig själv, (jfr Goffman 2001) kommer att förändras. Detta är även någon Tornstam (2010) är inne på, vad denna förändring innebär, när författaren beskriver vad som sker med det sociala jaget, om du kommer i ett sammanhang då du måste skapa en ny identitet.

Johnson (2000) beskriver att äldre alkoholister har en högre psykisk ohälsa än den liknande gruppen som inte dricker. Amy, Catrin och Cissi tar upp att de äldre som har varit alkoholmissbrukare hela livet ofta mår oerhört dåligt och detta har ofta lett till psykisk ohälsa, vilket skulle kunna ses som ett moraliskt stigma (jfr Goffman 2001). Den stigmatiserade personen kan uppvisa något som är rent av nedsättande eller ovanligt i dennes moraliska status ett exempel på detta kan vara psykisk ohälsa (Goffman 2001). När personalen möter de äldre med alkoholproblem uppstår det en sociologiskt sett primär situation där båda ska ta hänsyn till stigmas följder och orsaker (jfr Goffman 2001). Det kan ses som stigmatiserande att ha en psykisk ohälsa eftersom det avviker från idealet och därav kan vara svårigheter att erkänna det. I det läget när vårdtagaren sedan tidigare har en psykisk ohälsa och självmedicinerar med alkohol kan det leda till ett ytterligare ett stigma då idealet i samhället är att inte överkonsumera.

mera. I den situationen finns en risk att vårdtagaren mår alltfjämt sämre psykiskt och självmedicinerar ytterligare, vilket till slut kan bli som en ond cirkel.

När det kommer till skillnaden i männens och kvinnornas alkoholkonsumtion var respondenterna överlag överens om att det förekommer alkoholbruk bland både män och kvinnor inom äldreomsorgen. Det finns forskning som visar att i Skottland är alkoholkonsumtionen mer accepterad bland äldre män till skillnad från äldre kvinnor (Millard & McAuley 2008). Det kan antas att det ser likadant ut i Sverige, då Ramstedts forskning (2009) visar att det var fler män än kvinnor, både under år 2003 och 2007, som brukade alkohol. Ramstedts (2009) studie uttalar sig inte direkt om det är mer socialt accepterat för äldre män att bruka alkohol, men om ett beteende inte ses som socialt accepterat kan du till viss del ha svårare att utföra det eller erkänna det. Därför kan det indirekt tolkas som att mäns alkoholbruk är mer socialt accepterat, eftersom de erkänner det. Parallellt med detta menar Johansson och Wirbing (2005) att kvinnors alkoholkonsumtion har ökat speciellt bland fyrttialisterna, dock rent statistiskt sett är det fler män än kvinnor som dricker. Amy beskriver att det syns mer på männen när de har en hög alkoholkonsumtion "... framförallt män att de är slarviga med hygien." De nationaliteter som nämns är danskar och svenskar, Amy som arbetar i hemtjänst A berättar om en dansk som jämt började dagen med en snaps "... nå nu må du gå nu ska jag ha min lille hutt." Benicio har däremot en annan erfarenhet "dom är svenskar." Amy tar även upp att inom invandrarkulturer är det vanligt att anhöriga vårdar och att det nog kommer bli vanligare att äldre vårdas på boende eller inom hemtjänster, när hennes generation blir äldre. Dock kan Amys åsikter bero på att hon arbetar i ort A då det i ett flertal områden på ort B finns äldre med annan etnicitet som vårdas både på boenden och i hemtjänst.

Catrin och Annbritt talar om ett vårdboende i Danmark där alkoholen är en vanlig del av vardagen, där alkohol är den normala måltidsdrycken. Catrin förklarar det med "dom är ju vana vid sin Tuborg eller vad det nu är." Parallellt med detta belyser Meeuwisse och Swärd (2002) att olika kulturer kan ha olika åsikter om vad som är ett socialt problem. I vår kultur kan det ses som ett socialt problem om någon av de äldre brukar alkohol på ett särskilt boende. Detta skulle kunna innebära att de äldre som brukar alkoholen blir en avvikande grupp då de inte följer personalens normer (jfr Goffman 2001). Personalen kan, däribland omedvetet, se detta beteende som en svaghet i karaktären, som att den äldre har en låg moralisk status, vilket kan leda till en stigmatisering (jfr Goffman 2001).

