



Håkan Jönson (red.)

Perspektiv på utsatthet och problem under åldrandet

Kapitel 3: Är det något särskilt med äldres missbruksproblem? s 34-56

DOI: <https://doi.org/10.37852/oblu.183.c491>

Denna text är licensierad under CC-BY, Erkännande. (Se fullständiga villkor: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.sv>) Enligt licensen får verket spridas och bearbetas utan att tillstånd behövs, men verkets upphovspersoner måste anges.

ISBN: 978-91-7895-547-3

ISBN (elektroniskt): 978-91-7895-548-0

DOI: <https://doi.org/10.37852/oblu.183>

© Författarna och Social Work Press, 2022

Redaktör: Håkan Jönson

Adress: Social Work Press, Allhelgona kyrkogata 8, Box 23, 221 00 Lund

3. Är det något särskilt med äldres missbruksproblem?

Om komplexa lösningar och ålderistiska synsätt

TOVE HARNETT & JEANNE HØYGAARD BØYTLER

Inledning

Är det något särskilt med äldres missbruksproblem? Finns det en ålder då samhället bör ge upp ambitionen att ge behandling och i stället sträva efter att skapa ett värdigt liv? Är lågtröskelboenden där äldre får fortsätta missbruka en värdig och human lösning? Eller ett uttryck för ålderism där samhället ger upp ambitionen att förändra livet för äldre personer?

Det här kapitlet handlar om äldre med missbruksproblem och om samhällets förhållningssätt. Särskild uppmärksamhet riktas mot lågtröskelboenden som utgör kritiska fall där förhållningssätt och utmaningar tydliggörs. På boendena ges ingen behandling och den som flyttar in accepteras "som den är" och får fortsätta konsumera alkohol. Upplägget uppskattas i regel av de som bor där: de slipper krav på förändring, det finns personal som hjälper dem och de har samtidigt en egen dörr att låsa om sig. Hyresgästerna är en heterogen grupp, som inbegriper både 50-åringar och 90-åringar, män och kvinnor, före detta uteliggare och personer som haft kvalificerade yrken och en stabil situation. Många har haft långvariga missbruk, medan andra börjat missbruka senare i livet. Trots att målgruppen är brokig, skapar platsernas särart en gemenskap. Denna gemenskap handlar om alkohol, och i vissa fall narkotika, och för den som vill ta sig ur sin problematik kan själva platsen göra det särskilt svårt. Det är samhället som skapat dessa platser där äldre personer med alkoholproblem samlas ihop och där alkohol är ständigt närvarande. Lågtröskelboenden bygger på acceptans, men har också regler och är komplexa verksamheter.

Men innan vi fördjupar oss i dessa boenden, inleder vi med att ge en mer allmän bakgrund till hur samhällliga institutioner ser på äldres missbruk. Vi diskuterar betydelsen av ålder, hur äldres missbruk kommit att bli en fråga för äldreomsorgen och huruvida äldres alkoholkonsumtion överhuvudtaget är en fråga som det sociala arbetet bör lägga sig i.

Äldre personer har historiskt sett druckit väsentligt mindre alkohol än andra vuxna och äldre kvinnor har druckit minst av alla (Ramstedt & Raninen 2012). 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). 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).

Varför dricker då dagens äldre så mycket alkohol? Två typer av förklaringar brukar nämnas i sammanhanget. En handlar om den så kallade kohorteffekten där nya grupper av äldre åldras med andra slags alkoholvanor jämfört med tidigare generationer. Att ta några glas vin till maten har för många blivit en etablerad livsstil. För en del ökar också drickandet i samband med pensionering till följd av mindre krav och mer ledig tid (Ahlner, Skoog & Wearn 2018). En annan förklaring handlar om 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).

Men är just äldres alkoholkonsumtion något som det sociala arbetet bör lägga sig i? Många vuxna upplever att livskvaliteten ökar av att dricka vin eller öl tillsammans med vänner och att peka ut just äldre personers drickande som problematiskt skulle kunna ses som skuldbeläggande och ålderistiskt. Men att *inte* "lägga sig i" äldre personers skadliga alkoholkonsumtion kan också bli problematiskt. När regeringen 2021 angav mål för politiken för perioden 2021–2025 lyftes minskningen av äldres skadliga bruk av alkohol fram som ett särskilt

prioriterat område (prop. 2020/21:132). Även socialtjänstlagen beto-
nar att socialarbetare behöver ”lägga sig i”. I 5 kap. 9 § anges ett ansvar
att ”aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och
vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket”. Det
finns alltså ett tydligt uppdrag för socialtjänsten att hjälpa människor
till ett liv utan missbruk.

I det här kapitlet görs ingen åtskillnad mellan diagnosmanualernas
begrepp riskbruk, missbruk och beroende. I stället använder vi be-
greppen missbruk och alkoholproblem, benämningar som också an-
vänds i socialtjänstlagen och i vårdguiden. Kapitlet är uppdelat så att
första delen ger en mer allmän introduktion till ålderns betydelse vid
missbruk och till missbruk i äldreomsorgen. I den andra delen riktas
strålkastarljuset specifikt mot lågröskelboenden för äldre med lång-
varigt missbruk.

Missbruk och ålderns betydelse

Är det något särskilt med äldres missbruk? Bör äldre få andra insatser
än yngre? Och svarar yngre bättre än äldre på behandling? Svaret är
att ålder *kan* spela roll, men inte alltid på det sätt vi tror.

