



LUND UNIVERSITY

Specialiserade boenden för äldre med långvarig missbruksproblematik

Lärdomar, utmaningar och rekommendationer

Jönson, Håkan; Harnett, Tove

2023

Document Version:

Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Jönson, H., & Harnett, T. (2023). *Specialiserade boenden för äldre med långvarig missbruksproblematik: Lärdomar, utmaningar och rekommendationer*. (Research Reports in Social Work). Socialhögskolan, Lunds universitet.

Total number of authors:

2

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

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

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

Take down policy

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

LUND UNIVERSITY

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

Specialiserade boenden för äldre med långvarig missbruksproblematik

Lärdomar, utmaningar och rekommendationer

HÅKAN JÖNSON OCH TOVE HARNETT



Specialiserade boenden för äldre med långvarig missbruks- problematik

Lärdomar, utmaningar och rekommendationer

HÅKAN JÖNSEN OCH TOVE HARNETT

Omslagsbild: Mikael Risedal
ISBN i tryck: 978-91-8039-627-1
ISBN i elektornisk form: 978-91-8039-628-8
© Författaren och Socialhögskolan, 2023
Formgivning: Sandra Jeppsson, Socialhögskolan

Innehållsförteckning

<i>Förord</i>	5
<i>1. Inledning</i>	6
Ord och benämningar	7
Äldre använder allt mer alkohol	9
En kategori som väcker frustration.....	11
<i>2. Harm reduction</i>	13
Tre motiv för harm reduction	14
Social omsorg som harm reduction	16
Återhämtning.....	18
Att åldras med samsjuklighet	19
Lågtröskelboenden	21
Managed Alcohol Programs – MAP	25
Slutsatser från befintliga studier	26
<i>3. Nationell kartläggning av boenden</i>	28
Metod.....	28
Insatser som saknas för äldre med missbruksproblem	30
Specialiserade stöd- och omsorgsboenden	33
Andra boenden för äldre med långvarigt missbruk	37
Två modeller: Stödboende och omsorgsboende	38
Upplägg för begräsning av alkohol	39
Kvinnors situation	41
En inblick i åtta specialiserade boenden.....	42
<i>4. Lärdomar och utmaningar</i>	51

Toleransproblematik I: Missbruk, langning, stölder och våld	51
Toleransproblematik II: Autonomi mot omsorgsbehov	57
Paternalistiska institutionskulturer	61
En heterogen målgrupp.....	62
Vägar vidare saknas ofta.....	64
Är det möjligt att tala om utfall?	69
<i>5. Slutsatser och rekommendationer.....</i>	<i>74</i>
Rekommendationer.....	76
<i>Referenser</i>	<i>78</i>

Förord

Den här rapporten är del av forskningsprojektet ”Specialiserad omsorg för äldre med missbruk och komplexa behov – lovande praktiker eller institutionaliserad ålderism?” Projektet har finansierats av *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd* (Forte 2019-01149).

Rapporten redovisar en nationell kartläggning av specialiserade stöd- och omsorgsboenden för personer som åldras med missbruk och komplexa behov. De resonemang som vi för i rapporten bygger också på genomgångar av forskning och på en stor mängd intervjuer vi genomfört med personal och hyresgäster vid flera boenden, samt med handläggare inom socialtjänsten som är ansvariga för placeringar. Vi vill rikta ett stort tack till alla som ställt upp och låtit sig intervjuas, samt till alla de som fyllt i enkäten vi skickat ut till svenska kommuner. Vi vill också tacka de experter vi haft kontakt med i syfte att få kompletterande information till den kartläggning vi genomfört. Slutligen vill vi tacka Arne Kristiansen vid Socialhögskolan i Lund, som läst och kommenterat en version av rapporten.

Den som är intresserad av andra publikationer från forskningsprojektet hittar information i referenslistan sist i rapporten samt via projektets hemsida:

<https://www.soch.lu.se/forskning/forskningsomraden/aldre-och-ald-rande/specialiserad-omsorg-aldre-med-missbruk-och-komplexa-behov>

Lund i oktober 2023

Håkan Jönson & Tove Harnett

1. Inledning

Specialiserade boenden, där äldre med långvarig missbruksproblematik kan bo utan krav på nykterhet och drogfrihet, finns i många kommuner. Det är också en typ av boenden som efterfrågas i kommuner där det saknas verksamheter för äldre med långvarigt missbruk. Många hamnar mellan stolarna och blir föremål för akuta och kortsiktiga insatser. Ofta har de som bor på de specialiserade boendena en historia kantad av psykisk ohälsa och hemlöshet. Boendena utgör långsiktiga bostadsalternativ där fortsatt användning av alkohol och droger accepteras. I många fall är det tänkt att den som flyttar in ska bo kvar livet ut.

I rapporten presenterar vi en nationell kartläggning av specialiserade boenden (kapitel 3–5) samt forskning inom området. Fokus är på utmaningar och lovande praktiker.

Boendena är specialiserade på en viss målgrupp, men frågan är vilken målgruppen egentligen är. Både i forskning och i praktiken beskrivs insatser utifrån olika typer av målgruppsbeskrivningar: personer som åldras med långvarigt beroende av alkohol och droger, med samsjuklighet, med dubbeldiagnoser, med olika former av hemlöshetsproblematik, med svåra beteendeproblem och psykisk ohälsa etc. Dessa personers behov är svåra att tillgodose eftersom de är komplexa. Både företrädare för socialtjänstens missbruksvård och för äldreomsorgen uttrycker att det finns en grupp personer vars sammansatta behov inte passar in kommunernas traditionella gränsdragningar. Det är personer som kan placeras inom flera verksamhetsområden, men som också riskerar att inte riktigt passa in någonstans (Karlsson, 2023). Resonemang om att hamna mellan stolarna uttrycks också som en frustration över att personer inte får rätt stöd inom den ordinarie hemtjänsten, i akutsjukvård, socialpsykiatri och akutpsykiatri eller på härbärgen och att de här personerna borde kunna ges ett bättre omhändertagande.

Den kartläggning vi genomfört är del av ett forskningsprojekt där vi studerat specialiserade boenden för personer som åldras med långvarigt missbruk och komplexa behov, såsom hemlöshet och psykisk ohälsa. Boendena

har tillkommit just för att bemöta den komplexa problembilden. Specialiserade boenden finns i ett tjugotal kommuner och både kommunstorlek och socialpolitiska traditioner verkar ligga bakom deras förekomst. Boenden av denna typ är också något som efterfrågas i många kommuner. Därför är en genomgång av befintliga verksamheter önskvärd.

Syftet med den här rapporten är att beskriva specialiserade stöd- och omsorgsboenden för äldre som lever med missbruksproblem och komplexa behov, samt att diskutera styrkor, svagheter, utmaningar och möjligheter hos dessa verksamheter.

- Vilka modeller förekommer och hur ser erfarenheterna ut från dessa?
- Vilka är utmaningarna med att samla personer med likartade problem på en och samma plats?
- Finns det lovande praktiker och sätt att organisera verksamheterna?
- Hur ser behoven av utveckling ut, för verksamheterna, hyresgästerna och i relation till hjälpsystemets andra delar?

Rapporten är indelad i fyra delar. Kapitel 1 ger information om äldres ökade alkoholkonsumtion samt om samhällets organisering av stöd till äldre med omfattande missbruk. I kapitel 2, om harm reduction, diskuteras insatser som syftar till skadereducering och återhämning. I kapitel 3 presenteras resultat från en nationell kartläggning av specialiserade stöd- och omsorgsboenden. I kapitel 4 diskuteras lärdomar och utmaningar och i kapitel 5 ger vi rekommendationer för praktiken och för fortsatta studier.

Ord och benämningar

Ålderskategoriseringar beror på sammanhang. I rapporten kommer vi att referera till ”äldre” och personer som ”åldras” och då avser vi i många fall personer som är över 50 år. Att vi använder denna udda åldersgräns beror på att

den förekommer internationellt i forskning om ”äldre” med beroendeproblematik (Rao & Roche, 2017). Även bland verksamheter är det vanligt att använda denna åldersgräns. Med detta sagt är det viktigt att reflektera över kategoriseringen ”äldre” i förhållanden till personer som i många andra sammanhang skulle betecknas som medelålders.

Som framgått används flera olika benämningar på den målgrupp rapporten handlar om. Inom både forskning och allmänt tal har allt större uppmärksamhet ägnats åt benämningar av kategorier och personer. Den respektfulla och inkluderande vokabulären är dock rörlig och utvecklas.

När vi skickade in en artikel om specialiserade boenden till en vetenskaplig tidskrift blev vi rekommenderade att läsa en artikel om korrekt och respektfullt språkbruk (Scholten et al., 2017). I den framgick att begrepp som abuse, addict, addiction, misuse, drug user, physical dependence var dömande och hade oklart innehåll och därför inte borde användas. En nyutkommen bok om ”svår substansanvändning” använder begrepp som ”substansbruk”, ”riskbruk”, ”missbruk” samt ”person med riskfylld eller svår substansanvändning” (Lundgren 2023). ”Skadligt bruk” tycks vara en benämning som alltmer ersätter missbruk.

Vi vill markera en medvetenhet om att benämningar och uttryck kan bidra till problemskapande och stigmatisering och vi ska försöka att undvika egen användning av begrepp som numera framstår som uppenbart nedvärderande. Det betyder att vi exempelvis inte benämner personer som alkoholister, knarkare, narkomaner eller kroniker. Däremot kommer vi använda ord och uttryck som missbruk, droger och narkotika, jämte begrepp som förekommer i diagnosmanualer och uttryck som just nu ses som mindre stigmatiserande exempelvis (”personer som lever med skadligt bruk av alkohol”). För en diskussion om begrepp se bland annat Johnson et al. (2017) och Lundgren (2023).

Med detta sagt är det viktigt att inte fastna i språkfrågorna. Ambitioner att undvika en stigmatiserande vokabulär kan skapa en situation där språkliga eliter moraliserar över alla som inte är tillräckligt insatta i de begrepp som ses som inkluderande. Rädslan att säga eller skriva fel blir låsande. Fokus hamnar på orden och den korrekta vokabulären är ibland väsensskild från den som personer inom den aktuella kategorin själva använder. Vi censurerar därför inte personer som vi refererar eller citerar i rapporten.

De personer som har sina lägenheter/rum på de boenden vi studerar kommer vi i allmänhet benämna som "hyresgäster". Det är den status de har formellt sett – med kontrakt i första eller andra hand.

Omsorgsboenden och stödboenden

Övergripande använder vi benämningen specialiserade stöd- och omsorgsboenden, vilket ibland förkortas till specialiserade boenden eller stöd- och omsorgsboenden. För att visa på boendens olikheter har vi delat in dem enligt två modeller, som något förenklat karaktäriseras så här:

Omsorgsboendemodellen: Boenden som har ett socialt och medicinskt omhändertagande och riktar sig tydligt till personer som åldras med missbruk och komplexa behov. Hyresgästerna betalar hyra och matavgift samt en avgift för omvårdnadsinsatser. Omvårdnadspersonal finns i regel på plats dygnet runt och ibland räknas boendet formellt som ett särskilt boende för äldre (äldreboende).

Stödboendemodellen: Boenden som har som utgångspunkt att hyresgästerna ska klara sig själva med visst stöd och tillsyn. Ofta betonas hemlösheten i målgruppsbeskrivningen. Vissa måltider kan ingå, men i regel sköter hyresgästerna själva sin mathållning. Personal arbetar dagtid och kan hjälpa till med allt från matinköp till att följa med till myndigheter och vid läkarbesök. Den som behöver omsorgsinsatser får ansöka om det som ordinarie hemtjänst.

Äldre använder allt mer alkohol

Äldre personer har historiskt sett druckit väsentligt mindre alkohol än andra vuxna och äldre kvinnor har druckit minst av alla (Ramstedt & Raninen 2012; Wossenseged, 2023). Men alkoholvanorna i befolkningen har förändrats och trenden är tydlig: alkoholkonsumtionen bland äldre ökar. Under covid-19-pandemins första år minskade alkoholkonsumtionen bland alla åldersgrupper i Sverige, förutom bland äldre, som tvärtom ökade sin årskonsumtion under 2020 (Guttormsson 2020). En genomgång som Socialstyrelsen (2017) genomfört visar att bruket av alkohol har ökat kraftigt bland äldre under de senaste årtiondena. Förändringen återspeglas i den specialiserade öppenvården

för personer med alkoholproblem där andelen män i åldrarna 75–84 år ökat med 87 procent. För kvinnor i åldrarna 65–84 år har det skett en ökning med över 100 procent. Också inom slutenvården, dvs. på behandlingshem, har de som är över 65 år blivit fler.

När totalkonsumtionen ökar, så ökar också antalet personer med missbruk och alkoholrelaterade skador. Äldre personer är dessutom känsligare för alkohol rent fysiologiskt och många har en ökad känslighet på grund av mediciner (Ahlner, Skoog & Wearn 2018). Andelen (och antalet) alkoholrelaterade dödsfall har också ökat kraftigt bland äldre. Männen dominerar bland de som dör på grund av alkoholmissbruk, men bland det relativa fåtalet kvinnor syns ändå en ökning med 125 procent mellan åren 2001-2015 (Socialstyrelsen, 2017). Motsvarande ökning av äldre med ett skadligt bruk av alkohol och droger återfinns i internationella studier (Hunter et al., 2011; Kaplan et al., 2014; Kettaneh, 2015; Satre, 2015).

Flera typer av förklaringar brukar anges när orsakerna till de förändrade konsumtionsmönstren diskuteras. En handlar om kohorteffekter där nya grupper – fyrtiotalister och femtiotalister – åldras med andra slags alkohol- och drogvänor än tidigare generationer. För en del ökar också drickandet i samband med pensionering till följd av mindre krav och mer ledig tid (Ahlner, Skoog & Wearn 2018). I Sverige kan en annan förklaring handla om samspelet mellan kohortfaktorer och alkoholens ökade tillgänglighet. Fram till för några decennier sedan sålde Systembolaget all alkohol över disk och inte förrän 1991 öppnade den första butiken där kunderna själva kunde plocka vad de ville ha från hyllorna. Några år senare började vin säljas i bag-in-box och 2012 erbjöds för första gången hemleverans av alkohol. Parallellt med denna utveckling har privatimporten av alkohol ökat (Ramstedt 2009; Boman et al. 2006). Den allmänna hållningen till alkohol i samhället har förändrats, mot en mer tillåtande syn där alkohol blivit mer tillgänglig och en mer accepterad del av människors vardagsumgänge.

Också användning av narkotika har blivit vanligare bland äldre och återigen är inflödet av nya kohorter med andra vanor än tidigare den givna orsaken. I Sverige fick en mer allmän användning av narkotika sitt genomslag bland ungdomar och unga vuxna under 1960-talet (Lindgren, 1993). Det var därför inte förväntat att möta äldre som använde narkotika i Sverige förrän 1960-talets ungdomar och unga vuxna blivit äldre. Den som var 20 år 1965 blev 60 år 2005. Under våra studier på specialiserade omsorgsboenden har vi

mött personer i 70-årsåldern som röker hasch och injicerar amfetamin och som har gjort det under hela sitt vuxna liv.

Betydelsen av kronologisk ålder för behandlingsutfall är omstridd i missbruksforskning, men mycket tyder på att andra faktorer har större påverkan, så som hur länge missbruket pågått, vilket typ av drog det handlar om och hur livsloppet sett ut i övrigt (Boeri et al., 2011). Flera studier har visat att äldre personer med missbruksproblem har en bättre behandlingsprognos jämfört med yngre. Äldre personer tenderar att i högre utsträckning närvara vid behandlingstillfällen och i högre utsträckning ta sina mediciner. (Oslin et al. 2002, Oslin et al 2005; Satre et al, 2004). Både inom sjukvård och socialtjänst finns emellertid etablerade föreställningar om att det är lönlöst att erbjuda behandling till äldre med missbruk, eftersom de ändå inte kan förändras (Duru et al., 2010). Samma uppfattningar från den svenska kontexten beskrivs i en genomgång av Wossenseged (2023), som menar att bristande medvetenhet om att äldre kan ha missbruksproblem och föreställningar om äldres oförmåga att förändras utgör en form av ålderism.

Ovan har vi beskrivit en utveckling där fler äldre konsumerar alkohol och narkotika. Det vore emellertid fel att presentera verksamheter för personer som åldras med långvarig beroendeproblematik som en nyhet, för här finns det en mycket lång tradition av problem och insatser. Personer som benämnts "kroniker", "A-lagare", "gubbar" etc. har historiskt sett varit en del av samhällsbilden. Många har levt som hemlösa, funnits på härbärgen och ungkarls-hotell, eller placerats på anstalter och andra typer av institutioner.

En kategori som väcker frustration

Frustration är ett tydligt tema i studier där verksamhetsföreträdare intervjuats om kontakterna med äldre som har omfattande missbruksproblem. I intervjuer som Palm (2009) genomförde med företrädare för socialtjänst uttrycktes en frustration över att behöva ta till tvångsvård enligt LVM för personer vars missbruk uppfattades som lönlöst att åtgärda. De intervjuade såg detta som ett slöseri med tid och resurser och efterlyste insatser som hade ett mer omvårdande inslag, dvs. den typ av specialiserade boenden som vi beskriver i rapporten. Samma typ av frustration förekom också i Gunnarssons och Karlssons (2017) intervjuer med handläggare inom socialtjänsten.

Också inom hemtjänsten väcker äldre med omfattande missbruksproblem frustration (Nellvik & Piuva, 2014). En kartläggning som vi själva genomfört med 50 företrädare för hemtjänstgrupper visade att fem till sju procent av hemtjänstmottagarna ansågs ha missbruksproblem (Jönson, Harnett & Germundsson 2019.). I många fall uppfattades situation som okomplicerad ur verksamhetens perspektiv, även om det fanns frågor om vems ansvar det var att initiera förändring. Vissa omsorgstagares situation skapade emellertid moralisk stress inom personalgruppen, eftersom hemtjänstens insatser sällan är anpassade för personer som kan ha olika behov från dag till dag. Det kunde handla om stökiga lägenheter, att torka spyor eller att känna sig otrygg när berusade personer blir aggressiva (Jönson, Harnett & Germundsson 2019). Omsorgstagarna fick inte heller den hjälp de behövde, var uppfattningen. Forskaren Evy Gunnarsson, som under många år studerat just den här frågan, skildrar en situation där andra aktörer backar undan och lämnar hemtjänsten ensam kvar med ansvaret (Gunnarsson, 2010). Hemtjänstens personal har emellertid varken kompetens eller tidsmässiga resurser för att arbeta med själva missbruket, vilket leder till känslor av frustration (Karlsson & Gunnarsson, 2018). Samhället har inte utvecklat fungerande förhållningssätt och äldre med missbruk och komplexa behov hamnar mellan stolarna.

Äldreomsorgens uppdrag är inte att behandla missbruksproblem och missbruksvården riktar sig sällan till äldre. Svårast är situationen för de äldre som samhället förr benämnde som "kroniker", men vars problem vi i dag skulle beskriva i termer av svår samsjuklighet. Detta är också ett tydligt resultat från den kartläggning som redovisas i den här rapporten, där representanter för svenska kommuner angett vad som saknas för målgruppen. Problembilden med hög ålder, missbruksproblem och psykisk ohälsa passar dåligt ihop med de insatser som hjälpsystemet kan erbjuda.

Behovet av att erbjuda integrerade insatser uppmärksammades i 2020 års samsjuklighetsutredning (SOU 2021:93) som föreslog att kommuner och regioner ska bli skyldiga att driva gemensamma verksamheter för personer med samsjuklighetsproblematik. I samma betänkande föreslogs även att skadereducerande insatser ska erbjudas i högre utsträckning än i dag. Det är bland annat den uppmaningen som vår rapport tar fasta på. Vi menar att specialiserade boenden för äldre med missbruksproblematik redan idag bedrivs utifrån ett skadereducerande *harm reduction* perspektiv, men att detta behöver tydliggöras för att kunna utvecklas.

2. Harm reduction

Harm reduction översätts på svenska som ”skadereducerande”, ”skadebegränsande” eller ”skademinskande” insatser. I sin bok *Alkohol och narkotika-problem* definierar Johnson, Richert och Svensson (2017, s. 305) skadebegränsande insatser som ”ett paraplybegrepp som täcker interventioner, program och politiska initiativ för att minska de hälsomässiga, sociala och ekonomiska skadorna av droganvändning”. Författarna beskriver skadebegränsande insatser på olika nivåer: prissättning och begränsningar i försäljning av alkohol och tobak, utbildning och information, distribution av Metadon, Subutex och Naloxone och rena sprutor till personer som använder narkotika.

De verksamheter vi beskriver i rapporten syftar primärt till att minska de negativa skadeverkningarna av individers alkohol- och droganvändning, samt minska de problem som är förknippade med den användningen. I rapporten är det framför allt det sistnämnda som står i fokus och det kan då handla om skadereducerande insatser i form av att ge en stabil boendesituation med boende, mat och omsorg.

I sin bok om alkohol och narkotikaproblem konstaterar Johnson, Richert och Svensson (2017, s. 310) att det politiskt och ideologiskt funnits en tydlig åtskillnad i synen på alkohol respektive narkotika, där insatser som primärt adresserat skadligt bruk av narkotika uppfattats stå i konflikt med samhällets allmänna hållning till illegalt bruk av narkotiska preparat, som de refererar till som ”förbudslinjen” och ”förbudsmodellen”. Motsättningen beskrivs i Tops (2001) avhandling, där titeln ”A society with or without drugs” representerar de skilda hållningarna till narkotika mellan Nederländerna och Sverige. I rapporten ska vi återkomma till frågan om acceptans av narkotikabruk inom några av de boendearrangemang vi beskriver. Frågan om moral gäller också inköp av alkohol till personer som lever med ett skadligt bruk av alkohol, vilket sker på en del boenden i Danmark men inte på boenden i Sverige.

Tre motiv för harm reduction

Internationell forskning presenterar tre huvudargument för harm reduction för personer som använder alkohol och droger på ett skadligt sätt. Det ena motivet handlar om pragmatism, det andra om etik och det tredje om utfall (Marlatt & Witkiewitz, 2002; Brocato & Wagner, 2003).

