

Heléne Nellvik & Katarina Piuva

En ny grupp missbrukare eller en ny fråga för äldreomsorgen?

– En rapport om organiseringen av insatser till äldre med missbruk/samsjuklighet i Ekerö och Sundbyberg

Forskningsrapport 2014:2

FoU-Nordväst är en forsknings- och utvecklingsenhet för socialtjänstens individ- och familjeomsorg samt omsorg för personer med psykiska funktionsnedsättningar. FoU-Nordväst ägs av åtta kommuner i nordvästra Stockholms län: Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Solna stad, Sundbybergs stad, Upplands-Bro och Upplands Väsby.

För ytterligare information: www.fou-nordvast.se

©Alla rättigheter förbehållna FoU-Nordväst samt författaren

Grafiskform (omslag): FoU-Nordväst

Tryck: Sjuhäradsbygdens Tryckeri AB, Borås, 2014

ISBN: 978-91-89681-27-9

ISSN: 1651-7830

Innehåll	
Förord	7
Sammanfattning	8
Inledning	10
Problemformulering	10
Metod	11
Bakgrund	13
Äldreomsorg i förändring	13
Valfrihet inom äldreomsorg	15
Olika organisationsformer i nordvästkommunerna	19
En forskningsöversikt om åldrande och missbruk	21
Internationell forskning om äldre och missbruk	22
Kunskap om äldre och missbruk i Norden	23
Sverige	24
Äldreomsorgens organisation	25
Studier i två kommuner: Ekerö och Sundbyberg	27
Sundbybergs stad	28
Ekerö	29
Resultat av intervjuer: kvalitetskriterier	31
Självbestämmande och integritet	32
Helhetssyn och samordning	35
Samverkan kring brukaren	35
Samverkan inom och mellan kommunens förvaltningar	36
Samverkan mellan leverantör och kommun	39
Samverkan mellan kommun och landsting	40
Trygghet och säkerhet	43
Kunskapsbaserad verksamhet	46
Tillgänglighet	50

Effektivitet	54
Om kommunerna fick önska	57
Musketörerna i Rågsved/Sollentuna	60
Boende	61
Personal	62
Brukarinflytande	63
Om Musketörerna fick önska	65
Slutsatser	67
Referenser	69
Bilagor	73
Bilaga 1	73
Bilaga 2	74
Bilaga 3	75
Tidigare utgivna FoU-rapporter och FoU-forsknings-rapporter	76

Förord

Äldre och missbruk har länge varit ett område där ny kunskap efterfrågats från kommunernas sida och vi på FoU-Nordväst har funderat på hur vi skulle kunna arbeta med denna problematik. Vi har förstått att kommunerna tycker att detta är ett bekymmer och ibland beskrivs det som om denna grupp ramlar mellan stolarna. Den studie som redovisas i den här rapporten är den första som FoU-Nordväst gör kring detta område och den är i huvudsak en kartläggning av problemområdet. Studien fokuserar på vilken betydelse olika organisationsformer kan ha för gruppen äldre med missbruksproblem men också frågor kring samverkan och valfrihet studeras. Det perspektiv som anläggs är främst ett tjänstemannaperspektiv. Förvaltningschefer och verksamhetschefer i två kommuner, Sundbyberg och Ekerö, har intervjuats om sina erfarenheter och upplevelser rörande verksamheten för gruppen äldre missbrukare. Chefer både från kommunernas individ- och familjeomsorg och från äldreomsorgen har deltagit i studien. En fokusgruppsintervju har gjorts med Musketörerna i Rågsved/Sollentuna i syfte att även belysa brukarnas syn på det stöd de äldre missbrukarna får eller inte får från kommunerna.

Två av FoU-Nordvästs medarbetare har varit inblandade i detta arbete; Heléne Nellvik och Katarina Piuva. Katarina har också fungerat som vetenskaplig ledare för projektet. Heléne är den som har genomfört intervjuerna och skrivit rapportens resultatredovisning. Katarina har ansvarat för forskningsöversikten.

Jag tror och hoppas att ni finner rapporten intressant och att den kommer att ge upphov till diskussioner i kommunerna kring organisering av verksamheten för äldre missbrukare. Vi hoppas att rapporten ska kunna tjäna som ett underlag i kommunernas utvecklingsarbete.

Sollentuna 2014-07-09

Lisbeth Eriksson

FoU-chef

Sammanfattning

Äldreomsorgen behöver bli bättre anpassad för dem som behöver den mest, den grupp som behöver en kombination av specialistvård, primärvård och kommunal omsorg. Denna skärningspunkt mellan äldreomsorg, individ- och familjeomsorg och sjukvård och därmed mellan kommuner och landsting, har alltid varit problematisk.

Avsikten med föreliggande studie är att belysa frågor om hinder och möjligheter inom olika organisationsformer, samverkan/brist på samverkan och valfrihetens betydelse för insatserna till denna grupp äldre. Av nordvästkommunerna valdes Ekerö och Sundbybergs kommuner ut för studien, dels beroende på demografiska skillnader mellan kommunerna och dels beroende på olikheter beträffande nämndorganisation och organisationen av myndighetsutövningen.

I studien framträder en samstämmig bild av svårigheter med samverkan, främst i utförarledet, men även svårigheter i samordning av behov och beslut om insats när myndighetsutövningen är organiserad i olika nämnder. Gruppens behov av medicinska insatser, insatser från landstingets psykiatriska vård samt insatser från beroendevården och införandet av Lagen om valfrihet (LOV) har tillfört ytterligare samordningsproblem i bägge kommunerna.

Brukarorganisationen Musketörerna beskriver också genom egna erfarenheter att en organisatorisk samverkan samt ett konkret samarbete i utförarledet behövs för att bra missbruksvård, beroendevård, medicinsk/psykiatrisk vård och god äldreomsorg samtidigt ska uppnås.

I studien framkommer även önskemål om fler alternativ när det gäller specialiserade utförare samt utbildningsinsatser till personalen som utför omsorgen. Fördjupningsstudien överensstämmer väl med resultaten av kunskapsöversikten. Den indikerar även att det behövs mer utveckling för att uppfylla de av Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) uppställda kvalitetskraven för att säkerställa en trygg och säker vård och omvårdnad.

Studien aktualiserar den fragmentarisering av vård- och omsorg som skett under de senaste 20 åren i form av utförar- och beställarorganisation, ökad specialisering inom kommunal- och landstingsstyrda verksamheter samt konkurrensutsättningen av offentlig verksamhet.

Inledning

Problemformulering

Äldre som lever i socialt utsatta situationer med missbruksproblem och/eller psykisk sjukdom riskerar att inte få den hjälp de behöver. Äldre hemlösa är en annan grupp som inte får plats inom den traditionella äldreomsorgen. Dessa utsatta äldre som till stor del är osynliga i äldreomsorgen, har problem som inte självklart faller inom äldreomsorgens område. Det handlar om sociala problem som hälso- och sjukvården och socialtjänstens individ- och familjeomsorg har ansvar för, när det gäller andra åldersgrupper. Dessa äldre är egentligen ingen ny grupp med nya behov, men inom de närmaste åren kommer troligtvis gruppen att bli större beroende på att antalet invånare över 65 år ökar. De glöms ofta bort när villkoren för äldre och äldreomsorg diskuteras. Deras behov av hjälp stämmer inte alltid överens med de insatser eller den kunskap som äldreomsorgen kan erbjuda.

Det ovan beskrivna förhållandet har fått förnyad aktualitet under de senaste åren bland annat på grund av att kommunerna noterat en ökning av äldre med missbruksproblem. En iakttagelse är även att nya grupper som kvinnor med missbruksproblem och samsjukliga¹ allt oftare aktualiserats.² En återkommande fråga inom socialtjänsten är behovet av samverkan med äldreomsorgen rörande dessa brukare. Diskussionerna handlar bland annat om vem som ska ansvara för genomförande av insatser och stå för kostnader. Med en ökande andel hemtjänstmottagare som har komplexa behov och ibland även omfattande funktionsnedsättningar behöver samverkan med äldreomsorgen fungera så att den ger förutsättningar för en trygg och samordnad vård och omsorg som ges med säkerställd kvalitet och hög kontinuitet. Studien uppehåller sig kring frågor om hinder och

¹ Personer som har ett missbruk eller beroende samt en psykiatrisk störning eller sjukdom

² Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst 2012, Socialstyrelsen, Artikelnummer: 2012-2-2

möjligheter inom olika organisationsformer, samverkan/brist på samverkan och valfrihetens betydelse för insatserna till denna grupp äldre. FoU har på uppdrag av nordvästkommunerna genomfört en studie i frågan äldre och missbruk/samsjuklighet. Följande två frågeställningar har styrt inriktningen av denna studie.

- Hur fungerar samverkan inom och mellan de organisationer som ger vård och omsorg till äldre med komplexa behov?
- Vilken betydelse har lagen om valfrihet (LOV) för omsorgen av äldre med komplexa behov?

Metod

Metoden i undersökningen bygger på en kombination av dokumentstudier, enskilda intervjuer och gruppintervjuer. En blandning av metoder kan bidra till fördjupad förståelse av det ämne man undersöker (Harrison & Reilly, 2011, Bryman, 2006). Valet av metod stöder på så sätt undersökningens syfte, att förstå och reflektera över hur socialtjänstens organisation fungerar för just denna grupp äldre med komplexa behov.

Det empiriska underlaget i denna studie är avgränsat till två utvalda kommuner inom Nordväst; Ekerö och Sundbyberg. I det följande motiveras valet av kommuner, val av undersökningsmetod samt tillvägagångssätt i studien. De två kommunerna, Ekerö och Sundbyberg, valdes utifrån att de har olika organisationsformer för sin verksamhet inom området. Bägge kommunerna har infört valfrihetssystem vad gäller utförare av insatser, om än i olika omfattning. Ekerö kommun har en sammanhållen organisation med en förvaltning och en politiskt ansvarig nämnd. Sundbybergs kommun har delat på verksamheten i en individ- och omsorgsförvaltning respektive en äldreförvaltning. Dessa bägge förvaltningar svarar mot var sin politisk nämnd; Individ- och omsorgsnämnden respektive Äldrenämnden. Kommunerna skiljer sig dessutom åt när det gäller såväl historia som socioekonomisk karaktär.

Vi har i vår studie intervjuat sex verksamhets-/enhetschefer och tre förvaltningschefer i Sundbyberg och Ekerö kommuner. Verksamhets-

/enhetscheferna ansvarar för missbruk/socialpsykiatri, försörjningsstöd och äldreomsorg. Gällande förvaltningscheferna så ansvarar en för missbruk/socialpsykiatri och försörjningsstöd, en för äldreomsorg och den tredje har ett totalansvar för missbruk/socialpsykiatri, försörjningsstöd och äldreomsorg. Totalt omfattar intervjustudien nio intervjuer. Intervjuerna, som samtliga spelades in, varade mellan 45 - 60 minuter. Stödanteckningar fördes i anslutning till intervjuerna. Frågorna skickades ut i förväg i samband med att intervjuerna bokades. Samma frågor ställdes till alla som intervjuades.³ Frågorna formulerades utifrån Socialstyrelsens och Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) definitioner på sex kvalitetsområden som kan användas som struktur för de kvalitetskrav för trygg och säker vård som ställs på den samlade socialtjänstens innehåll. Frågorna hade öppna svarsmöjligheter där alla gavs möjlighet att säga sin åsikt om samma frågor. Intervjuerna kan betecknas som semistrukturerade eftersom intervjun fördes som en dialog som ledde till ett antal fördjupande följdfrågor (Kvale & Brinkman, 2009).

Vi har även hållit en fokusgrupp, en form av semistrukturerad intervju (Wibeck, 2000), med Föreningen Musketörerna i Rågsved/Sollentuna för att belysa och tydliggöra brukarperspektivet i våra frågeställningar. En fokusgrupp på tio deltagare deltog under 90 minuter i en diskussion utifrån strukturerade frågor, även dessa frågor var inspirerade av kvalitetskraven för trygg och säker vård.⁴ Även fokusgruppsintervjun spelades in. Resultatet av intervjuerna presenteras i rapportens fjärde och femte kapitel med utgångspunkt från de ovan nämnda kvalitetskriterierna. I resultatdelen presenterar vi hur respektive kommun definierar och beskriver sin verksamhet utifrån respektive positioner i organisationen. Musketörerna i Rågsved/Sollentunas synpunkter redovisas separat.

³ Bilaga 1 Intervjufrågor

⁴ Bilaga 3 Intervjufrågor

Bakgrund

Äldreomsorg i förändring

Stora organisatoriska förändringar har ägt rum som ökat kommunernas omsorgsansvar för äldre sedan åldringsvården separerades från fattigvården 1947. Dagens äldreomsorg började utvecklas på 1950-talet när utbyggnaden av hemtjänsten kom igång för att skjuta upp flytten till ålderdomshem. År 1957 antog riksdagen nya riktlinjer för äldreomsorgen där det betonades att äldre⁵ skulle leva ett oberoende liv i sina hem så länge som möjligt. Dessa riktlinjer blev även viktiga fundament i det som i 1980 års Socialtjänstlag slogs fast som kvarboendep principen. Lagen kompletterades 1989 med kommunernas skyldighet att samverka med landstingen om de äldre.

Hemtjänsten var från början en service som erbjöds alla äldre med svårigheter att klara vardagen vilket ledde till en expansion av äldreomsorgen som varade fram till mitten av 1970-talet. Därefter började både den kommunala hemhjälpen och institutionsboendet att minska. Äldreformen⁶ som trädde i kraft 1992, innebar att större delen av landstingens äldrevård fördes över till kommunerna. Psykiatireformen som trädde i kraft 1995 innebar att kommunerna även fick ansvar för boende och stödinsatser i hemmet för personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Lagen om valfrihet (LOV) infördes 2009. Lagen innebär att kommuner och landsting får överlåta valet av utförare åt brukaren. Vikten av att formulera kvalitetskrav och att hitta system som kontrollerar att kraven följs och vad som ska göras om så inte sker blir allt större när LOV-upphandlingar sker. Brukarna har rätt att förvänta sig att de företag som godkänts som utförare är seriösa både vad det gäller vård och omsorg, men också när det gäller skattebetalningar och laglydnad. Det gäller också för kommunerna att

⁵ Äldre definieras här som personer som är 65 år eller äldre

⁶ Kommunerna får ett samlat ekonomiskt ansvar för äldreomsorgen, övertar sjukhem och långvård från landstingen och måste betala för medicinskt färdigbehandlade på sjukhus.

bevaka att det blir en rättvis konkurrens mellan egna och privata utförare. Vårdval är sedan 2010 obligatoriskt inom landstingens primärvård. Införandet av LOV var till en början frivilligt för kommunerna, men omformulerades till förslag om en tvingande lagstiftning om inte LOV införts/prövats i alla kommuner 2014.

En annan viktig fråga är samverkan. Ju fler utförare som finns kring varje brukare desto större betydelse får samverkan och vårdplanering. Det system utifrån vilket olika aktörer ersätts måste innehålla incitament för samverkan. Sannolikt är det de äldre med störst behov av vård och omsorg av flera aktörer och de mest utsatta grupperna, som har minst möjlighet att utnyttja valfriheten. System med personliga ombud, "Care managers" har därför använts för dessa grupper i andra länder med valfrihetssystem, t ex. i Holland och i Japan.

Redan i Äldreuppdragets slutrapport (Socialstyrelsen, 2000) menade man att det finns grupper av äldre vars situation inte tillräckligt uppmärksammas. Äldre som inte efterfrågar hjälp, trots stora hjälpbehov, tas också upp i Socialstyrelsens rapport "Äldre utanför äldreomsorgen" (2002). Där räknas äldre med psykiska besvär/sjukdomar och äldre med alkoholproblem eller äldre som utsatts för övergrepp till dem som inte alltid efterfrågar hjälp, ofta på grund av att problematiken är dold och skamfylld.

Äldreomsorgen är i första hand inriktad på äldre med stora vård- och omsorgsbehov och inte på äldre med olika typer av sociala problem. Andersson & Minell (2002) menar att äldres situation oftast bedöms här och nu, inte som en del av ett tidigare liv, som innehåller såväl sociala som hälsomässiga problem. När äldres tidigare liv inte uppmärksammas tillräckligt behandlas de som en homogen grupp menar Gunnarsson (2002). Individen tenderar att försvinna till förmån för föreställningar om den stereotypa åldrande människan.

Det finns en bristande kunskap om äldre som på olika sätt står utanför äldreomsorgen och som lever i socialt utsatta situationer. Det saknas även kunskap i kommunerna om hur man får kännedom om äldre med omsorgsbehov som inte själva efterfrågar hjälp (Socialstyrelsen, 2012).

Hur gör man osynliga behov synliga? Hur ser gränserna och gråzonerna ut mellan den kommunala äldreomsorgen, hälso- och sjukvården och individ- och familjeomsorgen där äldre i en utsatt situation ofta befinner sig?