Ålder är i dag en central princip för att organisera stöd till personer
med missbruksproblematik. Den som räknas som ung vuxen får en
annan typ av stöd än den som räknas som vuxen och vissa insatser ges
enbart till den som betraktas som äldre. Organiseringen visar också
att betydelsen av ålder är beroende av sitt sammanhang. Lunds
kommun har till exempel en speciell enhet för personer mellan 18 och
24 år, medan Umeå valt att ha en enhet för personer mellan 12 och 22
år. I Göteborg finns lågröskelboendena Bergsjöhöjd och Kallebäck
som vänder sig till äldre med missbruk och med ”äldre” avses då
personer som fyllt 50 år. Denna ålderskategori används också i forsk-
ning om missbruk för att definiera ”äldre missbrukare” (Rao & Roche
2017). Betydelsen av ålder återspeglas även i alkoholpolitiken där de
ungas skadliga bruk traditionellt sett varit i fokus (Demant & Mage-
lund Krarup 2013), även om äldres situation fått ökad uppmärksam-
het (prop. 2020/21:132).

I politik och organisering framställs äldres missbruk som annorlunda yngres. Synsättet finns också hos professionella. Bland socialsekreterare finns det en uppgivenhet och ett motstånd mot att erbjuda mer krävande insatser, som till exempel 12-stepsprogram eller KBT-behandling, till just äldre (Gunnarsson & Karlsson 2018). Äldre ses som ovilliga till förändring och som några som ska "hållas under armarna", medan yngre ses som dem som samhället bör satsa resurserna på (Palm 2009).

Hur ser då sambandet ut mellan ålder och behandlingsprognos? I många avseenden kan äldres missbruk behandlas på samma sätt som yngres, men sambandet mellan ålder och behandlingsprognos är komplext. För det första behöver vi förstå skillnaden mellan att ha levt ett långt liv med alkoholproblem och att få problem först senare i livet.

Här finns en uppenbar risk att omgivningen blandar samman en äldre persons höga ålder med att ha ett långvarigt missbruk. Ett viktigt budskap är därför att ålder i sig inte spelar roll för behandlingsprognos. Äldre kan lära sig att dricka mer kontrollerat och äldre kan bli nyktra. En del interventioner mot missbruk ger till och med bättre resultat för äldre jämfört med yngre (Kuerbis, Sacco, Blazer & Moore 2014; Oslin, Pettinati & Volpicelli 2002). Däremot är prognosen sämre för personer som haft alkoholproblemen under lång tid (Poudel & Gautam 2017).

Majoriteten av dem som dricker mycket alkohol som äldre, har också gjort det tidigare i livet. Men ungefär en tredjedel inleder sitt problemdrickande först efter 60 års ålder, ofta i samband med en livsomställning som pensionering, sjukdom eller att bli änka eller änkling (Fingerhood 2000). För personer med denna problematik är behandlingsprognosen god (Dauber, Pogarell, Kraus & Braun 2018).

Spelar då åldern någon roll för upptäckten av missbruk? Ja, på flera sätt. Dels är det vanligt att sjukvården förbiser äldres missbruk och att symtomen tolkas som en del av det naturliga åldrandet (Johnson 2000). Dels är det svårare för omgivningen att märka när äldre personer har alkoholproblem. Den som är pensionär hamnar i färre situationer där omgivningen kan reagera och konfronteras inte av kollegor på arbetsplatsen (Jönson & Harnett 2015).

Äldreomsorgens förhållningssätt till alkohol

Under lång tid präglades både äldreomsorgens och samhällets förhållningssätt till alkohol av förbud och ransonering (Abrahamsson 2009; Allebeck 2004). Schablonbilden av äldreboenden som torrlagda platser har emellertid förändrats. Numera har de som bor på äldreboenden sina egna lägenheter och är fria att göra vad de vill, inklusive att dricka alkohol (Norberg 2014). Självbestämmandet är starkt och alkohol har blivit en symbol för det goda livet och ett sätt att tvätta bort associationer till fattigvård och institutionstillvaro. Ett boende med vinmingel och Irish coffee är fattigvårdens själva antites.

Jämte denna lustfyllda sida av alkohol, existerar också en annan och problemdrickandet skapar svårigheter för äldreomsorgens personal. Hemtjänsten vittnar om att de inte kan arbeta som planerat på grund av berusade brukare. Det kan handla om stökiga lägenheter, att torka spyor eller att känna sig otrygg när berusade personer blir aggressiva (Jönson, Harnett & Germundsson 2019). Forskaren Evy Gunnarsson, som under många års tid studerat ämnet, skildrar en situation där andra aktörer backar undan och lämnar hemtjänsten ensam kvar med ansvaret (Gunnarsson 2010). Hemtjänstens personal har emellertid varken kompetens eller resurser för att arbeta med själva missbruket, vilket leder till känslor av frustration: "Man slutar inte dricka för att man får städat", som omsorgspersonal krasst uttryckte det (Gunnarsson & Karlsson 2013). Samhället har inte utvecklat fungerande förhållningssätt och äldre med missbruk hamnar mellan stolarna. Äldreomsorgens uppdrag är inte att hantera missbruksproblem och missbruksvården riktar sig inte till äldre, åtminstone inte så länge personen själv inte söker sig dit. Svårast är situationen för de äldre som samhället förr benämnde som "kroniker", men vars problem vi i dag skulle benämna i termer av samsjuklighet. Problembilden med hög ålder, missbruksproblem och psykisk ohälsa passar dåligt ihop med de insatser som hjälpsystemet kan erbjuda. Även om det finns starkt stöd för integrerade verksamheter, är det en ovanlig företeelse i svenska kommuner. Behovet 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.

Inte bara i Sverige, utan även i många andra länder, är missbruk ett problem för äldreomsorgen. En systematisk forskningsöversikt från USA rapporterade att mer än var fjärde person på äldreboenden hade symptom på alkoholproblem (Johnson 2000). I en del länder får personer som bedöms oförmögna att sluta med sitt missbruk skadereducerande insatser i form av så kallade *managed alcohol programs* och ordinerar då alkohol i kontrollerade former. Programmen används i bland annat Australien, Kanada och Storbritannien, men inte i Sverige (Carver et al. 2021; Pauly et al. 2018). I Sverige finns en rad andra insatser som syftar till skadereducering av alkohol och droger. Ett exempel är lågtröskelboenden för äldre med missbruk, vilket vi nu ska fördjupa oss i.