Det pragmatiska argumentet har redan presenterats: vissa personer kommer alltid att använda alkohol och droger på ett skadligt sätt och samhället behöver förhålla sig realistiskt till detta. Samhället tillhandahåller ett arrangemang som egentligen inte är önskvärt som en slags sistahandsåtgärd (Emerson, 1981) för människor som skulle lida och drabbas av skador om stödet var villkorat till nykterhet.

Det etiska argumentet hänvisar vanligen till människors rätt till autonomi, självbestämmande och värdighet, som alltså blir egenvärden inom verksamheter som möter människor med skadligt bruk av alkohol och droger. Det finns litteratur och forskning om värdighet inom vård- och omsorgsarbete (Nordenfeldt, 2010) och policytexter som betonar vikten av värdigt bemötande (SOSFS 2012:3).

Argumentet om utfall kopplar betoningen av självbestämmande och värdighet till en positiv förändring. Goda relationer, trygghet och ökade kontroll över det egna livet inom skadereducerande program kan resultera i en minskad konsumtion av alkohol och droger (Marlatt & Witkiewitz, 2002). Den som använder denna argumentation hänvisar ofta till den så kallade självbestämmandeteorin (Ryan & Deci, 2000), enligt vilken påtryckningar och påtvingade mål minskar människors inneboende motivation till förändring. Motsatt till detta ökar insatser som ger valmöjligheter och en hållning som betonar individens kontroll och självkänsla den inneboende motivationen "because they allow people a greater feeling of autonomy" (Ryan & Deci, 2000, 70). Självbestämmandeteorin vilar på idén om att kompetens, självbestämmande och tillhörighet är tre fundamentala behov hos människor och förutsäger att motivation som leder till varaktig förändring måste ta fasta på dessa behov.

En annan typ av utfallsmotiv handlar om samhällsekonomi. Utvärderingar av harm reduction orienterade boenden har dragit slutsatsen att hyresgästernas användning av akutsjukvård, vistelser på härbärgen och andra kostsamma

insatser minskat, vilket alltså kan ses som ett utfall av samhällsekonomisk karaktär (Lindgren, 2008; Thiesen et al., 2017).

I praktiken används de tre argumenten för harm reduction ofta tillsammans. Utfallsmotivet kan uppfattas som paradoxalt, eftersom det går ut på att ett undvikande av krav om nykterhet och behandling leder till just det resultat som kraven och behandlingen var tänkta att nå. Hur ser de tänkta mekanismerna ut? Lee och Petersen (2009) beskriver en process där det humanistiska förhållningssättet med sin betoning på handlingskraft, självbestämmande och respekt för individen kommer att resultera i bemyndigande och en tillväxt av inneboende motivation för förändring. Argumentet är av intresse eftersom det förekommit för just den typ av verksamheter som den här rapporten beskriver, där de utgör ett tillägg till ett pragmatiskt grundargument om att verksamheterna utgör sistahandslösningar. Så här uttryckte sig exempelvis en företrädare för det specialiserade boendet Bergsjöhöjd i en intervju i DN, 2002:

Trots, eller kanske på grund av, det tillåtande förhållningssättet är det många som trappar ned på drickandet efter en tid på Bergsjöhöjd.

DN:s artikel handlade om policyn att tillåta fortsatt konsumtion av alkohol på boendet. Den som flyttade in kunde fortsätta dricka utan att hotas av vräkning. Logiken bakom de boendes minskade alkoholkonsumtion förklarade företrädaren som en fråga om tillit:

Det sker nästan automatiskt när de känner att vi behandlar dem med respekt och ser dem som människor, då vill de visa att de är det också.

Bergsjöhöjds tillkomst och syfte handlade enligt flera tidningsartiklar om att ge tak över huvudet och omsorg till personer som inte ville eller kunde sluta dricka alkohol, men avsaknaden av krav och den tillitsfulla hållningen resulterade i ett minskat drickande. De intervjuer vi genomfört på Bergsjöhöjd och andra boenden har dock inte gett något stöd för att kravlösheten leder till minskat drickande. Hyresgästerna uppskattar de tillåtande reglerna, men uppger inte att det får dem att dricka mindre. De som säger att de konsumerar mindre alkohol och droger menar att det framför allt beror på brist på pengar och att hälsan sviktar. Verksamhetens företrädare har beskrivit att den stabilitet och struktur som boendena ger kan utgöra som ytterligare en orsak till minskat missbruk. De har också beskrivit hur tillgången på alkohol och dro-

ger resulterat i att vissa hyresgäster ökat sin konsumtion av alkohol och pro-var på droger de inte tidigare använt (Harnett & Jönson, 2020; Jönson et al., 2021).

Forskning om harm reduction skiljer sig åt gällande fokus och ambitioner; det finns ansatser där frågan om att minska bruket av alkohol och droger inte alls är i fokus och ansatser som har sådan minskning som en tydlig ambition. Ofta överlappar dock ambitionerna genom utfallsresonemang.

Harm reduction har i olika versioner varit starkt ifrågasatt som policy och vi har redan nämnt kritiken av insatser som uppfattas sända fel signaler om användning av narkotika. En annan typ av kritik handlar om hur skadereducerande underhållsbehandling låser fast människor i en situation som i grunden är oönskad. Att överge försök att behandla personer som missbrukar heroin och istället tillhandahålla metadon kan försätta individen i ett livslångt beroende av att delta i ett program med bestämda rutiner och kontroller. Järvinen (2001) har kommenterat detta med begreppet ”institutionaliserad uppgivenhet”. Kritiken är relevant att reflektera över i relation till flera av de verksamheter vi beskriver i den här rapporten, eftersom de erbjuder personer i relativt ung ålder (50+) boende där de kan bo kvar livet ut.

Vad vi vill tydliggöra är att även lovande och humana insatser är förknip-pade med utmaningar och problem.

Social omsorg som harm reduction

På specialiserade boenden för äldre med långvarig missbruksproblematik ges social omsorg. Social omsorg är inte synonymt med harm reduction, eftersom stora delar av den sociala omsorgen bedrivs i form av ordinarie äldreomsorg för personer som behöver hjälp i sin vardag. Emellertid finns det arbetssätt inom social omsorg som har likheter med harm reduction, och som därför kan användas med den inramningen. Omsorgsverksamheter har vanligen en prag-matisk karaktär och i den lagstiftning som reglerar insatserna betonas just de etiska värden som är typiska för harm reduction. Exempelvis anger Social-tjänstlagen att äldreomsorgen ska inriktas på att personer får ”leva ett värdigt liv och känna välbefinnande”.

Denna hållning var tydlig i de intervjuer vi genomförde med företrädare för 50 *ordinarie* hemtjänstenheter, där vi frågade om problem och arbetssätt

i mötet med personer som hade alkoholproblem (Jönson, Harnett & Ger-mundsson, 2019). En av studiens frågor handlade om hur arbetet påverkades när omsorgstagaren hade mer omfattande problem. Det framgick att vissa omsorgstagare fick ökade behov under perioder då de konsumerade mycket alkohol. Vissa insatser ställdes in eftersom omsorgstagaren var ovillig att ta emot hjälp, och andra ställdes in eftersom de inte sågs som meningsfulla (social tid, promenader), eller för att undvika en hotfull situation. I dessa situationer gick verksamheterna ibland ner på en slags miniminivå där de basala insatserna prioriterades:

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

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

Företrädarna i vår undersökning av ordinarie hemtjänst var i flera fall frustrerade över avsaknaden av behandlande insatser, där omsorgstagarens bristande insikter och motivation och andra aktörers obenägenhet att träda in nämndes som förklaringar till situationen. Den frustration personalen kände resulterade emellertid inte i krav om att omsorgstagaren måste ändra sin livsföring för att få hjälp, även i de fall då just den livsföringen var del i hjälpbehovets omfattning. Istället valde man att komma tillbaka vid ett senare tillfälle, ibland samma dag, andra gånger dagen därpå.

Vår studie av ordinarie hemtjänst visade samtidigt på det problem som Gunnarsson och Karlsson (2017) identifierat. Den ordinarie hemtjänstens personal har inte tiden eller kunskapen för att arbeta med personer som har komplexa behov i form av missbruk och psykisk ohälsa. Omsorgspersonalen upplever frustration och moralisk stress när de inte kan ge tillräcklig hjälp inom de ofta snäva tider som reglerar hemtjänstens arbete. Vissa personer

behöver mer omfattande och flexibel hjälp, med stark personkontinuitet och den personal som arbetar med äldre med samsjuklighet behöver kunskap om bemötande i svåra situationer. Intervjupersonerna resonerade om behovet av specialisering och i några fall nämnes också sådana hemtjänstgrupper – exempelvis MOA-teamet i Skellefteå.

De boenden som den här rapporten handlar om tillhandahåller social omsorg eller socialt stöd. Vår forskning visar att det redan existerar ett etablerat harm reduction tänkande utifrån verksamheternas pragmatiska karaktär och etiska hållning (Harnett & Jönson, 2022; Jönson, Højgaard-Bøytler & Harnett, 2021). Arbetssättet är möjligt att ta fasta på och utveckla till en manifest harm reduction-ansats, där också ett mer systematiskt arbete med målsättning och uppföljningar inkluderas.

En flytt till de specialiserade boenden vi studerat innebär vanligen ett skifte av fokus, där ambitioner om att behandla och nå nykterhet överges. Fokus ligger på att ge personen ett boende, socialt stöd och omsorgsinsatser om så behövs. Här fungerar omsorgstänkandet mycket bra, som vi visat. Det är emellertid viktigt att ställa frågor om vilka mål om förbättring av hyresgästernas livskvalitet som kan ställas upp och hur de kan nås. Omsorgsarbete syftar vanligen inte mot att åstadkomma förändring utan mot att behålla förhållanden och kompensera för funktionsnedsättningar. För de personer som de specialiserade boendena riktar sig till är det ofta angeläget med olika typer av förändring, även när nykterhet inte är målet. Det kan exempelvis handla om att ta hand om sin egen hälsa på ett bättre sätt, förbättra kontakten med anhöriga, få ordning på räkningar och skulder, återvinna värdighet och självkänsla eller minska stigmat kring sin situation.

Återhämtning

Ansatsen ”recovery” brukar översättas som återhämtning och handlar om processen för att nå ett bättre mående och en socialt fungerande tillvaro. Återhämtning utmärks av en ökad distansering till de destruktiva aspekterna av en problematisk livsstil och mäts inte med hjälp av diagnosmanualer, utan utifrån människors egna upplevelser av ökad livskvalitet och hoppfullhet (Best & Laudet, 2010). För att återhämta sig ur ett missbruk spelar meningsfulla aktiviteter och skifte i den sociala identiteten stor roll (Best et al. 2012).

En lyckad återhämtning kan handla om att släppa den gamla identiteten som missbrukare och istället inta en identitet kring återhämtning (Bathish et al. 2017). Återhämningsansatsen har tydliga kopplingar till harm reduction och de tankar som ligger bakom självbestämmandeteorin, där kompetens, självbestämmande och tillhörighet är centrala värden (Ryan & Deci, 2000).

I kartläggningen av specialiserade boenden redogör vi för olika typer av mål och insatser som syftar till att öka hyresgästernas livskvalitet. I det fjärde och femte kapitlet ger vi också exempel på mål för ett mer systematiskt arbete mot återhämtning. En fråga att ta med sig i den diskussionen är hur hyresgästerna själva ställer sig till en ansats som kombinerar stöd- och omsorgsansatsen med ett program för förändring.

Att åldras med samsjuklighet

De som bor på specialiserade boenden för äldre med långvarigt missbruk är vanligen betydligt yngre än kategorin som vi brukar tänka på som "äldre". Ibland är boendena till för personer över 50 år, ibland 55, 60 eller 65 år.

Flera studier har konstaterat att äldre med en problematisk konsumtion av alkohol generellt sett inte har en sämre behandlingsprognos jämfört med yngre, dvs. där svår och långvarig samsjuklighet inte finns med i bilden (Lemke & Moos, 2003; Oslin et al., 2002). Att ha haft problem länge och att ha flera typer av problem är däremot starkt associerat med sämre behandlingsprognos. Dessutom kan hög ålder vara en faktor som påverkar deltagande i behandlingsinsatser, exempelvis utifrån förekomsten sjukdomar och frånvaron av externt motiverande faktorer relaterade till arbete och familj (Morse et al., 2015; Oslin et al., 2005). Åldern kan också påverka benägenheten att söka hjälp utifrån att olika generationer kan känna olika mycket skam över att leva med missbruk och psykisk ohälsa.

Internationellt avser begrepp som "psychiatric comorbidity", "co-occurring disorders" och "dual diagnosis" personer som vid sidan av en problematisk användning av alkohol och eller narkotikaklassade preparat lever med olika former av psykisk ohälsa eller kognitiva funktionsnedsättningar. På svenska används begreppen dubbeldiagnoser och samsjuklighet. Ibland inkluderas också kombinationen med beroendeproblematik och svåra sociala förhållanden som hemlöshet i dessa definitioner.

Sambanden mellan psykisk ohälsa och problematisk användning av alkohol och droger är väl belagda, både för yngre och äldre personer. För äldres del visar genomgångar exempelvis att 38% av de som skrevs ut från psykiatrisk slutenvård hade en beroendeproblematik i kombination med sin psykiska ohälsa (Searby et al., 2015). Depression och ångest framstår som de mest förekommande typerna av psykisk ohälsa (Bartels et al., 2006; Wu & Blazer, 2014). Den genomgång som genomfördes av Bartels och kollegor visade på förekomsten av en mindre population med mycket svåra problem, som samhällets hjälpinstanser har svårt att nå med adekvat stöd. Till populationen räknas personer vars samsjuklighet relaterar till det som internationellt benämns SMI – ”serious mental illness” – och som inkluderar långvarig bipolär sjukdom, schizofreni och annan psykisk ohälsa med svåra symtom (Cacchione et al., 2016). När det gäller rekommenderad behandling finns det enligt Lundgren (et al., 2023) evidens för det upplägg som benämns ”continuity of care”, som vilar på ett biopsykosocialt perspektiv. Minskning av substansanvändning och mer stabila sociala förhållanden nås genom kontinuerliga och integrerade insatser, med systematiska uppföljningar av aktörer från socialtjänst, psykiatri och övrig hälso- och sjukvård i nära samverkan (SOU 2021:93). Den internationella forskningen visar att äldre med svår samsjuklighet sällan prioriteras, utan faller mellan stolarna, vilket är motsatt vad som rekommenderas inom behandlingsforskningen (Lundgren, et al. 2023). I en nyutkommen rapport från Nestor FoU-Center beskrivs svårigheterna att samverka kring den aktuella gruppen som en fråga om skillnader i inriktning, resurser och arbetssätt mellan kommunens vuxenenheter (missbruk och socialpsykiatri) å ena sidan och äldreomsorgen å den andra (Karlsson, 2023). Bland annat uteslöt vuxenenheters verksamhet i princip personer över 65 år:

Gränsen mellan socialpsykiatri och missbruksenhet utgick från klientens problematik, medan gränsen mellan vuxenhet och äldreomsorg utgick från om klientens ålder, oavsett vilken problematik hen hade. En avgörande faktor blev istället om klienten fyllt 65 år eller inte (Karlsson, 2023, s 14).

Samverkan blev till stor del en fråga om överföring från verksamheter som hade ett rehabiliterande syfte till en äldreomsorg som inte alls arbetade med den inriktningen. Kring personer över 65 år vars psykiska ohälsa och missbruk upptäcktes genom kontakten med äldreomsorgen skedde i princip ingen samverkan alls – dörren till vuxenheterna var stängd.

I den här rapporten ligger fokus på specialiserade boenden som syftar till att lindra skadeverkningar och öka välbefinnande och värdighet genom omsorg, stöd och struktur i vardagen. Vi fokuserar därför inte på frågan om behandling som syftar till minskat bruk av alkohol och droger, utan diskuterar boendena i relation till harm reduction.

Lågtröskelboenden

Inom harm reduction avser ”låg tröskel” insatser som är lättillgängliga och som ställer låga krav på de som behöver hjälpen. Så här definieras begreppet i en irländsk rapport om insatser för personer med beroendeproblematik:

The term “low threshold” refers to the accessibility and pre-requisites to obtaining a service, and within the substance use field, low threshold provision is often underpinned by principles of harm reduction. Client work typically focuses on ensuring that the basic needs of the client are being met (housing, food, medical) and on collaboratively supporting the client to implement harm reduction strategies in their lives, according to the pattern and type of substances they are using (s. 5).

Huruvida de insatser vi diskuterar i den här rapporten omfattas av definitionen beror på vad som avses med tillgänglighet. Insatserna är ju egentligen inte lättillgängliga på samma sätt som exempelvis utdelning av rena sprutor eller inrättandet av så kallade injektionsrum. Tröskeln till stöd- och omsorgsboenden är på sätt och vis hög; den består av krav på en utredning och ett beslut från socialtjänsten där boendena är tänkta som sistahandsalternativ. Men tillgänglighet och tröskel kan också avse nivån av acceptans av fortsatt användning av alkohol och droger, samt andra typer av kravnivåer. Även de som inte vill eller kan avhålla sig från alkohol och droger har tillgång till den basala servicen, vilket alltså är utmärkande för harm reduction arrangemang. Det är den definitionen vi använder i den här rapporten.

En genomgång av forskning om lågtröskelboenden för personer som åldras med svår samsjuklighet visar att många studier har en beskrivande karaktär där enstaka verksamheter presenteras utifrån målgrupp, inriktning och erfarenheter. Även om sådana studier har ett lågt värde inom den så kallade evidenshierarkin (där systematiska översikter av RCT-studier har högt

värde), kan de förmedla viktig kunskap om fungerande förhållningssätt och utmaningar att hantera. Det handlar alltså om verksamheter som beskrivs med beteckningarna ”low threshold” och ”wet”, vilket betyder att fortsatt konsumtion av alkohol och droger tolereras eller till och med underlättas.

Ett exempel utgör Thiesens presentation av lågtröskelboenden i Köpenhamn (Thiesen, 2007; Thiesen et al., 2017). Personalen på boendena hjälper hyresgästerna att handla alkohol och tobak, som de sedan portionerar enligt vad man kommit överens om. Syftet handlar om att jämna ut konsumtionen och undvika hejdlöst drickande som följs av svår abstinens. Personalens roll blir därmed stödjande med en ambition att minska det skadliga bruket. Thiesen (2017) har också utifrån en mindre studie av tre hyresgästers vistelse uppskattat att sjukvårdskostnaderna minskar drastiskt för den som bor på ett lågtröskelboende. Ett liknande resultat redovisar Lindgren (2008) i sin studie av Lönngårdens stödboende i Malmö. När kostnaden för boendet ställs mot en uppskattning av de kostnader för vård och ingripanden som görs mot dessa personer i form av ambulansfärder, akutsjukvård, polisingripanden etc. framstår insatsen som samhällsekonomiskt motiverad, menar Lindgren.

Studier som presenterar enskilda boenden finns från den nordiska, engelska, tyska och holländska kontexten (EMCDDA, 2010; Harnett & Jönson, 2020, 2021; Jönson et al., 2021; McCann et al., 2017; Vossius et al., 2011). Vossius med kollegor (Vossius et al., 2011) beskriver en avdelning med 16 rum för personer med svår samsjuklighet vid ett större vårdhem i Stavanger. Målen för verksamheten var att tillhandahålla en trygg miljö, bibehålla personernas autonomi så mycket som möjligt, stabilisera den fysiska och mentala hälsan och ge god livskvalitet. Boendet hade hämtat inspiration från Danmark. Inköp av alkohol och tobak sågs som hyresgästernas ensak, men personal hjälpte till med inköp om den enskilde inte klarade detta själv. Under den studerade perioden (2006-2009) hade 31 personer tagits emot, med en medelålder på 62 år (46-77 år). Nio hade avlidit och fem hade valt att flytta efter några veckors vistelse, eftersom de hade svårt att finna sig i institutionsmiljön. Boendet beskrevs som en framgång, även om lokaliseringen av boendet till ett äldreboende ifrågasattes. Författarna diskuterade också ett skifte av klientgruppen, från äldre personer med alkoholmissbruk mot allt yngre personer med ett blandmissbruk. Detta förväntades ställa boendet inför nya utmaningar. Artikeln är i huvudsak en presentation av verksamheten men

väcker alltså frågor om målgruppens heterogenitet, samt huruvida verksamheten ska bedrivas på ett äldreboende med institutionskaraktär.

Det norska boendet beskrivs också i en rapport av McCann (2017), utifrån intervjuer och observationer som genomförts på detta boende samt på ett liknande boende i England. Denna rapport är mer utvärderande i sin ambition och lyfter både styrkor och svagheter hos de granskade boendena. Det engelska boendet tog emot 22 personer, erbjöd omsorg och måltider men hade en lägre standard än vad som är vanligt i de skandinaviska länderna (bland annat delade hyresgästerna badrum). Liksom i fallet med de norska och danska boendena bistod personal med inköp av alkohol för de som själva inte kunde handla, samtidigt som de motiverade hyresgästerna att dricka mer sällan och på ett mer kontrollerat sätt. Detta mål avrapporterades också som ett utfall inom de två verksamheterna. Alkoholkonsumtionen blev efter en tid mer kontrollerad, och den fysiska och psykiska hälsan förbättrades. Boendena erbjöd alltså stabilisering och kontroll av alkoholbruk, samt måltider och en vardag som stod i kontrast till en tidigare kaotisk situation. Samtidigt identifierades flera problem som både berodde på de boendes ageranden och på försöken att skapa ordning och förbättra hyresgästernas hälsa:

In the care home in England, there were frequent altercations between residents which meant that CCTV had been installed in communal areas for the residents' safety and staff were frequently verbally, racially and physically abused. Some residents described being "bored" and not having much to do whilst staff in both homes described motivating residents to join and pursue activities as a constant challenge. Whilst some residents in the English care home were happy to be there, others had been judged to lack capacity under the Mental Capacity Act and their residence in the care home was imposed to protect their welfare. They were not free to leave and one resident described the home as being "like a prison". Another resident expressed anger at being "forced" to have a shower once a week. Staff managed residents' money as a means to regulate drinking and this often caused conflict between residents and staff.