Valfrihet inom äldreomsorg

Valfrihetssystem enligt LOV finns och erbjuds, med viss variation och omfattning, inom boende, hemtjänst, dagverksamhet, ledsagarservice, kontaktperson, avlösarservice i hemmet, boendestöd, daglig verksamhet samt korttidsvistelse i samtliga nordvästkommuner.

Vad som ingår i hemtjänstuppdraget i ett valfrihetssystem ser olika ut från kommun till kommun. Vissa kommuner väljer att dela in tjänsterna i kategorierna servicetjänster och omsorgstjänster, medan andra väljer att samla alla aktuella tjänster i en kategori. Hur kommunen kommer fram till vilka tjänster som ska ingå i uppdraget och hur man väljer att dela upp dem grundar sig på exempelvis strukturella förutsättningar eller politiska målsättningar.

Hemtjänst är ett samlingsbegrepp för olika typer av insatser som beviljas efter den enskildes behov. Inom begreppet hemtjänst ryms både insatser av servicekaraktär och omvårdnadsinsatser. Den praktiska hjälpen av servicekaraktär kan exempelvis bestå av städning, tvätt, inköp, post- och bankärenden, matlagning och matdistribution. Omvårdnadsinsatserna ska tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov såsom måltidsstöd, hjälp med den personliga hygien, på- och avklädning, förflyttning, insatser för att bryta isolering och för att den enskilde ska känna trygghet och säkerhet i det egna hemmet. Hemtjänst i form av avlösning i hemmet kan ges som stöd till anhöriga som vårdar sin make/maka. I vissa kommuner kan uppdraget även omfatta insatser som delegerats av legitimerad sjukvårdspersonal.

Ledsagarservice är en insats i form av följeslagare utanför hemmet som kan beviljas för personer med olika typer av funktionsnedsättning. Avlösarservice innebär att tillfälligt, som avlastning, ta över omvårdnaden

av en individ som har en funktionsnedsättning, oftast ett barn eller ungdom. Båda dessa insatser ges enligt Lagen om stöd till vissa funktionshindrade (LSS). Boendestöd vänder sig till personer med psykisk funktionsnedsättning men kan även erbjudas personer med lindrig funktionsnedsättning som bor i egen bostad. Alla dessa insatsformer ska leda till att den enskilde ska kunna leva ett så normalt och självständigt liv som möjligt.

Hemtjänst, ledsagarservice, avlösarservice och boendestöd beviljas av biståndshandläggare utifrån den enskildes behov och kan variera över tid. I ett valfrihetssystem enligt LOV är det brukaren själv som väljer leverantör, det vill säga vilken utförare som denne vill ska praktiskt utföra de insatser som beviljats. Brukaren har också rätt att när som helst välja om och välja ny utförare.

Förutsättningar för god kvalitet inom socialtjänst kräver en samsyn kring vad som är viktigt. Socialtjänsten styrs av lagstiftning och nationella styrdokument. Som komplement finns kvalitetsområden som knyter an till lagstiftningen. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har arbetat fram definitioner på sex kvalitetsområden, som prioriteras i utvecklingsarbetet för trygg och säker vård på nationell och lokal nivå. Dessa områden kan användas som struktur för de kvalitetskrav som ställs på verksamheternas innehåll. Dessa områden är:

- Självbestämmande och integritet
- Helhetssyn och samordning
- Trygghet och säkerhet
- Kunskapsbaserad verksamhet
- Tillgänglighet
- Effektivitet

Dessa kvalitetsområden kommer längre fram i rapporten att utvecklas vidare och ingå som en stomme både i de genomförda intervjuerna och i den kommande resultatredovisningen och analysen.

Genom införandet av LOV ville man stimulera utbudet av tjänster inom ramen för hemtjänst att bli mer varierat. Det har också kommit till många

nya utförare och det finns en större variation vad gäller utbudet av utförare med kompetens inom olika språk och kultur. Kunskapen inom området demens har också ökat. Utförare med andra inriktningar förekommer endast i liten utsträckning. Hälften av alla kommuner som infört valfrihetssystem uppger att de saknar utförare med särskild profilering (Konkurrensverket, 2012). Det tyder på att det ännu saknas kunskap och kanske även intresse för hur utveckling och nya verksamhetsformer ska stimuleras.

Att en kommun har många olika utförare medför större krav på insatser för information och ökade kostnader för uppföljning. Samarbetet mellan olika leverantörer av insatser kan också bli än mer komplext och kostsamt med många utförare. De ökade kraven på s.k. SIP-planer⁷ tyder på detta. Risken finns även att brukarna själva tvingas ta ett större eget ansvar för att hålla samman sina vård- och omsorgsinsatser när flera parter är involverade.

LOV är i första hand en lag som anger hur upphandling ska gå till men den har även andra syften. Den ska ge brukarna möjlighet till ökad valfrihet och ett större inflytande. LOV ska bidra till en större mångfald, locka flera utförare och höja kvaliteten på tjänsterna. Kommunerna ska ange kvalitetskraven och måste sedan godkänna alla de leverantörer som kan ange att de uppfyller kraven. Men det kräver också att kommunerna utvecklar sina möjligheter att granska leverantörerna. Kommunerna måste kunna garantera att en leverantör under hela avtalstiden lever upp till kvalitetskraven. Nu kan kommunerna enbart i efterhand häva avtal om en leverantör inte uppfyller kraven, vilket också skett i vissa fall. Vid allvarliga missförhållanden kan dock kommunen häva avtalet med leverantören under själva avtalstiden. Det borde vara brukarperspektivet, kvalitet och trygghet för brukarna och inte företagarperspektivet, som ska känneteckna LOV (Hjalmarsson & Wånell, 2013).

⁷ SIP-plan Samordnad Individuell Plan för brukare med olika vårdleverantörer.

Kommunernas myndighetsutövning beslutar utifrån antagna riktlinjer om insatser till den enskilde brukaren. I propositionen *Värdigt liv i äldreomsorgen* (prop. 2009/10:116) föreslog regeringen en bestämmelse i SoL om att äldre personer, så långt möjligt, ska kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges (SoL § 5:3). Det innebär att de äldres rätt till inflytande har stärkts. Ett annat exempel är *Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)* som ger funktionsnedsatta personer under 65 år som har rätt till personlig assistent stora möjligheter att bestämma över sina hjälpinsatser.

LOV ger de som blir beviljade hemtjänst rätt att välja vilket företag som ska utföra tjänsterna. Äldre uppger i genomförda studier att de uppskattar möjligheten att välja utförare och möjligheten att välja bort utförare som de inte är nöjda med. Men de vill också bestämma över **vad** tjänsterna ska innehålla och **vilken person** som ska utföra den och **på vilket sätt** (Hjalmarson, 2003; Hjalmarson, Norman, 2004). Med en ökande andel äldre som har mer sammansatta och komplexa behov såsom missbruk, samsjuklighet och omfattande funktionsnedsättningar behöver samverkan mellan t.ex. individ- och familjeomsorg, missbruksvård, socialpsykiatri och äldreomsorg utvecklas så att den ger reella förutsättningar för samordning med både kvalitet och hög kontinuitet mellan vård och omsorg.

Ännu vet ingen med säkerhet hur LOV påverkar kvaliteten på tjänsterna. Eller som Hjalmarson, Wånell, (2013) uttrycker det:

Det går inte att visa att LOV bidrar till kvalitetsutveckling exempelvis genom att hemtjänstkunder byter utförare om de är missnöjda. ”Exit” (att kunna välja om) är värdefullt, men är inte en optimal modell för ”kundgruppen” som får hemtjänst. Många av dem som behöver äldreomsorg har nedsatt kognition eller har av andra skäl svårt att göra val. De kan också ha svårigheter att föra sin talan både på grund av funktionsnedsättningar, men också på grund av att de är i en beroendesituation. Valsituationen är, som vi sett därför sällan marknadsmässig. Valet görs ofta när den äldre personen har som sämst förutsättningar att välja, t.ex. efter en akut händelse eller sjukdom med funktionsnedsättningar som följd. Majoriteten vill naturligt nog helst fortsätta att klara sig själva och är mindre intresserade av att välja hemtjänstutförare överhuvudtaget. De faktorer som driver kvalitetsutvecklingen i en fungerande marknad föreligger därför inte på

samma sätt inom äldreomsorgen som inom andra områden. Tjänsten äldreomsorg upplevs ofta inte som attraktiv eller som något som kunderna eftersträvar och vill ha. Däremot är de allra flesta tacksamma över att den finns (Hjalmarsson & Wånell, 2013, sid 38 – 39).

Olika organisationsformer i nordvästkommunerna⁸

Traditionellt har äldreomsorgen ofta varit en av verksamhetsdelarna i socialtjänstförvaltningen eller motsvarande i kommunerna. På senare tid har det i takt med en ökad specialisering blivit allt vanligare att äldreomsorgen bryts ut och bildar antingen en egen förvaltning eller en äldre- och omsorgsförvaltning. Samma utveckling har även verksamheten inom barnomsorgen tidigare haft; från att ha varit en del av socialtjänsten med fokus på just omsorg är barnomsorg nu en pedagogisk verksamhet och ofta en del av utbildningsförvaltningarna eller barn- och ungdomsförvaltningarna. Kvar i den ursprungliga socialtjänstorganisationen finns då endast individ- och familjeomsorgen som antingen bildar en egen förvaltning eller en individ- och omsorgsförvaltning. På motsvarande sätt har även den politiska nämnd-strukturen omdanats.

I nordvästkommunerna förekommer flera olika typer av organisationsformer av äldreomsorg och individ- och familjeomsorg.

Den mer traditionella strukturen med en Socialförvaltning/Socialkontor och en politisk nämnd i form av en Socialnämnd för såväl individ- och familjeomsorg som för äldreomsorg återfinns i Ekerö, Järfälla och Upplands-Bro kommuner.

I Upplands Väsby kommun är beteckningen på förvaltningen Väsby Valfärd. Väsby Valfärd driver och utvecklar både förskola, skola, vägledning, sociala tjänster, stöd till personer med funktionsnedsättning, vård, omsorg samt vissa verksamheter inom kultur och fritid. Väsby

⁸ Bilaga 3.

Välfärds politiska styrelse heter Styrelsen för Väsby Välfärd. Styrelsen ansvarar för all produktion av välfärdstjänster som utförs av kommunala utförare. Myndighetsutövningen svarar mot en Social- och Äldrenämnd.

Sigtuna kommun har en traditionell Socialförvaltning men denna svarar mot två olika politiska nämnder; Individ- och familjeomsorgsnämnden respektive Äldre- och omsorgsnämnden.

Kommuner med separata förvaltningar för individ- och familjeomsorg respektive äldreomsorg återfinns i; Sollentuna, Solna och Sundbyberg.

I Sollentuna kommun är man organiserad i Socialförvaltning/Socialkontor och Vård- och omsorgskontor, vilka svarar mot en Socialnämnd och en Vård- och omsorgsnämnd.

I Solna finns individ- och familjeomsorgen i en Socialförvaltning och äldreomsorg i en Omvårdnadsförvaltning. Den politiska motsvarigheten är Socialnämnden och Omvårdnadsnämnden.

Sundbybergs kommun är organiserad i en individ- och omsorgsförvaltning och en äldreförvaltning. Motsvarande politiska nämnder är; Individ- och Omsorgsnämnden samt Äldrenämnden.

En forskningsöversikt om äldre och missbruk

Forskningsöversikten inleds med en internationell överblick över problemställningen äldre med missbruk. Därefter fokuseras på det skandinaviska och det svenska kunskapsläget. Frågorna om samverkan mellan vård och sociala myndigheter samt valfrihet för brukaren är förknippade med hur välfärdstjänsterna organiseras. Forskningsöversikten avslutas därför med en presentation av en nordisk studie som beskriver hur New Public Management påverkat organisationen av utförandet av äldreomsorg i Norden (Meager & Szebehely, 2013). Organisationsfrågorna är ytterst relevanta för den grupp som studeras, äldre med missbruk, eftersom behovet av stöd och vård innebär kontakt med fler vårdgivare och sociala myndigheter.

Det är inget nytt att även äldre personer missbrukar, men under senare år har detta fått hög aktualitet. Dels på grund av att andelen äldre i befolkningen ökar och dels på grund av att allt fler personer med tidigare konstaterat missbruk, idag finns även i de högre åldrarna (O'Connell et al. 2003). I den missbruksutredning som Regeringen tillsatte år 2010 lyftes den ökande alkoholkonsumtionen och ökningen av "riskkonsumenter" bland äldre fram som ett problem som antas öka i framtiden (SOU 2011:35). Behandlingsinsatser för missbrukare idag är anpassade efter yngre åldersgrupper. Särskilda insatser behöver utvecklas för att möta behoven hos äldre personer med missbruksproblem (Ahlström, 2008). Socialstyrelsen har också i en rapport från 2012 konstaterat att det finns en brist på behandlingsalternativ för äldre missbrukare (Socialstyrelsen, 2012). Samtidigt framkommer det i olika forskningsrapporter att äldreomsorgspersonal ofta kommer i kontakt med äldre med ett avancerat missbruk (Szebehely, 2008) och att missbruksenheter inom socialtjänsten endast har lite samarbete med äldreomsorgen (Gunnarsson & Karlsson, 2013; Socialstyrelsen, 2012). Dessutom har det i flera rapporter framkommit att biståndsbedömare och hemtjänstpersonal saknar utbildning för dessa frågor (Gunnarsson 2012; Gunnarsson & Karlsson, 2013).

I denna översikt kommer det internationella, nordiska och nationella kunskapsläget att redovisas, dock med fokus på svenska studier om äldreomsorgens arbete med äldre med missbruksproblem.

Internationell forskning om äldre och missbruk

Den internationella forskningslitteraturen domineras av ett medicinskt perspektiv på åldrande och alkohol och droger. Det finns omfattande kunskap om missbrukets medicinska effekter på äldre (Kuerbis & Sacco, 2012). Äldre med alkoholmissbruk har också en högre risk för andra sjukdomar som cancer, leversjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar samt benskörhet (Caputo, Vignoli, Leggio, Aldorato, Zoli & Berardi, 2012). Forskningsrapporter visar också att äldre med avancerat missbruk ofta har ett psykiatriskt sjukdomstillstånd (Lee, Mericle, Ayalon & Areal, 2008).

Under 1980-talet var forskningen inriktad på äldre med som man förmodade ett ”kroniskt” missbruk och vilken effekt missbruket kunde ha på de kognitiva förmågorna (Chelune & Parker, 1981). Under 2000-talet har nya aspekter tillkommit, som till exempel inledningen av ett missbruk vid högre ålder (Millard & Mac Auley, 2008; Kuerbis & Sacco, 2012) och jämförelser mellan kön och äldre kvinnors missbruk (Ahlström, 2008). De refererade studierna visar att alkoholbruket ökar hos kvinnorna, men det är fortfarande övervägande män som hör till högriskgruppen (a.a.). I en metaanalys om drickande vid högre åldrar konstaterar Kuerbis och Sacco (2012) att ett tidvis problematiskt drickande som hållits i schack när personerna förvärvsarbetade, tenderade att öka till ett avancerat missbruk efter pensioneringen.

Sammantaget ger den internationella forskningen intrycket att den missbruksvård som riktats till yngre och medelålders personer inte fyller behoven för de äldre och att det finns ett stort behov av att utveckla en missbruksvård som riktar sig till äldre personer (Oslin, Slaymaker, Blow, Owen & Colleran, 2005; Cummings, Bride & Rowland-Shaw, 2008). Detta beror enligt de refererade forskarna dels på de äldres lägre fysiska rörlighet, användandet av mediciner på grund av andra fysiska sjukdomar, eventuella odiagnostiserade psykiska sjukdomstillstånd och högre risk att ta skada av alkohol, än yngre personer.

De internationella tidskrifter som handlar om socialt arbete med äldre personer uppmärksammar särskilt det stora behovet av omvårdnad för äldre med missbruk och samtidigt andra fysiska sjukdomar som innebär bristande fysisk rörlighet och kognitiva svårigheter. Särskilt uppmärksammas svårigheterna med att urskilja demenssjukdomar och psykiska sjukdomar från alkoholberoendet (Millard & Mac Auley, 2008). Denna kunskap har naturligtvis konsekvenser för både sjukvården och de sociala omsorgerna om äldre. Till exempel så betonas personalens bristande utbildning för att bemöta de problem som kan uppstå (Shaw & Palattiyil 2008; Klein & Jess, 2002). Bristerna är även stora beträffande behandlingsmöjligheter för äldre. Att utveckla en förtroendefull relation som skapar tillit mellan klienter och omsorgsgivare kan beskrivas som det förhållningssätt som hemtjänstpersonalen använder för att arbeta med äldre med missbruksproblem (Millard & Mc Auley 2008).