De äldre kommer från ett samhälle där de har varit indelade i grupper utifrån bland annat klass och därför ser kanske alkoholkonsumtionen annorlunda ut beroende på vilken klass du tillhörde (jfr Närvänen 2009). Detta illustreras vidare i diskussionen om vårdtagarnas bakgrunder utifrån Amys reflektion om att när vi ser på samhället ur ett generationsperspektiv har de skett en förändring, de som var födda på 1910-talet var inte intresserade av alkohol på samma sätt. Amys resonemang kan stödjas av att alkoholen ransonerades via motboken som infördes under 1910-talet (Systembolaget 2013). Det innebar att generationen som föddes under 1910-talet aldrig har varit med om att kunna köpa alkohol fritt förrän under 1950-talet, vilket kan ha den påverkan att alkohol inte är en del av deras vardagsliv. Det Amy även menar är att det var en helt annan typ av ”arbetarklass” förr jämfört med nu, vilket även Catrin håller med om. Catrin ansåg också att det var en helt annan alkoholpolitik ”... vi har mycket bönder, både män och kvinnor som har jobbat hårt liksom, och sånt [...] Det är ingen ork kvar på kvällen tror jag, att dricka något utan det är hushållsarbete och det är kor och det är barn och det ska bakas och tvättas, ...”

Vidare nämnde intervjupersonerna ofta begreppet alkoholdemens som en del av vårdtagarnas bakgrund och som en indirekt viktig faktor i hur arbetet runt dessa personer ser ut. Enligt Marcusson et al. (2003) är demens ett syndrom som ger en minskad minnesförmåga och även påverkar andra intellektuella förmågor. Till exempel språk, problemlösning och orientering. Det leder ofta till personlighetsförändringar och beteendeförändringar (ibid). Annbritt tar i intervjun upp att alkoholdemens inte är ovanligt på det boende där hon arbetar. Hon beskriver alkoholdemensen som en sjukdom, där demensen har kommit från Alzheimers och alkoholen har förstört delar av hjärnan. Tornstam (2010) menar att jaget är uppdelade i två delar, där den ena påverkas mycket av de sociala sammanhang man är i och att flytta in på ett boende kan leda till en kraftig förändring i det sociala jaget. Demens har även en påverkan på det sociala jaget då man bland annat förlorar minnet och språkfärdigheter (jfr Tornstam 2010). Hur människor uttrycker sig och fungerar i sociala sammanhang kan vara en viktig del av ens identitet. Utifrån detta kan det leda till en stigmatisering då den sociala identitet människan har delvis eller helt försvinner (jfr Goffman 2001). Catrin säger ”har man då någon som har en alkoholdemens så kanske det inte är så smart att sätta den som vill ha vin till maten med den som har alkoholdemens.” Ramstedt och Raninen (2012:2) skildrar,

... en bild av att äldre i Sverige visserligen dricker mindre än övriga åldersgrupper, men att man dricker mer än tidigare och att de alkohol-

relaterade skadorna har ökat mer än i andra grupper. Resultaten pekar alltså på att med ökad total alkoholkonsumtion i en population, så är det svårt att undvika ökade skador ”på köpet”.

Ovanstående citat kan även ge en bild av varför ett antal av respondenterna talar om alkoholdemens. Om alkoholkonsumtionen ökar bör rimligtvis skadorna av alkoholen öka. Cissi har i hemtjänsten också stött på en kund som har alkoholdemens och beskriver det som att denne hade blivit dement på grund av alkoholen. Alkoholdemens och demens kan göra att de alkoholproblem som finns inte upptäcks. Ett stort antal äldre har hälsoproblem, både somatiska och psykiska vilket kan göra att tecknen för att vårdtagaren har ett missbruk kanske bortförklaras (Cronholm 1986).

8.8 Anhöriga och överrapportering

Goffman (2001) beskriver att det jämt ställs krav på individen utifrån de första intrycken som syns i ett möte, och de här kraven är ingen riktigt medveten om förrän de inte upprätthålls, då det blir en skenbar social identitet som bryts. Ett exempel på detta kan vara att barn vill se sina föräldrar på ett visst sätt och när föräldrarna blir gamla så kan det vara en avvikelse från dessa krav om föräldrarna är berusade. Catrin, på särskilt boende, menar att de anhöriga oftast bara vill vårdtagarnas eget bästa ”om de vet att det finns ett missbruk i bakgrunden, eller att det inte är bra för gamla att dricka och bli vingliga och trillar och får ett lårbensbrott och bli sängliggandes. Det kanske inte är att föredra.” Catrin berättar vidare att om en vårdtagare har ett alkoholproblem skulle hon informera anhöriga eftersom det kan vara de anhöriga som inhandlar alkoholen till den äldre. Cissi, i hemtjänsten, menar i sin tur att de som har ett alkoholproblem inte har anhöriga som är involverade i deras liv. Bea har på boendet där hon arbetar varit med om anhöriga som inhandlat alkohol till sin pappa som var missbrukare. Benicio, i hemtjänst B, bekräftar att de anhöriga inte hälsar på så ofta, han berättar vidare att personalen inte söker kontakt med anhöriga ”vi har ingen skyldighet att lyssna på de anhöriga.” Det kan vara att de äldre på särskilt boende som har alkoholproblem, kan ha mer kontakt med sina anhöriga, då de anhöriga inte har det yttersta ansvaret för sina gamla. Samtidigt som det i hemtjänsten kanske ses som att anhöriga ska ta mer ansvar.