Den etiska grundproblematiken för boenden av detta slag är värd att notera här, liksom skillnaden i policy mellan länder. Det engelska boendet hade alltså installerat Tv-övervakning för att öka säkerheten. På det boendet var några av "hyresgästerna" dessutom inskrivna med tvång. Ett system med dagliga fickpengar upplevdes som kränkande, samtidigt som flera konstaterade

att detta fick dem att dricka mindre alkohol. När rapporten skrevs stod verksamheten inför en förändring. Halva personalstyrkan hade nyligen slutat – oklart varför – och en mer behandlingsinriktad hållning skulle införas, liksom ett system där i varje fall de som ansågs kapabla att sköta sin ekonomi skulle slippa ransonering av fickpengarna.

En fråga som behandlas ingående i McCanns rapport är vad som ska anses som ett lyckat utfall. Hållningen på de två boendena var att den frågan måste ses individuellt. På det engelska boendet användes en modell för att mäta utfall och utifrån den föreslår McCann mål av individkaraktär som bland annat handlade om förbättrad hygien och hälsa, små steg mot att kontrollera missbruket bättre, mer engagemang i en ”normal” livsstil med aktiviteter som inte var knutna till alkoholbruk.

Adderat till de individuella utfallsmåtten menar McCann att kvantitativa mål borde ställas upp gällande fem områden: alkoholkonsumtion, psykisk hälsa/ohälsa, ”life skills”, hälsa och social omsorg samt kriminalitet. Målen skulle alltså mätas kvantitativt genom skattningsformulär och inrapportering från sjukvård, polis, sociala myndigheter etc. I likhet med flera andra rapporter refererar McCanns rapport uppgifter från personalen om en minskad konsumtion av akutsjukvård, samt färre polisingripanden och tillfälliga lösningar på härbärgen när situationen för hyresgästerna stabiliserades.

Som nämnts har vi själva samlat in en hel del data via intervjuer och besök vid Lönngårdens stödboende i Malmö, vid von Bahrs äldreboende i Uppsala samt vid Bergsjöhöjds och Kallebäcks äldreboenden i Göteborg. Vi har även gjort intervjuer vid Bryggergården i Köpenhamn (ett av de boenden som beskrivs av Thiesen) och doktoranden Jeanne Højgaard-Bøytler har under åren 2020 till 2023 samlat in ytterligare data på danska boenden. Jeanne genomför också en datainsamling i Sverige vid specialiserade hemtjänstenheter för personer som åldras med missbruk och komplexa behov. Dessa hemtjänstinsatser behandlar vi inte i den här rapporten.

Resultaten från våra studier finns avrapporterade i flera publikationer (Harnett & Jönson, 2021, 2022; Jönson & Harnett, 2019; Jönson et al., 2021). Till skillnad från flera av de andra studierna har våra artiklar inte haft som syfte att beskriva ett enskild boende, utan fokus har istället legat på mer generaliserbara frågor och fenomen, såsom alkohol- och drogpolicy samt platsernas stigma. En del av resultaten från våra studier kommenterar vi senare i rapporten, som en del av själva kartläggningen. Här kan vi kort nämna att vi

känner igen både vinster och utmaningar från andra studier, dvs. upplevelser av att verksamheterna ger ett värdefullt stöd men att frågor om självbestämmande och ordning är närvarande. Vi känner också igen en dynamik kring sociala aktiviteter som avrapporterats av McCann mfl. (McCann et al., 2017), där hyresgäster efterfrågar mer aktiviteter och där personal som planerar sammankomster och utfärder sedan blir besvikna över att så få dyker upp på de aktiviteter som ordnas. Det finns, menar personal vi pratat med, en ojämnheter i mående och planeringsförmåga bland hyresgästerna, på grund av den problematik som utgör grunden för själva vistelsen.

Managed Alcohol Programs – MAP

I flera länder bedrivs en typ av skadereducerande underhållsbehandling, Managed Alcohol Programs, som går ut på att ge personer reglerade doser alkohol flera gånger per dag. I ett kanadensiskt projekt (Podymow et al., 2006) testades upplägget på personer med mycket svårt missbruk av alkohol, dvs. personer som ofta drack tills de blev medvetslösa och som konsumerade alkoholbaserade preparat såsom munsköljmedel. Personerna var hemlösa och bodde på ett mindre härbärge/stödboende med 15 platser. Med utgångspunkt i en harm reduction ansats konstaterades att de aktuella personerna visserligen skulle må bäst av att helt avstå alkohol, men att detta inte var en realistisk målsättning. Som alternativ erbjöds de möjlighet att ingå i ett program där de dagligen fick upp till 14 cl vin per timma (alternativt 9 cl sherry) mellan 07:00 och 22:00. De 15 personer som deltog var med i programmet 5–24 månader.

Det övergripande resultatet var en minskad användning av sjukvård och färre polisingripanden, samt en mer stabil situation där några av deltagarna valde avgiftning och kunde hjälpas till annat boende. Verksamhetens komplexa karaktär illustreras genom en tabell i artikeln som visar relationen mellan den dagliga konsumtionen av alkohol före och under projektet. Det skedde en tydlig minskning, men fortfarande drack deltagarna en hel del annan alkohol, inklusive munsköljmedel, parallellt med den alkohol som programmet administrerade. En positiv bieffekt var att benägenheten ta föreskrivna mediciner ökade, men samtidigt rådde osäkerhet om huruvida medicinerna var lämpliga att överhuvudtaget kombinera med alkohol. Harm reduction-verksamheter har en inneboende komplexitet, där medverkan i något

som är destruktivt – exempelvis att kombinera alkohol och mediciner – ändå ger en relativ förbättring av individers situation.

Att vi redogör för den här typen av verksamhet beror på att de utgör ytterligare en väg inom harm reduction-ansatsen, som tycks besläktad med den ansats som finns vid vissa danska verksamheter men som mer bygger på medicinskt reglerad distribution. Verksamheten lägger med den här modellen ett starkt fokus på själva användningen av alkohol och hyresgästerna måste rimligen hålla sig tillgängliga en gång i timmen under de intervaller som administrationen av alkohol pågår.

Slutsatser från befintliga studier

Det finns många studier om harm reduction för olika målgrupper, liksom det finns studier om tillfälliga alternativ som härbärgen, om behandlingsinsatser och om boendelösningar av typen *Bostad Först*. Det som upprepat konstateras i befintliga studier är att äldre med svår samsjuklighet sällan får den hjälp de behöver, samt att personerna finns och flyttar sig mellan många olika verksamheter.

När lågtröskelboenden undersökts har den bild som redovisats varit positiv i två bemärkelser: de enskilda personerna har fått en mer stabil tillvaro och enligt uppskattningar har detta minskat kostnaderna för annan samhällsvård. Samtidigt har ett antal utmaningar och problem beskrivits. Dessa gäller etiska frågor om inskränkningar av självbestämmandet som måste vägas mot konsekvenserna av den enskildes skadliga agerande och risken för hot och kaos på boendena. Utmaningarna gäller också blandningen av klienter i olika åldrar med skilda behov, där det kan te sig märkligt att personer i femtioårsåldern finns på ett äldreboende med planen att bo där livet ut.

Vid en genomgång är det också möjligt att identifiera två återkommande beskrivningar om kontinuitet och förändring. Boendenas nuvarande utformning förklaras ofta utifrån en specifik tillkomsthistoria (ibland som tidigare unkarlshotell, härbärgen). Inte sällan står boendena inför förändringar som gäller organisering och policy om klientgruppen, behandlingsambitionerna, alkoholbruket och autonomifrågorna. Det finns en slags rörlighet i policy över tid, som också är värd att ha i minnet vid läsningen av vår kartläggning.

Vad den befintliga forskningen visar är sammanfattningsvis att lågtröskelboenden utgör lovande praktiker för människor som annars far illa, hamnar mellan stolarna och blir föremål för akuta ingripanden och kortsiktiga insatser. Samtidigt står boendena inför utmaningar av etisk och praktisk karaktär. I rapportens senare delar ska vi återkomma till dessa utmaningar.

3. Nationell kartläggning av boenden

Metod

Under 2022-2023 genomförde vi en kartläggning där en enkät skickades ut till samtliga av Sveriges kommuner. Syftet var att kartlägga boenden utan krav på nykterhet, för ”äldre” som lever med missbruk, där hyresgästen stannar under lång tid. Som nämnts finns det oklarheter som både avser målgruppens problembild och ålder. Den nationella enkätundersökningen kompletterades med kvalitativa intervjuer med nyckelpersoner och chefer.

Enkätstudien visar att det saknas enhetliga definitioner och avgränsningar gällande målgrupp och organisering. Vissa boenden har åldersgränser vid 50 år, andra vid 60 eller 65 år. I några fall anges att boendet är till för målgruppen 21-70 år men i praktiken är hyresgästerna över 50 år. Svårigheten att mer precist ringa in en verksamhet med en bestämd målgrupp har bidragit till att inrapporteringen är bristfällig. Flera boenden som vi själva har kännedom om har inte rapporterats in av den aktuella kommunen.

Enkäten togs fram efter ett flertal sonderande möten med SKR:s nationella nätverk för missbruk och beroende (BIRK) och skickades till samtliga 290 kommuners officiella e-postadresser (till exempel info@vilhelmina.se).

Syftet med tillvägagångssättet var att försäkra oss om att meddelandet med enkäten diarietfördes för att på så sätt öka möjligheten att den besvarades av lämplig tjänsteperson. I missivbrevet angavs att enkäten skulle besvaras av den företrädare som ansågs mest insatt, samt att personen skulle ha insyn i kommunens socialtjänstverksamhet. Då det finns en utbredd ”enkättrötthet” hos kommunföreträdare avgränsade vi enkäten till sju frågor, med en kombination av färdiga svarsalternativ och fritextsvar. Förutom två bakgrundsfrågor bestod enkäten av följande frågor:

- Har du kännedom om verksamheter i din kommun som är specifikt för äldre personer med missbruksproblematik?
- Vilka typer av verksamheter känner du till i din egen kommun? (flera svar kan kryssas för)

- Var i kommunen (utöver specialiserade verksamheter som eventuellt tidigare angivits) återfinns äldre med långvarigt missbruksproblem? (flera svar kan kryssas för) Svarsalternativ: Hemma med reguljär hemtjänst, härbärge, äldreboende, annat anpassat boende, annat.
- Är det något som saknas och som skulle kunna förbättra villkoren för äldre med missbruksproblem i er kommun?

Två påminnelser skickades ut och vi fick till sist svar från 148 kommuner, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 51 procent. Frågorna med färdiga svarsalternativ analyserades i Sunet Survey, medan öppna svar analyserades manuellt.

Datainsamlingens andra steg var att kontakta fem nyckelpersoner med god insikt i frågor om äldres missbruk i syfte att få kännedom om ytterligare verksamheter, företeelser och utmaningar som inte täckts av enkätsvaren. Nyckelpersonerna var Susanne Rolfner Suvanto, före detta utredare på Socialstyrelsen och politisk sakkunnig på socialdepartementet gällande frågor om äldre, Sven Andreasson, alkoholforskare, professor i socialmedicin och överläkare på Beroendecentrum i Stockholm, Agneta Björck, sjuksköterska och handledare i psykosocialt arbete med lång erfarenhet av samsjuklighet, beroendevård och socialtjänsten samt Anders Printz, chef för sektionen Uppdrag Psykisk ohälsa på SKR och före detta kanslichef på vårdförbundet.

Därefter följde datainsamlingens tredje steg där vi genomförde telefonintervjuer med företrädare 23 av de verksamheter som identifierats i enkätundersökningen. Syftet var att få fördjupad kunskap om verksamhetens målgrupp och inriktning. Telefonintervjuerna varade mellan 30 och 60 minuter och genererade bland annat kunskap om målgrupp, policy, antal platser, boendes åldrar och könssammansättning, personalens arbetssätt och kompetens samt i vilken mån man kunde flytta vidare från platsen.

Utöver enkäten har vi, som nämnts, besökt och gjort ungefär 90 intervjuer med hyresgäster, personal, handläggare och chefer vid fem svenska boenden för äldre med långvarig missbruksproblematik. Det handlar om Bergsjöhöjd och Kallebäcks äldreboenden i Göteborg, von Bahrs äldreboende i Uppsala, Lönngårdens lägenhetsboende i Malmö, samt den avdelning för äldre med missbruk som är lokaliserad till Solstickegatans äldreboende i Jönköping. De handläggare som intervjuats var ansvariga för att bevilja plats åt personer på

Bergsjöhöjd eller Kallebäck i Göteborg. De intervjuades efter att vi fått samtycke från de tio hyresgäster som handläggarna hade ansvar för.

Den del av projektet som inbegriper intervjuer med och om hyresgäster samlar in känsliga personuppgifter och är projektet är godkänt av Etikprövningsmyndigheten.

Insatser som saknas för äldre med missbruksproblem

Bland enkätsvaren kom det in 126 fritextsvar med kommentarer till frågan om huruvida något saknas eller skulle kunna förbättra villkoren för äldre med missbruksproblem i kommunen. Att vi redovisar de svaren först beror på att många respondenter efterlyste just den typ av specialiserade boenden som rapporten handlar om.

Svaren bekräftar i stor utsträckning den problembild som beskrivits i rapportens inledning: äldre med beroendeproblem får insatser från flera olika verksamheter, men samordningen mellan äldreomsorg, beroendeenheter och psykiatri är otillräcklig eller saknas helt. Äldre med omfattande missbruksproblem beskrevs hamna mellan stolarna, och i enkätsvaren indikerades att ansvarsfrågan kunde ge upphov till konflikt:

Det blir alltid diskussioner inom kommun och även mellan region och kommun kring personer som har fler än ett bekymmer och inte renodlat kan sägas tillhöra en viss funktionsinriktad enhet. Då bollas den personen runt och får stöd ibland av massa olika, många inte vilket vill, eller så i värsta fall får den inte hjälp av någon.

Varianter av uttrycket ”mer samverkan” förekom i många svar, liksom kommentarer om brister avseende gemensamt arbete, både mellan socialtjänst och region/psykiatri och inom olika socialtjänstverksamheter.

Med utgångspunkt i svaren är det tydligt att äldre med missbruk och komplexa behov utgör ett problem för äldreomsorgen i dubbel bemärkelse. Dels är det från äldreomsorgen som många får hjälp i sin vardag. Dels uttryckte många respondenter att missbruket ofta utgör ett hinder för möjligheten att ge omsorg på ett bra sätt. Personalen inom äldreomsorgen saknar kunskap och kompetens för att möta personer med beroendeproblematik. En företrä-

dare uttryckte det som att ”hemtjänstpersonalen behöver få kunskap om missbruk, de möter många med missbruksproblematik men ges inga verktyg.” Andra utvecklade sina resonemang till att avse bemötande och motiverande insatser, samt kunskap om vart personer med svår problematik kan hänvisas för att få rätt hjälp. Varianter av uttrycken ”mer kunskap” och ”kompetensutveckling” förekom också i många svar som avsåg äldreomsorgens verksamhet. Som del av temat om att äldre med beroendeproblematik utgör ett problem för äldreomsorgen förekom också kommentarer om särskilda boenden, där hänsyn måste tas till andra:

Idag hamnar den enskilde med grav missbruksproblematik på demens- eller vanliga vårdavdelningar. Detta ställer ofta till oro och ångest hos övriga boenden och personal. Många är utåtagerande både fysiskt och verbalt. Detta upplevs störande.

Utsagor kring denna problembild följdes antingen av kommentarer om behovet av utbildning för personalen, eller önskemål om specialverksamheter. Flera företrädare efterlyste en grupp som kunde arbeta praktiskt i ordinärt boende – som specialiserad hemtjänst eller boendestöd – med kunskap om både missbruk och omvårdnad. Länkat till frågan om samverkan uttryckte en respondent att ”det hade varit bra med ett team som inkluderade kompetenser/professioner gällande missbruk, psykisk ohälsa, sjukvård, ekonomi, demens.”

Önskemål om lågtröskelboenden

I 38 av de 126 fritextsvaren kommenterades avsaknad eller behov av specialiserade stöd- och omsorgsboenden som då benämndes som ”lågtröskelboende”, ”kategoriboende”, ”stödboende”, ”äldreboende”, ”anpassat boende”, ”boende för äldre med missbruksproblematik”, ”boende med platser och kunskap om båda problematikerna”, ”boende med lägre krav” mm. I ytterligare fall beskrevs problemen i termer av att ”äldre med långvarigt missbruk kan ofta vara bostadslösa och då finns inget hem att erbjuda hemtjänstinsatser i”. Resonemangen om behov av specialiserade boenden utvecklades vanligen som del av en problembild – något som inte fungerar – vilket ett citat från en respondent i en mindre kommun illustrerar:

En särskild ”avdelning” eller riktat särskilt boende för den äldre målgruppen med missbruksproblematik skulle helt klart förbättra situationen och sannolikt ”sänka tröskeln” för de enskilda att få och ta emot hjälp. Ett av problemen är att plats på särskilt boende ”bara” beviljas då omvårdnadsbehoven är så omfattande att heldygnsomvårdnad är behövlig. Man tar i denna bedömning inte hänsyn till särskilda behov som kan föreligga utifrån missbruk och medföljande ”psykosociala” komplikationer, då detta ansvar vilar på annan förvaltning.

Beskrivningar av dålig anpassning mellan existerande insatser och den speciella populationens behov förekom i många varianter. Somatiska problem i relativt ung ålder nämndes av flera respondenter, både som en fråga om att plats på särskilda boenden för äldre fungerade illa åldersmässigt för personer i medelåldern, och i kommentarer om att individ och familjeomsorgens boenden saknar hälso- och sjukvårdsinsatser som täcker behoven (lyftanordningar vid sängar, tillräckligt med personal för att hjälpa personerna med den dagliga skötseln, stora anpassade hygienutrymmen mm.).

Behovet av specialiserade boenden länkades i ett par fall till en existerande och förväntad ökning av målgruppen äldre med missbruk och komplexa problem och lösningen formulerades som en fråga om att minska skador och akuta ingripanden utifrån en realistisk syn på problemen:

Särskilt boende med lägre ”krav” för att få komma dit eller kanske snarare ett stödboende för äldre med missbruksproblem där man kan ha koll på dem så att det inte går så långt utför. Många äldre med missbruksproblem kommer inte sluta dricka helt men kan man hålla det till en mer rimlig nivå kan man slippa allvarliga situationer med akuta omhändertaganden enligt LVM eller missbruksrelaterade skador/dödsfall.

Respondenter från mindre kommuner menade i några fall att de inte hade behov av ett helt boende, men kanske en avdelning med specialkompetens för personer som åldras med komplex problematik. Här nämndes möjligheten att samverka med en angränsande kommun kring boendalternativ, samt svårigheter att få sådan samverkan att fungera.

Vår kartläggning synliggör framför allt ett verksamhetsperspektiv: personer som åldras med missbruk och komplexa problem passar inte in och blir därmed till ett problem för verksamheterna. Det uppstår oenighet omkring ansvar och personal inom äldreomsorgen saknar kunskap och verktyg för att

ge rätt hjälp. I något fall nämnde respondenten för övrigt att inget saknades i kommunen eftersom man just hade ett specialiserat stöd- och omsorgsboende för målgruppen.

Avslutningsvis kan det nämnas att vi under arbetet med denna rapport kontaktades av en frivilligorganisation som övervägde att själva starta ett stöd- och omsorgsboende med livet-ut-perspektiv. Anledningen var att det befintliga härbärge man drev hade gäster som övernattat under flera års tid. Boendet hade i praktiken blivit en permanent hemvist, men eftersom det var ett härbärge var hemlösa personer tvungna att ta ut sina tillhörigheter varje dag och de fick också dela rum med ständigt nya kamrater. Detta uppfattades som en ovärdig lösning. Vad vi vill säga är att vår kartläggning inte kan göra anspråk på att visa någon helhetsbild, men det är tydligt att personer som åldras med missbruk och komplexa problem ofta blir föremål för permanentade insatser av akutkaraktär. Det är i det sammanhanget som de specialiserade stöd- och omsorgsboenden kan ses som en lösning som minskar skador och lidande för enskilda och samtidigt bidrar till att andra verksamheter inte behöver arbeta med personer de inte kan hjälpa på ett långsiktigt och bra sätt.

Specialiserade stöd- och omsorgsboenden

Bland de kommuner som svarade på enkäten uppgav 20 procent att de hade någon form av specialiserad verksamhet för äldre med missbruk. Det vanligaste var att man hade boenden för målgruppen, som benämndes stödboende, kategoriboende, lägenhetsboende eller äldreboende.

Målgruppens problembild kännetecknas av missbruk, men är komplex och många har någon form av samsjuklighetsproblematik. En del boenden riktar sig till personer med aktivt missbruk och psykisk ohälsa, andra till för personer med psykisk funktionsnedsättning på grund av beroende och ytterligare andra till personer med missbruk och hemlöshetsproblematik. Inriktningen mot samsjuklighet kan ses i ljustet av 2020 års samsjuklighetsutredning (SOU:2021:93) där behovet av sådana insatser betonades.

Alkoholpolicyn på de boenden vi studerat skiljer sig från den vid boenden i England, Danmark och Norge, där det förekommer att personal distribuerar alkohol. Det tycks inte förekomma inköp av alkohol till hyresgäster och det betonas att konsumtionen är den enskildes egen angelägenhet. Det vanliga är

att konsumtion och berusning är tillåten i egna rummet/lägenheten och utanför (dock inte i direkt anslutning till) boendet. Det finns alltså inga ”våta” gemensamhetslokaler där hyresgäster på svenska boenden kan dricka tillsammans, vilket var fallet på det danska boende vi besökte. På det boendet rama-
des alkoholförtäringen in relativt positivt, samtidigt som personalen hade ett aktivt arbete för att förmå hyresgästerna att dricka på ett sätt som var mindre skadligt. Personalen bistod med inköp och förhandlade sedan med hyresgästerna om hur öl, vin, sprit och cigaretter skulle portioneras ut för att räcka hela månaden. Förhållningssättet kan framstå som motsägelsefullt, i synnerhet som boendet riktades sig till personer med alkoholdemens. Samtidigt kan kontrasten blottlägga en svaghet i den ansats som präglar flera svenska boenden, där personalen fokuserar på stöd och omsorg, men utan att lägga sig i alkoholkonsumtionen, som utgör den centrala aktiviteten för många av hyresgästerna.