Kunskap om äldre och missbruk i Norden

Nordiskt center för alkohol- och drogforskning utarbetade en kunskapsöversikt under år 2007, med syfte att diskutera den existerande forskningen och debatten kring äldre och alkohol samt att granska de problemställningar som legat till grund för den aktuella kunskapen. Översikten visar att kunskapen om äldre, åldrande och alkohol i de nordiska länderna är mycket begränsad (Jyrkämä & Haapamäki, 2008). Alkohol och äldre har dock uppmärksamrats som ett hälsopolitiskt problem i Norden. De nordiska samhällena åldras samtidigt som vi lever i en alkoholpolitisk brytningstid. Alkoholen är väsentligt billigare och mer lättillgänglig än tidigare och detta har bidragit till att den totala konsumtionen har stigit i alla åldrar. De helnyktras andel av befolkningen minskar. Problem förorsakade av alkoholbruk blir allt vanligare också i de äldre åldersgrupperna. De äldres alkoholbruk har börjat diskuteras offentligt i de övriga nordiska länderna (t.ex. Alanko & Haarni, 2007; Social- & Hälsovårdsnitt i Norden, 2006; Alkohol & Narkotika, 2006). Trots uppmärksamheten är dock de äldres alkoholrelaterade problem underbeforskat i jämförelse med studier rörande den yngre befolkningen (a.a.).

Sverige

År 1986 genomfördes den hittills enda svenska forskningsöversikten om äldre och alkohol (Cronholm, 1986) vid Institutet för gerontologi i Jönköping. Författaren till översikten fann mycket få undersökningar som belyste de sociala konsekvenserna av äldres missbruk, både internationellt och nationellt. Cronholms slutsats, som idag har en hög aktualitet, var att ju mer som blir känt om problemen kring äldre och alkoholanvändande/missbruk desto mer skulle kraven på insatser från samhällets sida öka (Cronholm, 1986; Gunnarsson & Karlsson, 2013). Den ökning av äldre i befolkningen, som vi nämnde inledningsvis, innebär att hemtjänsten har fått ett ökat ansvar för den dagliga omsorgen om äldre missbrukare. Gunnarssons och Karlssons rapport (2013) visar också att det är just av hemtjänsten som dessa äldre får sin dagliga service. I en undersökning genomförd av *Nordcare 2005* (Szebehely, 2008 i Gunnarsson & Karlsson, 2013) framkom det att 61 % av hemtjänstpersonalen uppgav att de hade kännedom om äldre med alkoholproblem. Motsvarande siffra för personal inom äldreboenden var 26 %.

Syftet med Gunnarssons och Karlssons rapport (2013) var att undersöka hur arbetet med äldre med alkoholproblem bedrivs inom äldreomsorgen. Både biståndshandläggare och omsorgspersonal har intervjuats i studien. I intervjuerna med biståndshandläggarna framkommer att alkoholproblematiken sällan uttrycks explicit, det är snarare något som man ”tassar” lite omkring. Det uppstår ett dilemma mellan principen om självbestämmande och bedömningen av vad som är ”skälig levnadsnivå”. Detta dilemma är konkret närvarande i omsorgspersonalens (hemtjänstens) dagliga arbete med denna grupp äldre personer. Hemtjänstpersonalen ”ordnar och donar” i deras hem, städar undan det värsta och ser till att de äldre inte far illa, samtidigt upplever de att de faktiskt underhåller missbruket, men ser inga andra vägar att hantera problemen. Alkoholproblemet är ju inte uttryckt som en del av omsorgsbehovet och därmed är det inte heller tydligt uttryckt vilket ansvar hemtjänsten har för de problem som är relaterade till missbruket.

Äldreomsorgens organisation

Från och med slutet av 1900-talet kan man tala om en ”marknadisering” av de offentliga omsorgerna. Detta är särskilt tydligt för äldreomsorgen, eftersom den är en stor del av de offentliga kostnaderna och omsorgen till medborgarna. Denna förändring av individens kontrakt med staten, kan kopplas till NPM (New Public Management), den liberala och av marknadskrafter influerade välfärdsolitik som har dominerat europeisk välfärdsolitik de senaste 30 åren. De nordiska länderna, som av tradition haft en stark offentlig sektor, har också på olika sätt påverkats av denna globala förändring. Förändringen kan inte enkelt beskrivas som att offentliga omsorger helt och hållet har omorganiserats efter marknadsprinciper, istället existerar en rad organisationsformer med olika inslag och blandningar av marknadsprinciper och principer för offentligt styrd omsorg. Meager och Szebehely (2013) har beskrivit dessa olika organisationsmodeller för äldreomsorg i figuren

Figur 1: *En modell av variationerna av marknadens principer inom äldreomsorgen (Conceptualising marketization)*

	Med privata aktörer	Utan privata aktörer
Marknadsprinciper Konkurrens	1. Upphandling med konkurrens: kundval	2. Import av marknadsprinciper från den privata sektorn
Ej marknadsprinciper	3. Upphandling utan konkurrens	4. Traditionell modell: Offentlig sektor

(Meager & Szebehely, 2013. Marketization in Nordic Eldercare, Chapter 1, p. 16)

Den första dimensionen (vänstra kolumnen) representerar marknadsprincipernas – oftast i termer av konkurrensutsättning-, närvaro eller icke-närvaro. Den övre rubrikraden särskiljer närvaro av privata aktörer eller icke- närvaro av privata aktörer. Det finns alltså ett spektrum

mellan ruta 1, som innebär att marknadsprinciperna dominerar helt, till ruta 4 som representerar offentligt omsorg utan inblandning av privata aktörer eller marknadsprinciper. I rutorna 1 och 2, kan vi känna igen den svenska politiken och organisationen av äldreomsorgen, som den utvecklats under 2000-talet. Äldreomsorgen är antingen konkurrensutsatt, med enbart konkurrerande aktörer eller så drivs den offentliga sektorn utifrån en marknadsiserad modell med utförar- och beställningsenheter. De kommuner som ingår i vår undersökning ingår i detta spektrum av modellval, och en viktig fråga blir således om de olika modellerna på något sätt påverkar omsorgerna för de äldre med alkoholrelaterade besvär: - Är målgruppens behov representerade med avseende på kundval? och - Har kommunerna omsorgsalternativ där till exempel personalens utbildning svarar mot målgruppens omsorgsbehov?

Studier i två kommuner: Ekerö och Sundbyberg

Kommunerna, Ekerö och Sundbyberg, valdes ut efter att tydligt ha visat ett intresse för frågan i såväl FoU-rådet som i styrgruppen för FoU samt utifrån att kommunerna valt olika organisationsformer för sin verksamhet inom området. Bägge kommunerna har infört valfrihetssystem (LOV) vad det gäller utförare av insatser, om än i olika omfattning. Ekerö har infört LOV inom hemtjänsten sedan drygt fyra år tillbaka och har för närvarande⁹ fem olika privata utförare för såväl service- som omsorgsinsatser. Det kommunala alternativet är fortfarande störst i omfång. I Sundbyberg har man infört LOV i såväl boenden som inom hemtjänstens service och omsorg. För närvarande¹⁰ finns 23 företag antagna, varav 12 har kunder. När det gäller boenden är det mesta utlagt på privata aktörer. Fördelningen i hemtjänsten är ca 60/40, än så länge i kommunens favör.

Ekerö kommun har en sammanhållen organisation med en förvaltning, socialkontoret, och en politiskt ansvarig nämnd, socialnämnden, för både missbruksarbete, försörjningsstöd, funktionsnedsättning och äldreomsorg. Sundbybergs kommun har delat på verksamheten i en individ- och omsorgsförvaltning som ansvarar för missbruksarbete, försörjningsstöd och funktionsnedsättning respektive en äldreförvaltning för äldreomsorgen. Dessa bägge förvaltningar svarar mot var sin politisk nämnd; Individ- och omsorgsnämnden respektive Äldrenämnden. Kommunerna är dessutom olika när det gäller såväl historia som socioekonomisk karaktär. För att belysa olikheterna följer nedan en kort beskrivning av de två kommunerna som valts ut för studien; Sundbyberg respektive Ekerö.

⁹ Oktober 2013

¹⁰ Oktober 2013

Sundbybergs stad¹¹

För ungefär 150 år sedan betraktades Sundbyberg som en jordbruksbygd på landet och bestod av ett fåtal gods. Med tiden började även industrierna hitta till Sundbyberg. Under 1800-talet började fabriker och verkstäder byggas bland bostadshusen. På 1870-talet var det svår bostadskris i Stockholm och staden började bli överbefolkad. Industrierna expanderade och landsortsbefolkningen flyttade från sina lantbruk in till Stockholm där det fanns arbete. Jordbruksmarken i Sundbyberg fick därmed ett nytt värde och 1876 kom järnvägslinjen Stockholm-Västerås/Bergslagen. Sundbybergs ägor styckades i tomter. För att arbetarfamiljerna skulle ha råd att skaffa bostäder hölls priserna låga på tomterna. Sundbybergs befolkning ökade och började anta formen av ett arbetarsamhälle. Samhället sågs som ett litet handelscentrum för bygden. Den snabba expansionen gjorde att Sundbyberg ville bli självständigt och därför bildades köpingen Sundbyberg. Köpingen växte allt mer och industrier etablerade sig ute i förorten. År 1927 blev Sundbyberg rikets 113:e stad. Sundbyberg hade nu blivit en arbetarstad och en av landets första förstäder. 1949 tillfördes Lilla Alby från Solna och Duvbo från Spånga. Sedan dess har Sundbyberg byggts ut med ett nytt bostadsområde varje årtionde. Storskogen byggdes med flerfamiljshus på 1950-talet, Ör på 1960-talet och Hallonbergen på 1970-talet. 1971 blev Sundbyberg kommun. Under 1980-talet började även Rissne byggas klart och på 2000-talet byggdes Stora Ursvik. Trots den stora utbyggnaden är Sundbyberg till ytan Sveriges minsta kommun. Idag bor drygt 42 000 personer på en yta av knappt nio kvadratkilometer. Detta gör Sundbyberg till landets mest tätbefolkade och snabbast växande kommun. Sundbyberg är också en av landets mest kommunikationstäta kommuner. Två tunnelbanelinjer med fem stationer, pendeltåg, fjärrtåg och ett antal busslinjer gör att tidsavståndet till city är kort. Detta har gjort kommunen mycket intressant som etableringsort. I Sundbyberg finns idag omkring 20 000 lägenheter och kommunens

¹¹ Sundbybergs Museum, "Sundbyberg - om hus och miljöer från bronsålder till nutid" av Eva Söderlind, 2010.

näringslivspolitiska mål är; en arbetsplats per bostad och idag finns det också cirka 20 000 arbetsplatser i kommunen.

Sundbyberg har förändrats, från en arbetarstad med tung verkstadsindustri, till en kommun där tjänsteproduktion av kunskap och service dominerar. Sundbyberg har därmed på kort tid ändrat karaktär från att ha varit en arbetarstad till att bli en tjänstemannastad. Det sätter också spår i befolkningen. Medelåldern på stadens invånare är 38 år och av befolkningen är 26,9 procent utrikesfödda. Sundbyberg hamnar på tredje plats i länet när det gäller andel enpersonshushåll, 42,9 procent¹². Andelen skilda är högst i Sverige 11, 8 procent. Medianinkomsten i kommunen uppgick till 263 676 kr¹³ år 2012 och andelen egna företagare uppgick till 6 procent.¹⁴

En indikator på socioekonomiska skillnader är ohälsotal. Ohälsotalet¹⁵ i Sundbyberg (2012) är 23,8 procent, vilket är högre än i länet totalt (22,1 procent) för både män och kvinnor enligt statistiken från Försäkringskassan.

Ekerö

Ekerö kommun¹⁶ består av en övärld, där de största öarna är Lovö, Ekerö, Helgö, Munsö, Adelsö, Björkö och Färingsö. Eftersom vattenvägarna förr i tiden var det som band samman platser och människor hade dessa öar i

¹² SCB:s totalstatistik över landets hushåll 2013.

¹³ Medianinkomst för personer som är 20 år eller äldre och boende i Sverige den 31/12. Inkomstmättet som används kallas för Sammanräknad förvärvsinkomst och består av inkomst av tjänst och inkomst av näringsverksamhet. I inkomst av tjänst ingår förutom löneinkomster också inkomster från pension, sjukpenning och andra skattepliktiga ersättningar från Försäkringskassan

¹⁴ Den här variabeln visar hur stor andel av befolkningen i åldern 20-64 som driver ett eget företag.

¹⁵ Ohälsotalet - Antal utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning samt sjukersättning/ aktivitetsersättning (före år 2003 förtidspension/ sjukbidrag) från socialförsäkringen relaterat till antal registrerade försäkrade (befolkningen) 16-64 år. Alla dagar är omräknade till nettodagar, t.ex. två dagar med halv ersättning blir en dag.

¹⁶ Ekerö kommuns hemsida, www.ekero.se, Wikipedia

östra Mälaren under lång tid en strategisk ställning. Här har olika former av internationell kontakt alltid ägt rum. När Birka anlades på Björkö på mitten av 700-talet blev det t.ex. början av vikingatidens omfattande internationella verksamhet. Mellan vikingatidens Birka och 1700-talets Drottningholm, finns ett kulturlandskap som vittnar om viktiga och märkliga händelser, platser och människor. Kungen styrde handeln på Birka från sin gård på Hovgården under cirka två århundraden innan Birka förlorade i betydelse och Sigtuna tog över. Många kungliga, kyrkliga och adliga personer var under medeltiden intresserade av de öar som i dag är Ekerö kommun. Många var släkt med varandra och ägde och brukade jord på öarna. Genom arv, byten, försäljningar och indragning till kronan förändrades bilden.

Under de senaste århundradena, från Gustav III:s dagar och framåt, formades Ekerö till vad det är i dag. I och med den starka kungliga dominansen på Färingsö kom det inte att uppstå några större herrgårdar där. Det blev istället de många torpen som gav Färingsö sin karaktär. På Ekerö kom de många herrgårdarna och bruket av jorden att dominera landskapet.

Drottningholms slott ligger som exempel vid inkörsporten till kommunen. Genom sin landsbygdskaraktär och sin närhet till storstaden kom trädgårds- och jordbruksnäringarna tidigt att bli en väsentlig del av näringslivet. Mälaröarna blev snart en stor leverantör av grönsaker och jordbruksprodukter till Stockholm med omnejd och kom tidigt att kallas för Stockholms trädgård. Ekerö kommun är fortfarande en relativt stor leverantör av grönsaker, frukter, blommor och jordbruksprodukter.

Från att ha varit indelat i ett flertal socknar och senare kommuner blev dagens Ekerö kommun 1971. Drottningholms slottsmiljö, med slottet, Kina slott, slottsteatern och parken, blev det första världsarvet i Ekerö kommun 1991. FN-organet Unesco utsåg 1993 även Birka och Hovgården till ett världsarv. Ekerö är en tillväxtkommun. Antalet invånare blir allt fler. Invånarantalet uppgår till drygt 26 000 (30 sept. 2013 enl. SCB). Medelåldern är 38,7 år (31 dec 2012 enl. SCB). Andelen utrikesfödda uppgår till endast 12,7 procent (2012 enl. SCB). Ekerö tillhör de kommuner

som relativt sett ökar mest i landet. Medianinkomsten uppgick 2012 till 301 276 kr¹⁷ och andelen egna företagare uppgick till 11,2 procent.¹⁸ Förvärvsfrekvensen i kommunen är hög, för kvinnor den högsta i landet. Ekerö har länets näst lägsta andel ensamhushåll (tredje plats i landet), 23,3 procent.¹⁹ Såväl näringslivet som bebyggelsestrukturen har en småskalig prägel.

En socioekonomisk indikator är, som tidigare nämnts, ohälsotalet. I Ekerö uppgår ohälsotalet (2012) till 19,3 procent, vilket är lägre än i länet totalt (22,1 procent) för både män och kvinnor enligt statistiken från Försäkringskassan.

Resultat av intervjuer: kvalitetskriterier

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har som tidigare nämnts arbetat fram definitioner på sex kvalitetsområden som kan användas som struktur för de kvalitetskrav för trygg och säker vård som ställs på den samlade socialtjänstens innehåll. Hur tar sig dessa kvalitetsområden uttryck i praktiken när det gäller gruppen äldre missbrukare/samsjukliga? Nedan presenteras resultatet av intervjuerna med utgångspunkt från kvalitetskriterierna²⁰

- Självbestämmande och integritet
- Helhetssyn och samordning
- Trygghet och säkerhet

¹⁷ Medianinkomst för personer som är 20 år eller äldre och boende i Sverige den 31/12. Inkomstmåttet som används kallas för Sammanräknad förvärvsinkomst och består av inkomst av tjänst och inkomst av näringsverksamhet. I inkomst av tjänst ingår förutom löneinkomster också inkomster från pension, sjukpenning och andra skattepliktiga ersättningar från Försäkringskassan.