Personalen och de anhöriga visar ett beteende som kan handla om en form av anpassning i den givna situationen alltför att få fram bilden av det goda åldrandet för de äldre (jfr Tornstam 2010). Amy menar utifrån de vårdtagare med ett alkoholproblem, ” ... att det inte finns anhö-

riga, de kan va rätt så olika.” Det kan bli en form av avståndstagande då de anhöriga inte vill ledas in i de problem de äldre har och personalen kan avskärma sig från de anhöriga (jfr Goffman 2001). Annbritt arbetar på ett särskilt boende där många av de äldre har sina anhöriga kvar och menar att när det kommer till alkohol fodras det en dialog med anhöriga alltför att det ska fungera. Det som beskrivs i intervjuerna kan handla om en personlig anpassning eller brist på personlig anpassning när det gäller de anhörigas kontakt med äldre som har ett alkoholbruk (jfr Tornstam 2010). Personerna kan förändra sina attityder och sina beteenden för att det ska bli en integrering mellan förväntningarna från både samhälle och individ (jfr Tornstam 2010). Memmot (2003) hävdar att för att en socialarbetare ska kunna få fram en trovärdig bild av klientens historia, till exempel missbruk, behöver den samtala med många och trovärdiga källor. Detta kan bli ett problem om man ser till det som nämns i intervjuerna om den bristande kontakten mellan äldre med alkoholproblem, anhöriga och personal. Personalen kan i dessa situationer få svårigheter att ta till sig om det finns ett alkoholmissbruk om den enda versionen av bakgrunden uttalas från den äldre. I detta fall kan anhörigas bild av bakgrunden vara viktig då en person kan ha svårigheter med att se sitt egna alkoholmissbruk.

En genomgående tanke om överrapportering var att det inte rapporteras på något särskilt sätt om den äldre hade druckit eller har ett alkoholmissbruk. Amy menar att överrapporteringen kan vara känslig eftersom samtliga av personalen och den journalen gäller kan läsa den. Det gör att uttryck som kan upplevas som negativa bör försöka undvikas då det kan vara kränkande att läsa det i sin journal. Benicio hävdar att sekretessen ständigt gäller. Tornstam (2010) menar, enligt vår tolkning, att personalen enligt samhällets synsätt har en skyldighet att anpassa sig till lagen om sekretess. Utifrån vad som setts i tidigare uttalanden kan vi misstänka att tolkningen av sekretesslagen inte är likande, då någon anser att det är självklart att tala med de anhöriga, samtidigt som att en annan person anser att de inte har någon anledning att tala med de anhöriga. Bea berättar att det är ingenting som direkt ”rapporteras över”. Däremot kan det nämnas om någon har druckit, fast då som en mer ”trevlig sak.” Utifrån Beas resonemang om vårdtagarnas alkoholkonsumtion kan drickandet vara en av den äldres intresse vilket kan gå emot hur samhällets normer ser ut (jfr Goffman 2001). Ur det normbrottet kan det ses som att de äldre med ett alkoholbruk kan ha en tveklaktig moralisk status, vilket skulle kunna leda till att samhället tilldelar den äldre ett stigma (jfr Goffman 2001).

8.9 Framtiden

I dagens samhälle finns det en hel del fördomar om missbrukare, fördomarna grundar sig i att missbrukabeteendet är fel och på så sätt associeras missbruk till utslagna individer i form av ”knarkarna”, ”fyllona”, ”A-lagarna” och ”parkbänkslaget” (jfr Johansson & Wirbing 2005). Det vi kan fråga oss är utifrån den ökande alkoholkonsumtionen (jfr Ramstedt & Raninen 2012) som finns i samhället, kommer alkoholbruket och alkoholmissbruket att bli mindre stigmatiserat i framtiden?

Annbritt är en av dem som har en del erfarenhet av att arbeta med missbrukare, hon säger ”och du kan forma missbruk som, är i arbetslivet, så att säga... De är inte bara de som sitter på parkbänken.” Det hon kan mena är att i framtiden kanske det är vanligare med dem som ser ut som om de passar in i samhället men som har stora alkoholproblem och andra sociala problem. Det kan i framtiden bli mindre vanligt med alkoholmissbrukare som är utslagna utan de kanske kan hålla upp en social fasad så att deras missbruk inte är synligt. Annbritts åsikt går till en viss del ifrån det här med att stigmatisera eftersom hon inte anses se alkoholmissbrukarnas moraliska status på ett nedsättande sätt (jfr Goffman 2001).

De berörda intervjupersonerna uttrycker en tanke om att det kommer bli fler äldre med alkoholproblem i samhället. Catrin säger bland annat ”... precis lika mycket som vi kommer vilja ha bredband och fondvägg eller fri wifi i hyran också där. Så tror jag nog att fredagsmyset kommer nog att göra inträde. ”Vidare säger hon ”spritens flödar ju ganska fritt i Sverige.” Detta kan sättas emot vad Norström och Ramstedt (2006) antyder då de i sin artikel bland annat skriver att Sveriges alkoholpolicy är i ett internationellt perspektiv fortfarande väldigt restriktiv.