Även om de boenden som presenteras i denna kartläggning inte syftar till nykterhet, så finns det ofta ambitioner om att minska alkoholkonsumtionen. Personalens formuleringar om att ”minska hejdlöst supande” att förhindra att hyresgästerna ”faller lika djupt” eller att ”förlänga antalet nyktra timmar och minuter” illustrerar målsättningarna. Metoderna för att nå målet har innefattat den allmänt mer ordnade tillvaron som ger mindre behov av att döva ångest, sociala aktiviteter som kräver nykterhet, samt olika former av kontrollåtgärder. Även om boendena är tänkta som alternativ till behandling förekommer det i enstaka fall att personer bereds vård enligt LVM på andra institutioner.

De metoder som nämndes som förhållningssätt och tekniker var framför allt lågaffektivt bemötande och motiverande samtal (MI). Viktigt att notera är att de metoderna ofta fokuserar sådant som att acceptera omsorgsinsatser, hålla rent, gå till tandläkaren, deklarerar, ta itu med något myndighetsärende, ringa en anhörig, dvs. sådant som kan förbättra livskvaliteten men inte nödvändigtvis har med användningen av alkohol och droger att göra.

Kartläggningen identifierade 23 specialiserade boenden för äldre med långvarig missbruksproblematik. Verksamheterna benämns på olika sätt, där de vanligaste är stödboende, kategoriboende, särskilt boende och boende med särskild service. Listan nedan (i bokstavsordning) anger namn, kommun och antal lägenheter på 23 boenden.

- Augustbergsgården, Linköping (11 lägenheter)
- Bergbo, Luleå (11 lägenheter)

- Bergsjöhöjd, Göteborg, (cirka 100 lägenheter)
- Fäladstorget, Lund (19 lägenheter)
- Gamlebo, Stockholm, (29 lägenheter)
- Hasselgården, Malmö (9 lägenheter)
- Hjorten, Örebro, (16 lägenheter)
- Kallebäck, Göteborg (72 lägenheter)
- Kaptensgatan, Borås (40 lägenheter)
- Kavaljeren, Karlskoga (7 lägenheter)
- Kilavägen, Falkenberg (12 lägenheter)
- Krongyllen, Luleå, (12 lägenheter)
- Kvarntorpets stödboende, Järfälla (10 lägenheter)
- Lyktan, Uddevalla, (17 lägenheter)
- Lönngården, Malmö (34 lägenheter)
- Magasinsgatan, Varberg, (13 lägenheter)
- Mariekällgården, Södertälje (19 lägenheter)
- Skarpnäcksgården, F-huset, Skarpnäck (46 lägenheter)
- Skogsglantan, Östersund (14 lägenheter)
- Solstickegatan, Jönköping (10 lägenheter)
- Tulpangården, Trollhättan (24 lägenheter)
- von Bahr, Uppsala (16 lägenheter)
- Östangården, Tranås (10 lägenheter)

Listan exkluderar verksamheter som inte uppfyller kartläggningens kriterier. Det innebär att vi inte inkluderar verksamheter som kräver nykterhet och inte heller har tagit med tillfälliga boenden så som akutboenden och härbärgen. Det är visserligen inte ovanligt att äldre personer bor under lång tid (ibland flera år) på akutboenden eller härbärgen, men eftersom dessa verksamheter är tänkta som tillfälliga lösningar (och ofta bara är öppna under kvällar och

nätter), så är de inte med i urvalet. Vi har även exkluderat verksamheter där kartläggningens målgrupp är i minoritet. Det finns flera typer av boenden där det bor enstaka äldre personer med missbruk, men där majoriteten av de boende tillhör andra kategorier.

Listan ovan ska ses som en ögonblicksbild från situationen hösten 2022 till våren 2023 då kartläggningen genomfördes. Boendeanternativ av det här slaget är som nämnts föränderliga. Nya boenden startas, gamla läggs ner och policy och inriktning kan skifta från ett år till ett annat.

Flera boenden uppgav att de skiftat målgrupp: från äldre män med alkoholmissbruk till män och kvinnor med blandmissbruk och psykisk ohälsa. Förändringar kan också avse huruvida det är tänkt att personerna ska bo kvar livet ut eller flytta vidare. Ett boende som från början var tänkt att vara en mellanstation med tidsbegränsat boende kan i praktiken förvandlas till ett ”livet-ut-boende” eftersom ingen flyttar därifrån. Ett boende som tillåtit användning av alkohol i egna bostaden kan införa alkoholförbud med hänvisning till att den tidigare policyn inte fungerade. Som exempel kan nämnas att stödboendet Augustbergsgården i Linköping testat olika regler under årens gång. De hade tidigare som policy att hyresgästerna fick ta med sig alkohol (och droger) in i huset, men då uppstod försäljning inne i huset och hyresgästerna blev skyldiga varandra pengar, vilket resulterade i konflikter och slagsmål. Därför infördes en regel om att hyresgästerna inte får ta med alkohol eller droger in i huset (men de får komma hem påverkade). Alla som flyttar in får skriva på ett avtal att personalen får ta ifrån dem alkohol om de försöker ta med den in i huset. Samtidigt går utvecklingen på andra boenden i motsatt riktning. På Tulpangården i Trollhättan rådde förut nolltolerans mot droger, alkohol och övernattande gäster, men efter att ha fått kritik från Länsstyrelsen ändrades reglerna och det är numera tillåtet att ta med sig kompisar och dricka alkohol i den egna lägenheten.

Personal som arbetar på boenden där hyresgästerna inte får ta med sig alkohol och droger in i huset hamnar i en juridisk gråzon. De har inte någon formell rätt att förhindra någon att ta alkohol med in och de måste fråga om de får lov för att hålla ut alkohol som hyresgäster försöker ta med sig in. Ibland accepterar hyresgäster att de skrivit på ett avtal, ibland inte.

För att förstå boendena behöver vi också förstå kommunernas hjälpsystem och boendekedjor. Specialiserade boenden för äldre med missbruk samspelar

med akutboenden/härbärgen, stödboenden med andra regler, behandlingshem, egna lägenheter med hemtjänst och socialt stöd, bostad först, vanliga äldreboenden och träningslägenheter. Särskilt tydligt blir detta för stora och medelstora kommuner. Det betyder att det aktuella boendets karaktär och policy påverkas av flödet mellan hjälpsystemets olika delar. En hyresgäst har ofta provat andra alternativ inom systemet och huruvida en hyresgäst flyttar ut beror på om det finns någon plats att flytta till. Samspelet med kommunens andra boendeformer blir särskilt tydligt när det gäller svårigheten att vräka personer som missköter sig. De boenden som presenteras i denna rapport är ofta ett sista-hands-alternativ för de som inte klarat av andra boendeformer. Att vräka en hyresgäst gör att såväl kommunen som den enskilde åter hamnar på ruta ett, utan långsiktiga alternativ och med härbärgen och akutboenden som kortsiktiga kostsamma lösningar.

Andra boenden för äldre med långvarigt missbruk

Så gott som alla kommuner svarade att äldre personer med missbruk framför allt bor hemma i egna bostäder, med eller utan stöd från hemtjänsten. I ett fåtal fall angavs boendestöd som ett alternativ. Det förekom också att äldre personer med missbruk bodde på vanliga äldreboenden, eller i ett fåtal fall på trygghetsboenden.

Här finns äldre med långvarigt missbruk:

- Boenden för vuxna med missbruk och beroende
- Boende för vuxna med socialpsykiatrisk inriktning/samsjuklighet
- LSS-boende för personer som har en kognitiv/psykisk funktionsnedsättning
- Akutboende/härbärg
- Sociala kontrakt ordnade av socialtjänsten
- Reguljärt äldreboende
- Boende för vuxna bostadslösa som ännu inte bestämt sig för nyktert och drogfritt liv

- Bostad via bostad först
- Plats som köps på privat äldreboende
- Plats som köps på specialiserat boende utanför den egna kommunen

Demensboenden framhölls som alternativ när personer levde med demens och minskat sitt missbruk. Några kommuner angav att de hade speciella avdelningar där det fanns personer med alkoholdemens, Wernicke-Korsakoff syndrom, men sådana avdelningar inkluderade även personer med andra diagnoser.

Två modeller: Stödboende och omsorgsboende

Boenden för äldre med långvarig missbruksproblematik är i grova drag organiserade enligt två modeller: omsorgsboendemodellen och stödboendemodellen. Modellerna skiljer sig åt gällande omsorgsnivå och självständighet, men är inte ömsesidigt uteslutande och det finns boenden vars verksamhet har drag av båda. Benämningarna är myntade av oss forskare och i kartläggningen framkom en rad andra benämningar. Sedan tillkommer inofficiella benämningar som används av de som bor på boendena, vilket kan illustreras med följande citat från en hyresgäst:

Ja okej, det officiella namnet är socialt boende. Men när jag pratar med folk som bor här, vilket är ytterst sällan för alla vet ju vad vi är, alkishuset, alkishyreshus för det är ju vad vi är allihopa vi som bor.

Hyresgästerna har antingen första- eller andrahandskontrakt, som gäller tills vidare eller är tidsbegränsade. Vad som ingår utöver själva lägenheten varierar stort mellan olika boenden. Verksamheterna kan placeras in på en skala från "all inclusive" där alla måltider och all omsorg ingår, till inga måltider och ingen omsorg. Platser med omsorgsboendemodell kännetecknas av ett mer omfattande omhändertagande, där omsorgspersonal vanligtvis är på plats hela dygnet och där måltider i regel ingår (mot en obligatorisk måltidsavgift).

Det faktum att måltiderna ingår kan ses som en del i ett återhämtade upplägg (Jeynes och Gibson, 2017). Hyresgästerna är i regel i dåligt fysiskt skick när de flyttar in, men får ofta bättre hälsa av att få måltider tre gånger per dag.

Måltidsavgiften är dock en källa till irritation och klagomål hos många hyresgäster som hellre lagt mindre pengar på mat och haft mer över att spendera på annat.

På stödboenden ser mat- och omsorgspaketet annorlunda ut. Boendena tillhandahåller i regel ingen omsorg och få eller inga måltider. På flera ställen får hyresgästerna kaffe och te, men förväntas laga sina egna måltider, medan enstaka boenden serverar enklare frukost eller fika, med möjlighet att köpa till lagade måltider mot en extra avgift. De som bor på en verksamhet med stödboendemodell kan leva sin vardag utan särskilt mycket inblandning av personal, vilket har beskrivits i termer av normalisering och självständighet (Lindgren 2008). Hyresgästerna får själv sköta sådant som dusch, tvätt, mediciner, städning och toalettbesök. Den som inte klarar detta kan ansöka om hjälp via hemtjänsten på sedvanligt vis.

Personal på verksamheter med stödboendemodell utför mycket praktiska arbetsuppgifter, som att motivera hyresgästerna att betala räkningar, ha kontakt med myndigheter, följa med på läkarbesök och Laro-mottagning och påminna om att städa, tvätta, duscha och slänga sopor. Det är vanligt att boenden med denna modell endast är bemannade dagtid. Kvällar och nätter får hyresgästerna sköta sig själva. Ibland finns väktare eller hemtjänstens nattpatrull i huset under obemannade tider.

Upplägg för begräsning av alkohol

Inget av boendena i kartläggningen har något krav på nykterhet, men de skiljer sig ändå väsentligt åt gällande begräsningar av individers alkoholkonsumtion och införsel av alkohol. På flera boenden saknas nästan helt begränsningar. Alkohol betraktas som den enskildes angelägenhet och är inget som personalen ska lägga sig i. Alkohol får konsumeras när som helst, hur som helst och med vilka som helst. En chef uttryckte det som att ”här får man dricka och droga fritt”, en annan sade frustrerat att de som bodde på hennes boende har ”rätt att supa sig till döds”. Självbestämmandet är starkt betonat, men ramas in som normalisering och som ett sätt att efterlikna en vanlig lägenhet, där man själv får bestämma över sitt drickande. Men helt utan begränsningar är det inte. I regel är det förbjudet att dricka alkohol i gemensamma utrymmen och flera boenden har också som krav att den som ska vara med

på aktiviteter måste vara nykter, eller åtminstone inte märkbart påverkad. Både bland verksamheter med stödboendemodell och omsorgsboendemodell är det vanligt med denna tillåtande hållning gällande alkohol. Så var exempelvis fallet på Bergsjöhöjd och Kallebäck i Göteborg, Tulpangården i Trollhättan och Lönngården i Malmö.

På ungefär en tredjedel av boendena fanns olika typer av begräsningar gällande hyresgästernas alkoholkonsumtion. Det vanligaste var förbud mot att ta in alkohol (och narkotika) i huset. På boenden med sådana förbud får personalen en annan roll jämfört med mer tillåtande boenden, eftersom arbetsuppgifterna inbegriper att på olika sätt kontrollera och begränsa hyresgästernas konsumtion och införsel av alkohol. Från personalens synvinkel blir det ett större fokus på alkoholen, samtidigt som både personal och hyresgäster uppgger att reglerna gör att alkoholkonsumtionen minskar. På boenden med införselförbud får hyresgästerna i många fall visa sina väskor för personalen när de kommer in. På en del boenden har hyresgästerna möjlighet att förvara alkohol på ett säkert sätt i skåp i anslutning till entrén. På andra ställen göms flaskor i buskage intill boendet. Utöver införselförbud har flera boenden även nykterhetskrav vid måltider och aktiviteter, där detta kontrolleras med alkomätare. Den som är påverkad får måltiden serverad i lägenheten och får inte medverka i aktiviteter.

Motivet till införselförbud är att skapa en lugnare atmosfär, slippa langning i huset och underlätta för de som vill minska sitt drickande. Intervjuer med personal, chefer och boende på boenden med införselförbud bekräftar bilden av att reglerna skapar lugnare platser med mindre våld och konflikter. Baksidan är att tröskeln höjs och att vissa personer kommer att tacka nej till ett boende där det inte är tillåtet att dricka. Balansgången kan illustreras av Östangården i Tranås, som startade 2020 som ett boende där det var tillåtet att ta med alkohol in i huset. Situationen blev emellertid kaotisk och reglerna ändrades. År 2023 var Östangården ett boende med införselförbud, vilket skapade en lugnare stämning. Boendet utestängde dock samtidigt en del av dem som tillhörde den ursprungliga målgruppen, som inte klarade förbudet.

Kvinnors situation

Specialiserade boenden för äldre med missbruksproblematik har traditionellt sett varit manliga platser. Typexemplet är Bergsjöhöjds boende i Göteborg som startade som ett ungarshotell 1979 för personer som på den tiden benämndes ”äldre hemlösa alkoholister”. Än idag dominerar männen. Flera boenden i kartläggningen är enbart för män, men merparten är blandade. I några få kommuner finns boenden enbart för kvinnor. På de blandade boendena växlar andelen kvinnor. Merparten av boendena i kartläggningen är formellt sett blandade, men har i praktiken endast manliga hyresgäster. På några av de medelstora boendena utgör de kvinnliga hyresgästerna ungefär en sjättedel.

Forskning visar att kvinnor med beroendeproblematik som lever i miljöer med missbrukande män har en ökad risk att utsättas för olika typer av våld, psykisk, fysisk och sexuellt (Mattsson et al, 2023). Det är också vanligt att kvinnor hamnar i beroendeställning till männen och pressas till att utföra kriminella handlingar och att göra saker mot sin vilja (Beijer et al. 2018). Både brukarföreningar och professionella har på senare år uppmärksammat behovet av könsseparerade verksamheter för kvinnor.

Återigen är det viktigt att tänka på boendena som delar av ett större system av boendelösningar, där en del kommuner har kvinnohärbärgen och boenden för våldsutsatta kvinnor med missbruk. Den kvinna som flyttar till ett boende med dominans av män och med låg personalnärvaro riskerar att bli våldsutsatt på nytt och att stöta på tidigare förövare. Nationellt råd för kvinnofrid poängterar att missbrukande kvinnor inte bara är utsatta i förhållande till misshandlande män, utan också i förhållande till samhället och vårdapparaten, till exempel genom ifrågasättande när de sökt hjälp. Det kan alltså finnas kvinnliga erfarenheter och intressen som behöver uppmärksammas och som möjligen hamnar i bakgrunden när män dominerar kraftigt bland hyresgästerna.

På de fem boenden där vi intervjuade hyresgäster, Bergsjöhöjd, Kallebäck, von Bahr, Solstickegatan och Lönngården genomfördes intervjuer med sex kvinnor, den yngsta var 50 år och den äldsta 75. Fyra av kvinnorna intervjuades vid två tillfällen med två års mellanrum. Kvinnorna hade mycket varierande bakgrund där några var akademiker med en lång yrkeskarriär bakom sig och andra hade en historia av behandlingshems- och fängelsevistelser sedan tidiga tonåren. De hade också varierande erfarenheter av könsseparerade verksamheter. En intervjuperson beskrev med fasa ett könsseparerat boende

för kvinnor (i olika åldrar), där många använde heroin och stämningen var aggressiv. Hon föredrog det nuvarande boendet med mestadels män, där hon bott under många år. En annan kvinna bodde på ett boende med mestadels män, men spenderade mycket tid på kommunens mötesplats för hemlösa kvinnor och uppskattade både aktiviteterna, måltiderna och umgänget där.

Kvinnorna såg det som önskvärt med fler kvinnor där de bodde, men beskrev inte männen som hotfulla, utan snarare som gubbiga och gapiga. Platsen framställdes som ett ”gubbsamhälle” och som kvinnor kände de sig avvikande.

En inblick i åtta specialiserade boenden

För att ge en bättre inblick i olika boendens karaktärsdrag presenteras fallbeskrivningar av åtta verksamheter nedan. Boendena har valts ut för att skildra den variation som finns gällande målgrupp, alkoholpolicy, storlek och måltidsarrangemang.

Solstickegatan, Jönköping

Solstickegatan är ett äldreboende med 90 lägenheter beläget i centrala Jönköping, där en avdelning är en specialenhet för tio män över 50 år med missbruksproblematik. Avdelningen startade 2005 och några av hyresgästerna har bott på avdelningen sedan det öppnade. Verksamheten är organiserad enligt omsorgsmodell och hyresgästerna får ta in alkohol och dricka i sina lägenheter. Målet är inte nykterhet utan en dräglig vardag. Ursprungligen handlade hyresgästernas problembild om alkohol, men numera är det vanligt med blandmissbruk.

I serviceavgiften ingår måltider, som en del äter gemensamt och andra på rummen. Trots att specialavdelningen är en del av ett större äldreboende fungerar den i många avseenden som ett eget boende. Det är inte så att hyresgästerna enkelt kan flytta över till annan avdelning i huset om de minskar sitt missbruk eller om omsorgsbehovet ökar. Personal på specialavdelningen betonar skillnader i målgrupp och arbetssätt i jämförelse med andra avdelningar. Det finns ingen nattpersonal på specialavdelningen, men om någon behöver hjälp finns personal på andra avdelningar i huset. Vid tiden för vårt

besök år 2022 fanns det en oro hos personalen över hyresgästernas åldrande; flera hade bott på avdelningen i många år och fått större omsorgsbehov, vilket minskade möjligheterna till sociala aktiviteter.

Avdelningens fokus är att de som bor där ska klara sitt boende, delta i aktiviteter och minska sin konsumtion av alkohol och droger. Boendet arrangerar aktiviteter som ska vara attraktiva och använder alkometer för att kontrollera de som deltar. Alkometer används även när hyresgästerna nyttjar permobil/scooter (för att exempelvis åka till Systembolaget). I relation till kontrollerna utgör narkotikan en utmaning, eftersom narkotikapåverkan inte går att kontrollera på samma enkla sätt som alkohol.

Inflyttning sker på ett planerat sätt. Efter att en person blivit aktuell för att flytta in, genomförs ett möte i hemmet eller via studiebesök och därefter erbjuds att bo på avdelningen under en provmånad. Det händer att inflyttningen därefter inte fullföljs. Hyresgästen kan ha svårt att acceptera boendets regler och personalen kan bedöma att hyresgästen inte fungerar i kollektivet eller har för omfattande vårdbehov. Intervjuerna ger bilden av en välordnad verksamhet med personal som arbetat lång tid, men där den strukturerade inflyttningsprocessen utgör en form av tröskel som vissa personer inte kommer att nå över, på grund av omvårdnadsbehov eller svårigheter att fungera i en kollektiv miljö.

von Bahr, Uppsala

Äldreboendet von Bahr är beläget i de norra delarna av Uppsala och består av ett tvåvåningshus med 16 lägenheter. Boendet öppnade 2010. Den formella åldersgränsen för inflyttning är 65 år, men det finns möjlighet även för den som är yngre. I de intervjuer vi genomförde 2017 angavs målgruppen som personer över 55 år med så pass omfattande funktionsnedsättningar att de var i behov av heldygnsomsorg. Boendet är utformat enligt omsorgsmodell, men med förbud mot alkoholförsel och nykterhetskrav vid måltider och aktiviteter. Boendet är bemannat dygnet runt och samtliga måltider ingår.

De fyra hyresgäster vi intervjuade vid ett besök 2020 var i 70 och 80 årsåldern, men de var rörligare och piggare än de personer som vanligen finns på ett svenskt äldreboende. Personalen angav att flertalet själva åkte till Systembolaget och affärer för att handla alkohol. En personal vi intervjuade

beskrev det som att ca tio hyresgäster avlidit under de sju år han kunde överblicka och under samma period hade tre flyttat ut. Någon på grund av svår psykisk ohälsa och någon annan på grund av platsens regler. De flesta som flyttar in bor således kvar på von Bahr under många år.

Hyresgästerna accepteras som aktiva i sin användning av alkohol och droger, men det är inte tillåtet att föra in eller konsumera alkohol på boendet. Hyresgästerna får visa upp väskor när de kommer hem och blåsa i alkometer före måltider eller gemensamma aktiviteter. Ger alkometern utslag får maten ätas på rummet. Den relativt strikta policyn skapar en lugn stämning och sägs bygga på en överenskommelse mellan personal och hyresgäster. Policyn motiveras bland annat av att hyresgästerna använder mediciner som inte är bra att kombinera med alkohol. Policyn väckte samtidigt frågor, som personalen gav uttryck för:

Om man har regler att man får dricka och så vidare hemma, då blir det, följderna utav den här onykterheten det är att mycket andra saker blir eftersläpat. Man kanske inte kan hjälpa personerna som behöver duscha för han är berusad. Vi kan inte åka ut på utflykter, på aktiviteterna, vi kan inte... han kanske inte kan ha en riktigt, den medicinska behandlingen blir kanske inte som den ska och det är många saker som går in där. Men å andra sidan så, det är ju inte förbjudet med alkohol i Sverige. Det här är ju ett fritt land och man har sin egen lägenhet och man får ju faktiskt, man är inte omyndigförklarad och så vidare.