¹⁸ Den här variabeln visar det hur stor andel av befolkningen i åldern 20-64 som driver ett eget företag.

¹⁹ SCB:s totalstatistik över landets hushåll 2013.

²⁰ Definitionerna av kvalitetskriterierna (kursiv stil) är hämtade från; Kammarkollegiet, upphandlingskontoret; ”Vägledning: Kravspecifikation för upphandling av hemtjänst enligt LOV”

- Kunskapsbaserad verksamhet
- Tillgänglighet
- Effektivitet

Självbestämmande och integritet

Självbestämmande och integritet innebär att den enskilde är delaktig, har inflytande och ges möjlighet till egna val.

Alla personer som får äldreomsorg ska leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. För att uppnå det bör krav ställas på att personalen ska värna och respektera brukarens rätt till privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande, delaktighet och individanpassning (5 kap. SoL). Det handlar bland annat om att respektera brukarens privata sfär, vikten av att brukaren bereds möjlighet till självbestämmande och får vara delaktig, att utföraren anpassar arbetssätt, planering och genomförandet av insatser till individen och att brukaren får ett gott bemötande.

När en äldre/samsjuklig fyller 65 år flyttas ansvaret för vård och omsorg i de flesta fall till äldreomsorgen, vare sig man vill eller inte. De som tidigare haft stöd från missbruksvård och/eller psykiatri, kanske i många år, hänvisas nu till äldreomsorgen. Andra har klarat sig själva hela livet och kanske aldrig haft någon myndighetskontakt. Många är omotiverade, har ingen lust eller vilja till kontakt. Äldreomsorgen upplever svårigheter med att utföra sina insatser för en inte sällan motvillig målgrupp.

Vi kan nog ge insatser - om de bara ville ta emot.

Om personen har ett eget boende blir det i många fall fråga om stöd i form av hemtjänst. Bor man i sitt egna hem har man också en självklar rätt att hävda sin egen integritet och självbestämmanderätt även om det är på ett för den enskilde självdestruktivt sätt. Personalen kommer in i ett privat hem där man möter människor i extremt svåra livssituationer, i en verklighet som kan vara både ostrukturerad och turbulent. Misären i lägenheterna kan många gånger vara överväldigande, gränsande till sanitära olägenheter.

Hemtjänsten går inte dit. I värsta fall blir det ett arbetsmiljöproblem. Jag har ganska mycket respekt för att det inte är enkelt det där, för det blir lätt en "kvart", vi försöker ju se till, men de är så förmögna att de kan öppna dörren själva när polarna kommer och har köpt ut. Så kommer hemtjänsten och då är det party där - och de (hemtjänsten) drar...

Hemtjänstpersonalen tycker; - Vad fasen, är det mitt jobb att gå och torka spyor och efter tre andra som huserat i lägenheten, eller stå och diska efter fylleslag? ... och jag kan förstå dem. Nej, det är faktiskt inte ditt jobb men vi måste titta till just den här individen och vi kan inte förbjuda individen att ta emot besök. Däremot kan man säga och det har vi också sagt att; Är det hotfullt, är det gapigt och skrikigt, gå därifrån. Det är de spelregler som måste gälla. Det ska inte vara så att personal ska känna sig rädda och hotade. Det blir en arbetsmiljöfråga.

Alla har rätt att dricka, det är inte olagligt. Man har rätt till sin integritet och bestämmer själv vem man släpper in, personalen kan inte ge besöksförbud. Vårdtagaren är fortfarande en myndigförklarad person och har sina egna pengar. Personalen hamnar ofta i svåra moraliska och etiska dilemman, vad får man och vad får man inte? Frågan om nolltolerans eller inte, när det gäller inköp av alkohol är ständigt aktuell. Självklart är det svårt att som personal känna sig vara tvungen att köpa alkohol till missbrukare, när det finns beslut om bistånd i form av inköp.

Några röster från Sundbyberg;

Svårt. Det är svårt. Vi är inte poliser, men vi har ett samhällsansvar.

Den allmänna hållningen inom hemtjänsten är att har individen ett alkoholproblem och blir otrevlig när han dricker, så handla för Guds skull inte ut. Men den lilla, lilla damen som har tutat i hela sitt liv, men inte på något sätt blivit utagerande, är kanske inte känt hos någon att hon tutat hela livet, om hon vill ha en flaska vin så köper de säkert till henne. Jag tror de gör så. Det är en fråga om avvägningar.

I Ekerö ser det delvis annorlunda ut. Här har de flesta äldre missbrukare tillgång till nätverk som kan stå till tjänst även när det gäller att leverera alkohol.

Det roliga i det hela, det måste jag säga, är att jag har aldrig stött på problemet att de ber hemtjänsten köpa ut på Systemet. De fixar det på annat sätt. För

annars skulle frågan komma från hemtjänsten; Ska vi verkligen.. för de bor ju inte precis i centrum.. då skulle hemtjänsten skrika med en gång att; vi behöver mera tid, för vi ska åka till Systemet.

Nätverket är stort på Ekerö. Det finns de som tjänar pengar på att köpa ut åt folk. Men hemtjänsten köper inte ut.

Om frågan skulle komma upp har man svaret klart;

Det finns ett bra svar. Vad vi svarar; När någon är berusad då får man inte köpa på Systemet, då får de inte sälja. Hemtjänsten är den förlängda armen för dem, då får de inte köpa ut, för Systemet skulle inte sälja till honom.

Hamnar man som äldre missbrukare/samsjuklig på ett särskilt boende, finns strukturer och regler att anpassa sig till. Ett särskilt boende är också en institution och en arbetsplats för personalen. Här kan man också kräva av den enskilde att man tar hänsyn till andra vårdtagare. Men även här uppstår konflikter med både brukare och inte minst när det gäller besökande till missbrukare.

Vi hade slagsmål på korttids förra helgen, då var det demens inblandat också, och han kastade stolar och vi fick försöka rädda undan alla andra. Det var jätteförskräckligt.

Det var på ett av våra boenden, då var det fyllegång där. Det var katastrofalt.

Men det är viktigt att komma ihåg att ibland kan det också fungera mycket bra, ett långt liv i misär och utsatthet, fysiskt och ekonomiskt kan på äldre dagar vändas till något mer värdigt och välordnat.

Det behöver läggas krut på motiverande samtal, motivationsarbete. Ja, ett riktigt socialt arbete. Även om man är 55 eller 60 så kanske man kan förändra sitt liv.

Äldre med missbruksproblem i både Sundbyberg och Ekerö är i första hand män. Många har även en kombination av psykisk ohälsa och alkoholmissbruk, där alkoholen ibland fungerar som en form av självmedicinering. Nya grupper som man i bägge kommunerna tror vara på väg in i målgruppen äldre missbrukare/samsjukliga är ett ökat antal kvinnor

som dricker, inte sällan i kombination med tablettmissbruk och både kvinnor och män i medelklassen som i sitt tidigare yrkesliv druckit i sociala former och i samband med representation men som inte definierats som missbrukare tidigare. Dessa har ännu inte nått äldreomsorgen i någon större omfattning men finns idag inom individ- och familjeomsorgsorganisationerna och om man har sin ekonomi intakt, inom verksamheterna på beroendemottagningarna. Några äldre aktiva narkotikamissbrukare har man ännu inte erfarenhet av.

Helhetssyn och samordning

Helhetssyn utgår från brukarens samlade livssituation. Då man har behov av tjänster som bedrivs inom olika verksamheter eller av olika utförare och professioner är dessa samordnade. Det finns en tydlig ansvarsfördelning. Tjänsterna präglas av kontinuitet.

Den som bedriver socialtjänst ska enligt SOSFS 2011:9 identifiera de processer där samverkan krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Av processerna ska det framgå hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten, men även hur samverkan med andra aktörer ska möjliggöras, exempelvis samverkan mellan äldreomsorgen, primärvården, beroendevården, missbruksvården, försörjningsstöd och socialpsykiatri. Samverkan mellan olika intressenter, även när den inte regleras i lagar och föreskrifter, är en förutsättning för att stödet kring brukaren ska fungera på bästa sätt (Kammarkollegiet, 2012).

Samverkan kring brukaren

Det ska finnas rutiner som tydliggör hur samarbetet kring brukaren ska fungera och vem som ansvarar för detta. Samverkan kring brukaren kan gälla mellan leverantören av omsorgen och exempelvis närstående och andra för brukaren viktiga personer och organisationer. Samverkan rör även samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (Kammarkollegiet, 2012).

Samverkan handlar också om samverkan med leverantören av hemsjukvård. Inte minst i frågor som rör delegering och/eller instruerade hälso- och sjukvårdsinsatser såsom administrering av läkemedel, är det

viktigt att det finns en tydlig och klar ansvarsfördelning (Kammarkollegiet, 2012). (En kommun eller ett landsting kan ha ansvaret för hemsjukvården och det är den som är ansvarig för hemsjukvården som också ansvarar för att samverkansdokument kring brukaren upprättas).

Nedan följer några exempel på hinder och möjligheter i samverkan, hur samverkan ser ut och organiseras i de studerade kommunerna, med fokus på samverkan inom och mellan kommunens olika förvaltningar, samverkan mellan leverantör och kommun och samverkan mellan kommun och landsting.

Samverkan inom och mellan kommunens förvaltningar

I Sundbyberg menar man från bägge förvaltningarna att organisationen alltid har en stor betydelse för möjligheten till samverkan. Har man all verksamhet i en förvaltning är det ofta enklare att lösa frågor, men problematiken har man alltid haft - i olika grader och omfattning även mellan olika enheter inom samma förvaltning. När verksamheten delas i flera förvaltningar blir det i värsta fall olyckligt för både brukarna och mellan olika berörda personalkategorier.

I Sundbyberg har två förvaltningar fått uppdragen. När man upplever gråzoner och gränsområden har dessa fått hanteras av cheferna för respektive förvaltning. När den nuvarande organisationen skapades hamnade t.ex. LSS/SoL under 65 år inom äldrenämndens ansvarsområde, vilken man upplever som problematiskt från bägge förvaltningarna.

Här finns en gemensam tanke att man skulle vilja ändra den delen av organisationen men med det följer även ekonomiska konsekvenser.

Det är pengar inblandat, man känner att ingen hoppar jämfota vid tanken på att ändra. Alla vet att det här kommer att öka också, vilken kompensation får man i budgetförhandlingarna? Ett hinder är de delade penningpåsarna, som dessutom blir allt mindre. Individ och omsorg och äldreomsorgen hade ingen framgång i äskandet och situationen har inte blivit lättare.

Att samverka runt de brukare man redan har kännedom om i respektive förvaltning fungerar oftast. Här kan man skicka sin kunskap vidare mellan enheterna. Däremot de som ”poppar upp”, oftast på sjukhusen, är svårare.

Det är i de här fallen som även försörjningsstöd och missbruksenhet kallas till vårdplanering ihop med äldreomsorgen.

Missbruksenheten och försörjningsstödsenheten har även ibland skilda åsikter när det gäller ansvaret, främst när det gäller hemlösa äldre missbrukare, när det visar sig att dessa har egna inkomster. Vem ansvarar för akut och tillfälligt boende? Det handlar inte alltid bara om vård. Äldreomsorgen menar att man i många fall kan ge insatser i form av hemtjänst, om den äldre missbrukaren bara hade ett hem.

Samverkan hamnar i skarpt läge när man ska se till de individuella behoven. Äldrenämnden godkänner inte att äldreomsorgen köper särskilda platser för den här gruppen, de har bara sina givna boenden och platser att laborera med. Individ- och omsorgsnämnden godkänner inte heller att man köper demensplatser för missbruksbudgeten. Ingen av de båda förvaltningarnas personal har heller full kompetens att bedöma hur och var den enskilde brukaren bäst in.

Det för också med sig stora problem när äldre missbrukare med aktiv problematik placeras på ett ”vanligt” äldreboende. Detsamma gäller när missbrukare, samsjukliga och hemlösa hamnar tillfälligt i äldreomsorgens korttidsboende, oftast som en nödlösning efter en sjukhusvistelse. Det uppstår en dragkamp om vem som har ansvaret, vad som är rätt och fel.

Några röster från Sundbyberg;

Förvaltningscheferna säger att vi ska lösa det här. De trycker ner det på enheterna - ni får lösa ut det här! Men det är svårt utan verktyg, utan klara former för samverkan och man behöver ställen att placera på.

Vi har varit osams och sedan varit sams, men det blir frustrerande, det påverkar personalen.

I mina "suckstunder" så säger jag; det är inga problem, jag tar alltihop, så går jag över budget. Men det är inte gångbart.

När jag tänkte på detta - det ligger högst upp - så här ser vår vardag ut. Det här är vi inte ensamma om. Oavsett om man får allt från en förvaltning, så kanske det inte löser ut allt.

Hur säkerställer man den här gruppens behov? Man är överens om att det behöver skapas en gemensam organisation och ett arbetssätt i en första omgång. Förstärka stödet till den enskilda brukaren och ge ordentlig handledning och konsultation till personalen för att försöka förbättra situationen.

I Sundbyberg har man sedan ett par år tillbaka försökt skriva ner en gemensam samarbetsrutin mellan förvaltningarna, men *den ligger till sig. Vi har några knäckfrågor kvar* säger man från bägge håll. Man har haft gemensamma planeringsdagar för att tydliggöra gemensamma samverkansuppdrag. Men det är svårt att komma överens om generella rutiner när det alltid gäller enskilda individer med olika behov. Man upplever också att det finns en tendens från de politiska nämnderna att försöka skyffla över ansvar mellan varandra.

Internt, det vi äger själva, måste vi tydligare lyfta upp på bordet, titta på det som vi inte riktigt lyckats med. Äldreomsorgen måste träffa individ och omsorg och de konkreta fallen måste de (enhetscheferna) lösa.

De här personerna hamnar i kläm och då är det både beroende och socialpsykiatri. Olika neuropsykiatriska saker kan det också vara. Det finns inga bra ställen för dem. Så jag tycker det är jätteintressant att inom nordväst se om man kan ha en gemensam lösning vad det gäller boende. Vi kan inte göra det här själva, vi har inte det underlaget.

I Ekerö menar man bestämt att lokaliseringen är viktig för att samverkan ska fungera. På myndighetssidan fungerar det mycket bra mellan enheterna, vuxen, försörjningsstöd och äldreomsorgen, dels på grund av personkontinuiteten och dels för att man finns fysiskt nära varandra och träffas dagligen. Man kan lätt identifiera vilka gemensamma brukare man har. För äldreomsorgens bostadsbedömare är det ett stöd att IFO:s mottagningsenhet finns nära, man kan få stöd av varandra och rådgöra när det gäller gemensamma brukare, ha ett pågående samarbete och på det sättet undvika många akuta insatser. Lokaliseringen förbättrar samarbetet och ”skyfflandet” av ärenden mellan enheter har upphört. Överhuvudtaget menar man i Ekerö att detta är en av fördelarna med att vara en liten organisation och att ha färre brukare. Nackdelen är att man har mindre

resurser, färre möjligheter till konkreta insatser för äldre med missbruksproblem, jämfört med större kommuner.

Frivillighet råder självklart. Många har druckit länge, men det finns inga tvångsmöjligheter. Man försöker hålla det flytande, skapa en säker tillvaro för den enskilde och för omgivningen. Se till att de överlever på ett värdigt sätt.

På utförarsidan ser man i Ekerö däremot behov av utökad samverkan mellan t.ex. boendestöd och öppenvård och här behövs även en organiserad samverkan med hemtjänsten. Det behövs en gemensam vårdplanering för den enskilde. Men vem som ska initiera det och hur det ska gå till praktiskt har man inte något svar på. Den enskilde vill inte heller alltid att det ska ske samverkan, påpekar man, vilket är en grundförutsättning. En del brukare upplever fördelar av att ha många kontakter som inte känner till varandra och agerar gemensamt.

Man ser från Ekerös sida behov av ett särskilt boende för gruppen äldre missbrukare/samsjukliga. Gruppen får idag inte samma vård och hjälp som andra. De återkommer nu med jämna mellanrum, 1-2 gånger/år ofta i samband med sanering av bostaden. Äldreomsorgen är fokuserad på åldersdemens och missbrukare under 65 år med alkoholdemens upplever man vara särskilt utsatta. Här tycker man sig även spåra moraliserande och stigmatiserande ”skyll dig själv” attityder gentemot gruppen.

Samverkan mellan leverantör och kommun

Kommunerna och leverantörerna bör samverka för att skapa bästa möjliga förutsättningar för tjänstens genomförande och en god omsorg om brukaren. Samverkan kan ske genom exempelvis samrådsmöten eller möten för informationsutbyte, antingen i grupp eller enskilt. Genom kontinuerliga möten mellan kommunen och leverantören kan parterna utbyta erfarenheter och kunskaper som främjar verksamhetsutvecklingen i stort och säkrar stödet kring brukaren (Kammarkollegiet, 2012).