Värdemönstren förändras och en stor förändring är mellan sinneskultur och idékultur (Tornstam 2010). Sinneskultur handlar mer om det materiella och idékulturen är i sin tur mer fokuserad på det andliga (ibid). Eftersom dessa två kulturer går i vågor kan du vara född i en kultur och under din uppväxt får den kulturens värderingar, för att sedan när du blir gammal leva i den andra kulturen och var tvungen att anpassa dig till det (Tornstam 2010). Annbritt och Amy som arbetar inom ort A menar att de har sett en förändring, dels vad gäller vilka som kommer till boendet eller i hemtjänsten. Skillnaden finns även när det kommer till de äldres alkoholvanor. Annbritt tar som exempel upp att det är ”många yngre... Alltså äldreboende, inte bara 80, 90, 100 ... utan den yngsta här är 64 och vi hade en som var 50 som bodde hos

oss.” Att hamna på ett särskilt boende för äldre när du inte är mer än 50 år kan vara ett stigma på flera sätt, då du inte passar in i någon av de grupper som finns på boendet (jfr Goffman 2001). Antingen är du personal, då kan du inte vara boende, eller är du en av de äldre som bor där men den gruppen stämmer inte heller om du inte är äldre än 50 år. Av den anledningen att det kan vara flera i personalen som kan vara 10-15 år äldre än dig.

Annbritt tar vidare upp att i framtiden kan man troligen både som chef och personal fordra en specialutbildning gällande missbruk och hur det ska bemötas. Benicio trycker på att ”utbildning inte är det viktigaste utan att erfarenhet är desto viktigare”, den här åsikten kan bero på att hans utbildning är i lägre rang. Tanken om att utbildning är viktig med de vårdtagarna som har alkoholproblematik, är en tanke som finns i samhället (jfr Kompetensutvecklings institutet 2013). Bland annat finns det en kurs för omvårdnadspersonal där de kan fördjupa sig i problematiken kring alkohol och äldre (ibid). Att den här kursen finns antyder att det som kan ses som viktigt är utbildning, vilket även är något som Gunnarsson (2010) menar. Om personalen inte har möjlighet att få den kunskapen som nämns ovanstående kommer Amy med ett annat förslag för hur missbruk och övriga sociala problem skulle kunna hanteras inom äldreomsorgen. ”... i framtiden att det faktiskt om [...] de nu finns en tröskelprincip, är du gammal och kan inte gå över din tröskel så ska sjuksköterskan komma hem och då skulle de finnas en kuratorkontakt också.” ”... De ska finnas anställt här.”

9. Slutdiskussionen

I resultat och analysdelen framgår att det inte finns gemensamma policyer som personalen känner till, däremot talar samtliga av personalen om de oskrivna reglerna som finns inom boenden och i hemtjänst. Samtliga intervjupersoner ansåg att de äldres självbestämmande är en viktig grundvärdering i deras arbete. Det framkom att personalens sätt att hantera läkemedelsintag i samband med alkoholbruk är individuellt. Vi har kunnat se vissa skillnader i personalens sätt att hantera och bemöta de äldres alkoholbruk beroende på om de arbetar på ett särskilt boende eller i hemtjänst och även på vilken ort respondenterna arbetar.

Det är inte ovanligt att de äldre inom äldreomsorgen har ett alkoholbruk eller alkoholmissbruk, men personalen verkade inte ständigt vara medvetna om det. Detta eftersom flera av intervjupersonerna inledde intervjuerna med att säga att de äldre inte hade alkoholvanor. Däremot när de började fundera utifrån de frågor som vi ställde, hade de många exempel på de äldres alkoholvanor. Troligtvis beror detta på att alla människor har olika syn på vad som räk-

nas som ett alkoholbruk eller alkoholvanor. Det var anledningen till att vi under intervjuerna försökte undvika att använda begreppet missbruk, då detta begrepp kan leda tankarna till de som är riktigt utslagna. Vi lever i ett samhälle där det blir alltmer vanligt och accepterat att ha en hög alkoholkonsumtion, vilket är en utveckling som Ramstedt med medförfattare beskriver. De äldres självbestämmande när det gäller alkoholbruk verkade vara en svår fråga, då personalen gärna framhöll att de äldre ska få bestämma själva utan styrning så länge som det inte går över styr. Det vi kunde se var att självbestämmandet var mer begränsat på boendena. Personalen på boendena berättar i intervjuerna om att vårdtagarna många gånger behöver mer hjälp för att klara av vardagen. Därefter ger de ett flertal exempel på hur de kan göra för att begränsa konsumtionen. Det kan bli ett problem i och med att det är personalen som har möjlighet att definiera när ett alkoholbruk blir ett alkoholmissbruk. Det här är ingen ny kunskap utan även Cronholm problematiserade det redan 1986. Varje personalgrupp kan ha sin egen definition och även i personalgruppen kan det finnas olika definitioner.