De hyresgäster vi intervjuade gav sitt stöd till policyn, som de samtidigt upplevde som ett förmynderi. En hyresgäst menade att det skulle bli kaotiskt på boendet om alkoholkonsumtion på rummen tilläts och hänvisade till policyn som grund för att han själv hade minskat alkoholdrickandet. En annan hade tidigare vistats på ett boende med nolltolerans mot alkoholkonsumtion och såg de nuvarande reglerna som fria jämfört med det.

En utmaning var att ha samma hållning till kontroller för att undvika särbehandling och konflikt. Om en del personal kräver att hyresgästerna ska blåsa i alkomätare före varje måltid, medan andra struntar i det uppstår spänningar. På boendet bodde personer som drack alkohol dagligen och personer som inte druckit alkohol på flera år. Personalen förväntades kräva att alla skulle blåsa i alkomätaren innan varje måltid.

En annan utmaning handlade om personer som inte klarar av ett boende där det är förbjudet att ta in alkohol. Personal vi intervjuade gav exempel på

äldre som levde som hemlösa men som inte kunde tänka sig att flytta in på von Bahr på grund av den rådande alkoholpolicyn. En styrka, enligt personal och hyresgäster vi intervjuade, var att boendet var litet; man lärde känna varandra väl och kunde ha en dialog kring problem.

Lönngården, Malmö

Lönngården är en verksamhet med stödboendemodell beläget i Malmö. Boendet öppnade 2006 och har idag 34 lägenheter. Målgruppen är hemlösa män med missbruksproblem som är över 50 år.

Hyresgästerna hyr i andra hand av socialförvaltningen och flera hyresgäster har bott i sina lägenheter så länge att de enligt lag fått besittningsskydd. Det är tillåtet att ta med alkohol in på boendet och tillåtet att vara påverkad i gemensamma utrymmen. Den som är stökig eller aggressiv hänvisas till lägenheten.

Personalen består främst av behandlingspedagoger som arbetar dagtid under vardagar. Övriga tider finns en vakt som håller till vid en slags reception i entrén. De personer som behöver omsorgsinsatser kan ansöka om detta genom ordinarie hemtjänst.

I en utvärdering som genomfördes av Lindgren 2008 intervjuades både hyresgäster och personal och en av frågorna som diskuterades var huruvida Lönngården hade institutionskaraktär eller inte. Målsättningen var att efterlikna ett vanligt boende i lägenhet, vilket delvis kolliderade med ambitionen att skapa en meningsfull vardag. På den tiden kunde hyresgäster köpa måltider på boendet i stället för att själv laga sin mat i den egna lägenheten. Gemensamma måltider kunde ses som en institutionsmarkör och krävde att personal hanterade hyresgästernas pengar. Även gemensamma aktiviteter ansågs göra platsen institutionslik. Nu för tiden ordnas få gemensamma aktiviteter; det som förekommer är enstaka grillkvällar och firande av högtider, så som jul och påsk. Möjligheten till gemensamma måltider har tagits bort och numera förväntas hyresgästerna laga sin egen mat eller besöka Röda Korset eller andra verksamheter som serverar mat till självkostnadspris.

Vid tiden för våra intervjuer 2017 och 2020 var en uppenbar utmaning att många hyresgäster prioriterade att köpa alkohol och narkotika i stället för mat. En hyresgäst berättade att han knappt lagade mat alls i perioder, en annan

att han åt mat som han hittade i soptunnor utanför stadens snabbmatsrestauranger. Ett annat problem var förekomsten av vägglöss som påverkade vardag och välbefinnande på platsen.

År 2022 flyttades verksamheten från stadsdelen Sofielund till stadsdelen Kirseberg, trots protester från hyresgästerna. Flytten var en del i en större flyttkedja, där Sigtunaboendet, en verksamhet för personer med skadligt bruk av narkotika, flyttade in i Lönngårdens gamla lokaler.

Fäladstorget, Lund

Fäladstorget är ett boende med omsorgsboendemodell beläget i norra Lund. På hemsidan beskrivs verksamheten som ett ”seniorboende för personer som har en kognitiv eller psykisk funktionsnedsättning till följd av långvarig psykisk ohälsa eller skadligt bruk och beroende, och som är över 55 år gamla”. Många av hyresgästerna har en historia av misslyckade behandlingsförsök och många har varit hemlösa. Missbruket handlar huvudsakligen om alkohol, men kan innefatta allt från heroin och amfetamin till benzodiazepiner. Det händer att de som bor på Fäladstorget skickas på LVM när missbruket blir okontrollerbart. Hyresgästernas alkoholkonsumtion varierar emellertid stort. En del har inte druckit alls sedan de flyttat in, medan andra, dricker ”kopiösa mängder”, enligt enhetschefens beskrivning.

Fäladstorgets boende har 19 lägenheter på tre våningsplan. Våning 2 och 3 är för äldre med som lever med missbruk, medan våning 1 är för äldre med psykisk funktionsnedsättning. Fäladstorgets boende är geografiskt integrerat i det omgivande samhället och det är bara fem minuters promenad till pub, matbutiker, vårdcentral, apotek och andra serviceinrättningar. För hyresgästerna är det enkelt att gå till torget för att titta på folk och handla, men också enkelt att gå till puben. Kontakten med grannarna är överlag god, men det har hänt att det blivit stökigt på puben när personer från boendet varit där.

Personalen utgörs huvudsakligen av undersköterskor med eller utan inriktning i psykiatri. Några har utbildning som handledare inom LSS och socialpsykiatri. Personalen utbildas i att arbeta lågaffektivt och får kontinuerligt utbildning, bland annat i CRA, Community Reinforcement Approach, som syftar till att hjälpa personer att leva ett drogfritt liv.

Fäladstorget är ett boende där hyresgästerna inte får ta med narkotika och alkohol in, men kan dricka utanför och komma hem påverkade. En del av

hyresgästerna har som lösning att gömma flaskor och annat i buskage i närheten, vilket i enstaka fall skapat problem med förskolan som är husets närmsta granne.

Alla måltider ingår och personalen arbetar aktivt för att få de boende att intressera sig för annat än missbruk. Aktiviteterna är både gemensamma och individuella och kan handla om allt från att gå på gym till att titta på handbollsmatch nere i stan. De som flyttat in flyttar sällan därifrån, utan de flesta bor kvar livet ut.

Hjorten, Örebro

Hjorten är ett stödboende som öppnades i Örebro redan 1988, men då som härbärge. Boendet har 16 lägenheter för vuxna över 21 år, men i praktiken är målgruppens ålder betydligt högre. Majoriteten är män som är 50 år eller äldre.

Under de senaste tio åren har boendet genomgått stora förändringar. Förr var det en plats för ”kroniker” som var omotiverade till att minska sitt drickande. De som flyttade in bodde kvar väldigt länge, ofta tills de dog. Numera jobbar personalen tydligare med planering framåt och när en person flyttar in försöker man tydligt definiera vad ”nästa steg” är, vilket kan vara avgiftning, behandling eller något annat. Det nya arbetssättet har skapat en slags dubbelhet där planen är att personerna ska bo några månaders tid på Hjorten, men där det samtidigt finns flera personer som bott i huset tio år eller längre.

Hjortens verksamhet inspireras av KASAM och personalen utgörs främst av behandlingspedagoger. Varje hyresgäst har två behandlingspedagoger som kontaktpersoner. Dessutom finns tre kuratorer och en nattvakt. Nattvakten är av stor betydelse, eftersom ingen annan personal finns på plats nattetid.

Behandlingspedagogerna utför varken service- eller omsorgsinsatser, utan det är hyresgästernas eget ansvar att ordna med inköp, laga mat, boka tid i tvättstuga, städa och sköta sin hygien. De som inte klarar det kan ansöka om hemtjänst.

På Hjorten är det tillåtet att komma hem påverkad, men förbjudet att ta in alkohol och droger. Det finns en grind in till boendet, vilket gör det möjligt för personal att prata med hyresgäster som kommer hem och fråga om de har något med sig. Personalen får emellertid inte kroppsvisitera hyresgäster, så ”det händer” att alkohol och narkotika kommer in i huset. Den som tar in

mycket förbjudna substanser riskerar dock vräkning. Detsamma gäller den som utövar hot eller våld. Samtidigt finns en tydlig strävan att undvika vräkningar och för att lyckas med det har Hjorten ett nära samarbete med ”Bistånd Vuxen” som ligger fem minuter bort.

Det som utmärker Hjorten jämfört med många andra boenden i denna rapport är att det finns en väg för att komma vidare för den som vill minska sitt drickande. I anslutning till Hjorten finns lägenheter för den som vill försöka leva nyktert, men det finns också två härbärgen (ett för män och ett för kvinnor) för de som vräcks eller är för berusade eller aggressiva för att bli insläppta. Lägenheterna med krav på nykterhet kallas Hjortronet och är insprängda i samma korridorer och i samma hus som Hjorten. Den som bor i en av Hjortronets lägenheter har dock tydliga krav på nykterhet och måste lämna urinprov och blåsa i alkomätare. Utvecklingen med en differentierad verksamhet framstår som lovande, samtidigt beskriver enhetschefen att en utmaning är att de äldre på Hjorten inte passar inte på Hjortronet och saknar motivation att komma vidare.

För den som klarar ett nyktert liv på Hjortronen arbetar personalen för få personen i sysselsättning och komma vidare i Örebros boendekedja. För den som bor kvar på Hjorten är målsättningen att skapa ett värdigt och så självständigt liv som möjligt.

Mariekällgården, Södertälje

Mariekällgården är ett vård- och omsorgsboende med två specialavdelningar för personer med missbruk och psykisk ohälsa, totalt 19 platser för män och kvinnor. Målgruppen är personer som är 65 år eller äldre, men det händer att enstaka yngre personer ”som inte passar någon annanstans” flyttar in.

För att beviljas plats krävs att personen har både missbruk och omvårdnadsbehov. Den som flyttat in kan bo kvar livet ut. Specialavdelningarna är utformade enligt omsorgsboendemodell och hyresgästerna har kontrakt på sina lägenheter och får dricka alkohol i den egna lägenheten. Däremot är det inte tillåtet att använda alkohol eller narkotika i de allmänna utrymmena. Periodvis har det förekommit mycket langning. I praktiken kan man inte bli vräkt från Mariekällgården och även de som inte betalar hyra får bo kvar (en situation som också förekommer på andra boenden i vår kartläggning). Personalen försöker dock uppmuntra hyresgästerna till att ansöka om god man

eller förvaltare för att få ordning på ekonomin och se till att avgifterna betalas. Personalgruppen utgörs främst av undersköterskor, enstaka med specialistkompetens i psykiatri.

Alla måltider ingår i avgiften och kan inte väljas bort, även om en del av hyresgästerna uttryckt önskemål om det.

Kavaljeren, Karlskoga

Kavaljeren är ett boende med särskild service för män med långvariga missbruksproblem och omsorgsbehov, flertalet har även erfarenhet av hemlöshet. Det finns sju platser och hyresgästerna är i åldersspannet 45-70 år. I Karlskoga finns även ett liknande boende för kvinnor och könssegregeringen motiveras utifrån risken att kvinnor utnyttjas om de bor på tillsammans med män.

De som bor på boendet kommer bland annat från kommunens härbärge, från gatan eller från egen bostad där hemtjänstens insatser inte räckt till. Natetid arbetar en person, som vid behov kan tillkalla ytterligare personal som arbetar i andra verksamheter i samma hus. Personalens uppgifter är skiftande. En del hyresgäster sitter i rullstol och behöver mycket hjälp med omvårdnad, medan andra främst behöver stöttning med att handla och styra sin vardag. Personalen arbetar också motiverande för att göra alkoholkonsumtion till en så oattraktiv aktivitet som möjligt. Det innebär att de motiverar till andra aktiviteter och försöker förhindra att hyresgäster dricker alkohol tillsammans. Om en person handlat alkohol försöker personalen se till att ingen annan går in till den personen och när så sker, knackar de på och ber besökaren gå in till sig. Det är tillåtet att ta med alkohol in på boendet, men man får inte dricka tillsammans och man får inte vara i gemensamma utrymmen om man är påverkad.

Målsättningen är att skapa ett så tryggt och stabilt liv som möjligt och att minska alkoholkonsumtionen. Kavaljeren har kontakt med Tellus, öppenvården, och det förekommer att personer håller sig nyktra längre perioder.

På boendet serveras gemensamma måltider som levereras från kommunens kök. Det är dock valfritt att betala matavgift och vid tiden för intervjun var det två personer som inte betalade, utan lagade egen mat. Det är en utma-

ning att få hyresgäster att betala för hyra och mat och därför försöker personalen motivera till att ansöka om god man som kan styra upp ekonomin och se till att avgifterna betalas.

Kallebäck, Göteborg

Kallebäck är ett boende med omsorgsboendemodell som öppnade 2015. Vid denna tid hade Göteborg redan ett boende av samma sort, Bergshöjd med 129 platser, men behovet av platser ansågs vid denna tid vara större än så. Kallebäck har 72 platser och målgruppen är män och kvinnor från 50 års ålder med omsorgsbehov samt aktivt missbruk, ibland i kombination med demens. Många av de boende har erfarenhet av hemlöshet och av tidigare misslyckade behandlingsförsök.

Huset har tre våningar och på bottenvåningen finns en kiosk, musikrum och ett enklare gym. De flesta av hyresgästerna som vi intervjuade 2017 och 2020 uppgav att de trivdes, även några klagade på tristess och tyckte att hyran och matavgiften var för hög. Det är tillåtet att ta med alkohol in i huset och dricka i den egna lägenheten. Däremot krävs nykterhet vid sociala aktiviteter.

Personal finns på plats dygnet runt och ger hyresgästerna vård och omsorg och måltider serveras i gemensamma matsalar (eller på en bricka i lägenheten för den som föredrar det). Personalen är utbildad i samtalsmetoden MI och lågaffektivt bemötande. Syftet med MI är inte att motivera till minskad alkoholkonsumtion (det ses som individens ensak), utan att motivera hyresgäster till ett värdigt liv genom att till exempel få dem att duscha, städa sin lägenhet eller spara pengar för att köpa skor och kläder.

Under 2019 gjordes en satsning på att utbilda personalen i Vanguardmetoden, för att förändra arbetssättet och tydligare fokusera på det som hyresgästerna tycker är viktigt.

4. Lärdomar och utmaningar

Nedan beskrivs lärdomar och utmaningar som vi har identifierat i våra studier. Därefter sammanfattar vi rapportens huvudresultat och ger rekommendationer.

I diskussionen om utmaningar bör boendenas karaktär av sistahandsalternativ hållas i minnet. Specialiserade stöd- och omsorgsboenden har tillkommit för att minska skador och lidande hos personer som hamnar mellan stolarna och blir föremål för olika akuta insatser. Med utgångspunkt i vår enkät uppfattar vi intresset för att skapa fler boenden av denna typ som relativt stort i kommunerna, jämte önskemål om ökad samverkan och bättre kunskap om missbruk och komplexa problem inom äldreomsorgen. Kritiska reflektioner och beskrivningar av boendenas utmaningar måste sättas i relation till de problem som tillkomsten av boendena är tänkta att lösa.

Toleransproblematik I: Missbruk, langning, stölder och våld

Den massmediala rapporteringen om boenden för äldre med missbruksproblem har ofta haft ett positivt anslag. I fallet med Göteborgs boenden Bergsjöhöjd och Kallebäck har beskrivningarna ibland varit idylliserande, med uttryck som ”goa gubbar” och intyganden om att livet på boendena är fridfullt. En närapå motsatt bild har målats upp under återkommande vårdskandaler, där samma boenden beskrivits som ”Huset som gud glömde” (GP, 2017-07-19) och som laglösa platser med konflikter och kränkningar av personal. Båda bilderna har sin grund i boendenas verklighet.

Intervjuer med hyresgäster vittnar om att många av de ”goa gubbarna” bär på tragiska levnadsöden, med alkoholrelaterade hälsoproblem, trasiga relationer, barn som tagit avstånd, förlorade jobb, om kriminalitet och ekonomiska problem. Många, men inte alla, har erfarenhet av hemlöshet. Handläggare som placerar personer på dessa boenden tenderar att framhålla en slags idealklient: en person som ständigt hamnar på gatan och där inget, utom en placering på lågtröskelboende, funkar:

Jag har haft klienter som flyttat in och ut, korttidsboenden, man har försökt med drogfria boenden, behandlingshem, varit LVM-placerad, men inget funkar vilket gör att man hela tiden hamnar på gatan. Och det, alltså det som funkar till slut det är, det är Bergsjöhöjd (handläggare).

Nedan kommer vi att fokusera på utmaningar kring regler, missbruk, langning och kriminalitet. Boenden för personer som lever med ett aktivt missbruk kommer vara förknippade med aktiviteter som de flesta anser som moraliskt oacceptabla. Här finns en speciell utmaning som har att göra med personalens närvaro på platsen, samt det faktum att verksamheten har tillskapats och ordnats av det offentliga samhället. Detta ger insyn och kontroll, vilket gör det möjligt att stödja och hjälpa de personer som bor på platsen. Samtidigt gör denna insyn det möjligt att ifrågasätta missförhållanden som verksamheternas företrädare har känt till men inte lyckats hindra.

Utifrån de intervjuer vi genomfört är det tydligt att de som bor på boenden för personer med aktivt missbruk både accepterar och efterfrågar vissa regler som gäller bruk av alkohol och droger. Under intervjuerna beskrevs detta som en form av balans och utbyten. I verksamheter där det var tillåtet att konsumera alkohol i den egna lägenheten stödde de hyresgäster vi pratade med förbudet mot att dricka eller uppträda berusad i de allmänna utrymmena och på gemensamma aktiviteter. Förbudet accepterades vanligen med hänvisning till att det var tillåtet att dricka på det egna rummet. Hyresgästerna uppfattade situationen som rimlig och möjlig att anpassa sig till, utifrån ett slags ge och ta resonemang där också hänsyn till andra hyresgäster och allmän trivsel vägdes in. Samtidigt var det uppenbart att många bröt mot de allmänna reglerna, vilket flera av de vi intervjuade retade sig på (Jönson et al., 2021).

På några av de boenden vi studerade var det inte tillåtet att föra in alkohol och hyresgästerna var tvungna att blåsa i en alkometer om de skulle delta i de gemensamma måltiderna. På andra boenden var det tillåtet att föra in och dricka alkohol i egna bostaden, men inte i sällskap av andra. I termer av balans mellan för och nackdelar nämnde hyresgäster att de själva minskat sitt drickande på grund av begränsningarna, vilket de såg som mycket positivt. De personer vi intervjuat på boenden med införselförbud berättade att de brutit mot reglerna och smugglat in alkohol i huset, men att de trots det tyckte att reglerna var bra:

Hade jag fått druckit fritt här inne då hade jag ju inte kommit så långt som jag gjort just nu. För nu dricker jag två öl om dagen alltså och gått ner från, ja jag drack väl både starksprit och mycket mer öl förr i världen. Men nu håller jag mig till två öl.

Citatet kommer från en 82-årig man som nästan varje dag begav sig till Systembolaget, köpte två öl och drack dem på torget intill. Hans synsätt har en tydlig idé om riktning: att han kommit framåt. Hyresgästernas stöd för införselsförbud var emellertid inte utan reservationer och en intervjuperson tyckte att det kändes lite förnedrande att vara 70 år och inte få lov att ta en öl framför Tv:n. Hyresgästerna såg ändå bestämmelsen som rimlig, med hänvisning till den lugna stämningen samt att de kunde dricka på annan plats. Med det sagt förekom konflikter vid visitationer och kontroller uppfattades som förnedrande. Särskilt gällde detta för den som enligt egen utsago varit nykter i flera år, men som alltså ändå var tvungen att blåsa i alkometern.

På flera av boendena använde hyresgäster narkotika, framför allt cannabis, men det förekom även benzodiazepiner och opioder samt injektionsmissbruk av amfetamin. Personalen berättade att de valde att ”titta bort”, dvs. fokusera på uppdraget att ge service och omvårdnad, i situationer där de kom in på rum där någon använde narkotika. Det skifte av inriktning mot stöd och omsorg som verksamheterna hade innebar alltså att användning av narkotika accepterades så länge det skedde i den egna bostaden. Att uppträda narkotikapåverkad under sociala aktiviteter kunde också accepteras om personen exempelvis blev glad och aktiv, dvs inte uppvisade några problematiska symtom (Harnett & Jönson, 2022).

Den tolerans som ofta ses som nödvändig inom verksamheter för personer som är fortsatt aktiva i sitt alkohol- och drogberoende resulterar dels i att vissa personer som tidigare inte använt narkotika i någon särskild omfattning börjar göra det efter att de flyttat in. Dessutom kan verksamheterna alltid ifrågasättas av externa aktörer, i synnerhet om någon missbruksrelaterad incident inträffar. Det händer att någon blir våldsam, att hyresgäster langar narkotika inne på boendet och att personer avlider som direkt följd av missbruket. Toleransproblemtiken kom också till uttryck i intervjuer med handläggare, ansvariga för att placera personer på boendena. I många fall beskrevs en placering som den enda möjliga lösningen för personer som inte klarade kraven

för andra boenden. Men det fanns också fall där handläggarna beskrev boendena som direkt livsfarliga för personer som inte kan stå emot alkohol utifrån risken att supa ihjäl sig:

Det är liksom, ursäkt liknelsen, men att bo där, det, det är liksom som om du skulle vara sockerberoende och bo på en godisfabrik, liksom det, det finns knark, det finns alkohol, det finns liksom vad du än vill ha, finns på dom boendena och mina klienter berättar om den psykiska pressen av att bli erbjuden saker på väldigt återkommande basis. Så att, för, för en person, jag hade en klient, som skulle flyttat in där i, i december nu 2019 och, och det blev inte det, just med hänvisning till att han kämpar för att hålla sig nykter och han helt enkelt bara inser att; jag kommer dö här. Och, och jag håller med. Jag är så för det beslutet. Och, och det avbröts, så han hamnade på ett annat ställe, vilket är mycket, mycket bättre för just den klienten (handläggare).