I Ekerö kommun håller man informationsmöten med antagna LOV-företag via nämndkontoret med jämna mellanrum, möten som även fungerar som

uppföljningsmöten, ett forum där gemensamma frågeställningar kan diskuteras. Här kan man exempelvis ta upp frågor som rör önskad kompetensutveckling och profilering i företagen vilket även kan ligga till grund för kommunens kravspecifikationer i kommande upphandlingar.

Detsamma gäller i Sundbyberg, men man känner att mötena med företagen måste utvecklas för att kvaliteten i tjänsterna ska kunna säkerställas. Här finns en fundering om att inrätta någon form av gemensam LOV-uppföljning över kommungränserna.

Samverkan mellan kommun och landsting

Både regeringen och SKL har tagit fram långsiktiga handlingsplaner mot psykisk ohälsa. Regeringen har presenterat arbetets inriktning i handlingsplanen PRIO²¹ psykisk ohälsa 2012–2016. Regeringens och SKL:s handlingsplan prioriterar främst två grupper; dels barn och unga som befinner sig i farozonen för att drabbas av psykisk ohälsa, dels personer som redan har svåra psykiatriska problem. Här handlar det om alla åldrar med fokus på dem som har de största behoven och inte sällan också behov av samordnade vård-, stöd- och rehabiliteringsinsatser från flera olika aktörer som t.ex. äldre missbrukare/samsjukliga.

Genom en aktuell överenskommelse mellan regeringen och SKL försöker man nu att stärka och intensifiera utvecklingsarbetet i landstingen och kommunerna. Syftet är att skapa god tillgänglighet och bättre samordnade vård- och stödinsatser som samtidigt är mer anpassade till individens behov. Man har också skapat en gemensam samordningsfunktion för att förbättra samordningen och mer effektivt stödja utvecklingsarbetet på lokal, regional och nationell nivå.

Sedan tidigare (2008) finns också en överenskommelse om samverkan mellan Stockholms Läns landsting och Kommunförbundet Stockholms Län, ”Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende. Samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län”. Den överenskomna policyn beskriver hur kommunerna/stadsdelarna och

²¹ PRIO - Plan för riktade insatser inom psykisk ohälsa

Stockholms läns landsting ska samverka för att tidigt upptäcka, förebygga och behandla skador av alkohol och narkotika. Det ska finnas ett lokalt samråd i kommunen/stadsdelen där företrädare från kommunens och landstingets ledningsnivå ingår samt företrädare från kriminalvården. Ett regionalt samråd har inrättats med tjänstemän från kommunens, landstingets och kriminalvårdens ledningar (Kommunförbundet Stockholms län, 2014).

Upplevelserna i de studerade kommunerna är dock att samverkan mellan kommun och landsting ännu går trögt.

Landstinget är en förfärlig organisation att samarbeta med.

Jag är inte så hoppfull när det gäller samarbetet med landstinget.

Sundbybergs individ- och omsorgsförvaltning beskriver hur man från missbruksenhet och försörjningsstöd kallas till vårdplanering på sjukhusen tillsammans med äldreomsorgen. Äldreomsorgen har personal avdelade för vårdplanering, medan individ och omsorgs handläggare har svårare att rycka ut akut. Det här visar, menar man, att äldre missbrukare/samsjukliga inte riktigt är någons bord, de faller mellan stolarna. Ibland går det därför inte heller att fördela ansvaret internt mellan enheterna och förvaltningarna.

Dela bara rakt av! Det är den enda framkomliga vägen ibland, splitta på tre.

Individ och omsorg i Sundbyberg menar att det gäller att få in landstinget och beroendevården på samverkansbanan. Man tycker att landstinget isolerar sig och att deras beställarenhet inte agerar. En integrerad hemsjukvård skulle öka förutsättningarna för bra samverkan gällande missbrukarna och även för brukare inom socialpsykiatri.

En kommunal hemsjukvård skapar bättre förutsättningar att arbeta teaminriktat.

Men nu är vi ju inte där. Det blir först 2016/17.

Nu isolerar de sig istället för att samverka, flyttar till egna lokaler från vuxenheten.

Samverkan finns inte i avtalet! Vi ser förkrossade tjejer som inte kan delta i samverkansmöten, för de får ingen kompensation för samverkan.

Äldreomsorgen i Sundbyberg ser inte att man har någon part att samarbeta med operativt när det gäller den aktuella gruppen inom landstinget. Man uppfattar det som att sjukvården inte är intresserad. Primärvården, med tre lokala vårdcentraler, samverkar med äldreomsorgen i Sundbyberg via organiserade träffar 2-3 ggr/år. Dessa möten upplevs från äldreomsorgens sida främst visa hur dåligt den interna informationen fungerar inom landstinget.

Helhetssynen, brukaren/boenden/kunden i centrum funkar ju inte, tyvärr.

Ekerös individ- och familjeomsorg betonar att såväl kommun som landsting har en lagstadgad skyldighet att samverka. Trots det menar man att planering och samverkan skulle behövas i betydligt större omfattning än vad som förekommer idag, inte minst när det gäller gruppen missbrukare/samsjukliga. De här brukarna kan ha många myndighets- och vårdkontakter. De går runt i de olika vårdsystemen och tar mycket resurser och energi i anspråk. Samordningen saknas.

Numera finns det möjligheter att söka särskilda stimulansmedel för samverkansfunktioner. Det är högst troligt att alla parter vill samverka, om bara resurserna finns. Alla tjänar på samverkan. För den aktuella målgruppen är det viktigt att spalta upp olika vård- och omsorgsinsatser, göra en gemensam plan. Man behöver definiera var huvudansvaret för olika delar ligger. Det är viktigt för såväl brukaren som för de anhöriga. Det behövs även nätverksmöten i högre utsträckning inom äldreomsorgen. Ekerös individ och familjeomsorg uppfattar det som att även den interna organisationen inom landstinget fungerar dåligt när det gäller samverkan. Vårdcentralen känner t.ex. inte till beroendemottagningen som ligger tvärs över gatan. Individ- och familjeomsorgen upplever att primärvården har svårt att tala med patienter om alkohol. Man uppfattar också att

läkarutbildningen generellt är dålig när det gäller att lära ut hur man för samtal om livsstil och sociala sammanhang, läkarna har inte metodiken.

Det händer inte alltför sällan att sjukvården ger olika typer av löften till sina patienter som socialtjänsten sedan inte kan uppfylla, t. ex när det gäller olika former av tjänster och boende. Då blir socialtjänsten istället en "Svarte Petter", den initiala kontakten blir problematisk, socialtjänsten får svårt att komma in och patienten/brukaren blir besviken och avigt inställd. Läkarna anser sig ha tolkningsföreträde när det gäller insatser och de äldre ser ofta upp till läkarna. Man upplever också från individ- och familjeomsorgens sida stora problem med sjukhussamarbetet, mycket p.g.a. att det aldrig finns någon personkontinuitet.

Äldreomsorgen bekräftar den här uppfattningen och menar också att det är bristfällig kontakt och samarbete inom landstingets olika enheter, till exempel mellan beroendevården och primärvården. Det förekommer inte heller något samarbete, som man känner till, mellan äldreomsorgens utförare vare sig kommunala eller privata och beroendevården. Man tror inte heller att beroendevården ser den här gruppen som intressant att arbeta med.

De lägger inget krut på dem som är på väg ut ur livet. Så tror jag att det är.

Trygghet och säkerhet

Trygghet och säkerhet innebär att tjänsterna utförs enligt gällande regelverk. Tjänsterna är transparenta, vilket innebär förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom förebyggande arbete.

För att säkra trygghet och säkerhet för brukaren har kommunerna tydliga, reglerade, skyldigheter när det gäller dokumentation, klagomål och synpunkter samt en ovillkorlig rapporteringsskyldighet när det gäller missförhållanden. Kommunernas skyldigheter gällande dokumentation är reglerade i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5). Den som bedriver socialtjänst har även ett ansvar för att sammanställa inkomna rapporter, klagomål och synpunkter (SOSFS 2011:9). Syftet är att

kunna upptäcka mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Slutligen finns även en rapporteringsskyldighet – Lex Sarah (14 kap 3 § SoL) som reglerar rapportering av missförhållanden i socialtjänsten.

Äldreomsorgen upplever svårigheter med att komma in i de äldre missbrukarnas liv och leverera sina tjänster. Det här är människor som levt sitt liv annorlunda, mycket torftigt och inte sällan i misär. Man vill helst inte ha någon insyn, ta emot någon hjälp eller stöd.

Om äldreomsorgen lyckas nå fram får brukaren insatser, men det går åt både mer tid och energi att övertyga och motivera dessa äldre missbrukare att ta emot hjälp än med andra. I Ekerö deltar också individ- och familjeomsorgens vuxenenhet i motivationsarbetet. Många är ovilliga, då kan man försöka bereda väg genom att bevilja en totalsanering i boendet. Ofta säger missbrukaren nej, man vill inte ha insyn, man skäms över sin livssituation. Några har utvecklat manier, andra vill inte visa hur torftigt de lever. För en del brukare är hemtjänsten en ekonomisk fråga. Då kan biståndshandläggarna ge avgiftsbefrielse, även i fall där avgiftsutrymme finns, för att hemtjänsten ska komma in. Att säga att man inte vill betala, inte har råd, kan också för många bli ett svepskäl för att undvika insyn.

Man försöker göra det nödvändigaste, försöker komma in någon gång i veckan, men de far illa helt klart.

Jag tror att vi tar väldigt dåligt hand om dem och att många säkert far ganska illa.

Från äldreomsorgens biståndssida i Sundbyberg beskrivs hur man försöker att inte släppa kontakten med de som inte vill ha någon hjälp, man skriver brev och kontaktar igen. Man sparar samtliga uppgifter i en egen pärm som gallras efter sex månader. Där finns ett antal personer som hålls ljumna med kontakter, förr eller senare hamnar de på sjukhus och måste ha hjälp.

Sjukvården satsar inte heller på den här gruppen, är äldreomsorgens uppfattning i bägge kommunerna. Där är man somatiskt inriktad och vill snabbt bolla de äldre vidare till kommunerna.

Äldreomsorgen i Sundbyberg känner sig utlämnade från både individ- och omsorg och från primärvården. Någon egen önskan om hjälp från den äldre missbrukaren finns oftast inte. Äldreomsorgen menar att det inte är lätta människor att ha att göra med, de rör sig mellan stationerna primärvård, beroendevård, missbruksvård, försörjningsstöd. De finns i alla systemen. Ofta har de varit duktiga på att lyckas gå runt, men med tilltagande ålder, fysisk nedsatthet, utsatthet och alkoholdemens avtar också den förmågan.

Från individ- och familjs sida finns ingen hjälp att erbjuda då frivillighet för vård och behandling råder, den enskilde vill inte ha stöd och då blir äldreomsorgen sista utposten.

I Ekerö har ett antal äldre missbrukare egna medel, förmedlingsmedel, via individ- och familjeomsorgen, de vill inte ha någon god man. Där försöker individ- och familjeomsorgen, förutom vid månatliga besök, vid behov ha veckokontakt med den enskilde, vilket personalen upplever kan vara mycket betydelsefullt.

Det kanske är gott nog, att man har någon form av kontakt. Hör inte någon av sig så åker vi ut och tittar till. En del vill inte ha hemtjänst, de vill inte släppa in någon och då får vi nöja oss med det.

Ibland larmar man från äldreomsorgen till individ- och familjeomsorgen för att det blivit ohållbart för hemtjänsten och då kan det bli fråga om stödboende under en period, sedan åker den äldre hem igen och allt börjar om från början.

En del får vi göra så med. Det är det enda vi kan göra också. Halva året vistas de på torken, så åker de hem och så börjar de igen. Jag tror att man får nöja sig med det. Det är den nivån vi kan hålla oss på. De vet ju om att vi finns, men en del vill ha det så. Dom har ingen önskan eller ambition att sluta dricka, att dra ner på drickandet. De fortsätter med samma konsumtion men klarar det inte fysiskt.

Man ser också från äldreomsorgens sida i Sundbyberg hur nätverken som fortfarande finns kvar inte släpper taget, det kan handla om barn eller gamla kompisar som ställer till det, utnyttjar den äldre, tar pengar och hemmet i anspråk som fyllekvarter. De äldre orkar inte/vågar inte säga ifrån.

Det händer även att äldreomsorgen byter lås för att den äldre ska få vara i fred men då lämnar man ändå ut nyckeln.

Även när äldre missbrukare, kanske ibland bostadslösa, placeras på tillfälliga boenden uppstår det problem och blir stökigt när de äldre söks upp, det blir en kollision med "normala" äldre, anhöriga och med personal. Samtidigt kan man inte förbjuda någon att få ta emot besök. Äldreomsorgen i bägge kommunerna menar att det behövs ett tillfälligt boende anpassat för målgruppen, då det är svårt att blanda med "vanliga" äldre som placerats för avlastning, växelvård eller återhämtning.

Idag är gruppen ett B-lag, man får inte samma stöd som andra i behov av äldreomsorg, man passar inte in i rutorna.

Jag tycker att de har väldigt få möjligheter att få tillgång till bra insatser, som är anpassade till deras livssituation. Nej jag tycker inte att de har det, faktiskt. Vi bryr oss inte riktigt.

Kunskapsbaserad verksamhet

Kunskapsbaserad verksamhet innebär att tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att brukarens erfarenheter och önskemål ska tillmötesgå i valet av insats.

Definitionen bygger på Sackett et al. (1996) definition av Evidence Based Medicine (EBM) och har under 2000-talet överförts som ideal till det sociala och psykosociala området. Inom den kommunala äldreomsorgen grundar sig insatserna främst på tradition eftersom de sociala insatserna inte utvärderats på vetenskaplig bas i den utsträckning som krävs för att säkerställa evidens. Enligt Sackett et al. (1996) har kunskap ett företräde framför andra skäl till val av insats. Det betyder att den beprövade erfarenheten hos personal och brukarens erfarenheter och önskemål bör få ett större utrymme vid beslutsfattande. Ett problem här kan vara att det saknas systematiserad dokumentation av framgångsrika och mindre framgångsrika insatser, vilket kan leda till att utformningen av omsorgen i hög grad påverkas av organisatoriska och socialpolitiska ställningstaganden. Det är i sig ingenting anmärkningsvärt, eftersom vård och omsorg naturligtvis är omvärldsberoende, men det leder till problem i

utvecklingen av en kunskapsbaserad äldreomsorg. Den tidigare kunskapsöversikten (kapitel 2) visade också att gruppen äldre med missbruk är särskilt utsatt samt att organisatoriska lösningar dominerar och att den kunskap som finns om äldre med missbruksproblematik tenderar att inte omsättas till insatser som motsvarar gruppens behov (se exempelvis Gunarsson, 2002).

LOV ger utrymme för kommunerna att ställa krav på leverantörers och egen personals kunskap och erfarenhet, och i SoL uppställs följande krav: *”För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet”*. Kommunerna bör därför överväga vilken kompetens de anser vara lämplig för uppdraget. Till stöd för bedömningen finns Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2011:12). Innehållet i de allmänna råden är inte juridiskt bindande, utan lämnar möjlighet för kommunerna att tillgodose de krav lagen ställer på något annat sätt. Kommunerna bör även ta ställning till om leverantören själv ska ansvara för sin personals kompetensutveckling, eller om denna personal kan delta i kommunens egna utbildningstillfällen, och i så fall under vilka förutsättningar.

Andra krav som kan ställas, enligt Kammarkollegiets upphandlingsstöd (2012), rör rutiner för introduktion av ny personal samt tillgång till handledning för personalen. Kommunerna måste även säkerställa att det hos leverantören finns tillräcklig bemanning för att utföra uppdraget. Här kan även krav ställas på hur kontinuiteten av personal ska säkras runt brukaren. Kommunerna har möjlighet att ställa ytterligare krav kring personal- och kompetensförsörjning för att anpassa sig efter lokala förutsättningar och antagna politiska mål.

Det finns ingen tradition av handledning inom äldreomsorgen. Individ- och familjeomsorgens personal däremot är vana vid att prata förhållningssätt, ge tips och råd och ta emot egen handledning.

Äldreomsorgen i Sundbyberg menar att man har för dålig kunskap om varandras områden. Biståndshandläggarna behöver veta mera om olika placeringsmöjligheter. Utförarna behöver kunskap om hur man hanterar

t.ex. aggressiva missbrukare och deras anhöriga. Man behöver handfasta verktyg. Har man inte det som hemtjänstpersonal, blir man rädd och drar sig undan. Personalen har idag ingen utbildning om missbruk. Hur hantera? Vad göra? Hur hjälpa? Kompetensen finns inte.