Lågtröskelboenden: Tre modeller

Lågtröskelboenden är platser där samhällets förhållningssätt till äldre med missbruk tydliggörs och sätts på sin spets. Boenden av dessa slag finns i flera länder, med olika kravnivåer och med varierande omfattning på omsorgsinsatser (McCann, Wadd & Crofts 2017; Vossius, Testad, Berge & Nesvåg 2011). Ingen behandling tillhandahålls och den som flyttar in accepteras som aktiv missbrukare. Syftet är att ge ett värdigt liv, *med* alkohol, vilket innebär att individen erbjuds boende, omsorg och i de flesta fall måltider (Harnett & Jönson 2020). Hyresgästerna har samma rätt som andra medborgare att söka till missbruksbehandling, men det är ovanligt och personal på plats arbetar inte med själva missbruket. Däremot händer det att personer tvångsvårdas enligt LVM när missbruket går över styr och de riskerar att allvarligt skada sig själva.

Svenska lågtröskelboenden har i regel sin organisatoriska hemvist i äldreomsorgen, men undantag förekommer. Boendena skiljer sig åt gällande huruvida alkoholen är i fokus eller ej. Vissa modeller lägger fokus på alkoholen genom krav och begränsningar i alkoholkonsumtionen. Andra modeller ser alkohol som hyresgästernas ensak. På en del boenden tillåts de äldre att dricka alkohol i den egna lägenheten,

medan andra har alkoholförbud, men tillåter alkoholkonsumtion som sker utanför boendet. Modellerna skiljer sig även åt gällande institutionaliseringsgrad och grad av självbestämmande. Med institutionaliseringsgrad menar vi förekomsten av omsorgsinsatser och gemensamma aktiviteter, såsom måltider och sociala sammankomster. Verksamheterna är i regel organiserade på samma sätt som vanliga äldreboenden där hyresgästerna äter gemensamma måltider och med personal på plats dygnet runt. En del boenden bemannas dock endast dagtid och erbjuder inga gemensamma måltider (Harnett & Jönson 2020; Jönson, Højgaard-Bøytler & Harnett 2021). Baspersonalen utgörs av undersköterskor och vårdbiträden, men även sjuksköterskor och stödpedagoger finns på plats (Harnett & Jönson 2020). På flertalet boenden utför personalen traditionella omsorgsuppgifter, som att ge medicin, städa, tvätta, hjälpa till med egenomsorg, inköp och dagliga samtal. En del personal har utbildning i lågaffektivt bemötande (Elvén 2020) och MI (motiverande samtal).

Lågtröskelboenden utgör vad Emerson (1981) benämner som *last resort*, det vill säga en sistahandsåtgärd. Till skillnad från förstahandsåtgärder, som exempelvis att ge behandling till en person med missbruk, är sistahandsåtgärder det som återstår när alla andra alternativ är uttömda. Handläggare som beviljar flytt till lågtröskelboenden förväntas följaktligen rättfärdiga beslutet genom att visa att tidigare behandlingsinsatser prövats och misslyckats.

Men lågtröskelboenden skildras inte enbart som en icke-önskvärd sistahandsåtgärd, utan också som en human och pragmatisk lösning som ger värdighet och samtidigt minskar samhällsliga kostnader (Palm 2009; Jönson & Harnett 2019, 2020). I Sverige är boendena i allmänhet riktade till personer över 50 år som har ett allvarligt missbruk i kombination med omsorgsbehov, psykosociala problem och i vissa fall även hemlöshet i bagaget. Hyresgästerna har mycket varierande omsorgsbehov till följd av missbruket (Göteborgs Stad 2021) och beskrivs ofta som oförmögna att bo i ett eget hem och omöjliga att behandla (Harnett & Jönson 2020). Dessa boenden utgör i regel både en *sistahandsåtgärd* och livets *sista anhalt*. Den som en gång flyttat in på ett lågtröskelboende har få andra alternativ än att bo kvar till döden. Många personer bor därför på dessa boenden under lång tid, i en del fall i mer än 20 års tid och i en del fall även när missbruket upphört och när de önskar bo någon annanstans (Göteborgs Stad 2021).

På lågtröskelboenden prövas det sociala arbetets ledord. Platserna kan ses som kritiska fall av hur socialarbetare balanserar individers rätt till självbestämmande med risken att bli passiva åskådare till försummelse. Respekten för människors självbestämmanderätt betonas både i socialtjänstlagen och i äldreomsorgens nationella värdegrund, men socialarbetare har också ett ansvar att hjälpa personer bort från missbruk. Samtidigt finns politiska mål om att minska befolkningens totala alkoholkonsumtion, eller i vart fall hindra att den ökar (SOU 2017:113; Ekendahl 2011). Hur ska målsättningar av dessa slag förstås i relation till lösningar där äldre med missbruk placeras i samma byggnad och tillåts dricka fritt utan att någon behandling erbjuds?

I flera forskningsprojekt har vi genomfört intervjuer med äldre personer, personal och chefer på lågtröskelboenden för äldre med missbruksproblematik⁴. Intervjuer har även genomförts med handläggare med ansvar för att placera äldre personer på boendena. Med utgångspunkt i materialet diskuteras nedan tre modeller med olika grader av institutionalisering, olika fokus på alkohol och med varierande grader av självbestämmande. Modellerna benämns: *Klara-sig-självmodellen*, *Bergsjöhöjds-modellen* och *Begränsningsmodellen*.