Toleransproblematiken gällde inte bara alkohol och narkotika, utan även kriminalitet. När vi gjorde intervjuer på ett boende frågade vi personalen vad hyresgästerna gjorde om dagarna och fick då svaret: "Våra boende jobbar!" Det som avsågs var inte yrkesarbete, utan kopparstölder och försäljning av stöldgods. Samma uppgifter känner vi igen från flera boenden. Någon har ett 20-tal bärbara datorer på sitt rum men hävdar att det är frågan om en gåva. Förmodligen är detta stöldgods, som alltså förvaras på kommunens boende. Det är svårt att se hur politiker skulle kunna försvara verksamheter där det försiggår bruk och försäljning av narkotika, förvaring och försäljning av stöldgods etc., men sådant tenderar att förekomma när personer som har ett aktivt missbruk samlas.

En av de internationella studierna lyfter en problematik som vi känner igen från våra egna intervjuer, nämligen att personer som bryter mot regler om hot, våld och droganvändning ibland tillåts att bo kvar, eftersom en utskrivning skulle föra tillbaka personen i den hemlöshet som inskrivningen på boendet var tänkt att lösa (McCann et al., 2017). Några av de fall vi sett där personer har avhysts på grund av våld och liknande har lösts genom tillfälliga eller permanenta boendeplaceringar i samma kommun. En utskrivning från Bergsjöhöjd har exempelvis kunnat resultera i tillfälligt boende på härbärge eller permanent boende på Kallebäck.

I relation till den här utmaningen ser vi i första hand två behov. Det ena handlar om att etablera en realistisk bild inom den egna organisationen av

boendenas problematiska sidor. Detta för att undvika en utveckling av skilda verklighetsuppfattningar, där framför allt beslutsfattare blir alltför okunniga om förhållanden som i någon version alltid kommer att finnas på dessa boenden. Det andra behovet handlar om att förebygga moraliska glidningar mot en tolerans som blir skadlig för boende och personal. Den situationen nämnades av flera personer som vi intervjuade, i kommentarer om vårdskandalen på Kallebäck 2017. Så menade exempelvis en av kuratorerna att den vardagliga toleransen för hot och aggressioner hade blivit för hög och att den massmediala skandalen trots allt innebar att frågor om personlig säkerhet lyftes. Chefen på ett boende i en annan stad konstaterade uppgivet att hans personal ”får stryk” av hyresgäster. De kunde få en snyting eller en ölflaska i huvudet och chefen visste inte vad han skulle göra eftersom det är svårt att arbeta med lågaffektivt med personer som är aggressiva på grund av narkotikapåverkan.

Flera boenden tillhandahåller handledning och metodstöd till personal, men långt ifrån alla. Vi rekommenderar användning av någon form av verktyg som gör det möjligt att mäta och följa upp sådant som ”klimat”, tolerans för kränkningar, aggression, hot etc. i boendemiljön. Ihop med ett uppföljningsarbete skulle den typen av verktyg kunna motverka utvecklingen av lokala kulturer med moraliskt oacceptabla inslag. Här spelar möjligheten att avhysa hyresgäster till andra alternativ i fall av hot och våld in. Samtidigt kan det alltså tydliggöras att vissa aktiviteter som i många sammanhang skulle anses oacceptabla måste tolereras inom ramen för den givna insatsen.

De hyresgäster som vi intervjuat har vanligen varit negativt inställda till begränsningar; de har uppskattat att de kan fortsätta dricka utan att riskera att bli vräkta eller att någon ifrågasätter deras konsumtion. En man uttryckte det som att ”ett boende där man inte får dricka i sin lägenhet, det är översitteri i mina ögon”.

Den tillåtande hållningen gör dock att personal ställs inför utmaningar där de bevitnar personer som försöker hålla sig nyktra eller minska sitt drickande, men misslyckas eftersom platsen de bor på flödar av alkohol och narkotika. Det finns alltid någon som kan sälja och alltid någon granne som vill ha dricksällskap och personalen ska inte lägga sig. En personal liknade boendets destruktiva gemenskap vid Anonyma Alkoholister, men tvärtom:

Men alltså AA där har man gemenskapen för att sluta men här blir nästan gemenskapen att fortsätta. För det hör man ju många gånger i korridoren att det är så här ”ska du inte komma in och ha en öl?” och så står det då en person som

är nykter där och försöker, jag kan verkligen se det hur dom då försöker kämpa: ”nej, nej”, ”kom igen nu, kom in till oss sen när du snackat färdigt med henne, kom in nu”, ”nej, nej, nej” och sen ändå så ser man att då kommer man in där. För då blir det gemenskapen igen. För att då kanske dom är tre i den lägenheten som sitter och dricker och så ska du stå ensam som nykter... alltså på samma sätt som på AA, där är dom ju då nyktra och kommer du in då full då blir du ju den då som är outsider. Så då kanske dom kan hjälpa och säga ”ah, men va fan, sluta och drick, liksom kom igen nu, försök vara nykter igen”. Så här blir ju gemenskapen stark fast åt ett annat håll.

Forskaren Evy Gunnarsson (2010) har i flera studier kritiserat att självbestämmandet ges för stor tyngd när det gäller äldre personers rätt att fortsätta med sitt missbruk och synsättet återspeglas även bland personal vi intervjuat på boenden. En chef på ett boende med stödboendemodell menade att den starka självbestämmanderätten i praktiken innebär rätten att supa sig till döds:

Vi hade ju en man som bodde på första våningen... [--] han dog ju här, han söp ju ihjäl sig i princip. Men när jag pratade med socialsekreteraren efter så säger hon ”alltså vi skulle ju aldrig ha satt honom på detta boende, men var skulle vi satt honom?” För socialtjänsten har ju bara nyktra boenden, han hade ju straffat ut sig direkt.

Citatet illustrerar självbestämmandets kontextbundenhet. Mannen fick själv bestämma när och hur mycket han skulle dricka. Men när han utövade sitt självbestämmande bodde han på en plats där alkohol var tillgängligt dygnet runt, bland personer med liknande livsstil. Hade mannen supit ihjäl sig om han bott i en vanlig lägenhet med boendestöd och hemtjänst? Det vet vi inte. Men platsen spelar roll och på boendet förekom både smuggelsprit och narkotika. För personalens del var tillgängligheten en källa till frustration och man efterlyste boendalternativ för dem som ville dricka mindre, vilket mannen i det aktuella fallet alltså inte ville. Sedan finns det exempel på situationer där begränsningsåtgärder kan resultera i skada. I våra intervjuer berättade personal att reglerna på boenden med införselsförbud att hyresgäster gick ut i vinterkylan för att dricka och den som ertappades med att försöka smuggla in sprit kunde hålla i sig allt på en gång för att slippa lämna flaskan ifrån sig:

Jag har hittat typ en kvarting vodka och ska ta den ifrån honom och säga liksom att den här får du ju inte ha med dig in det vet du. Och då bara precis tar han den och bara klunkar i sig hela (personal).

Alkoholpolicyn är en tröskel, men hur hög ska den vara? Även om många faktorer spelar in för sådant som ordning och trivsel, så tycks boenden där det inte är tillåtet att konsumera alkohol på plats möta färre utmaningar som gäller missförhållanden än de boenden där detta är tillåtet. Samtidigt innebär den högre tröskeln att vissa personer helt enkelt kommer att avböja ett erbjudande om inflyttning, eftersom de inte kan acceptera villkoren. Risker är att ett boende som är tänkt som ett sistahandsalternativ i praktiken blir ett alternativ för en mer avgränsad grupp. Internationellt har fenomenet benämnts ”creaming”, vilket alltså innebär att verksamheter väljer eller attraherar de personer som är mest motiverade, har lättast problem etc. På de boenden vi studerat skulle detta kunna gälla personer som är utagerande, eller som på grund av psykisk ohälsa har svårt att samsas med andra i kollektiva miljöer. En chef beskrev att det hänt att personer, tackat nej till platsen när de fått klart för sig vilka regler som gällde på platsen: ”Man kanske inte riktigt klarar av just de här regelverket att man liksom inte får droga hemma och det kan ju vara så.”

Till skillnad från de boenden där det är tillåtet att ta med alkohol in i huset och dricka i den egna lägenheten, har boenden med införselförbud en tydlig inriktning mot förändring för att minska de boendes alkoholkonsumtion. Men inriktningen har ett pris i form av uteslutning av personer som inte klarar kravnivån.

Toleransproblematik II: Autonomi mot omsorgsbehov

Hur ska individens självbestämmande värderas i relation till insatser som syftar till att förebygga skada och förnedring? Den här frågan har såklart en direkt koppling till möjligheten att använda alkohol och droger inne i den egna lägenheten.

Situationen med avvägningar och skador av olika typ utgör ett etiskt dilemma – autonomi står mot nytta. Dilemmats konkreta uttryck fick medial

spridning i januari 2020 då missförhållanden på Bergsjöhöjds boende uppmärksammades. Flera fall av möjlig vanvård förekom. Fyra lägenheter var så smutsiga att de blivit sanitära olägenheter, och två av hyresgästerna hade inte duschat under lång tid. Situationen sågs som så pass allvarlig att verksamheten skickade en Lex Sarah anmälan om allvarliga missförhållanden till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). Anmälan och de tidigare rapporter som upprättats enligt Lex Sarah pekade mot brister i stödet till hyresgäster med särskilda behov. Ansvariga pekade på att målgruppen var komplex och att en del inte ville ha hjälp av personalen. Också huvudskyddsombudet resonerade om denna balansgång utifrån rådande lagstiftning:

Tvinga någon att duscha får man bara göra under tvångslagstiftning, men här bor de enligt SoL (socialtjänstlagen). Däremot, poängterade Pettersson, bör det finnas en plan med sköterska och gruppchef för att motivera personen att duscha, samt att personalen dokumenterar motivationsförsök och när personen i fråga vägrar. (GP 2020-02-25).

Den här balansgången har varit närvarande under våra intervjuer och besök i olika verksamheter, liksom när vi gjort telefonintervjuer med verksamhetsföreträdare. Vi har genomfört intervjuer i lägenheter där det syns spår av avföring på golv och sängkläder, där matrester och annat lockat till sig flugor och där både lägenheten och hyresgästen luktar illa på grund av bristande rengöring och hygien. De flesta lägenheterna har varit inrökta och i många har det funnits brännmärken från cigaretter på golvet vid sängen samt på nattduksbordet. Rökning i sängen är en brandfara, men rätten att röka i sin egen bostad respekteras. Om hyresgäster inte städar sin lägenhet kommer detta att respekteras tills det att en annan överenskommelse görs. Likaså har den enskilde rätt att avsäga sig hjälpinsatser, vilket kan ske av en rad olika skäl. IVO anmälan från Bergsjöhöjd gällde huruvida vissa hyresgäster fått tillräckligt stöd eller i form av motiverande insatser om de lämnats till sitt öde med hänvisning till att de avböjt hjälp.

I kartläggningen har vi bland annat kommenterat måltider, som ingår på vissa boenden medan det i andra fall ligger på hyresgästerna att laga sin egen mat. På boenden där måltider inte ingick prioriterade många hyresgäster bort maten och lade istället pengar på alkohol och droger. Personal på dessa boenden vittnade om hur vissa for illa på grund näringsbrist och att några hy-

resgäster kunde gå dagar utan att äta. Personalen försökte motivera hyresgäster till att lägga undan pengar till mat, veckohandla, laga storkok och medverka i matlagning. Men att laga mat kraftigt alkoholpåverkad kan innebära brandrisker och enstaka boenden hade återkommande problem med bränder och brandkårsutryckningar flera gånger per vecka. Paradoxalt nog fick maten ett stort fokus i motivationsarbetet på boenden med stödboendemodell just på grund av att måltider inte ingick i basutbudet. När vi ställde frågor om mat på ett boende med denna modell uttryckte en man i 80-årsåldern att han brukade värma något i kastrullen, ibland en korv och ibland något annat. På frågan om han inte värmdde upp mat i mikrovågsugn svarade han att han inte visste hur man gjorde, utan han höll sig helt till spisplattorna. En annan man beskrev ett upplägg för att ta vara på den mat som slängdes i soptunnor vid stadens snabbmatsrestauranger.

Hyresgäster på boenden där måltiderna ingick mot en månadsavgift var försäkrade tre mål mat om dagen, men flera var å andra sidan kritiska till vad de såg som ett intrång mot deras autonomi. Flera önskade att de kunde välja bort matpaketet och istället laga mat i det egna pentryt. Motivet var att matpaketet uppfattades som dyrt och vissa var övertygade om att de själva kunde skapa ett billigare arrangemang.

Obligatoriska matpaketet mot en måltidsavgift kan ses som ett sätt att försäkra sig om att hyresgästerna får i sig (näringsriktig) mat och tvinga dem att prioritera mat framför inköp av alkohol. Samtidigt är det en begränsning av autonomin, där det normala är att vuxna personer själva får bestämma vad och när de ska äta. Personal på boenden där maten var hyresgästernas ansvar motiverade upplägget med att boendet bestod av ”vanliga lägenheter” och det normala är att man lagar sin egen mat.

Här blir frågan om jämförelser till människor i allmänhet aktuell. Normalitet kan ses som en fråga om att kunna bestämma när och vad man ska äta, men också som en fråga om normala måltidsvanor, det vill säga att dagligen äta näringsriktig och varierad mat och att inte äta sådant som man hittar i soptunnor. Den som bor på ett boende där måltider ingår begränsas i sina möjligheter att bestämma över sina matvanor, men kommer å andra sidan att leva ett liv med måltidsvanor som liknar vanorna hos människor i allmänhet. Den som bor på ett boende där måltider inte ingår kan, likt människor i allmänhet, själv bestämma när och vad de vill äta, med följden att många väljer att dricka alkohol istället för att äta.

Frågan om normalitet handlar inte bara om mat, utan kommer även till uttryck i andra sammanhang. Ett exempel, åter med hänvisning till IVO-anmälan från Bergsjöhöjd, gäller det normala i att bestämma över sin kropp och när man ska tvätta sig kontra frågan om att ha en normal hygien, det vill säga inte gå med intorkad avföring och lukta illa på ett sätt som andra reagerar på.

När vi intervjuat hyresgäster om innebörden av målbegrepp som värdighet och livskvalitet har de framför allt hänvisat till acceptansen för det egna självbestämmandet. Rätten att sköta sig själv och slippa insatser av tvingande, övertalande och motiverande karaktär. Att slippa krav på förändring var det som gjorde att man trivdes, menade många av de vi intervjuat:

Men så länge det är som det är, och jag äter mig mätt varje dag och får sköta mig själv och ingen stör mig så, så, vilket är fallet. Så är det okej. Och det är det inte, det är ingen som, det är inga pekpinningar eller någon som talar om på det viset så det, det, så det är väldigt bra (hyresgäst)

Flera av de hyresgäster vi intervjuat menade att frånvaron av krav innebar värdighet och att de kände sig respekterade för ”den jag är”.

Vad ska hyresgästerna kunna avstå från, inom ramen för den insats de beviljats? I hur hög grad ska självbestämmandet accepteras när det motverkar den situation som insatsen är tänkt att åstadkomma?

På flera boenden lät vissa hyresgäster som hade pension bli att betala avgiften för hyra, mat och omsorg, men blev inte vräkta eftersom det saknades andra rimliga boendalternativ. Därmed hade de ungefär 10 000 kronor att använda till alkohol och droger varje månad. I det här fallet ingick alltså mat i avgiften, så hyresgästerna fick sina måltider och det var troligen därför som situationen accepterades. Självbestämmandefrågan gällde de lagliga möjligheterna att rekvirera pension för någon som vägrade att låta detta ske, samt valet att inte vräka hyresgäster som inte följde de ekonomiska överenskommelserna.

Situationen illustrerar komplexiteten i boendenas vardag, där den logik om att få bära konsekvenserna av sina handlingar som vanligen används i resonemang om autonomi inte tillämpades eftersom vräkning skulle innebära hemlöshet.

Paternalistiska institutionskulturer

Mot den typ av autonomi som kommenterats i relation till användning av alkohol och droger och ohälsosamt socialt problematiskt agerande, står det problem som brukar benämnas som paternalism (Eliasson-Lappalainen, 1995). Det vill säga just det problem som många skadereducerande arrangemang distanserat sig ifrån. Här finns det både historiska och organisatoriska förhållanden att tänka till om. De historiska förhållandena rör traditionerna inom institutionsvård, som ofta varit avskiljande, underordnande och avhumaniserande. I våra intervjuer har flera av boendenas hyresgäster beskrivit erfarenheter av olika typer av ingrepp i den personliga integriteten, som de menat att det nuvarande boendet står som en bra kontrast till. Såna upplevelser behöver inte referera till förlegade institutionstraditioner utan det kan handla om regler för nykterhet och skötsel vid tidigare behandlingsvistelser. De organisatoriska förhållandena kan förstås utifrån Goffmans (1961) begrepp totala institutioner. Det rör sig om avskilda platser, med rutiner och uppdelade roller där självbestämmande och individualitet står under konstant hot.

På ett boende beskrev en företrädare ett kulturskifte i hur boendets hållning till hyresgästerna hade förändrats. Under lång tid hade boendet haft en tydlig institutionskaraktär. Det fanns interna regelsystem, det förekom varningar och det delades ut fickpengar. Det upplägget hade boendet nu distanserat sig ifrån, vilket en del personal hade svårt att acceptera med hänvisning till att självbestämmandet innebar att hyresgäster for illa. På ett annat boende beskrev den företrädare vi intervjuade att vissa hyresgäster åkte med permobil till Systembolaget. Om det visade sig att de kört berusade blev de framtagna nycklarna till permobilerna under en månads tid. Detta är ett exempel på en typ av lokal ordningsregel som tillkommit för att minska och förhindra en typ av farlig rattonykterhet. Samtidigt som den här typen av bestämmelser kan vara nödvändiga på en plats där ordningen ständigt utmanas så finns det en risk. Lokala regler och sanktioner som tillkommit för att stävja olämpligt eller skadligt agerande som drabbar den enskilde, andra hyresgäster och själva verksamhetens ordning kan efterhand bilda ett system där verksamheten är hårt reglerad och personalens roll är att se till att reglerna efterlevs.

Specialiserade boenden är platser där mål om autonomi och inflytande över den egna vardagen balanserar mot risken att människor far illa inom

ramen för ett samhälleligt iscensatt omhändertagande. Boendena är kollektiva miljöer, där brist på respekt för andra och för boendets allmänna miljö kan skapa en otrivsamt och hotfull miljö för andra de som bor och arbetar på platserna. Den situationen har manifesterats i vårdskandaler av den typ som uppträdde i Göteborg 2017, då Kallebäck beskrevs som laglöst, utifrån den dramatiska tidningsrubriken ”Huset som Gud glömde”. Samtidigt finns det alltså en risk att regler som utvecklas organiskt och efterhand resulterar i alltför stora inskränkningar i de enskildas rätt till självbestämmande och inflytande över vardagen. Risken att den totala institutionen återuppstår är något som verksamheterna aktivt måste förhålla sig till.

En heterogen målgrupp

En vanlig berättelse i mötet med personal ser ut ungefär så här: Förr var det mest ”gubbar” med alkoholproblem som bodde på platsen, men nu är fler yngre och har problem med narkotika och psykisk ohälsa. Den här typen av berättelse hör ofta samman med resonemang om svårigheter att möta den nya klientgruppens komplexa behov. I de intervjuer vi genomfört med hyresgäster har det också framkommit en del avståndstaganden framför allt från personer som enbart använder alkohol, och som menar att de som använder narkotika är opålitliga och farliga. Beskrivningarna illustrerar en övergång som skett under de senaste årtiondena och som påverkar verksamheterna i hög grad. Det faktum att många använder narkotika har som nämnts skapat särskilda problem i förhållande till boendenas policy, med tanke på att narkotikabruk är olagligt och att användning av narkotika är förknippad med langning.

Begreppet klientelblandning hämtar vi från historiska studier av svenska ålderdomshem och det avser en problematisk blandning av personer med skilda problembilder och behov som tillkommit av praktiska skäl. På äldre tiders ålderdomshem kunde det handla om att mindre kommuner hade en enda institutionsliknande byggnad – ålderdomshemmet – där personer som man inte hade annan plats för kunde hamna. Själva fenomenet består i en diversifiering av målgruppen som kommer av att rum i en institutionsliknande byggnad tenderar att fyllas upp av personer som samhället av olika skäl har svårt att ge hjälp i den egna bostaden.

I vår kartläggning beskrevs förändringar av målgruppen av flera verksamhetsföreträdare. I några fall hade personer som inte alls haft någon problematisk användning av alkohol placerats på boendena. I andra fall hade målgruppen vidgats till att inkludera personer som var svåra att placera på andra platser, eller helt enkelt möjliga att placera på de aktuella boendena eftersom de åldersmässigt tillhörde målgruppen. Det betyder att boenden som tillkommit som en slags sistahandsalternativ kommit att användas för personer som är över en viss ålder och har problem med alkohol och droger. I något fall uttryckte företrädaren att boendet ”blivit en slasktratt”.

I Göteborg finns två stora omsorgsboenden för personer med omfattande missbruk och komplexa behov. Fram tills nyligen har dessa haft plats för 129 + 72 personer. År 2021 initierade Göteborgs stad en utredning av verksamheterna där målgruppens karaktär stod i fokus. I utredningen konstaterades att målgruppen hade vidgats bortom den ursprungliga beskrivningen. I kartläggningen uppskattades 74% av hyresgästerna tillhöra den tänkta målgruppen. Övriga fördelade sig som hyresgäster vars behov bedömdes möjligt att tillgodose inom ordinärt/socialt boende med stöd i kombination med hemtjänst/hemsjukvård, samt hyresgäster som bättre skulle få sina behov tillgodosedda på ett vanligt äldreboende. Vad kartläggningen illustrerar är tillgången på platser för personer över 50 år med komplexa problembilder riskerar att leda till en ansamling av personer som kunde ha fått sina behov bättre tillgodosedda med andra lösningar. Det var den problematiken som Göteborg hanterade i med 2021 års utredning. Samma problematik har nämnts av flera representanter under vår kartläggning i relation till förändringar i problembilden hos de som tas emot.