Kompetensutvecklingen och handledningsfrågan fungerar bättre gentemot psykiatrin än gentemot missbruksvården i Sundbyberg. Här har man samverkan och får även hjälp med handledning. Personalen upplever det som effektivt att sitta i grupp, prata, ge tips och råd. Det är mycket uppskattat, personalen blir tryggare i sin roll när man får diskutera frågor som; Hur bemöter jag? Kan jag säga nej?

Men så är det ännu inte när det gäller missbruk.Handledning till äldreomsorgspersonal rörande missbruk ges inte praktiskt i Sundbyberg. Korttidsboendet har efterfrågat handledning från individ och omsorgsförvaltningen. Korttidsboenden drabbas av en ofta omöjlig blandning av vårdtagare eftersom det är där det kan finnas platser, oavsett diagnos. Inom individ och omsorgsförvaltningen säger man sig gärna vilja medverka, det finns inget motstånd, men man vill att syftet ska vara tydligt, att prata om förhållningssätt.

Om vi sitter på kunskap som man inte har, eller tankar och erfarenhet. Det är klart att vi ska dela med oss av det.

LOV-företagen i Sundbyberg profilerar sig på demens, språk, kultur och i någon mån på psykiatri. Missbrukskunskap är inget företagen profilerar, man får inga kunder på det och det är kunden som väljer leverantör i slutändan. Äldreomsorgen i Sundbyberg menar därför att det är utopiskt att tänka sig att missbrukskunskap skulle vara ett konkurrensmedel för leverantörerna. Kundunderlaget är alldeles för osäkert.

Inte får du något LOV-företag som vill specialisera sig på det här. Och vem skulle vilja välja dem om man är "normal" så att säga. Det här är jättesvåra kunder. De vill inte ha hemtjänst överhuvudtaget. Man får tvinga sig på. Det finns rätt så mycket social misär, otroligt tragiska öden.

Individ och omsorg i Sundbyberg menar dock att kompetensen vore önskvärd. Kunskap är alltid bra och missbrukskunnande skulle man kunna ha som ett absolut krav i upphandlingen och följa upp för att garantera kvaliteten.

Inom individ- och familjeomsorgen i Ekerö menar man att kommunen behöver titta noggrannare på sina utförare och ställa tydligare krav på dem. De ska kunna visa att man har redskap för hur man hanterar ett alkoholmissbruk, kompetens att se signaler och uppmärksamma såväl missbruk som våld i nära relationer, som är ett annat eftersatt område. Utbildning om våld i nära relation behövs också och våldet är ofta relaterat till demens och anhörigvård.

Man anser också från äldreomsorgens sida i Ekerö att det borde ställas tydligare krav på kunskap inom missbruksområdet när kommunen utformar sina kravspecifikationer inför upphandling. Just nu ställer kommunen inte det kravet men det kan förändras över tid, menar man, eftersom problematiken blir allt vanligare.

Äldreomsorgen i Ekerö har heller inga egna utbildningsinsatser riktade specifikt mot missbruk. Individ och familjeomsorgen kan ge viss handledning till hemtjänsten i särskilda fall, som påkallas vid behov. Man har ett pågående och nära samarbete mellan hemtjänsten och missbruksenheten med målet att försöka att snabbt reagera och säkra upp runt den enskilde. Behoven är stora när det gäller att få prata om de allra svåraste mötena och situationerna man ställs inför. Situationer där kanske ingen lösning eller förbättring finns. Men att ha möjligheten att få beskriva, dela med andra, reflektera över komplexiteten, få nya perspektiv stärker och utvecklar personalen.

*Frågan om handledning i äldreomsorgen upplever jag har varit uppe jämt.
Handledning, på utförarsidan. Hemtjänstpersonalen behöver stöd och hjälp och
kanske få hjälp från socialsekreterare för att kunna hantera problemen.*

Utförarsidan utgör en organisatoriskt egen avdelning i Ekerö och från myndighetssidan råder det en viss osäkerhet över hur det ser ut med gruppmöten och hur mycket handledning som erbjuds utförarna i det ordinarie arbetet.

Tillgänglighet

Tillgänglighet innebär att det är lätt att få kontakt med socialtjänsten och vid behov få del av tjänsterna inom rimlig tid. Information och kommunikation ska vara begriplig och anpassad efter olika grupper och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen ska präglas av ömsesidighet och dialog. Verksamheterna ska vara fysiskt tillgängliga.

För att säkra stödet kring brukaren bör kommunerna ställa krav på att det finns arbetsformer för hur verksamheten hos leverantören ska göras tillgänglig. Det kan t.ex. gälla hur man informerar om sin verksamhet, hur kontakten mellan leverantören och brukaren organiseras eller hur insatsen hos brukaren ska organiseras (Kammarkollegiet, 2012).

I Ekerö kommun aktualiseras missbrukande äldre oftast i samband med att de hamnar i somatiskt dåligt skick. De har ofta arbetat längre än till normal pensionsålder, inte sällan varit egna företagare. Så länge de arbetat har de klarat sig, druckit socialt i veckorna och hanterat missbruket själva. När de så slutar arbeta och veckorutinerna upphör går det inte längre. De är dessutom ofta bosatta i stora hus, kommer kanske inte längre upp på övervåningen eller om de kommer upp, ramlar de ner därifrån. Det uppstår behov av hemtjänst, när de blivit så kroppsligt försvagade att de inte längre klarar sitt hem.

Initiativet till kontakt kommer oftast från anhöriga, nätverk som är oroliga eller från grannar som slår larm om misär. Ibland kommer kontakten via sjukvården som larmar om patienter med dåliga funktioner såsom dåliga levervärden. Oftast har dessa äldre inte tidigare varit aktuella inom socialtjänsten.

Ekerö har inga klassiska A-lagare på parkbänken, inte heller några per definition hemlösa missbrukare. Det har hänt att några yngre dykt upp, passerat kommunen och försvunnit efter ett tag. Det finns idag inga kända hemlösa missbrukare i kommunen.

I Ekerö kommun medverkar både äldreomsorg och individ- och familjeomsorgens IFO: s vuxensida i vårdplaneringen när gravt missbruk

upptäcks. Man kan sätta in boendestöd, hänvisa till och initiera kontakt med beroendevården, och primärvården. En del behöver även institutionsboende under en period. Det finns tre äldreboenden med korttidsplatser i kommunen där man kan mellanlanda på väg hem från en sjukhusvistelse. Men missbruket finns fortfarande kvar och några passande permanentboenden finns inte. Man ser därför behov av ett grundtrygghetsboende för den här gruppen, men inser också att det skulle innebära stora kostnader som ingen enskild kommun kan bära. I Ekerö upplever man det som att gruppen äldre missbrukare (65+) ökar, dessa har levt ett liv med andra dryckesvanor än tidigare generationer, de har sitt boende ordnat, nätverk omkring sig och sin egen ekonomi och de har inte längre några starka incitament som att behålla jobbet, bostaden, familjen och kontakten med barnen, som motiverar dem att sluta dricka. Man definierar sig inte heller som missbrukare om man har pengar, hus, drivit företag och dricker i vad man själv uppfattar som socialt ordnad form.

I Sundbybergs kommun ser det delvis annorlunda ut. Här finns det fortfarande många smålägenheter och en stor andel ensamhushåll. Dessutom är antalet invånare med psykisk ohälsa och missbruk högre och medellivslängden lägre än i andra kommuner. Det får också konsekvenser när det gäller gruppen äldre och missbruk.

Det ställdes på sin spets i Bananhuset - Vasagatan här nere. Det huset bestod bara av smålägenheter och det här huset tömde man förrförra sommaren för man skulle sanera och bygga om och stambyta. Då dök det upp massvis med människor som har bott i inofficiella 2:a handskontrakt, eller bara bott och som inte hade någon egen bostad och plötsligt stod de på gatan. De har klarat sig och hankat sig fram, fanns ingen kännedom om dem. Många gånger var det ren misär och sanitära olägenheter.

De som intervjuats i studien ser målgruppen äldre missbrukare/samsjukliga delvis som en rest av Sundbybergs historia. Arbetstillfällena inom industrin har försvunnit, många som flyttat till kommunen för att arbeta, bott i smålägenheter och uthyrningsrum hamnar nu utanför samhället i takt med kommunens omdaning från arbetarstad till tjänsteproducent. Många har dåliga nätverk och har ofta en kombination av missbruk och psykisk ohälsa där spriten fungerat som en form av självmedicinering.

Fortfarande år 2013 så ramlar man på dem som man undrar; hur i hela friden har du kunnat leva i ett inackorderingsrum utan ens en kokplatta och varmt mat på elementet i alla år, ingen dusch. Men är inte känd på något sätt hos missbruksenheterna och inte känd på vårdcentralen, utan personerna har hankat sig fram, men uppenbarligen har de tagit till alkohol för att döva. När vi hittar dem, både män och kvinnor, det går så långt som att grannar eller primärvården börjar reagera, då har de utvecklat ganska kraftig minnesproblematik och är undernärda. Alltså fortfarande tänker jag; det kan inte vara möjligt att de finns, hur folk faktiskt har det, utan att någon känner till dem.

Han som jag tänker på nu, som vi hittade för ett och ett halvt år sedan, har ju ändå haft en hyresvärd i över 30 års tid som borde ha reagerat, sett hur han har det, men har istället tagit ut en ockerhyra för det där lilla "skitrummet". Man bryr sig inte. Var och en lever sitt eget lilla liv.

Aktualiseringar sker vanligtvis via primärvården eller via någon granne, alternativt via WebCare²² om den äldre hamnat på sjukhus. Många äldre missbrukare är dessutom bostadslösa och därmed i behov av någon form av tillfälligt boende såväl som ett permanent boende. Det uppstår även i Sundbyberg svårigheter att placera dessa äldre missbrukare tillsammans med "vanliga" äldre på korttidsboende. Individ- och omsorg kan bistå med plats på härbärge eller boende via Länkarna för den här målgruppen, men den lösningen är inte lyckad, då de äldre oftast har mycket fysiska krämpor i kombination med demens och förvirringstillstånd. Att leverera hemtjänst med kvalitet på den här typen av boende är svårt för äldreomsorgen. De fåtaliga sociala lägenheterna som finns i kommunen är vikta för barnfamiljer. När de äldre missbrukarna placeras på ordinarie äldreboende uppstår det inte sällan konflikter med andra äldre och deras anhöriga. Det

²² WebCare är ett IT-stöd för samordnad vårdplanering mellan landsting (slutenvård och primärvård) och kommuner. Det har också till uppgift att ge faktureringsunderlag för de patientkostnader som uppkommer i enlighet med Betalningsansvarslagen, BAL. WebCare har utvecklats för Stockholms läns landsting (SLL) av TietoEnator. Det går sedan 2004 i full drift i Stockholms län.

kan också bli problem med besök av andra missbrukare. Personalen sätts i svåra situationer och frågan har även uppmärksamats politiskt.

När man kommer till den punkten att man inte klarar sig själv då får vi ett koncentrat av det nedkokade eländet på något sätt som inte syns någon annanstans, i något system, någonsin.

Alla i gruppen äldre missbrukare är heller inte över 65 år men är i mycket dåligt fysiskt skick. De kan ha utvecklat en tidig alkoholdemens, eller riskerar att utveckla demens i en ny miljö som t.ex. i samband med vistelse på ett HVB-hem. Det här är en grupp med stora behov som är ökande i alla nordvästkommunerna. Dessa missbrukare kan inte längre bo hemma själva men är samtidigt för unga för dagens äldreboenden. Man passar inte in där som 50-65 åring. Dessa personer behöver demensutbildad personal, vilket inte finns att tillgå på ordinarie HVB-institutioner för missbrukare. Befintliga, upphandlade HVB- institutioner har heller inga resurser för de som är somatiskt sjuka eller funktionshindrade, boenden är inte fysiskt tillgängliga, har inga hjälpmedel (såsom höj och sänkbara sängar, hissar), eller är handikappanpassade (plats för rullstolar och rullatorer) och verksamheten i sin helhet bygger på strukturerad behandling, daglig sysselsättning och aktivitet.

För den här gruppen missbrukare finns inga anpassade insatser, det är heller ingen grupp som gör sin stämma hörd eller som prioriteras politiskt. Deras behov handlar om basomsorg som; ordnat boende, att få äta allsidig mat, hjälp med personlig hygien, rena kläder, adekvat läkar- och tandvård. Här krävs samverkan mellan individ och omsorg och äldreomsorg - det är inte *bara* en missbrukare eller *bara* en äldre.

De här personerna, äldre med stora sammansatta behov, som missbruk och samsjuklighet, vi har inga förutsättningar för det.

Som invånare i Sundbybergs kommun måste man ha rätt till ett äldreboende, eller om man får sådana omsorgsbehov, mer bistånd än vad en missbruksgrupp kan ge. För det som vi har handlat upp det är HVB för vård av missbruk.

När det gäller hemtjänstären, min erfarenhet, de som tar mest energi, det är de här, där vi bråkar och vi inte blir insläppta och man får gå hem igen och man får hålla på. Det är de krångliga ärendena som blir jobbigast för personalen,

faktiskt. Tar mest energi även om det kanske inte är mest timmar. Det tar mycket mer kraft.

Effektivitet

Effektivitet innebär att resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål för verksamheten.

Effektivitet innebär både ”att göra rätt saker” och ”att göra dem på rätt sätt”. Kommunerna kan sätta upp mätbara mål som leverantörerna av tjänster ska uppfylla. Resultatet mäts sedan mot de mål som ställs upp för verksamheten, det vill säga grad av måluppfyllelse.

Samverkan är ett annat sätt att öka effektiviteten. Samverkan med andra kan göra det möjligt att kraftsamla och avsätta resurser gemensamt för att förebygga eller komma till rätta med problem. Det kan också innebära rationaliseringsvinster (Kammarkollegiet, 2012).

Under 2012 gjorde nordvästkommunerna på uppdrag, tillsammans med ytterligare ett antal kommuner, en gemensam, ambitiös upphandling av HVB-institutioner inom missbruksområdet²³. Man försökte vara tydlig med vilka krav man ställer och vilken kompetens man kräver av institutionerna. Inom denna upphandling fanns inget naturligt utrymme för gruppen äldre missbrukare med funktionsnedsättning. Detta framgår av ett tjänsteutlåtande *Samordnad upphandling av insatser för vuxna missbrukare 2011.10.31*. Man gjorde ett avancerat arbete men upphandlingen avgränsade och begränsade också, det finns ingen institution som tar emot den här gruppen. I takt med missbruksvårdens nedmontering, har många institutioner försvunnit, nu gäller enbart strukturerade verksamheter med program.

²³ Samordnad upphandling av Insatser för vuxna missbrukare daterad 2011-10-31, Sigtuna kommun

Jag skulle vilja ha lite mera klassiska torkar. Jag brukar kalla det för "lövkrattarställen" för äldre missbrukare där de ändå får en grundtrygghet och ett drägligt liv de sista åren de har kvar, som inte kostar alltför mycket, för det handlar ju om det också.

För att säkra kvaliteten i äldreomsorgen i Sundbyberg är man ISO²⁴-certifierad. Man anser att ISO är ett bättre kvalitetsledningssystem än SOFS 2011. ISO är tydligt med definierade rutiner och internrevision. Inom äldreomsorgen har man byggt upp ett system på både central och lokal nivå med kvalitetsombud. Men, betonar man, att man har ett ledningssystem betyder inte att man har toppenkvalitet i hela verksamheten. Man har däremot en systematik och en bra grund för att utveckla och förbättra kvaliteten för samtliga målgrupper.

I Sundbyberg menar man att det nu gäller att arbeta vidare med att säkerställa kvaliteten på tjänsterna i LOV-företagen inom äldreomsorgen. De regelmässiga mötena med företagen måste utvecklas. Ett sätt kan vara, menar förvaltningschefen, att initiera en gemensam LOV-uppföljning över kommungränserna. Inom äldreomsorgen i Sundbyberg tror man även på att idka uppföljning på plats. Man har därför, inom befintlig ram, anställt en ny handläggare, en projektledare i kvalitet, för enbart kvalitetsuppföljning. Förvaltningschefen har också en vision att genom ett bättre datastöd, via Treserva²⁵, även få ett bättre rapporteringssystem och kunna utveckla nya modeller för att ökad systematisk uppföljning och kvalitetskontroll.

Man har idag också stora problem med underskott i egenregi och menar att kommunen inte alls spelar på samma planhalva som LOV-företagen. 2/3 av kommunerna idag klarar inte av att konkurrera med LOV-företagen, menar förvaltningschefen. Det finns motsättningar mellan Lagen om valfrihet

²⁴ ISO 9001 är en internationell standard för kvalitetsledningssystem. Kraven baseras på 8 grundprinciper som man arbetar med för att vidareutveckla verksamheten och höja sin kvalitetsnivå: Ledarskap, Kundfokus, Processinriktning, Systemangreppssätt för ledning, Medarbetarnas engagemang, Faktabaserade beslut, Ömsesidigt fördelaktiga relationer till leverantörer, Ständiga förbättringar.