Klara-sig-självmodellen

Lågtröskelboenden med klara-sig-självmodell har en låg grad av institutionalisering och en hög grad av självbestämmande. Personalens fokus är att hyresgästerna ska "klara" sitt boende, medan missbruket betraktas som den boendes ensak. Det är tillåtet att dricka hur mycket alkohol som helst. Personalen lägger sig inte i, så länge det sker i den egna lägenheten. Hyresgästerna förväntas handla och laga sin egen mat och inga gemensamma måltider erbjuds. Lönngården i Malmö är ett exempel på boende med denna modell⁵. Boendet riktar sig till personer över 50 år som lever med alkoholmissbruk och hemlöshet och i hyran ingår en serviceavgift för tvätt och städning. Personal är på

⁴ Jönson, H. (PI) *Specialist eldercare for people with substance abuse and complex needs: Promising practices or institutionalized ageism?* Forte (Dnr: 2019-01149)

⁵ Lönngårdens verksamhet flyttade 2022 till nya lokaler i en annan stadsdel. Eftersom verksamheten är känd under namnet Lönngården används detta i texten.

plats under dagtid på vardagar och entrén bemannas dygnet runt av en väktare. Personalen är skötare och vårdbiträden och deras arbetsuppgifter handlar om att stötta hyresgästerna och hjälpa till med praktiska saker, såsom att städa, tvätta, betala räkningar, handla och gå till läkare. De som behöver omsorgsinsatser får hjälp av hemtjänstpersonal.

Klara-sig-självmodellens låga institutionaliseringsgrad gör att hyresgästerna kan bo på platsen utan särskilt mycket inblandning av personal, vilket har beskrivits som ett sätt att öka deras självständighet (Lindgren 2008). Modellen kännetecknas också av en hög grad av självbestämmande där alkoholmissbruk accepteras under "kontrollerade och värdiga former" (Lindgren 2008). I intervjuer uttrycker hyresgäster stort stöd för upplägget, men många efterfrågar sociala aktiviteter. Modellen innebär att var och en själv får bestämma vad de egna pengarna ska användas till. När pensionen betalas ut väljer många att köpa alkohol och cigaretter, medan matinköp kommer i andra hand. Ett upplägg med matavgift och gemensamma måltider är inget som intresserar dem vi intervjuat. Tvärtom, så ses boendets modell som ett sätt att få bestämma över sin tillvaro:

För jag äter ju när det passar mig. Ibland passar det ju inte mig att äta mat förrän klockan åtta, nio på kvällen. (Hyresgäst)

En man berättar att han hittar mat i soptunnor vid stadens snabbmatsrestauranger, en annan att han steker sig en korv någon gång ibland. Alkohol är tillåtet, så länge den dricks i lägenheterna och inte i gemensamma utrymmen. Flera äldre personer som vi intervjuat beskrev modellen som en slags acceptans för deras valda livslopp, medan platser med alkoholförbud sågs som motsatsen: "ett boende där man inte får dricka i sin lägenhet, det är översitteri i mina ögon" (hyresgäst). Att ha en egen lägenhet och kunna låsa om sig var viktigt. Viktigt var också att slippa förbud, vilket många hade erfarenheter av från tidigare boenden (jfr Larsen, Bøe & Topor 2020):

Här är fint som fan rent ut sagt. Det är rena paradiset mot vad jag har haft innan. (Hyresgäst)

Både hyresgäster och personal betonade vikten av acceptans och trygghet. Modellen innebär dock även utmaningar. Även om nykterhet

inte är målet, pratade personalen om en strävan att åstadkomma "korta nyktra stunder" genom alkoholfria aktiviteter, som exempelvis hundpromenader. Att försöka aktivera hyresgästerna var dock förknippat med frustration och som en "tävling med flaskan, med drogen, med missbruket". Modellens låga grad av institutionalisering innebar inte bara en avsaknad av gemensamma måltider, utan även en avsaknad av gemensamma aktiviteter. Hyresgästerna uttryckte stor uppskattning för enstaka grillkvällar som ordnats av personal, men i övrigt kretsade platsens gemenskap kring alkoholen. En personal liknade boendets 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.

Går det ens att prata om begrepp som autonomi och självbestämmande för den som har ett missbruk? Forskning ger stöd för att personer med ett alkoholmissbruk inte har självbestämmande fullt ut. Det är alkoholen som bestämmer (Caplan 2008). Gunnarsson (2013) 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 lågtröskelboenden. En chef på ett boende med klara-sig-självmodell 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 han utövade sitt självbestämmande på en plats där alkohol var tillgänglig dygnet runt. 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 det förekom både smuggelsprit och narkotika på platsen där mannen bodde. För personalens del var tillgängligheten en källa till frustration och man efterlyste boendalternativ för dem som ville dricka mindre. Det egna boendet sågs som ett uttryck för uppgivenhet och för kommunens syn på äldres möjligheter att ändra på sig:

Det är tråkigt deras inställning, att man redan stämplar dem härifrån att ”nej, du dricker, du kan aldrig ändra dig”.

Lågtröskelboenden kan utgöra en inlåsning där äldre blir fast på själva platsen, men också i identiteten som obotlig missbrukare. Samhällets förhållningssätt är motsägelsefulla. Den äldres rätt att bestämma själv hedras, samtidigt som äldre missbrukare ses som oförmögna att förändra sig. Personal uttryckte en vanmakt över att insatser till äldre med missbruk organiserats utifrån denna premiss:

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 ...

Boenden med klara-sig-självmodell skiljer sig från andra modeller genom att hyresgästerna förväntas stå på egna ben i högre utsträckning. Utan gemensamma måltider och aktiviteter blir dock alkoholen den enda gemensamma nämnaren och ensamheten är utbredd. För den som vill fortsätta med sitt missbruk finns både alkohol och dricksällskap tillgängligt, men för den som vill fokusera på annat är möjligheterna små.