En annan typ av förändring gäller åldrandet. Åldrandet innebär i allmänhet en nedgång i funktioner och även om det finns stora individuella variationer så betyder det att personer som flyttar till ett boende när de är 60 år i allmänhet har en försämrad hälsa när de är 70 år, vilket personalen på något av boendena såg som en utmaning mot verksamhetens upplägg. Boendena är utformade för att kunna tillgodose behoven hos personer som får sämre hälsa men det finns en gräns där ett vanligt äldreboende eller demensboende bättre tillgodoser individens behov.

Sedan finns det en motsatt förändring, där hyresgästernas hälsa förbättras. Den förändringen handlar om att personer som levt med ett omfattande missbruk kan få en bättre hälsa när tillvaron blivit mer stabil. En mer kontrollerad

användning av alkohol och droger, en bättre dygnsrytm med återhämtning, näringsriktig mat kan göra att funktionsnivån efter en tid är bättre än när vid inflyttningstillfället. I en av intervjuerna i kartläggningen uttrycktes detta som att personer ”piggar på sig”, och för boendet innebar detta en utmaning eftersom dessa hyresgäster blev betydligt mer aktiva i kriminell verksamhet. Men samma förändring kan också göra att personalen behöver ägna mindre tid än beräknat till omsorgsinsatser, eftersom hyresgästerna klarar sig själva i högre grad än när de flyttade in.

Vägar vidare saknas ofta

De verksamheter vi har studerat kännetecknas av möjligheten att bo kvar under lång tid, ofta fram till döden. Detta skapar en trygghet och stabilitet. Men det finns en baksida. Går det ens att flytta? Under arbetet med denna rapport fick vi ett frustrerat mail från en person med uppdrag som förvaltare åt en kvinna på ett omsorgsboende. Kvinnan hade blivit drogfri. Hon ville inte bo tillsammans med andra som hade ett aktivt missbruk och hade ansökt om en träningslägenhet. Kommunen avlog ansökan med motiveringen att hon fick sina behov tillgodosedda på sitt nuvarande boende och att ingen nöd förelåg eftersom hon inte var bostadslös. Förvaltaren menade att kvinnan var ”fast” på ett missbruksboende, trots att hon var drogfri och hade helt andra behov jämfört med när hon flyttade in.

Situationen är inte unik och illustrerar risken att fastna, både som medlem i kategorin ”missbrukare” och på själva boendet. Det är inte bara hyresgäster som uttryckt frustration, utan även personal, som menat att ansvariga handläggare slentrianmässigt tänker att den som bor på ett stöd- och omsorgsboende inte kan förändras: ”Det är tråkigt deras inställning, att man redan stämplar dem härifrån att ’nej, du dricker du kan aldrig ändra dig’” (personal).

I våra nära 60 intervjuer med hyresgäster framgår det att många känner sig tillfreds med att bo kvar på boendet livet ut. Men alla känner inte så. Vi har träffat förtvivlade personer som vill flytta, men som inte kan, trots att de är nyktra eller dricker måttligt. En del ångrar sin inflyttning eller får ändrade förhållanden som gör att de önskar annat boendalternativ. Flera hyresgäster har sagt att de lurats att acceptera boendet som en tillfällig placering i ett mer akut läge men att arrangemanget sedan permanentats.

Det tycks ofta saknas planering från socialtjänsten för de personer som flyttat in på boendena. Detta har flera olika orsaker. När en person som levt med hemlöshet och missbruk kommer in på ett stöd- och omsorgsboende innebär detta att den tid som socialsekreterare och socialförvaltning måste lägga ned på olika insatser minskar. Det är bland annat detta som gör att boendena uppfattas spara resurser. Incitamentet att planera för förändring blir dock lågt. Många av stöd- och omsorgsboendenas hyresgäster har hyresskulder och en historia av anmärkningar från hyresvärdar och uppfattas därför som lågt prioriterade bland alla de som behöver bostad. Särskilt tydligt blir detta i de större städerna där bostadsbristen är stor.

Rätten att bo kvar på en plats är dubbelbottnad. För många innebär den en känsla trygghet, men för andra bli den en fastlåsning. På boendena finns personer som blivit vräkt på tidigare boenden när de inte kunnat hålla sig till reglerna. Att få bo kvar, även om man dricker, väsnas och inte betalar hyran, skapar trygghet. Men boendets tillåtande ansats riskerar att försvåra för den som faktiskt vill flytta därifrån. I många fall finns ingen tanke om ett ”nästa steg”, utan boendet betraktas som livets sista anhalt, även för den som är 50 år gammal. En undersköterska beskrev situationen i termer av vanmakt:

Och sen kan jag tycka att vägen vidare är lite tungrodd. Om man nu har några som vill göra en förändring då vet vi inte heller, på samma sätt som vi inte vet var de som missköter sig ska ta vägen, då vet vi inte heller riktigt vad gör vi med dom som vill vidare som faktiskt vill vidare och jag vill göra en förändring nu. Då finns det ingen tydlig riktning där heller...

Utifrån genomgången ser vi fem olika sätt att lämna de specialiserade stöd- och omsorgsboendena:

- 1) Döden,
- 2) Demens och flytt till demensboende,
- 3) Vräkning på grund av misskötsamhet,
- 4) Flytt på grund av att själva boendet lägger ned, samt
- 5) Planerad flytt, tex via kommunens boendetrappa.

Döden

På många boenden bor majoriteten tills de dör. Den som har varit placerad längst på Bergsjöhöjd hade bott där i 27 år när vi genomförde vår studie. En hyresgäst pratade om framtiden som att ”enda vägen ut är i kista” och en annan pratade om boendet som ”dödens hus”:

Fattar du inte det att det är dödens hus, vi sitter här och väntar på att vi ska dö!
Och så är det om man ska vara ärlig. Jag bor ju här bara för att jag vet att jag ska kola vippen.

Andra hyresgäster kallade boendet för ändhållplats eller sista anhalt. Även om det fanns personer som var frustrerade, uttryckte flertalet en slags pragmatism över sakernas tillstånd. Att bo kvar på platsen livet ut sågs av en del som en konsekvens av det liv man levtt, som innehållit många vistelser på behandlingshem, härbärgen och fängelser.

Demens och demensboende

Med stigande ålder ökar risken att drabbas av demens och i synnerhet för den som använder alkohol i större mängder. Personer med demens passar ofta inte in på boendena och vanligen saknas demenskompetens hos personalen. Samtidigt kan det vara svårt att få plats på demensboende för den som inte minskar sitt drickande. Medan en del fortsätter att dricka, glömmer andra bort att de har ett beroende när demenssjukdomen utvecklas.

Personer med demens skapade flera utmaningar på boendena: de krävde resurser från personalen och riskerade att bli lurade på både pengar och alkohol av andra hyresgäster. På Tulpangården i Trollhättan berättade chefen att de hade problem med att personer med demens släppte in besökare nattetid. Nästa dag hade de glömt att de gjort det.

Boendena skiljer sig avsevärt gällande demenskompetens och resurser. Lönngården i Malmö har lägenheter där omsorg sköts av stadsdelens ordinarie hemtjänst och den ordinarie personalen arbetar endast dagtid på vardagar. Kallebäck i Göteborg är relativt nybyggt och kan tillhandahålla ungefär samma service som ett vanligt äldreboende. Där har det också förts diskussioner om att erbjuda intern flytt, till en riktad avdelning i samma hus, för personer med demens. På Papegojlyckan, som är ett särskilt boende i Lund,

finns en specialavdelning för personer med komplex demensproblematik, däribland alkoholdemens. Det som exemplen illustrerar är skilda nivåer på olika boenden för när flytt på grund av demens inträder.

Vräkning på grund av misskötsamhet

Vräkning på grund av misskötsamhet är ovanligt, även när personer inte betalar hyra eller bryter mot regler för alkohol- och narkotikaanvändning. Men det går att bli vräkt. Typfallet handlar om att utsätta andra för våld eller hot. Möjligen kan också vistelser som avslutas på grund av att hyresgästen döms till fängelse också räknas som vräkning. När personer vräkts löses situationen i regel genom flytt till annat boende eller härbärge. Som exempel har någon av de personer som inte kunnat bo kvar på Bergsjöhöjds boende i Göteborg flyttat till Lilla Bommens akutboende, medan någon annan flyttat till ett permanent boende på Kallebäck. Situationen skiljer sig såklart beroende på vilka alternativ som finns i den aktuella kommunen.

Nedläggning av boendet

Boenden läggs ned av olika skäl. Själva huset kan ha blivit för omodernt. Målgruppen kan ha minskat så att det inte längre är meningsfullt att driva ett boende med särskild inriktning. Kommunen kan ha ändrat sin policy på ett sätt som påverkar verksamheter av detta slag. Ett exempel är Uddevalla, där nämnden 2023 beslutade att Lyktans boende skulle läggas ner inom ett år och att hyresgästerna skulle ges nya boendelösningar. Motivet var att boendet ansågs för dyrt i drift och att målgruppen förändrats. Vad som skulle hända med hyresgästerna var inte klart, men det fördes diskussioner om Bostad Först, omsorgsboenden och mer tillfälliga lösningar utifrån enskilda individers behov. Det vi har sett är att större kommuner har flera boendelesternativ av både tillfällig och permanent karaktär och vistelsen på ett enskild boende påverkas av dynamiken i detta system.

Planerad utflytt

Företrädare på flera boenden betonar att det är möjligt att flytta vidare, men att det är svårt att hitta alternativ. När personal och hyresgäster berättar om planerad utflytt är det framför allt träningslägenheter eller andra stödboenden som diskuteras. I sällsynta fall flyttar personer till en lägenhet på den reguljära bostadsmarknaden, ibland till en partner. Det finns också enstaka personer som fått en lägenhet genom Bostad Först.

Ett exempel på hur det kan gå till är BoA-gården i Norrköping, där tanken är att den som klarar dagliga rutiner och inte längre har ett missbruk ska flytta vidare. Men i praktiken fungerar det inte så. Många känner sig trygga i huset och vill inte flytta därifrån, trots att deras missbruk upphört. De som vill flytta, blir ändå ofta kvar längre än det är tänkt, eftersom de inte lyckas hitta en bostad. När flytt blir aktuell handlar det framför allt om verksamhetslägenheter där man kan koppla in både hemtjänst och boendestöd. Men ibland blir flytten kortvarig och det händer att personer flyttar ut från specialiserade boenden, återfaller i missbruk, blir vräkta och får flytta tillbaka igen.

Det finns också exempel där den planerade flytten påbörjas redan på boendet, i de fall där det finns avdelningar med olika kravnivåer. På Hjortens boende i Örebro har man till exempel inrättat ett antal lägenheter med krav på nykterhet. Dessa lägenheter kallas för Hjorttronet. Personalen på Hjorten arbetar tydligt med att se vad ”nästa steg” är och den som vill försöka leva ett nyktert liv kan bo i en nykter lägenhet där det finns krav på att lämna urinprov och blåsa i alkomätare. Den som klarar nykterheten kan beviljas ett annat boende av kommunen. Hjortens boende är en del i ett större system med olika boendevalternativ, vilket inte är fallet i mindre kommuner.

Under intervjuer vi haft med handläggare som beviljat plats på Bergsjöhöjd och Kallebäck beskrivs en tidigare tradition där socialtjänsten helt lämnat över ansvaret för hyresgästernas situation till boendena. Numera är det bestämt att varje hyresgäst ska ha en plan med mål för boendet, men för många finns ingen sådan plan och det saknas upparbetade kontakter mellan hyresgäster och socialsekreterare. Det finns också regler om att handläggare ska göra årliga uppföljningar, men handläggarna själva uppger att det saknas tid för detta.

Utmaningen här handlar om hur den totala institutionens avskiljande från omvärlden skapas genom att kontakterna och vägarna till omvärlden skärs av

genom att de externa hjälpinstanserna drar sig undan. Den som en gång kommit in på boendet får mycket svårt att komma vidare. Detta beror delvis på personens egna problem och förmågor, men det är uppenbart att organisationen av insatserna också bidrar till situationen. Ett krav om planering och uppföljning är ett tydligt steg i rätt riktning. Det behövs mer etablerade relationer och tydligare kanaler för kommunikation mellan de boende och deras socialsekreterare. Ett minimikrav för ett specialiserat boende bör vara att det finns någon slags väg vidare, förutom att dö, drabbas av demens eller bli vräkt.

Är det möjligt att tala om utfall?

Är det möjligt att tala om evidens för lågtröskelboenden, där hyresgästernas situation är komplex och det är oklart hur ett bra resultat ska definieras? Vad är i så fall utfallet? Ett bra resultat kan handla om att konflikterna på boendet är få och att miljön inte är alltför orolig. Målet för hyresgästerna är ofta formulerat som att ”klara sitt boende”. Nedan ska vi visa att frågan om utfall inte nödvändigtvis behöver handla om minskad användning av alkohol och droger, utan att en mängd andra förbättringar kan identifieras och följas upp.

Som nämnts tidigare finns det evidens för att samordnade insatser med systematiska uppföljningar förbättrar stabiliteten för personer med komplex beroendeproblematik (Lundgren et al., 2023). Ur detta går det att dra slutsatser som handlar om personalkontinuitet och relationer. Ett boende med hög personalkontinuitet, dvs. där hyresgäster och personal känner varandra väl, har större möjligheter att bidra till kontinuitet och samordning än ett större boende med låg bemanning. När hyresgäster och personal har etablerade relationer blir bemötandet personcentrerat med ökade möjligheter att påverka i stunden och på längre sikt.

Vad är ett bra utfall? Vilka mål ska ställas upp? Att klara att bo kvar? Gäller detta i så fall också när hyresgästen vill flytta? Att få en mer ordnad situation? Att äta näringsriktig mat regelbundet? Är målet att bidra till den värdighet och det välbefinnande som socialtjänstlagen nämner som äldreomsorgens etiska grund? Kanske inte ett värdigt liv, men en dräglig tillvaro, menade någon i personalen vi intervjuade. När vi har intervjuat hyresgäster har beskrivningarna skiftat. Många har kopplat värdighet och välbefinnande

till rätten att bestämma över sig själv, vilket de uppfattar att de kan göra på boenden där det är tillåtet att dricka alkohol och ta droger i den egna bostaden. Både bland personal, handläggare och hyresgäster har det förekommit resonemang där värderingen av situationen på boendet ställts i jämförelse till ett tidigare liv som hemlös och olika exempel på lidande och förnedring. I andra fall har hyresgäster reflekterat över den nuvarande situationen som en tragedi och gett exempel på tidigare perioder i livet då deras boendesituation varit mycket bättre.

Under en av våra intervjuomgångar bad vi de hyresgäster vi träffade att svara på de fem frågorna i WHO:s Välbefinnandeindex (WHO-5). Frågorna värderas från 0-5 och handlar om den subjektiva upplevelsen av livet under den senaste två veckorna. Det summerade värdet (0-25) multipliceras med fyra vilket gör det möjligt att få värden på mellan noll och hundra. Ett värde under 50 brukar ses som en indikation på brister i välbefinnande och ett värde under 28 indikerar depression (Omani-Samani et al., 2019). Tjugosex hyresgäster svarade på frågorna. Spridningen var stor – en person angav noll på allt och en person angav fem på allt. Nio respondenter hade värden under 50, fyra hade värden på eller under 28. Är detta ett mått på insatsens utfall? Det är svårt att säga och vi har valt att inte betrakta den lilla undersökningen av välbefinnande på det sättet. I några fall var det svårt att få ihop svaren på de fem frågorna med den situation som hyresgästen beskrev. Flera beskrev under intervjun att de befann sig en svår situation, men svarade sedan att det mesta bra när de fem indexfrågorna ställdes. Den respondent vars svar adderades till hundra mötte vi vid ett senare tillfälle då han verkade ha svår ångest. Stod hans tidigare positiva svar för att han varit påverkad av centralstimulans? Eller handlade skillnaden om periodiska förändringar i hans psykiska ohälsa? Eller om tiden på dygnet då vi mötte honom?

Vad vi vill betona som lärdom är att enstaka mätningar av välbefinnande är svåra att värdera och välbefinnandet tycks variera starkt mellan dagar och perioder. Detta för oss tillbaka till betydelsen av kontinuitet, personkännedom och relationer när eventuella mål följs upp.

Mål om ökad livskvalitet och återhämtning

I den rapport som författats av McCann med kollegor (2017) listas ett antal mål av subjektiv karaktär, som författarna vill se kompletterade med objektiva utfallsmått. I ungefärlig översättning är de subjektiva målen:

- Ökad trygghet/säkerhet (fysisk, psykisk och social).
- Förbättrad hygien och näringsintag.
- Medverkan/följsamhet i hälsovård, stabilisering av mental hälsa och kontroll över symtom.
- Övergång från reaktiva till proaktiva hälsoinsatser.
- Känsla av att tillhöra – att höra hemma.
- Ökad självkänsla och respekt för andra.
- Små steg mot kontroll över missbruket, personlig omvårdnad, medicin och pengar.
- Erfarenhet och engagemang i liv som är mer ”normalt”, dvs inte domineras av alkohol och droger.
- Att ha ambitioner och hopp för framtiden, med ökad egenmakt och mindre stigma.
- Ökad involvering i samhället.
- Förbättrade relationer med familj och vänner.

De mål som McCann med kollegor listar utgör enligt vår mening en bra bas för ett långsiktigt förändringsarbete men här finns utmaningar. En betydande faktor i återhämtningsprocesser är det sociala nätverket och forskning visar att personer med sociala nätverk där det inte förekommer missbruk, har större chans till en lyckad återhämtningsprocess. Omvänt gäller att den som har ett nätverk där personer som normaliserar missbruk har svårare att återhämta sig (Best et al., 2016). Är det möjligt att tala om återhämtning på boenden där mål om nykterhet och drogfrihet har ersatts av en ambition att ge stöd och omsorg? Boenden som samlar personer med långvarig missbruksproblematik och samtidigt accepterar dem som aktiva i sitt missbruk tillhandahåller få möjligheter till att släppa beroendeidentiteten. Den gemensamma aktiviteten

för de som bor på dessa platser handlar om att dricka alkohol och det saknas sociala nätverk som kan inspirera till andra identiteter. Samtidigt kommer många av de som flyttar till boendena från sammanhang där alkohol och droger varit än mer dominerande och i ljuset av det erbjuder boendena flera återhämtande aspekter i form av egen bostad, måltider och viss omsorg.

Ett tema som sällan diskuteras i internationella avrapporteringarna om låg-tröskelboenden rör den skam och det stigma som är förknippat med beroende av alkohol och droger, och med att bo på en plats för personer med missbruksproblem. Kan hyresgäster få hjälp i att minska känslor av skam och öka självkänslan? Med utgångspunkt i de intervjuer vi genomfört har vi identifierat olika försök som hyresgäster själva verkar ta till för att minska stigmat och uttrycka stolthet över sig själv och platsen (Harnett & Jönson, 2021). Den som bor på Kallebäck, bor på ett *äldreboende*, vilket gör det möjligt att beskriva sig som pensionär med äldreomsorg, en normaliserande benämning. Det var också möjligt att identifiera flera avstigmatiserande tekniker som hyresgäster använde, exempelvis beskrivningar av personalen, maten eller olika aktiviteter och faciliteter som särskilt bra, dvs. något att berätta om med stolthet. Flera intervjupersoner introducerade också en typ av skalor där boendet hamnade högt jämfört med tidigare platser de bott på, vilket i den internationella litteraturen om stigma benämnts ”rekalibrering” (Ashforth & Kreiner, 1999). Verksamheter av det här slaget kan ge hyresgästerna möjlighet att identifiera positiva särdrag som kan beskrivas med stolthet. Det kan, utifrån vad vi har erfarit, handla om ett välutrustat musikrum, någon form av populär utflykt (konserter, idrottsevenemang), erkänt bra mat eller något annat som gör det möjligt att beskriva platsen på ett positivt sätt. Den typen av beskrivningar gör det möjligt för hyresgästerna att utveckla positiva identiteter – de är personer som bor på ett ställe med många fördelar. Insatser som syftar till förbättrad livskvalitet och återhämtning kan alltså handla om annat än användningen av alkohol och droger. Resonemang om uppföljningar och utfall måste därför handla om både den enskilde och om platsen och gå bortom frågan om rätten att få fortsätta använda alkohol och droger.

Vill de som bor på specialiserade stöd- och omsorgsboenden delta i en planering med formulering och uppföljning av den typ av mål som nämnts ovan? Att förutsätta att personer som nått en viss ålder inte är kapabla eller intresserade av förändring är en form av ålderism och att skapa arrangemang som bygger på sådana föreställningar utgör institutionaliserad uppgivenhet

(Järvinen, 2001). Samtidigt finns det en risk att ett förändringsinriktat upplägg inte är vad den enskilde hyresgästen önskar. Det är lätt att projicera sina egna föreställningar om vad som är en oönskad livssituation på stöd- och omsorgsboendenas hyresgäster. Flera av de hyresgäster vi har intervjuat har varit tydliga med att de vill bli lämnade ifred och de angav just detta som innebörden i begreppet *värdighet*. De ville inte bli föremål för omgivningens försök att förändra dem och hänvisar till tidigare försök av det slaget. Här återkommer frågan om ålder. Finns det en ålder när individens ovilja att medverka i planering av insatser som syftar till förändring ska respekteras? Det beror på en mängd faktorer och hyresgästernas vilja och tankar förändras såklart också över tid. Det är dock svårt att se att en 55-åring ska bo i flera årtionden på ett stöd- och omsorgsboende utan att få möta frågor om hur subjektivt upplevda förbättringar skulle kunna komma tillstånd.

5. Slutsatser och rekommendationer

Specialiserade boenden för äldre med långvarigt missbruk kan betraktas som lovande praktiker i bemärkelsen att de ger ett stadigvarande boende och stöd till personer som levt under svåra omständigheter, och som samhället haft svårt att finna bra lösningar till. De flesta hyresgäster som vi har pratat med har sagt att de i huvudsak trivs på boendet, men en del har vantrivts och vill flytta. Bland de som trivs åberopas – jämte fördelar på nuvarande boendet – ofta erfarenheter av att sova ute, och att delta vård- och boendearrangemang som upplevts som dåliga. Det kan ha handlat om strikta regler, men också om kaos, våld och hot från andra på samma plats.