²⁵ IT-baserat verksamhetssystem för vård och omsorgsverksamhet.

(LOV) och kommunernas ansvar som arbetsgivare för sina utförare. Det gäller t.ex. krav på heltidsanställningar, minskat antal timanställningar och krav som begränsar möjligheten till anhöriganställningar. Därutöver ställer kommunen krav på regelmässig kompetensutveckling för personalen. Allt detta genererar högre kostnader för kommunen.

Företrädarna för individ och omsorg i Sundbyberg är kritiska när det gäller det nya upphandlingsförfarandet. Man menar att kommunerna generellt inte besitter den kompetens som krävs när det gäller att upphandla tjänster.

Vad är god kvalitet i hemtjänst? Hur bedömer man det? Någon vill ha en trevlig hemtjänstperson, någon att prata med - för andra är städning viktigt - och att inte prata - att ha en hushållerska. Minsta gemensamma nämnare finns inte, bara i våra föreställningar.

Möjligheten att välja leverantör ser man både inom individ och omsorg och äldreomsorgen i Sundbyberg mest som en pseudovalfrihet. Både generellt och inte minst när det gäller den här målgruppen.

Jag tycker det är jättekneipigt det här att prata om valfrihet. För den stackars Asta 85 - hur ska hon kunna välja mellan (som i Stockholm) 250 företag?

Jag måste säga att om vi pratar om den här målgruppen så tror jag inte att de får det bättre genom att man ökar LOV och att vi har fler utförare det tror jag inte. Det tror jag verkligen inte. Snarare tvärtom. För de här är ju jobbiga. De är jättejobbiga. Det måste man förstå. Det finns ingen som väljer att profilera sig på; Vi är bäst på de som super, de som är psykiskt sjuka, är lite dementa och har bensår.

Man betonar också starkt något man anser att LOV har missat, nämligen att man som brukare inte naturligt byter leverantör om man inte är nöjd med tjänsterna, eftersom man upplever kontinuiteten som så viktig. Det blir därmed inget lika enkelt val som att byta elföretag. Det gör att det inte finns någon självsanering i systemet förrän någon leverantör uppenbart missköter sig.

I Ekerö kommun, med färre LOV-företag än i Sundbyberg, håller man regelbundna informationsmöten med leverantörsföretagen via nämndkontoret, möten som också fungerar som uppföljningstillfällen. Här

56

kan frågor ställas och diskussioner föras. Utöver detta har man en internkontrollplan, genom vilken man väljer ut specifika områden för kvalitetskontroll, där man gör nedslag och borrar djupare. Eftersom man just nu har få utförare är det lättare att hålla kontroll. Från äldreomsorgen är man trygg med att nuvarande leverantörer håller en god kvalitet vilket gör det enklare när brukare och deras anhöriga vill ha hjälp att välja utförare. Eftersom biståndshandläggarna måste vara neutrala i valsituationen, hänvisar man därför brukarna till att ringa utförarna och ställa frågor direkt till dem inför valet.

Från äldreomsorgen i Ekerö menar man att LOV ännu inte nämnvärt har påverkat kvaliteten i utförarledet. När det handlar om hemtjänst till gruppen äldre missbrukare har man avtal med en leverantör som man anser särskilt skickad för dessa uppdrag.

Från individ och familjeomsorgens sida i Ekerö betonar man vikten av att utförare också måste bli bättre på att samverka och använda de möjligheter som redan finns, utnyttja verksamheter som har specialkunskapen, som t.ex. beroendevården. Socialtjänstens missbruksvård är svårare att använda för leverantörsföretagen då den kan uppfattas som hotfull med möjlighet till tvångsåtgärder. Individ och familjeomsorgen pekar också på vikten av att tydligare uppmärksamma frågan om alkoholbruk när äldre kommer till primärvården. Det är första linjens vård som har det ansvaret.

Om kommunerna fick önska

Målgruppen äldre missbrukare/samsjukliga passar varken inom missbruksvården, socialpsykiatrien eller inom äldreomsorgen. De är allmänt skräpiga, orkar inte missbruka så mycket längre, är samsjukliga och dras dessutom ofta med alkoholdemens. De fyller inte kriterierna för vare sig behandlingshem för missbrukare, stödboende eller äldreboende. Det handlar om *utmanande äldre, de utmanar alla våra system*. De passar inte in i de befintliga organisationerna, i varje enskild verksamhetsdel lever de inte upp till kriterierna för insatser, men sammantaget finns behoven.

Det behövs en egen organisation med eget arbetssätt, specialteam, snarare än en specialisering inom LOV. En kommunal insats, med gemensam budget, som bygger på samverkan inom och mellan förvaltningar och kanske även mellan kommuner. Man behöver sätta ihop tvärkompetenta team från befintliga verksamheter med intresserad och kunnig personal som får adekvat utbildning och handledning och som klarar av såväl somatiska bekymmer som alkoholdemens och missbruk. Det behövs en form av *Case manager på äldreomsorg*.

Det behövs dessutom anpassade, insprängda lägenheter för målgruppen, som får backup med boendestöd och hemtjänst kombinerat med gemensamhetslokaler, kanske även i form av något kommungemensamt boende, där kommunerna går samman om x antal platser med specialkompetent personal.

Verksamheterna måste också bli mer proaktiva när det gäller den här målgruppen, ha en bättre framförhållning när det gäller nya brukare och samverka mer organiserat runt dem man redan känner till.

Allt är specialiserat nu, det funkar inte för den som har en komplex problematik. Vi behöver tänka nytt och då är det inte bara ekonomi, men ett sätt att slippa bråka om pengar är investeringsfonder. De här stuprören har gjort att människorna hamnar emellan och det här är en grupp som verkligen gör det. I det här fallet en grupp, som hos oss, hamnar mellan två förvaltningar men i vissa kommuner mellan tre, om man har socialpsykiatri i en egen förvaltning, vilket inte är så ovanligt. Då måste man jobba annorlunda och ha en gemensam pott pengar. Sedan, om vi kan lösa det internt i en kommun, sedan är nästa steg att få ihop det med landstinget och det är betydligt svårare och har man dessutom en massa utförare så blir det ännu mer komplext.

Egentligen är det samhällsekonomi - om man hade ett samhällsekonomiskt perspektiv och använde sig av de kunskaper som Ingvar Nilsson²⁶ har t.ex. när det gäller den här gruppen, så gäller det att försöka minimera missbruket och konsekvenserna, se till att de medicinerar för sin samsjuklighet, så att de så länge

²⁶ Nationalekonom Ingvar Nilsson har under flera decennier intresserat sig för de sociala och ekonomiska konsekvenserna som ett utanförskap för med sig i dagens och morgondagens samhälle. Aktuell i bl.a. Malmökommissionen. Se även <http://www.skl.se/psynk/sociala-investeringar>

som möjligt kan bo i eget boende och inte behöver särskilt boende. Vem som än betalar. Att man behåller de förmågor folk har.

Musketörerna i Rågsved/Sollentuna

För att belysa och tydliggöra brukarperspektivet har vi gjort fokusgruppsintervju med tio deltagare från Musketörerna²⁷. Nedan redovisas resultatet av denna intervju.

Föreningen Musketörerna är en brukarorganisation som bildades 2007 i Rågsved, en förort till Stockholm. Sedan dess erbjuder föreningen personlig vägledning och stöd för människor som missbrukar eller har missbrukat. Föreningen bedriver också ett förebyggande arbete och ger stöd för att myndigheter bättre ska kunna tillämpa ett brukarperspektiv i handläggningen. Syftet med föreningens verksamheter är att människor i underläge ska få sina rättigheter tillgodosedda.

Hur ser missbrukare och före detta missbrukare, där även många har psykiska funktionsnedsättningar, på möjligheterna att få stöd och hjälp med sina svårigheter när man blir äldre? Svaret från Musketörerna är entydigt;

Det här är en grupp som faller mellan stolarna. Det funkar inte när man blir gammal. När man blir gammal då tar missbruksvården sin hand ifrån en och säger att är man över 65 år då är det äldreomsorgen som ska sköta det här, och då säger äldreomsorgen, det här är missbrukare, dem vill inte vi ha något med att göra och då hamnar man mitt emellan de här två.

Vi behöver hjälp med alla de tre bitarna. Det är ju så det ser det ut för många av oss idag, när vi ska reda ut vårt liv, få ordning på grejorna, då är det både missbruk och psykiatri och äldreomsorg.

Människorna kommer alltid i kläm. De här människorna passar inte in i de här strukturerna eller rutinerna som man har, om man inte har "deg" då, och kan betala för sig.

²⁷ Bilaga 3 Intervjufrågor

Ensamheten och dåliga nätverk anser gruppen vara ett stort gissel och en anledning till ökad psykisk ohälsa och missbruk, även bland äldre. Det blir svårt när jobbet tar slut, gamla kamrater försvinner och man blir ensam kvar. Så plötsligt blir man sjuk och hamnar i sjukvården. Alla har inte heller haft, eller velat ha, någon kontakt med myndigheter tidigare, man har hankat sig fram och undvikit myndighetskontakter.

Boende

Att hamna på gatan är det värsta, det mest ovärdiga. Musketörerna i fokusgruppen kan tänka sig, vilket man vet händer om man sätter gränsen för hårt (nolltolerans) på boendena. Många i gruppen har egen och lång erfarenhet av hemlöshet och vet vad det innebär.

Musketörerna har bland annat därför en idé om att starta en form av kollektivboende, ett "Musketörhem" för gamla missbrukare.

Någon form av kollektivt boende för att hjälpa till och ta hand om varandra. För vi är fortfarande vänner och förstår varandra så väl, efter den här resan vi har gått igenom.

Många av de här personerna, som har levt de här tragiska livet, dem sätter man inte på ett ålderdomshem bara så här, för de passar inte in där.

Inspiration till ett kollektivboende har man hämtat från ett befintligt boende i Svedmyra där man gjort studiebesök och blivit imponerade av verksamheten. Gamlebo, som drivs på entreprenad av Stockholms stad vänder sig till äldre missbrukare som är kroppsligt medfarna efter många års hemlöshet och missbruk, med allvarliga psykosociala funktionsnedsättningar som följd. Alla boende har ett eget hyreskontrakt och på boendet finns tillgång till personal dygnet runt, sjuksköterskor och möjlighet till kontakt med läkare, psykiatri och beroendevård. Utgångspunkten är att se varje individ utifrån dess olika förutsättningar. Det är tillåtet för de boende att dricka alkohol på Gamlebo så länge den är lagligt införskaffad. Trots att det är fritt fram att dricka alkohol på boendet så väljer många ändå att minska sitt drickande avsevärt och några slutar också helt.

Jag tror på det där faktiskt alltså. Det finns ju människor som aldrig kommer att lägga av. Det är den krassa sanningen alltså, hur mycket de än försöker.

Om man fick välja, bor jag hellre med gamla sådana (missbrukare), där jag kan vara mig själv med mina erfarenheter och med min historia.

Men det finns också en annan del av fokusgruppen som inte vill ha missbruket omkring sig och inpå sig. För dem är det viktigt att dela upp äldreboenden för missbrukare/samsjukliga i boenden där helnykterhet råder och lågröskelboenden där det är tillåtet att dricka. Man vill inte riskera att falla tillbaka i sitt tidigare levnadsmönster.

Jag skulle inte vilja bo med en massa aktiva, nu när jag har lagt av. Jag har inget intresse av att umgås med aktiva. Vi har inget gemensamt längre.

Man tar också upp den viktiga frågan om hur man kan respektera de äldre och deras anhöriga, som inte vill se missbrukare och missbruk omkring sig. Frågan om kategoriboende, profilboende eller en mix av alla äldre oavsett problematik på ett boende anser gruppen svår och det finns inte heller något entydigt svar. Optimalt är en mix, annars riskerar man enligt några i fokusgruppen att vården delar upp människorna i ett A- och B-lag, medan andra i gruppen menar att så är det ju redan ändå;

Men om man tittar ut i samhället, hur ser det ut där då? Jo, vi tyr oss ju till dem, vi umgås ju med dem. Vi umgås inte så jättemycket i mix utan vi umgås ju med våra, före detta pundare, eller om vi är aktiva så är vi där, och där är vi något annat än Svensson. Vi delar ju upp oss ute - varför ska vi då bli tvingade att umgås i mix när vi blir äldre?

Personal

Ska äldre missbrukare/samsjukliga klara av att bo själva, med hemtjänst, är kontaktpersonerna oerhört viktiga, det är man ense om i fokusgruppen. Man vill ha och behöver tryggheten som följer med att ha en kontinuitet i personal som man kan nå i stort sett dygnet runt. Gruppen tar upp egna exempel på hur boendestödet från "Bostad först" fungerar. Många kan inte klara av att ta det egna ansvaret för sitt boende när provotiden enligt

reglerna gått ut, när kontakterna med personalen ska glesas ut och kontinuiteten försvinner. De har aldrig fått möjligheten att klara sig själva. Gruppen ger exempel på hur man då istället fortsätter missbruka för att visa att man har behovet av att ha kvar tryggheten som personalen ger.

Nu har det gått nio månader, nu ska du skriva på kontrakt - och då blir det ett större ansvar och samtidigt så backar man på insatserna. De blir dö-skraja, klarar sig inte, tar jordens återfall.

Du är så rädd för att stå på egna ben, för att du mister den här tryggheten.

Det är individuellt hur många insatser man behöver för att klara av att gå från att bo i tält, kojor och husvagnar till ett eget "vanligt" boende. Det kan ta två, tre år och för en del kanske det aldrig fungerar. Då behövs någon form av kollektivt boende istället för att bo ensam. Idag är boendestödet inte tillräckligt individanpassat för att det ska fungera för alla. Här drar gruppen paralleller med hemtjänsten, som också behöver individanpassas bättre för gruppen missbrukare/samsjukliga. Det behövs personal i hemtjänsten som har erfarenhet av och kunskap om både missbruk och psykiska svårigheter.

Hur mycket kan man begära att personalen i hemtjänst och i boenden ska ställa upp på för gruppen missbrukare/samsjukliga? Det måste finnas någon gräns menar fokusgruppen, som tycker att det är en viktig arbetsmiljöfråga. Det fungerar inte bra nu, all personal klarar inte av att möta och bemöta missbrukare och kompetensen både inom missbruk och inom psykiatri är bristfällig.

Brukarinflytande

Hur tänker Musketörerna kring brukarinflytande generellt i missbruksvården och i äldre vården? Gruppen menar att man som brukare har mycket att bidra med om man ges möjlighet att vara med redan i själva uppbyggnaden av såväl en missbruksvård som en äldre vård som är bättre anpassad till gruppen. Det är viktigt att komma in tidigt, redan i planeringen, istället för att det görs fel och man får göra om.

Vad kan ett brukarråd, en brukarorganisation som Musketörerna göra? Jag ser många av oss som potenta boendestödjare, kamrattstödjare, vilken funktion skulle man kunna ha? Göra hemtjänstsysslor.

Jobba ideellt, gå till affären, hjälpa till med shopping, spela schack, putta på rullstolen.

Alla som finns i Musketörerna idag jobbar ideellt och alla hjälper varandra, några har även anställning med lönebidrag för sitt arbete. I sju år har Musketörerna nu fungerat som "guider" och kamrattstödjare när det gäller alla former av myndighetskontakter för personer med missbruk och samsjuklighet. Man har under den tiden samlat på sig mycket erfarenhet och kunskap som man både kan och vill dela med sig av även inom äldreomsorgen.

Vi har kunskap om hur man behöver hjälp - som missbrukare är man oftast nummer två mot myndigheterna, man känner sig underlägsen, i underläge.

Musketörernas uppfattning om intresset från myndigheternas sida för brukarinflytande inom äldreomsorgen är att man gärna vill ha det, men betala för att få det, vill man inte.

Musketörerna tror att man som grupp även kan fungera som ett stöd för nära anhöriga till missbrukare och samsjukliga. Den enskilde ska så långt möjligt bestämma själv över sitt liv, men missbruk, psykisk sjukdom och kanske även demens försämrar de möjligheterna. Anhöriga, släkt och personal i hemtjänst och boende vill gärna träda in och bestämma. Här skulle också Musketörerna kunna hjälpa till och fungera som tolkar och brobyggare.

De anhöriga säger; "Kan du inte hålla dig nykter, det sista du gör?" Vi kan hjälpa dem att acceptera att han kommer att dricka till slutet.

Musketörerna pekar på att anhöriginflytande är positivt och viktigt. Idag larmar anhöriga till äldre om vanvård, liggsår och annat, men man gör det till media, som till tidningar och TV. Musketörerna tror att det beror på att

man upplever att man som enskild anhörig inte får något gehör i vårdapparaten. Flera av deltagarna i fokusgruppen har egna erfarenheter av detta i egenskap av anhöriga. Ett förslag som kom upp i gruppen var att man som anhörig ska kunna kräva att få ha regelbundna och helst obligatoriska "kvartsamtal" eller "utvecklingssamtal" med personalen.