Bergsjöhöjdsmodellen

Bergsjöhöjds boende i Göteborg har agerat förebild för lågtröskelboenden i bland annat Malmö, Jönköping och Stockholm. Den formella målgruppen för boenden med Bergsjöhöjdsmodell är personer från 50 år och uppåt med varierande omsorgsbehov samt aktivt missbruk. Till skillnad från klara-sig-självmodellen påminner dessa boenden om vanliga äldreboenden. Personalens fokus är att hyresgästerna ska kunna åldras under värdiga former, medan missbruket betraktas som den boendes ensak. Personalen lägger sig inte i hur mycket hyresgästerna dricker, så länge det inte är fråga om LVM. Hyresgästerna har egna lägenheter, de serveras gemensamma måltider tre gånger per dag och omsorgspersonal finns på plats dygnet runt. Bland personalen finns undersköterskor, vårdbiträden, sjuksköterskor och stödpedagoger som sköter omsorgsuppgifter, medicinhantering och kontaktpersonuppgifter.

Bergsjöhöjdsmodellen karaktäriseras av en hög institutionaliseringsgrad och hög grad av självbestämmande. De boende blir en del i en institutionell struktur där måltider serveras på vissa klockslag, där dagliga aktiviteter erbjuds och där inflytande kan utövas på boendemöten. Självbestämmandet tar sig uttryck genom ett tillåtande förhållningssätt till alkohol. Hyresgästerna får ta med alkohol in på boendet och dricka när de vill, så länge de befinner sig i lägenheterna. Avsaknaden av krav har i media framhållits som något som leder till minskat drickande, baserat på en logik om att den som slipper krav slutar av sig själv (Jönson & Harnett 2019). Påståendet stöds emellertid inte av vare sig boende eller personal (Harnett & Jönson 2020). En vanlig uppfattning bland hyresgäster var i stället att det är lönlöst med förbud och att folk kommer att dricka oavsett hur reglerna ser ut:

Det här är ett helt underbart ställe. Sen om folk har lust att suppa ihjäl sig, eller de flesta har ju redan gjort det kan man säga här, det ändrar ingenting och dessutom om de bott på något annat ställe så hade de fixat sprit ändå.

Hur ska man tänka om påståendet ovan? Om människor fixar alkohol var de än bor borde alkoholförbud vara lönlösa. Samtidigt fanns det hyresgäster som menade att de överlevt tack vare återkommande fängelsevistelser där alkoholförbudet gjort att kroppen fått en chans

att återhämta sig. Flera personer vi pratat med menade att de visserligen drack mindre nu än förr, men att det inte berodde på platsen, utan på att kroppen tog för mycket stryk.

Bergsjöhöjd har i media återkommande skildrats som en human kontrast till institutioner som kräver nykterhet. I dagspress har hyresgästerna benämnts med epitet som "goa gubbar", vilket även återspeglas i kortfilmen *Bergsjöhöjds äldreboende – där man får va den man är*. Mediabilden är sann i det avseendet att Bergsjöhöjdsmodellen bygger på acceptans och att den som flyttar in får fortsätta med sitt missbruk. Boendena i Göteborg har dock varit del i vårdskandaler, som just handlat om brist på kontroll och om att personer farit illa trots närvaro av personal.

I likhet med andra lågtröskelboenden bär många av de "goa gubbarna" på tragiska levnadsöden. Hyresgäster vi intervjuat vittnar om trasiga relationer, om barn som tagit avstånd, om förlorade jobb, om kriminalitet och om ekonomiska problem. En del, men inte alla, hade erfarenhet av hemlöshet.

Även många handläggare beskrev lågtröskelboenden på detta sätt och framhöll andra alternativ som orealistiska:

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.

Handläggaren beskriver lågtröskelboendets idealklient: en person där inget, utom en placering på lågtröskelboende, funkar. Resonemanget stämmer sannolikt in på många av dem som bor på lågtröskelboenden. Men inte på alla. Det finns en risk att föreställningen om klienten där "inget funkar" blir sann även för personer som *inte* provat allt. När handläggare fick redogöra för faktiska placeringar av specifika personer, visade det sig att en del fick plats på lågtröskelboende, trots att de *inte* hade provat behandling eller andra åtgärder. Även i intervjuer med hyresgäster framtonade en ambivalent bild. Många sade att de ville fortsätta dricka, men en del uttryckte en önskan om förändring, men menade att platsen utgjorde ett hinder:

Ja, jag tycker eller jag känner mig liksom lurad, för när jag kom hit och så vad fan, och så sa de "men Harald, ett halvår, ett år, så

kan du söka dig härifrån om du får ordning på superiet”, för det är ju, det tar ju en jävla stund att tända av. Det är inte bara att sluta dricka, det är, hjärnan måste ju liksom få plats i det där.

Kan man få ”ordning på superiet” när man bor tillsammans med hundra aktiva missbrukare och inte erbjuds någon behandling? Det är naturligtvis möjligt, men om så sker är det svårt att flytta till annan plats. En kartläggning av två boenden med Bergsjöhöjdsmodell visar att en del hyresgäster helt upphört med sitt missbruk, men att det saknas vägar ut (Göteborgs Stad 2021). Planen för den som en gång flyttat in är att bo kvar till döden och denna insikt kunde skapa frustration bland hyresgäster som tänkt sig en annan framtid:

Jag ska bo här tills jag dör har de tänkt sig och jag är 61 år. Och det är inget fel på mig. Jag har en rollator men det är många som har det.

Kategorin 50+ är heterogen och den som flyttar in i 50-årsåldern kan bo på platsen i årtionden. Trots detta sågs åldersgränsen som problematisk av handläggare och även av många hyresgäster. En 50-årig kvinnlig hyresgäst kommenterade sin egen ålder med att ”man blir ju äldre”, och den handläggare som placerat henne där motiverade beslutet med att hon passade in i målgruppen:

Boendena har ju lite den målgruppen, eller att det är just för personer som är 50 år och äldre, ungefär [---]. Så att, det är väl såklart också en faktor till varför man placerade henne där.

När handläggare reflekterade om ålderns betydelse, framträdde en bild av olika behov i olika åldrar:

Handläggare: Alltså, nån gräns tror jag kanske att man ändå måste ha. [---] En 30-åring behöver kanske helt andra insatser.