Under intervjuerna såg vi detta genom att både Bea, på boende B, och Catrin, på boende C, inledde intervjuerna med att det inte fanns alkoholvanor bland de äldre på boendena. Detta sades med ett skratt, det blev intressanta intervjuer då både Bea och Catrin hade flera exempel på de äldres alkoholvanor. Den inställningen att det inte fanns alkoholvanor blir en bekräftelse på att personalen inte alltid har en klar definition av vad som är ett alkoholbruk. Utifrån intervjuerna kan vi göra en tolkning av att personal på boenden har svårare att se om äldre har alkoholvanor, även om vanorna fanns där. Bea hade ett exempel på en situation där personalens definition av bruk och missbruk blir lite oklar. Bea hävdar att en av de äldre som hon arbetat hos var alkoholmissbrukare, personen i fråga drack en whiskey om dagen. Det är lite oklart om hon menade ett glas eller en flaska, men den var utspädd med vatten. Om det var ett glas kan det då räknas som en överkonsumtion?

Enligt media går det att se att de äldre som överkonsumerar löper större risk att råka ut för olyckor bland annat fallolyckor, samtidigt som Norström och Ramstedt (2006) har funnit artiklar som visar att alkohol kan ha en positiv effekt på hälsan. De anser att sådana artiklar gör att alkoholkonsumtionen ökar, en hel del vill troligtvis det bästa för sin hälsa och står det att man blir friskare av alkohol, kommer många att tro på det. Annbritt hade även hon en intressant definition och syn på alkoholbruk för de äldre. Annbritt ansåg att alla har rätt att dricka nästan hur mycket som helst och oavsett hur pass mycket som de äldre dricker, går det att hantera situationer som uppstår. Annbritt utstrålade självförtroende och ansåg sig ha unik

kunskap vilket gjorde att hon kunde allt om missbruk och därför ansåg att det inte fanns stora risker med de äldres alkoholbruk. Även Benicios tankar var intressanta då han var för de äldres självbestämmande och eget ansvar, till den grad att han inte såg problematiken överhuvudtaget gällande de äldres alkoholkonsumtion.

När det kommer till frågan om alkohol och medicinering hade Amy och Cissi olika synpunkter på hur personalens ansvar ser ut när de ger mediciner till de äldre. Deras åsikter går i princip ifrån varandra eftersom Amy anser att det är på hennes ansvar och Cissi anser att det inte är något hon kan göra om någon vill bruka alkohol i kombination med medicinerna. Detta eftersom båda har likvärdig utbildning och arbetar i hemtjänsten är det intressant att de har så skilda åsikter. Varför? En faktor som skulle kunna vara en förklaring till detta är att under hela intervjun använde Cissi kund-begreppet, vilket utifrån våra erfarenheter är vanligare i privat verksamhet. Därav var det ovanligt att höra personal från den kommunala äldreomsorgen benämna de äldre som kunder. Om personalen använder kund-begreppet kan det vara en anledning till att de äldres självbestämmande var viktigt. En kund har ständigt möjlighet att byta tjänst och klaga, det kanske inte känns lika självklart att en vårdtagare kan byta tjänst eller klaga. Utifrån betydelsen ordet kund har från privata äldreomsorger, då det innebär att de köper en tjänst på samma villkor som varor säljs i samhället.

Det är även intressant att två av personalen från boendena har helt olika åsikter när det gäller Panodil i kombination med alkohol. Panodil kan ses som en relativt ofarlig medicin, ungefär som Alvedon och Ipren. Samtidigt som två författare, Johansson och Wirbing (2005) anser att vissa av de verksamma ämnena i mediciner som till exempel Panodil är olämpliga att blanda med alkohol, därför att det kan ge oönskade effekter. Hur kan det komma sig att personalen har olika åsikter om farorna med Panodil och alkohol? Vi skulle vilja förklara det med utbildningsnivån, dock säger vår erfarenhet att den med högst utbildning inom ett område är den som lättast kan se de faror som finns. I Annbritts fall har hon en högre utbildning än Bea, i detta fall är det dock Bea som oroar sig för effekten av att ta Panodil och alkohol.

En del av intervjupersonerna talar om läkemedelsmissbruk, Annbritt och Cissi har arbetat med vårdtagare som de anser har ett missbruk. Övriga respondenter antyder att de har arbetat med äldre som har ett läkemedelsmissbruk, men det framfördes inte direkt i intervjun. Det var bra att vi valde att utgå från just alkoholmissbruk, då missbruk bland äldre hade blivit ett för brett spektrum. I intervjuerna beskrivs inte missbruk som något vanligt förekommande inom äldre-

omsorgen, men att det nog kommer utökas i framtiden. Utifrån den utveckling som vi ser i samhället och i äldreomsorgen kanske det inte kommer att bli mer missbrukare på boendena, däremot inom hemtjänsten. De som kommer in på boendena är många gånger så pass sjuka att de kan ha stora svårigheter att upprätthålla ett missbruk. Vi känner inte helt igen oss i att personalen inom äldreomsorgen inte kan påverka vad de äldre gör, då personalen inom äldreomsorgen, framförallt på boenden, har en stor påverkan på vad som sker. Ett flertal av de äldre får förändra sina vanor när de hamnar inom äldreomsorgen, då personalen inte upprätthåller de äldres vanor för att dessa ses som skadliga.