Många i fokusgruppen är mycket skeptiska till hur dagens äldreboenden fungerar. Man ser på äldreboenden som en sorts förvaring.

Det är plågsamt att besöka. Ett väntrum till döden - men, man vill ju leva tills man dör!

Om Musketörerna fick önska

Många av Musketörerna i fokusgruppen har i kortare eller längre perioder levt sina liv i hemlöshet och på olika institutioner. Deras önskemål kretsar därför av naturliga skäl mycket runt frågan om boendet, olika typer av boende, i egen lägenhet eller kollektivt, med eller utan nolltolerans. Boendet är grunden, förutsättningen för ett värdigt liv.

Hur skulle ett äldreboende för missbrukare/samsjukliga se ut om man som Musketör fick önska fritt? Här vill fokusgruppen att brukarna ska ha en stor delaktighet, man talar om kollektivt boende, där självbestämmande och integritet är viktiga byggstenar.

Kanske inte nolltolerans... myndighetsrollen ska inte vara det dominerande. Det ska vara brukarstyrt, föreningsstyrt. Vi har en väldigt stor del i hela apparaten, i upplägget, vi styr ihop. Det märker vi i våra föreningar. Vi gör det bra själva.

Man anser att det är viktigt att erbjuda olika alternativ, både hemtjänst i eget boende och olika typer av boenden, både med och utan nolltolerans för den här gruppen. Det är svårt att blanda. Är man "nynykter" eller har tagit sig ur missbruket klarar man inte av och vill inte heller bo med dem som fortfarande missbrukar. För andra fungerar det inte med nolltolerans.

Personalen ska vara kompetent, serviceinriktad och blandad med olika språk och kulturer. Det betonas att det är bra och viktigt att det också finns personal med egen erfarenhet av vad ett missbruk innebär.

Det viktiga är vad det är för personal som jobbar där. Alltså det är A och O. Man måste förstå vad ett missbruk innebär, hur det kan bli och var gränserna går.

Fokusgruppen anser vidare att det borde vara någon som ordentligt och kontinuerligt granskar de olika leverantörerna, både vad det gäller hemtjänst och boenden. Någon som har egen erfarenhet borde även titta på hur behandlingshemmen och institutionerna för missbrukare/samsjukliga fungerar idag, menar några av gruppdeltagarna.

En rövare kan inte dra en vals med mig som har knarkat i 30 år.

Musketörerna betonar vikten av att alla människor oavsett bakgrund och problematik borde få ha rätten att åldras med värdighet. Alla typer av boenden borde vara bra och hålla en hög kvalitet, både boenden med och utan nolltolerans, så kallade lågröskelboenden. På samma sätt borde det vara med hemtjänsten oavsett om den drivs privat eller är kommundriven. Samhället borde ha en garanterad miniminivå för alla.

Idag är man inom Musketörerna bekymrade över uppdelningen av människor. Inom missbruksvården finns det olika boenden både med nolltolerans och så kallade lågröskelboenden, där kraven inte är lika strikta. Det borde inte vara någon skillnad för att man blir äldre och fortfarande har samma problem. Men man misstänker i gruppen att kvaliteten på vården ändå är olika för "vanliga" äldre och för missbrukande/samsjukliga äldre.

A- och B- vård? Hur fördelar kommunen pengarna? Risker - så är det nu, missbrukarna lägger man inte så mycket pengar på.

Slutsatser

Inledningsvis beskrevs att avsikten med studien var att belysa frågor om hinder och möjligheter inom olika organisationsformer, samverkan/brist på samverkan och valfrihetens betydelse för insatserna till den grupp äldre som har missbruksrelaterade problem. Kommunerna Ekerö och Sundbyberg valdes för studien, dels beroende på demografiska skillnader mellan kommunerna, dels beroende på olikheter beträffande organisationen av myndighetsutövningen.

Trots skillnaderna mellan kommunerna, så framträdde en samstämmig bild av svårigheter med samverkan, främst i utförarledet. I Ekerö drivs socialtjänstens arbete utifrån en nämnd, vilket underlättar samordningen av insatser på myndighetssidan. I Sundbyberg tillhör äldreomsorgen respektive insatserna för missbruksproblem, två olika nämnder, vilket försvårade samverkan vid samordning av behov och beslut om insats. Gruppens behov av medicinska insatser, insatser av landstingets psykiatriska vård samt insatser från beroendevården tillförde ytterligare samordningsproblem i bägge kommunerna. Brukarorganisationen Musketörerna beskrev också sina erfarenheter av att denna grupp brukare ”ramlar mellan stolarna” eftersom deras komplexa behov inte helt och hållet kan tillgodoses inom äldreomsorgen. En organisatorisk samverkan samt ett konkret samarbete i utförarledet behövs för att bra missbruksvård, beroendevård, medicinsk vård och god äldreomsorg samtidigt ska uppnås.

I studien framkom också att det behövs fler alternativ när det gäller specialiserade utförare samt utbildningsinsatser till personalen som utför omsorgen. Studien indikerar även att det behövs ytterligare utveckling av den totala verksamheten för att uppfylla de av Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) uppställda kvalitetskraven för att säkerställa en trygg och säker vård och omvårdnad för gruppen äldre missbrukare/samsjukliga.

Det som framkom i fördjupningsstudien överensstämmer väl med resultaten i tidigare forskning som beskriver denna grupp som

marginaliserad både i förhållande till andra personer med missbruk och psykiska problem samt till andra äldre utan dessa komplexa problem. Det som saknades i forskningsöversikten, var brukarnas perspektiv, vilket i hög grad bidragit till att vi även kontaktat brukarorganisationen Musketörerna. Brukarna kunde tydligt bekräfta bilden av marginalisering och samordningsproblem.

Denna grupp av äldre är egentligen ingen ny grupp med nya behov, men inom de närmaste åren kommer troligtvis gruppen att bli större beroende på att gruppen invånare över 65 år ökar i hela riket. Vidare så aktualiseras i och med detta, den fragmentarisering av vård- och omsorg som skett under de senaste 20 åren i form av utförar- och beställarorganisation, ökad specialisering inom kommunala- och landstingsstyrda verksamheter samt konkurrensutsättning av offentlig verksamhet.

Referenser

Ahlström, S. (2008) "Alcohol use and problems among older women and men: A review." *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* vol. 25 (2) 154-161.

Alanko, A & Haarni, I. red. (2007): *Ikääntyminen ja alkoholi* [Åldrande och alkohol]. Sininauhaliitto: Helsinki.

Andersson, L & Minell, M. (2002). "Om synen på våra gamla och åldrandet". *Socialmedicinsk tidskrift* 79:2:100–106.

Bryman A. (2006). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber

Caputo et al. (2012). "Alcohol use disorders in the elderly: A brief overview from epidemiology to treatment options" in *Experimental Gerontology* 47: 411–416.

Chelune, G. & Parker, J. (1981). "Neuropsychological Deficits Associated With Chronical Alcohol Abuse" in *Clinical Psychology Review*. Vol. 1, pp. 181- 195.

Cummings et al. (2013). "Alcohol Abuse Treatment for Older Adults." in *Journal of Evidence-Based Social Work*, 3:1, 79-99.

Cronholm, Inger (1986). *Äldre och alkohol. En litteraturöversikt*. Rapport nr 62. Jönköping: Institutet för Gerontologi i Jönköping.

Gunnarsson, E. (2002). "Det utsatta livsloppet i skuggan av de gynnade generationerna." *Socialvetenskaplig tidskrift*. 2002.

Gunnarsson, E. (2008) "Socialt arbete – i otakt med ett åldrande samhälle". *Nordisk socialt Arbeit* vol. 28:112-120.

Gunnarsson, E. (2012) "Dilemman och utmaningar – hemtjänstens arbete med äldre personer som har missbruksproblem." I Storbjörk, Jessica (red)

Samhället, alkoholen och drogerna. Politik, konstruktioner och dilemman. Stockholm: Stockholms universitets förlag.

Gunnarsson, E. & Karlsson, L-B. (2013). *Man slutar inte dricka för att man får städad – om bistånd, hemtjänst och alkohol.* Arbetsrapport/Institutionen för socialt arbete. 2013:3.

Harrison, R.L. & Reilly, T.M. (2011). "Mixed methods designs in marketing research", *Qualitative Market Research: An International Journal*, Vol. 14 No. 1, pp. 7-26.

Hjalmarson, I. (2003). "Valfrihet i äldreomsorgen – en reform söker sin form". Stockholm: Äldrecentrums rapportserie 2003:4.

Hjalmarson, I. Norman, E. (2004) "Att välja hemtjänst". Stockholm: Socialstyrelsen.

Hjalmarson, I. Wånell, S-E. (2013). "Valfrihetens LOV" en studie om vad lagen om valfrihet betyder för den som har hemtjänst, för kommunen och för utförarna. *Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum* 2013:01

Jyrkämä, J. & Haapamäki, L. (2008). "Äldre och alkohol. Nordisk forskning och diskussion." NAD-publ. 52. Helsingfors: NAD (Nordiskt center för alkohol- och drogforskning).

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

Kammarkollegiet. (2012). "Kravspecifikation för upphandling av hemtjänst enligt LOV". Kammarkollegiet, Upphandlingsstödet.

Kommunförbundet Stockholms län (2014) *Personer med missbruksproblematik.* (www.ksl.se/svenska/vara-uppdrag/socialtjanst-och-halso--och-sjukvard/personer-med-missbruksproblematik.htm).

Kuerbis, A. & Sacco, P. (2012). "The impact of retirement on the drinking patterns of older adults: A review" in *Addictive Behaviors* 37: 587–595.

Lee et. al. (2009). "Harm reduction among at-risk elderly drinkers: a site-specific analysis from the Multi-Site Primary Care Research in Substance Abuse and Mental Health for Elderly (PRISM-E) study" in *International Journal of Geriatric Psychiatry* 24: 54–60.

Meager, G. & Szebehely, M. (2013). "Marketization in Nordic Eldercare: A research Report on Legislation, oversight, extent and consequences." *Stockholm Studies in Social Work*, 30.

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

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

Oslin et al. (2005). "Treatment outcomes for alcohol dependence among middle-aged and older adults" in *Addictive Behaviors* 30: 1431–1436.

Sacket, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson W. S. (1996). "Evidence Based medicine. What it is and what it isn't". *BMJ*. January 13; 312 (7023): 71–72.

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

Socialstyrelsen. (2002). *Äldre utanför äldreomsorgen*. Artikel nr: 2002-123-63

Socialstyrelsen. (2011). *Hälsa-sjukvård och socialtjänst. Tillsynsrapport*. www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen. (2012) *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst 2012*, Artikelnummer: 2012-2-2

Socialstyrelsen. (2012). Öppna jämförelser: Missbruks- och beroendevården 2011, kommunen. www.socialstyrelsen.se.

Socialstyrelsen (2013). Sveriges Kommuner och Landsting. Öppna jämförelser: Vård och omsorg om äldre 2012.

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

Sveriges Kommuner och Landsting. (2011). "Från fattigvård till valfrihet". *Utvecklingen av vård och omsorg om äldre*. Sveriges Kommuner och Landsting, 2011 ISBN/Best. nr: 978-7164-681-1 www.skl.se/publikationer

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1.

Äldre och missbruk/samsjuklighet – Verksamhetsfrågor

- Vilka möjligheter respektive hinder kan Du se för arbetet med äldre missbrukare/samsjukliga i den organisation Du verkar i?
- Vilka förutsättningar har/behöver biståndshandläggarna/socialsekreterarna/utförarna för att kunna möta äldre med stora och sammansatta behov, som missbruk och samsjuklighet?
- Hur ser Du på äldre missbrukares möjligheter att få tillgång till insatser som är anpassade till deras livssituation?
- Är det önskvärt att stimulera utförare enligt LOV att ha ökad profilering för olika gruppers behov och hur ska det i så fall gå till? Vad görs idag?
- Hur och med vilka metoder säkerställer kommunen att de som utför insatserna har den kompetens som krävs och arbetar personcentrerat? (kvalitetskontroll)
- Hur ska man skapa/underhålla förutsättningar att samverka på ett sätt som ger helhet i insatserna för äldre missbrukare? Kommun (äldreomsorg-missbruksvård-socialpsykiatri) och landsting (primärvård, psykiatri, beroendevård) och utförare? Hur går man tillväga praktiskt idag?

Bilaga 2

Äldre och missbruk/samsjuklighet - Brukarfrågor

- Vad händer när människor med ett beroende och/eller psykisk ohälsa blir äldre och möter äldreomsorgen i form av t ex hemtjänst?
- Hur ser hjälpen och stödet ut?
- Finns kompetensen?
- Fungerar samarbetet mellan missbruks-/beroendevård/socialpsykiatri och äldreomsorg? Mellan kommun och landsting?
- Hur skulle du vilja att det fungerade?
- Något som behöver förändras?

Bilaga 3

Organisationen av äldreomsorgen och individ- och familjeomsorgen i nordvästkommunerna

Kommun	Politisk nämnd	Förvaltning
Ekerö	Socialnämnd	Socialkontor
Järfälla	Socialnämnd	Socialförvaltning
Sigtuna	Äldre- och omsorgsnämnd Individ- och familjeomsorgsnämnd	Socialförvaltning
Upplands-Bro	Socialnämnd	Socialkontor
Upplands Väsby	Social- och äldrenämnd	Väsby Valfärd
Sollentuna	Vård och Omsorgsnämnd Socialnämnd	Vård- och omsorgskontor Socialkontor
Solna	Omvårdnadsnämnd Socialnämnd	Omvårdnadsförvaltning Socialförvaltning
Sundbyberg	Äldrenämnd Individ- och omsorgsnämnd	Äldreförvaltning Individ- och omsorgsförvaltning

Tidigare utgivna FoU-rapporter och FoU-forskningsrapporter

FoU-Rapport 2002:1	Kartläggning av den sociala barnvården i sju av Stockholms nordvästra kommuner
FoU-Rapport 2002:2	Vad är verksamt i handledning? - en kvalitativ undersökning
Forskningsrapport 2003:1	Hellre brödlös än rådlös. Ekonomisk rådgivning som metod i socialt arbete
FoU-Rapport 2003:1	"...vi har ju ändå barn ihop..." - separerade pappors röster om svårigheter med gemensamt föräldraskap
FoU-Rapport 2003:2	Familjeliv som yrkesliv En enkätstudie av familjehemmen i Solna stad
FoU-Rapport 2004:1	En inblick i familjens vardag? Om intensiva barnvårdsutredningar
FoU-Rapport 2004:2	Flyktingar i Nordväst
FoU-Rapport 2004:3	Adrian Arbeta med unga vuxna missbrukare i öppenvård
FoU-Rapport 2005:1	Händelser i det tysta Utvärdering av en öppenvårdsverksamhet för missbrukare
FoU-Forskningsrapport 2006:1	Med andra ögon - brukarens syn på familjebehandling
FoU-Forskningsrapport 2006:2	Marte Meo - en hållbar intervention?

FoU-Forskningsrapport 2006:3	Tid för arbete En tidsgeografisk studie av sociala arbetares arbete med barnavårdsutredningar
FoU-Forskningsrapport 2006:4	I skuggan av Fadime och socialsekreterares arbete med hedersvåld
FoU-Rapport 2006:3	Små barn i familjehem och deras läsvanor
FoU-Rapport 2006:4	Av egen kraft Invandrade kvinnors berättelser om inträdet i det svenska
FoU-Forskningsrapport 2007:1	Socialekonomi – en väg mot förändring? Utvärdering av Dataverkstaden Väntorp - ett ESF Växtkraft Mål 3-projekt
FoU-Forskningsrapport 2008:1	Vägen till förändring? En studie av socialtjänstens arbete ned ungdomar som begår brott
FoU-Forskningsrapport 2008:2	Hedersrelaterade traditioner i en svensk kontext En studie av omhändertagna flickor
FoU-Forskningsrapport 2009:1	Att inte släppa taget. En utvärdering av SAM- teamet – ett Case management-projekt i Järfälla och Upplands-Bro 2006-2008
FoU-Forskningsrapport 2011:1	Med barnet eller blanketter i centrum? Uppföljning av handläggningssystemet Barns Behov I Centrum (BBIC) i nordvästra Stockholm
FoU-Forskningsrapport 2012:1	Sociala arbetares förhållningssätt till BBIC ”Det finns hur många fördelar som helst, bara man har tid!”
FoU-Forskningsrapport 2012:2	Att leva i långvarig hemlöshet Berättelser om vägen till och från hemlöshet
FoU-Forskningsrapport 2012:3	Fattiga familjer

FoU-Forskningsrapport 2014:1

”Dom var ganska snåla, dom bjöd bara på vatten” – om barnperspektiv i det sociala arbetet i nordvästkommunerna