Tove: Vad är det för insatser som en 30-åring behöver som inte ...?

Handläggare: Nej, men mer, mer kanske ändå normaliserande och motiverande insatser.

Påståendet att 30-åringar behöver "helt andra insatser" än 50-åringar kan mycket väl vara en realistisk analys i sammanhanget. Men det är riskabelt att automatiskt tänka att den som fyllt femtio inte har nytta av "motiverande insatser" av den typ som 30-åringar behöver.

Men för många av dem som bodde på boenden med Bergsjöhöjdsmodell fanns det ett värde i att slippa insatser av motiverande karaktär. Avsaknaden av krav var det som gjorde att man trivdes, menade många av dem 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, vilket är fallet. Så är det okej. Och det är det inte, det är ingen som, det är inga pekpinnar eller någon som talar om på det viset, så det, så det är väldigt bra.

Att ge upp ambitionen att behandla äldre med missbruk skulle kunna ses som ett uttryck för institutionaliserad uppgivenhet (Järvinen 2002) och ålderism. Lågtröskelboenden med Bergsjöhöjdsmodell innebär att äldre ges stöd med lägre ambitioner, men innebär också att människor respekteras för "den de är". Denna idé var stark bland de boende som såg förbud som en form av respektlöshet:

För du vet att den här förbudaregeln, alltså, den skapar mycket, mycket motvind. Jag menar, är man 70 år så är det ju att ge fan i, vad i helvete, en massa halvstroppar som inte har levt en tiondel av mitt liv liksom, va. Inte en tiondel av min förnedring. Och utsatthet liksom.

Flera hyresgäster hänvisade till "livsloppet bakåt" för att åberopa hur "livsloppet framåt" skulle levas. Erfarenheter av att hantera problem och utsatthet tidigare i livet utgjorde på detta sätt ett argument för att själv kunna bestämma över sitt liv och sitt drickande som gammal.

Begränsningsmodellen

Lågtröskelboenden med begränsningsmodell karaktäriseras av en högre tröskel, högre institutionaliseringsgrad och lägre grad av självbestämmande avseende alkohol och droger. Boenden med begränsningsmodell finns bland annat i Lund och Uppsala och är organiserade

som vanliga äldreboenden. Till skillnad från de andra modellerna, så har denna modell alkoholen i fokus. Krav och begränsningar gällande alkoholkonsumtion gör alkohol till en ständigt närvarande fråga för både personal och hyresgäster.

Det serveras gemensamma måltider och omsorgspersonal finns på plats dygnet runt, yrkesgruppen är samma som i Bergsjöhöjdsmodellen och de utför liknande uppgifter. Men platsen kännetecknas av krav och kontroll. Alkohol är inte tillåtet inne på boendet, men det är tillåtet att dricka utanför och komma hem berusad. Kraven är därmed strängare än på "vanliga" äldreboenden, där det är fritt fram för att dricka alkohol i sin egen lägenhet (Norberg 2014). Hyresgäster på lågtröskelboenden skiljer sig emellertid från dem på traditionella äldreboenden på grund av komplexa problem till följd av missbruk. På boenden med begränsningsmodell accepteras hyresgästerna som aktiva i sitt missbruk, samtidigt som det råder en norm om nykterhet. Endast den som är nykter får delta i gemensamma måltider och för att kontrollera detta kan personal kräva att hyresgäster blåser i en alkomätare. Den som kommer hem efter att ha varit utomhus kontrolleras av personal, för att undvika att alkohol smugglas in i huset. Fokuset på alkohol och den ökade kravnivån innebär att en del inte klarar av att kvalificera sig till boendet. En chef beskrev att det hänt att personer tackat nej till platsen när de fått klart för sig vilka regler som gällde:

Man kanske inte riktigt klarar av just de här regelverket att man liksom inte får droga hemma och det kan ju vara så.

Medan boenden med klara-sig-självmodell och Bergsjöhöjdsmodell utgör tydliga sistahandsåtgärder (Emerson 1981) från samhällets sida, framstår boenden med begränsningsmodell som en slags näst-sistahandsåtgärd. Till skillnad från de andra modellerna, har begränsningsmodellen en tydlig inriktning mot förändring och att minska de boendes alkoholkonsumtion. Hyresgäster vi intervjuat vittnar om att reglerna gjort att de minskat sin alkoholkonsumtion väsentligt. Även om samtliga vi talat med berättade att de brutit mot reglerna och smuglat in alkohol i huset, tyckte de att reglerna var bra och skulle behållas:

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 bär på en tydlig riktning: att han tycker att han har kommit *framåt*. Verksamheten har inte stannat vid att acceptera honom som den han var när han flyttade in, utan pressat på för att han ska förändras. En förändring till det bättre, enligt honom själv. Hyresgästernas stöd för begränsningsmodellens regelverk var emellertid inte utan reservationer. Att vara 70 år och inte få lov att ta en öl framför tv:n kunde kännas förnedrande.

Personalen hänvisade genomgående till de boendes hälsa och välbefinnande som motiv till alkoholförbudet. Man poängterade att hyresgästerna tog mediciner som inte skulle kombineras med alkohol. Samtidigt var det tillåtet att dricka alkohol utomhus. Begränsningsmodellens logik bygger sålunda på en dubbelmoral, där personalen ser mellan fingrarna på alkohol som konsumeras utanför husets väggar. Den som tar många mediciner påverkas oavsett om alkoholen konsumeras inom- eller utomhus. Situationen illustrerar en balansproblematik mellan vad som ska accepteras och vad som ska leda till ingripande. Reglerna på lågröskelboenden med begränsningsmodell kunde också försätta hyresgästerna i hälsovådliga situationer. I stället för att dricka inomhus gick hyresgäster ut i vinterkylan och drack. Den som ertappades med att försöka smuggla in sprit kunde försöka hålla i sig allt på en gång för att slippa lämna flaskan ifrån sig, vilket personal vittnar om:

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.