I intervjuerna framkommer det flera exempel på de äldres alkoholvanor, intervjupersonerna säger att det inte är någon skillnad mellan män och kvinnors alkoholbruk, samtidigt som exemplen många gånger handlade om kvinnors alkoholbruk. Detta tror vi oss ha en förklaring till då kvinnor har en högre medellivslängd och då naturligt har en större risk att hamna inom äldreomsorgen. Enligt vår erfarenhet är det fler kvinnor än män på särskilt boende och i hemtjänsten. Både från källor och från intervjuer har vi tagit del av att det sker ett generationsskifte inom äldreomsorgen, och att det är vanligare att de som kommer in i äldreomsorgen idag har med sig alkoholvanor. Såsom vi har skrivit i analysen finns det en tanke om att det skulle bero på att motboken avskaffades 1955. Motboken ransonerade mängden alkohol som varje individ kunde köpa. Den generation som föddes under 30- och början på 40- talet var den första generationen som kunde köpa alkohol fritt. Det var även den generationen som började resa utomlands på semestern och då se de sydeuropeiska alkoholvanorna. En del av intervjupersonerna talade om alkoholdemens som en bakgrundsfaktor. Alkoholdemens är en speciell diagnos eftersom den inte direkt nämns under undersköterskeutbildningarna. Enligt vår erfarenhet är det även ovanligt att läkaren sätter den diagnosen av den andledning att de inte anser att diagnosen finns.

I Stockholms län finns det en genomarbetad policy, som kommunen och landstinget har gått samman och skapat, alltför att förebygga och behandla missbruk. Denna policy kan användas inom äldreomsorgen då äldre är en av de grupper som berörs. Vi har inte funnit någon liknande policy i Skåne län. Personalen som vi intervjuade i Skåne var inte ens medvetna om det fanns någon policy. Utifrån detta började vi fundera på om det finns någon policy i Skåne eller om det endast är i Stockholm. Om det bara finns i Stockholms län är det lite oväntat, då i alla fall de större orterna i Skåne borde ha erfarenhet av alkoholproblem. Dels för att en av våra källor anger Skåne som det landskap där det dricks mest, och för att Skåne är ett gräns-

landskap, med kommunikationer till Danmark, Tyskland och Polen. Det är länder med en annan alkoholpolitik och där det är enklare att få tag på alkohol och ta med över gränsen. Vi funderade på om det faktum att Gunnarsson är professor på Stockholms universitet och genomför sina undersökningar i Stockholm, har någon påverkan för att det finns en genomarbetad missbrukspolicy där?

Under studien har vi konstaterat att det finns en viss skillnad mellan särskilt boende och hemtjänst. Den stora skillnaden är att på ett boende har personalen mer kontroll över vad som sker. Lägenheten som den äldre har på ett boende ska vara lika mycket ett eget hem, som det hem den äldre får besök av hemtjänsten i är. Enligt vår erfarenhet ser verkligheten annorlunda ut, då hemtjänsten oftare får anpassa sig till sina vårdtagares rutiner i hemmet. Det kan till viss del se annorlunda ut beroende på vilken ort den äldre bor på. Till exempel har inte personalen på landsbygdsorter liknade möjlighet att köpa alkohol i samma utsträckning som personalen på en större ort. I problemformuleringen beskriver vi en av paragraferna i Socialtjänstlagen (2001:453). Denna paragraf innefattar kommunens ansvar när det gäller de äldres levnadsstandard, bland annat antyder den att de äldre ska få hjälp att upprätthålla sin tidigare livsstil. Följs denna paragraf? Ett tydligt mönster i intervjuerna är att personalen behöver ett särskilt beslut för att inhandla alkohol. Det nämns även att det inte är självklart att personalen får servera alkohol. Detta gör att till exempel en äldre som jämt har druckit alkohol till måltiderna eller minst en gång i veckan har varit på systembolaget, den personens livsstil kommer påverkas. Av den anledningen att hjälpen som behövs för att upprätthålla livsstilen inte ingår i personalens rutiner.

En intressant situation som uppstod var när vi insåg att Gunnarssons texter berörde de frågeställningar som vi funderade på. Men med tanke på att Gunnarssons undersökningar har varit i Stockholmsområdet, samt att våra frågeställningar skrivs ut, kände vi att vår studie ändå kunde bidra med ny kunskap. I Gunnarssons fall var det underförstått i texterna vilka frågor som fanns. Under studiens gång insåg vi även att det var intressant och även praktiskt att ha undersökningen på tre olika orter. Dels fick vi olika perspektiv och eftersom det inte var enkelt att få tag på människor att intervjua. När vi började ta kontakt med omsorgsenheterna, ställde vi oss frågan om det överhuvudtaget hade varit möjligt att genomföra denna studie, på en ort?