De boenden vi har undersökt ger stöd och omsorg utifrån olika nivåer, där den modell vi benämnt omsorgsboendemodellen utgörs av boenden med ett socialt och medicinskt omhändertagande. Hyresgästerna betalar hyra och matavgift samt en avgift för omvårdnadsinsatser. Omvårdnadspersonal finns i regel på plats dygnet runt och ibland räknas boendet formellt som ett äldreboende. En andra modell benämner vi stödboendemodellen, vilket är boenden som har som utgångspunkt att hyresgästerna ska klara sig själva med visst stöd och tillsyn.

I rapporten har vi relaterat boendena till ett harm reduction perspektiv, som karaktäriseras av ett pragmatiskt förhållningssätt – vissa personer använder alkohol och droger på ett skadligt sätt och kommer inte att upphöra med detta – samt en betoning av människors självbestämmande. På boendena accepteras att hyresgästerna fortsatt använder alkohol och droger och fokus läggs på att ge stöd, mat, omsorg och omvårdnad. Graden av tolerans varierar. Det finns boenden där det är förbjudet att föra in alkohol och där hyresgästerna blåser i alkometer innan de deltar i gemensamma aktiviteter. I andra änden finns boenden där alkohol och droger kan föras in och konsumeras i den egna bostaden, enskilt eller tillsammans med vänner och andra som kommer på besök och där personalnärvaron och möjligheten att uppmärksamma skadligt bruk är låg.

Boendena står inför utmaningar som närmast kan betraktas som villkor. En uppenbar utmaning handlar om individens självbestämmande. Harm reduction handlar om att minimera skada utifrån tanken att boendenas acceptans gör det möjligt för personer som inte vill eller kan sluta använda alkohol och droger att ändå få en plats att sova och bo på, med mat, socialt stöd och omsorg. Samtidigt kan toleransen resultera i en situation där individen skadar sin egen hälsa genom missbruk, i extrema fall så mycket att det leder till döden. Boendena utgör dessutom kollektiva miljöer där enskilda hyresgäster behöver ta hänsyn till andra. Vad vi har sett är att hyresgästerna vanligen accepterar vissa inskränkningar utifrån ett balanstänkande – exempelvis att det inte är tillåtet att dricka i dagrummet men det är tillåtet i den egna bostaden. På boenden där det inte är tillåtet att föra in alkohol har motsvarande balanstänkande avsett den lugnare miljön på platsen samt upplevelsen av att själv ha minskat missbruket på grund av policyn. Samtidigt är det uppenbart att regler ofta utmanas och bryts av hyresgästerna.

Boenden för personer med långvariga och omfattande problem har historiskt sett utgjort totala institutioner, dvs. platser som är avskilda från det övriga samhället och som upprättar sina egna regler och hierarkier. Här har en utveckling sedan flera årtionden handlat om att minska institutionskaraktären, vilket varit tydligt på de boenden vi studerat. De som bor på platsen räknas som hyresgäster, deras självbestämmande betonas även när de riskerar att skada sin egen hälsa. Planeringen av den enskildes vistelse är heller inte boendets primära angelägenhet, utan tanken är att ett uppdrag formuleras från den handläggare som beslutar om placeringen. Vistelsen är därefter tänkt att följas upp genom kontakter och genomförandeplaner. På ett boende beskrev kuratorn detta som ett kulturskifte där kuratorsrollen tidigare hade handlat om att distribuera fickpengar och sköta planeringen, men som numera innefattade stöd och råd för olika externa kontakter. Här finns det en utmaning som handlar om att inte återupprätta den totala institutionens avskildhet och regelsystem. Utifrån den enskildes bästa och platsens bästa finns det alltid behov av att införa olika regler och rutiner och sådana är nödvändiga. Risken är dock att ett boende stegvis utvecklas mot en total institution av mer traditionell karaktär.

En andra utmaning handlar om det omgivande samhällets bristande engagemang i de personer som flyttat in på boendena. I många fall vet inte hyres-

gästerna vem som är deras handläggare vid socialförvaltningen. Våra intervjuer med handläggare speglar detta, dvs. att kunskapen och relationerna är bristfälliga. Personer ärvs som klienter vid handläggarytten och motivationen att besöka, planera och bygga relationer blir låg i de fall då vistelsen inte föregåtts av en längre kontakt. Detta bidrar också till det problem vi uppmärksammat – nämligen att de hyresgäster som vantrivs eller inte längre har behov att boendet inte får hjälp att planera för ett annat alternativ.

Rekommendationer

Det är viktigt att erkänna boendena som utmanande miljöer, som varken ska idylliseras eller utmålas som förskräckliga platser. Detta gäller inte minst för beslutsfattare som ofta är de som ställs till svars när brister uppdragats. Platserna har uppdraget att minska skador och ge trygghet men ett antal utmaningar är närvarande och verksamheterna kan alltid ifrågasättas utifrån dessa. Vi ser behov av två typer av system för uppföljning och i båda fallen är hyresgästernas delaktighet och inflytande avgörande.

Inom *continuity of care* modellen är samordning, systematisk uppföljning och planering centrala delar (Lundgren et al., 2023; SOU 2021:93). Även om en flytt till specialiserat boende innebär ett skifte av fokus jämfört med tidigare behandlingsförsök, så behövs det system för individuell uppföljning. Det behövs också ett tydligare engagemang och ansvar för uppföljning från socialtjänsten, som är den aktör som i dagsläget har detta ansvar. I den rapport av McCann (et al., 2017), som vi redogjorde för i rapportens första del, finns det exempel på vad individuell uppföljning skulle kunna innefatta. Uppföljningsarbete behöver inte nödvändigtvis handla om att jobba systematiskt mot fler nyktra perioder eller minskad användning av något preparat. Ett återkommande resultat i Lundgrens (et al. 2023) genomgångar av systematiska utredningar är att många som svarar på frågorna ser positivt på att få sin situation belyst. Den återkommande uppföljningen är alltså en möjlighet till dialog där hyresgästerna får komma till tals omkring sin situation, sina erfarenheter, uppfattningar och önskemål.

Det andra systemet för uppföljning rör själva platsen. De boenden vi undersökt har ofta gått igenom förändringar som kommit ur erfarenheter och

skiften i problem hos de hyresgäster som flyttar in. Det finns en risk att boendenas allmänna miljö blir tillåtande och gränslös på ett sätt som gör att människor far illa. Men det finns också en risk att regler och rutiner, som var och en verkar rimliga, adderar upp sig till en total institution. Platserna behöver utvärderas. Vem är boendet till för (och inte)? Erbjuds rätt nivå av omsorg/stöd/service? Ska exempelvis måltider ingå i paketet eller kunna väljas? Hur fungerar policyn kring alkohol och droger? Vilka regler och rutiner finns för allmän trivsel i miljön? Vilket ”klimat” råder? Hur ser relationerna mellan boendet om närmiljön ut? I systemet för uppföljning måste hyresgästerna involveras och ges inflytande. Boendena utgör hyresgästernas hem, men är också arbetsplatser för personalen och platser där hänsyn behöver tas till andra hyresgäster på boendet och till boendets närmiljö.

I båda dessa fall av uppföljning har relationerna mellan personal och hyresgäster stor betydelse och boendena bör därför överväga att arbeta utifrån ett genomtänkt system med kontaktpersoner. Här kan den utredning och de anvisningar som avser fast omsorgskontakt inom hemtjänsten användas för att utveckla rollen avseende ansvar, arbetssätt och behov av kompetens (SOU 2020:70; Socialstyrelsen, 2022).

Stöd och omsorg utgör en bas som är väl förankrad i ett harm reduction-tänkande, även om detta vanligen inte är uttalat. Men hur ser målen ut för enskilda hyresgäster, bortom mer allmänna formuleringar om att klara boendet? Vi rekommenderar en systematik i målsättningsarbetet som involverar hyresgästen och andra viktiga aktörer i samverkan. Inspiration kan hämtas från befintliga upplägg med fokus på återhämtning och med den *continuity of care* modell som förespråkats för personer med samsjuklighet (SOU 2021: 93). Men målsättningsarbetet är en balansakt och måste göras med hänsyn till önskemål från de som bor på specialiserade boenden. Många förknippar förändringsambitioner med krav och misslyckanden och trivs på platsen just på grund av att de inte behöver förändra sig.

Givet de utmaningar specialiserade boenden står inför är det viktigt att bedriva fortsatta studier av deras verksamhet, både med fokus på deras hyresgäster och på själva platsen. Sådana studier bör utgå från de etiska och pragmatiska frågor som vi diskuterat i anknytning till harm reduction, men även undersöka metoder som syftar till återhämtning och förändring.

Referenser

- Ahlner, F., Skoog, I., & Waern, M. (2018). Alkohol och äldre–eftersattfråga hos våra vanligaste patienter. *Läkartidningen*, 115, E77S.
- Ashforth, B. E., & Kreiner, G. E. (1999). "How can you do it?": Dirty work and the challenge of constructing a positive identity. *Academy of management Review*, 24(3), 413-434.
- Bartels, S. J., Blow, F. C., Van Citters, A. D., & Brockmann, L. M. (2006). Dual diagnosis among older adults: Co-occurring substance abuse and psychiatric illness. *Journal of Dual Diagnosis*, 2(3), 9-30.
- Bathish, R., Best, D., Savic, M., Beckwith, M., Mackenzie, J., & Lubman, D. I. (2017). "Is it me or should my friends take the credit?" The role of social networks and social identity in recovery from addiction. *Journal of Applied Social Psychology*, 47(1), 35-46.
- Beijer, U., Scheffel Birath, C., DeMartinis, V., & af Klinteberg, B. (2018). Facets of Male Violence Against Women With Substance Abuse Problems: Women With a Residence and Homeless Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(9), 1391–1411.
- Best, D., Honor, S., Karpusheff, J., Loudon, L., Hall, R., Groshkova, T., & White, W. (2012). Wellbeing and recovery functioning among substance users engaged in post-treatment recovery support groups. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 30(4), 397-406.
- Best, D., & Laudet, A. (2010). The potential of recovery capital. RSA Projects. Royal Society for the Arts, London, England.
- Boeri, M., Whalen, T., Tyndall, B., & Ballard, E. (2011). Drug use trajectory patterns among older drug users. *Substance abuse and rehabilitation*, 89-102.
- Boman, U., Engdahl, B., Gustafsson, N. K., Hradilova Selin, K. & Ramstedt, M. (2006). Alkoholkonsumtionen i Sverige fram till år 2005. Forskningsrapport nr 39. Stockholm: SoRAD.
- Brocato, J., & Wagner, E. F. (2003). Harm reduction: A social work practice model and social justice agenda. *Health & Social Work*, 28(2), 117.
- Cacchione, P. Z., Eible, L., Gill, L. R. L., & Huege, S. F. (2016). Person-centered Care for Older Adults with Serious Mental Illness and Substance Misuse within a program of all-inclusive Care for the Elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 42(5), 11-17.
- Cummings, S. M., Bride, B., & Rawlins-Shaw, A. M. (2006). Alcohol abuse treatment for older adults: A review of recent empirical research. *Journal of evidence-based Social Work*, 3(1), 79-99.

- Duru, O. K., Xu, H., Tseng, C. H., Mirkin, M., Ang, A., Tallen, L., ... & Ettner, S. L. (2010). Correlates of alcohol-related discussions between older adults and their physicians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(12), 2369-2374.
- Eliasson-Lappalainen, R. (1995). *Forskningsetik och perspektivval*. Lund: Studentlitteratur.
- EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, (2010). *Treatment and care for older drug users – EMCDDA Selected issues*, Publications Office.
- Emerson, R. M. (1981). On last resorts. *American Journal of Sociology*, 87(1), 1-22.
- Goffman, E. (1961). *Totala institutioner. Fyra essäer om anstaltens sociala villkor*. Stockholm. Rabén & Sjögren. Första utgåvan.
- Gunnarsson, E. (2010). Vi får klara oss själva–Om hemtjänstens arbete med äldre personer som har missbruksproblem. Arbetsrapport Institutionen för socialt arbete. Stockholms universitet.
- Gunnarsson, E., & Karlsson, L.-B. (2017). Äldre, alkohol och omsorgsbehov: Biståndshandläggare om arbetet med äldre personer med missbruksproblem. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34(1), 43-56.
- Guttormsson, U. (2020) *Alkoholvanor hos äldre 2004–2021. Ett kunskapsunderlag med Monitormätningarna som bas*. CAN.
- Göteborgs stad (2021). *Fördjupad utredning Bergsjöhöjd och Kallebäck - Återrapportering av uppdrag*.
- Harnett, T., & Jönson, H. (2021). Enabling positive framings of stigmatised settings: a neglected responsibility for social work. *European Journal of Social Work*, 1-12.
- Harnett, T., & Jönson, H. (2022). ‘Wet’ eldercare facilities: three strategies on the use of alcohol and illicit substances. *Nordic Social Work Research*, 12(1), 1-14.
- Hunter, B., Lubman, D. I., & Barratt, M. (2011). Alcohol and drug misuse in the elderly. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(4), 343-343. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.549997>
- Jeynes, K. D., & Gibson, E. L. (2017). The importance of nutrition in aiding recovery from substance use disorders: A review. *Drug and alcohol dependence*, 179, 229-239.
- Johnson, B., Richert, T., & Svensson, B. (2017). *Alkohol-och narkotikaproblem*. Studentlitteratur.
- Järvinen, M. (2001). Institutionaliserad uppgivenhet - om utvecklingen av det danska behandlingssystemet. *Nordisk Alkohol och Narkotikatidskrift*, 18(2), 125-137.
- Jeynes, K. D., & Gibson, E. L. (2017). The importance of nutrition in aiding recovery from substance use disorders: A review. *Drug and alcohol dependence*, 179, 229-239.
- Jönson, H., & Harnett, T. (2019). Out of the ordinary: Media reports on wet eldercare facilities. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 36(4), 330-343.

- Jönson, H., Harnett, T., & Germundsson, N. (2019) Äldre hemtjänstmottagare med missbruksproblem. Lund: Social Work Press.
- Jönson, H., Højgaard-Bøytler, J., & Harnett, T. (2021). Finding a fair deal: Policies on alcohol and drugs at “wet” eldercare facilities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 108515.
- Kaplan, M. S., Huguet, N., Feeny, D., McFarland, B. H., Caetano, R., Bernier, J., Giesbrecht, N., Oliver, L., Ramage-Morin, P., & Ross, N. A. (2014). The association between alcohol use and long-term care placement among older Canadians: A 14-year population-based study. *Addictive Behaviors*, 39(1), 219-224.
- Karlsson, E. M. (2023). Om intern samverkan i kommunal förvaltning – kring äldre personer med psykiatrisk- och/eller missbruksproblematik. Nestor FoU-centers skriftserie nr. 3:2023.
- Karlsson, L. B., & Gunnarsson, E. (2018). Squalor, chaos and feelings of disgust: care workers talk about older people with alcohol problems. *Ageing & Society*, 38(8), 1624-1644.
- Kettaneh, A. A. (2015). Substance abuse among the elderly population: Overview and management. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 46(4), 11-17.
- Lee, HS, Petersen, SR. (2009) Demarginalizing the marginalized in substance abuse treatment: stories of homeless, active substance users in an urban harm reduction based drop-in center. *Addict Research Theory*;17:622–36.
- Lemke, S., & Moos, R. H. (2003). Outcomes at 1 and 5 years for older patients with alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(1), 43-50.
- Lindgren, L. (2008). Lägenhetsboendet Lönngården i Malmö. En utvärdering ur ett kvalitativt och samhällsekonomiskt perspektiv. Lund: Devinor.
- Lindgren, S.-Å. (1993). Den hotfulla njutningen. Att etablera drogbruk som samhällsproblem 1890-1970. Stockholm: Symposion graduale.
- Lundgren, L. (red.). 2023. Effektiv insatsplanering vid svår substansanvändning. Lund: Studentlitteratur.
- Lundgren, L., Wossenseged, B. J. & Sandlund, M. (2023) Biopsykosocialt perspektiv och implementeringsteori. I L. Lundgren (red.). Effektiv insatsplanering vid svår substansanvändning. Lund: Studentlitteratur.
- Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive behaviors*, 27(6), 867-886.
- Mattsson, E., Lindblad, M., Kneck, Å., Salzmänn-Eriksson, M., Klarare, A., & Women Advisory Board for Inclusion Health. (2023). Voices of women in homelessness during the outbreak of the COVID-19 pandemic: a co-created qualitative study. *BMC Women's Health*, 23(1), 11.
- McCann, M., Wadd, S., & Crofts, G. (2017). 'Wet' care homes for older people with refractory alcohol problems: a qualitative study. *Alcohol Research UK*.
- Morse, S. A., Watson, C., MacMaster, S. A., & Bride, B. E. (2015). Differences between older and younger adults in residential treatment for co-occurring disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 11(1), 75-82.

- Nellvik, H., & Piuva, K. (2014). En ny grupp missbrukare eller en ny fråga för äldreomsorgen?: En rapport omorganiseringen av insatser till äldre med missbruk/samsjuklighet i Ekerö och Sundbyberg. FoU Nordväst.
- Nordenfelt, L. (2010). Världighet i vården av äldre personer. Lund: Studentlitteratur.
- Omani-Samani, R., Maroufizadeh, S., Almasi-Hashiani, A., Sepidarkish, M., & Amini, P. (2019). The WHO-5 Well-Being Index: A Validation Study in People with Infertility. *Iranian Journal Public Health*, 48(11), 2058-2064.
- Oslin, D. W., Pettinati, H., & Volpicelli, J. R. (2002). Alcoholism treatment adherence: Older age predicts better adherence and drinking outcomes. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(6), 740-747.
- Oslin, D. W., Slaymaker, V. J., Blow, F. C., Owen, P. L., & Colleran, C. (2005). Treatment outcomes for alcohol dependence among middle-aged and older adults. *Addictive Behaviors*, 30(7), 1431-1436.
- Palm, J. (2009). "Man får inte supa ihjäl sig enligt svensk lagstiftning!": Svenska socialarbetares tal om bruket av tvångsvård. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 26(3), 277-293.
- Podymow, T., Turnbull, J., Coyle, D., Yetisir, E., & Wells, G. (2006). Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol. *Canadian Medical Association Journal* 174(1), 45-49.
- Rao, R., & Roche, A. (2017). Substance misuse in older people. *BMJ*, 358, j3885.
- Ramstedt, M., & Raninen, J. (2012). Alkoholkonsumtionen ökar bland äldre (the alcohol consumption increase among the elderly). *Alkohol Narkotika*, 3(4), e7.
- Ramstedt, M. (2009). Alkoholkonsumtion och skadeutveckling i Sverige 1995-2007. Missbruk och behandling, 8.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.
- Satre, D. D., Mertens, J. R., Arian, P. A., & Weisner, C. (2004). Five-year alcohol and drug treatment outcomes of older adults versus middle-aged and younger adults in a managed care program. *Addiction*, 99(10), 1286-1297.
- Satre, D. D. (2015). Alcohol and drug use problems among older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(3), 238-254.
- Scholten, W., Simon, O., Maremmanni, I., Wells, C., Kelly, J., Hämmig, R., & Radbruch, L. (2017). Access to treatment with controlled medicines rationale and recommendations for neutral, precise, and respectful language. *Public Health*, 153, 147-153.
- Searby, A., Maude, P., & McGrath, I. (2015). Dual diagnosis in older adults: A review. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(2), 104-111.
- Socialstyrelsen (2022). En fast omsorgskontakt i hemtjänsten. *Meddelandeblad* 2/2022.
- SOSFS 2012:3 (S). Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre. Socialstyrelsens allmänna råd.

- SOU 2020:70. Fast omsorgskontakt i hemtjänsten.
- SOU 2021:93. Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.
- Thiesen, H. (2007). Harm reduction focusing on severe alcohol misuse in Copenhagen. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 24(3), 280-287.
- Thiesen, H., Tanderup, L., Stavad, B., & Hesse, M. (2017). Healthcare Cost Reductions after Moving into a Wet Nursing Home Stay—A Case Series. *Geriatrics*, 2(4), 31.
- Tops, D. (2001). *A Society With or Without Drugs: continuity and change in drug policies in Sweden and the Netherlands*. Lund University.
- Vossius, C., Testad, I., Berge, T., & Nesvåg, S. (2011). The Stavanger wet house. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 28(3):279-282.
- Wossenseged, B. J. (2023). Missbruk bland äldre klienter. I L. Lundgren (red). *Effektiv insatsplanering vid svår substansanvändning*. Lund: Studentlitteratur.
- Wu, L.-T., & Blazer, D. G. (2014). Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review. *International journal of epidemiology*, 43(2), 304-317.

Specialiserade boenden för äldre med långvarig missbruksproblematik

I flera kommuner finns specialiserade boenden för personer som åldras med långvarigt missbruk och komplexa problem. På boendena ställs inte krav om nykterhet – fokus ligger på att ge stabilitet i livet, stöd och omvårdnad. Hyresgästerna kan bo kvar livet ut. Boendena är organiserade på olika sätt, både när det gäller stöd- och omsorgsnivå och regler för alkohol och droger på boendet.

I den här rapporten redovisas en nationell kartläggning av specialiserade boenden, samt fördjupade analyser som bygger på forskning och intervjuer med personer som bor och arbetar på boendena.

De specialiserade boendena ger hjälp till personer som ofta hamnat mellan stolarna, men det finns stora utmaningar. Hur ska rätten till självbestämmande vägas mot risken att individen far illa på en plats där alkohol och droger är så tillgängligt? Kan den som vill flytta vidare göra det eller blir man i praktiken fast på boendet? Ska det ens finnas förändringsambitioner på dessa platser?

Rapporten diskuterar utmaningar och presenterar rekommendationer för att utveckla boendenas verksamheter.



Tove Harnett
Docent i socialt arbete



Håkan Jönson
Professor i socialt arbete



LUNDS
UNIVERSITET

**SAMHÄLLS-
VETENSKAPLIGA
FAKULTETEN**

Research Reports in Social Work 2023:7
ISBN 978-91-8039-627-1