Begränsningsmodellen bygger på en självmotsägelse där alkohol ses som olika skadligt beroende på vilken sida av dörren den dricks. Förbudet inne, tillåtet ute. Förbudet innebär dock ett automatiskt fokus på förändring, men på bekostnad av individernas självbestämmande. Att inte få dricka alkohol i sin egen lägenhet, att tvingas blåsa i alkomätare före måltider och att få sina fickor och väskor genomsökta när man varit ute är inskränkningar som höjer tröskeln att flytta

till platsen. Även om begränsningsmodellen fortfarande karaktäriseras som lågtröskelboende, så är den låga tröskeln väsentligt högre jämfört med boenden med Bergsjöhöjdsmodell eller klara-sig-självmodell. En del av dem som klarar av att bo enligt dessa modeller skulle sannolikt inte passera begränsningsmodellens högre tröskel och levt i hemlöshet eller under andra svåra förhållanden.

Avslutning

I detta kapitel har vi diskuterat huruvida det är något särskilt med äldres missbruksproblem och samhällets synsätt på lösningar. Exemplet med lågtröskelboenden visar hur åldern spelar roll för samhällets syn på människors möjlighet till förändring. Verksamheterna illustrerar också utmaningar i balansen mellan självbestämmande och försummelse. De tre modeller som presenterats syftar till skadereducering, men skiljer sig åt gällande institutionaliseringsgrad, självbestämmande samt i synen på äldres förändringsbenägenhet. Begränsningsmodellen har alkoholen i fokus, medan de andra två modellerna ser alkohol som hyresgästernas ensak. Sistahandsåtgärder av detta slag balanserar alltid på gränsen för vad som ska accepteras och när ingripande ska ske. Oavsett modell, upplevde dock både de äldre och personalen det egna boendets upplägg som välfungerande. Den som bodde på boende med begränsningsmodell hade svårt att tänka sig att bo på en plats där man fick dricka fritt på rummen, medan den som bodde på boenden med Bergsjöhöjdsmodell eller klara-sig-självmodell hade svårt att tänka sig en plats med krav och alkoholförbud.

De tre modellerna har olika sätt att hantera risken att försumma och risken att kränka. Människors livslopp och livsval skiljer sig åt. Individer på lågtröskelboenden ska accepteras "som de är", men utan att för den skull hållas fast i sitt missbruk. Men förhållningssätten i samtliga modeller innebär ändå just detta, eftersom det i regel saknas alternativ för den som blivit nykter eller för den som vill flytta för att kunna bli nykter.

En kärna i det sociala arbetet är att stötta människor till förändring. Exemplet med lågtröskelboenden visar att samhällets stöd till äldre med missbruk organiseras på ett sätt där själva organiseringen gör det

svårt för människor att förändras. Både i organiseringen och i omsorgsrelationen finns en risk för vad vi benämner som "motståndspresumtion" (Jönson, Harnett & Germundsson 2019). Med detta avses att det från både samhällets och omsorgspersonalens sida finns en förväntan om att just äldre personer är motvilliga till att diskutera sitt missbruk och motvilliga till att ändra sig. I många situationer är detta sannolikt en realitet, oavsett ålder. Risken är dock att verksamheter för äldre organiseras på ett sätt där motviljan förutsätts. Den som bor på ett lågtröskelboende för äldre lever dygnet runt med personer som missbrukar alkohol. Trots detta slutar en del med både alkohol och droger. Men ändå blir de i regel kvar och kan inte flytta därifrån. Samtliga modeller bygger på en presumtion om att de boende vill leva med sitt missbruk livet ut. Den som vill minska sitt missbruk får göra det i en miljö där missbruket är norm. För den som upphört med missbruket saknas vägar ut, ofta på grund av skulder, trasiga relationer och stigmatisering. De boende har ofta misslyckats med andra boendeformer som samhället tillhandahållit. Från samhällets sida anses behoven vara tillgodosedda genom att de beviljats plats på ett lågtröskelboende, och det finns därmed inga incitament att bevilja hjälp med andra slags boendeformer, även om den enskilde vill flytta därifrån.

Pragmatiska insatser som fokuserar på självbestämmande och värdighet är i många fall det enda alternativet för äldre med missbruk och komplexa problem. De modeller för lågtröskelboenden som beskrivits i detta kapitel är i många avseenden humana lösningar som minskar lidande. Med sina accepterande och skadereducerande ansatser ökar värdigheten och välbefinnandet för många av dem som bor där. Men inte för den som vill förändras eller för den som har upphört med sitt missbruk. Modellerna bär på en bräcklighet där ålderistiska stereotyper om gamla personers ovilja till förändring riskerar att bli en självuppfyllande profetia. Vad vi ser behov av är en modell som kombinerar tolerans och omhändertagande med möjligheter att komma vidare för den som vill komma bort från missbruket. Oavsett ålder.