Avslutningsvis menar en av intervjupersonerna att kuratorstjänster vore mycket bra att ha inom äldreomsorgen. Detta är även något vi har diskuterat och är mycket positiva till då det inte ligger i varken sjuksköterskornas eller undersköterskornas utbildning att ha samtal kring det psykosociala måendet.

10. Referenslista

Alna, Expert på skadligt bruk i arbetslivet (2014) ” Bruk, skadligt bruk (tidigare ofta kallat missbruk) och beroende” <http://www.alna.se/fragor-fakta/missbruk-och-beroende> hämtad (2014-01-23)

Aspers Patrik (2007) *Etnografiska metoder – Att förstå och förklara samtiden*. Malmö: Liber AB.

Bergström Hans (1996) *Missbruk, människor och relationer - behandling genom professionella och privata nätverk*. Lund: Studentlitteratur AB.

Blom Björn, Nygren Lennart (2013) ”Socionomstudenters kunskapsanvändning i kritiska situationer under studiepraktiken.” I Blom Björn, Moren Stefan, Nygren Lennart (red.) *Kunskap i socialt arbete – Om villkor, processer och användning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Bryman Alan (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB.

Cronholm Inger (1986) *Äldre och Alkohol – En litteraturöversikt*. Rapport nummer 62, institutet för Gerontologi i Jönköping.

Danemark Berth (2013) ”Socialt arbete och kunskap – tre metateoretiska mönster”. I Blom Björn, Moren Stefan, Nygren Lennart (red.) *Kunskap i socialt arbete – Om villkor, processer och användning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Fass (2013) ”Panodil” <http://www.fass.se/LIF/product?4&userType=2&nplId=19831007000087> hämtad (2013-12-05)

Fejes Andreas, Thornberg Robert (2009) *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber AB.

Gfroerer Josph, Penne Michael, Pemberton Michael, Folsom Ralph. (2003) ”Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort.” *Drug and Alcohol Dependence*. 69, 127-135.

Goffman Ervin (2001) *Stigma – den avvikandes roll och identitet*. Nordstedts Förlagsgrupp AB.

Gunnarsson Evy (2013) ”Alkoholmissbruk och självbestämmande – en kartläggning av den svenska hemtjänstens förutsättningar att arbeta med äldre personer med alkoholproblem.” *Nordic studies alcohol and drugs*. Vol 30, 227- 242.

Gunnarsson Evy (2010) *Vi får klara oss själva - Om hemtjänstens arbete med äldre personer som har missbruksproblem*. Stockholms Universitet: Arbetsrapport.

Helsingborgs Dagblad, nätupplaga (2013-07-29)

<http://hd.se/inrikes/2013/07/29/ny-generation-alkoholister/> hämtad (2013-10-17)

Herring Rachel, Thom Betsy. (1997) "The right to take risks: Alcohol and older people." *Social policy & administration*. Vol 31. No 3. 233-246.

Johansson Katarina, Wirbing Peter (2005) *Riskbruk och missbruk – alkohol – läkemedel- narkotika*. Stockholm: Natur och Kultur.

Johansson Stina (2013) "Kunskapsanvändning i äldreomsorgen." I Blom Björn, Moren Stefan, Nygren Lennart (red.) *Kunskap i socialt arbete – Om villkor, processer och användning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Johnson Ian (2000) "Alcohol problems in old age: A review of recent epidemiological research." *International journal of geriatric psychiatry*. 15, 575-581

Jyrkämä Jyrki, Haapamäki Laura (2009) *Åldrande och alkohol – Nordisk forskning och diskussion*. Nordisk center för alkohol- och drogforskning.

Jönson Håkan (2010) *Sociala problem som perspektiv – En ansats för forskning & socialt arbetet*. Malmö: Liber AB.

Jönson Håkan (2002) *Ålderdom som samhällsproblem*. Lund: Studentlitteratur AB.

Jönson Håkan (2009) "Äldreomsorgen, ålderismen och de nästan döda." I Jönson Håkan (red.) *Åldrande, åldersordning, ålderism*. Distribueras av nationella institutet för forskning om äldre och åldrande, Linköpings Universitet.

Klein Waldo C., Jess Carol (2002) "One last pleasure? Alcohol use among elderly people in nursing home." *Health & Social Work*. Vol 27, p193- 209.

Kommunförbundet Stockholms län. *Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende*. (2008) Samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län.

Kompetensutvecklings institutet (2013) <http://kui.se/oppen-utbildning/aldreomsorg/aldre-missbruk> hämtad (2013-10-25)

Kvale Steinar, Brinkmann Svend. (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.