Referenser

- Abrahamson, M. (2009). Äldres värderingar och ideal i skrivaruppropet "Alkoholen i mitt liv" 1. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 26(5), 439–461. Doi: 10.1177/145507250802600501
- Ahlner, F., Skoog, I. & Wearn, M. (2018). Alkohol och äldre: Eftersatt fråga hos våra vanligaste patienter. *Läkartidningen*, 42, 115.
- Allebeck, P. (2004). Läkarna och alkoholen: En historisk tillbakablick över 1900-talets debatt. *Läkartidningen*, 10, 101.
- 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.
- Caplan, A. (2008). Denying autonomy in order to create it: The paradox of forcing treatment upon addicts. *Addiction*, 103(12), 1919–1921. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02369.x.
- Carver, H., Parkes, T., Browne, T., Matheson, C. & Pauly, B. (2021). Investigating the need for alcohol harm reduction and managed alcohol programs for people experiencing homelessness and alcohol use disorders in Scotland. *Drug and Alcohol Review*, 40(2), 220–230. Doi: 10.1111/dar.13178
- Dauber, H., Pogarell, O., Kraus, L. & Braun, B. (2018). Older adults in treatment for alcohol use disorders: Service utilisation, patient characteristics and treatment outcomes. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 13(1), 1–10. Doi: 10.1186/s13011-018-0176-z
- Demant, J. & Magelund Krarup, T. (2013). The structural configurations of alcohol in Denmark: Policy, culture, and industry. *SAGE Journals*, 40(2), 259–289.
- Ekendahl, M. (2011). Socialtjänst och missbrukarvård: Bot eller lindring? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 28(4), 297–319. Doi: 10.2478/v10199-011-0027-y
- Elvén, B. H. (2020). *Introduktion till lågaffektivt bemötande*. Lomma: Lågaffektiva förlaget.
- Emerson, R. M. (1981). On last resorts. *American Journal of Sociology*, 87(1), 1–22.

- Fingerhood, M. (2000). Substance abuse in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(8), 985–995. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2000.tb06900.x
- Gunnarsson, E. (2010). Vi får klara oss själva: *Om hemtjänstens arbete med äldre personer som har missbruksproblem*. Stockholm: Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Gunnarsson, E. (2013). Alkoholmissbruk och självbestämmande: En kartläggning av den svenska hemtjänstens förutsättningar att arbeta med äldre personer med alkoholproblem. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 30(3), 227–242. Doi: 10.2478/nsad-2013-0017
- Gunnarsson, E. & Karlsson, L. B. (2013). "Man slutar inte dricka för att man får städad": *Om bistånd, hemtjänst och alkohol*. Working Paper. Department of Social Work 2013:3.
- Gunnarsson, E. & Karlsson, L. B. (2018). "Vi möter de ofrivilliga": Socialsekreterare om äldre personer med missbruksproblem. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 25(2), 141–157. Doi: 10.3384/SVT.2018.25.2.2375
- Guttormsson, U. (2020). *Självrapporterade alkoholvanor i Sverige 2004–2020*. Can-rapport 204. Stockholm.
- Göteborgs Stad (2021). *Fördjupad utredning Bergsjöhöjd och Kallebäck*. Återrapportering av uppdrag.
- Harnett, T. & Jönson, H. (2020). "Wet" eldercare facilities: Three strategies on the use of alcohol and illicit substances. *Nordic Social Work Research*, 1–14. Doi: 10.1080/2156857X.2020.1742195
- Johnson, I. (2000). Alcohol problems in old age: A review of recent epidemiological research. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(7), 575–581.
- Järvinen, M. (2002). Institutionalised resignation: On the development of the Danish treatment system. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 19(1 suppl.), 5–17. Doi: 10.1177/145507250101800208
- Jönson, H. & Harnett, T. (2015). *Socialt arbete med äldre*. Stockholm: Natur & Kultur.
- 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. Doi: 10.1177/1455072519826772
- Jönson, H., Harnett, T. & Germundsson, N. (2019). Äldre hemtjänstmottagare med missbruksproblem: Förekomst, erfarenheter, svårigheter. *Research Reports in Social Work*, (11). Lund: Lunds universitet, Socialhögskolan.

- 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*, (134), 108515. Doi: 10.1016/j.jsat.2021.108515
- Kuerbis, A., Sacco, P., Blazer, D. G. & Moore, A. A. (2014). Substance abuse among older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(3), 629–654.
- Larsen, I. B., Bøe, T. D. & Topor, A. P. (2020). Things matter: About materiality and recovery from mental health difficulties. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1). Doi: 10.1080/17482631.2020.1802909
- Lindgren, L. (2008). *Lägenhetsboendet Lönngården i Malmö: En utvärdering ur ett kvalitativt och samhällsekonomiskt perspektiv*. Lund: Devinor.
- McCann, M., Wadd, S. & Crofts, G. (2017). *"Wet" care homes for older people with refractory alcohol problems: A qualitative study*. Alcohol Research UK.
- Norberg, P. (2014). Hem eller vårdplats: Hur behandlas personer med omsorgsbehov i hyreslagstiftningen? *Socialvetenskaplig tidskrift*, 21(3–4).
- 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. Doi: 10.1097/00019442-200211000-00013
- 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. Doi: 10.1177/145507250902600304
- Paudel, A. & Gautam, S. (2017). Age of onset of substance use and psychosocial problems among individuals with substance use disorders. *BMC Psychiatry*, 17(10), 1–8. Doi: 10.1186/s12888-016-1191-0
- Pauly, B., Vallance, K., Wettlaufer, A., Chow, C., Brown, R., Evans, J., ... & Stockwell, T. (2018). Community managed alcohol programs in Canada: Overview of key dimensions and implementation. *Drug and Alcohol Review*, 37, 132–139. Doi: 10.1111/dar.12681
- Regeringens proposition 2020/21:132. *En förnyad strategi för politiken avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak och nikotin samt spel om pengar, 2021–2025*.
- Ramstedt, M. (2009). Alkoholkonsumtion och skadeutveckling i Sverige 1995–2007. *Missbruk och behandling*, 8.

- Ramstedt, M. & Raninen, J. (2012). Alkoholkonsumtionen ökar bland äldre. *Alkohol & Narkotika*, 3, 4–7.
- Rao, R. & Roche, A. (2017). Substance misuse in older people. *BMJ*, 358. Doi: 10.1136/bmj.j3885
- SOU 2017:113. *Alkoholreklam i sociala medier med mera.*
- SOU 2021:93. *Från delar till helhet: En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.* Delbetänkande av samsjuklighetsutredningen.
- Vossius, C., Testad, I., Berge, T. & Nesvåg, S. (2011). The Stavanger wet house. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 28, 279–282. Doi: 10.2478/v10199-011-0024-1