Magnússon Finnur (1996) "När syster kommer med medicinen – vardagens revirer och ritualer på ett sjukhem." I Eliasson Rosmarie (red.) *Omsorgens skiftningar – begreppet, vardagen, politiken, forskningen*. Lund: Studentlitteratur AB.

Marcusson Jan, Blennow Kaj, Skoog Ingemar, Wallin Anders (2003) *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*. Stockholm: Liber AB.

Memmott Jay L. (2003) "Social Work Practice with the Elderly Substance Abuser." *Journal of Social Work Practice in the Addictions*. Vol 3 (2), 85-103.

Meeuwisse Anna, Swärd Hans (2002) "Vad är ett socialt problem?" I Meeuwisse Anna, Swärd Hans (red.) *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och Kultur.

Millard Andrew, McAuley Andrew (2008) "Alcohol and the over 65s: Service gaps seen from home care in Scotland." *Journal of social work practice in the addictions*. 8:3, 417-420.

Norström Thor, Ramstedt Mats (2006) *Sweden- is alcohol becoming an ordinary commodity?* Society for the study of addiction, 101, 1543-1545.

Närvänen Anna-Liisa (2009) "Ålder, livslopp, åldersordning." I Jönson Håkan (red.) *Åldrande, åldersordning, ålderism*. Distribueras av nationella institutet för forskning om äldre och åldrande, Linköpings Universitet.

Ramstedt Mats (2009) "Alkoholkonsumtion och alkoholrelaterade problem bland äldre svenskar – hur ser det ut egentligen?" *Nordisk Alkohol & Narkotikatidskrift*. Vol 26, 385-397.

Ramstedt Mats, Raninen Jonas (2012) "Alkoholkonsumtion ökar bland äldre" *Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning*. Stockholm. 1-4.

Renwanz Boyle Andrea, Davis Harvey (2006) "Early Screening and Assessment of Alcohol and Substance Abuse in the Elderly: Clinical Implications." *Journal of Addictions Nursing*, 17, 95-103.

Socialstyrelsen, "Antalet äldre personer med riskfylld alkoholkonsumtion ökar Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst" – Lägesrapport (2012) <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-2-2/Documents/Missbruks-och-beroendevarden.pdf> hämtad (2013-10-17)

Socialstyrelsen, "Vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen" <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-1-22> hämtad (2014-01-23)

Socialstyrelsen, "Äldreguiden" (2014) <http://www.socialstyrelsen.se/jamfor/aldreguiden/jamfor> hämtad (2014-01-21)

Socialtjänstlag (2001:453)

Statens Folkhälsoinstitut, "Faktablad om alkohol" (2012)

<http://www.fhi.se/PageFiles/14624/Faktablad-alkohol-och-aldre.pdf> hämtad (2013-10-17)

Statens Offentliga Utredningar (1997:51) *Brister i omsorg – en fråga om bemötande av äldre*. Delbetänkandet av utredningen av bemötande av äldre. Nordstedts Tryckeri AB.

Statens Offentliga Utredningar (1997:52) *Omsorg med kunskap – en fråga om bemötande av äldre*. Rapport av utredningen om bemötande av äldre. Nordstedts Tryckeri AB.

Systembolaget (2013) ”historia”

<http://www.systembolaget.se/OmSystembolaget/Systembolagets-historia/historien-om-systembolaget21/> hämtad (2013-12-13)

Thurén Torsten (2005) *Källkritik*. Stockholm: Liber AB.

Tornstam Lars (2010) *Åldrandets socialpsykologi*. Nordstedt AB.

Vetenskapsrådets forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (2002) <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> hämtad (2013-10-17)

Wigg Ulrika (2009) ”Att analysera livsberättelser”. I Fejes Andreas, Thornberg Robert (red.) *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber AB.

Bilaga 1

Intervjuguide

Bakgrund

- ✳ Utbildning?
- ✳ Hur länge?
- ✳ Varför?
- ✳ Var?

- ✳ Arbeta mött vårdtagare som brukar alkohol?
- ✳ Din syn på alkohol?

- ✳ Exempel, äldre och alkohol?
- ✳ Alkoholpolicy?
- ✳ Kunskap och vända sig till?
- ✳ Hjälpa att köpa ut alkohol?
- ✳ Hjälpa att köpa ut, när någon har ett problem?
- ✳ Hur gör ni/arbetar hos vårdtagare som dricker?
- ✳ Vårdtagarens bakgrund? (t.ex. uppväxt, yrke, land, stad, landsbygd, kultur och genus)
- ✳ När och hur brukar ni märka att de äldre dricker?
- ✳ Hanterar medicinintag och alkohol?
 - [Nej] Varför inte? - [Ja] Hur?
- ✳ Hur stödjer ni varandra?
- ✳ Överrapportering?

- ✳ Relation till anhöriga?
- ✳ Samarbete med andra?
- ✳ Förändring av brukandet i arbete?
- ✳ Framtiden?
- ✳ Hur skulle du vilja jobba med dessa?