

Att förebygga övervikt i grupper med särskilda behov

**– ett projekt kring utbildning och stöd för personal
inom handikappomsorg**

Behovsanalys

INNEHÅLL

Bakgrund	3
Syfte.....	6
Metod.....	7
Resultat	8
Diskussion	16
Slutsatser och rekommendationer	19
Referenser.....	22

Detta är en delrapport inom det större projektet ”Att förebygga övervikt hos grupper med särskilda behov”. Projektets syfte är att utveckla en metod för utbildning och stöd kring mat och fysisk aktivitet för personal i gruppboende. Målet är att främja hälsa och motverka övervikt hos de boende i gruppboende.

Projektet drivs av Tillämpad Näringslära (TN) i samarbete med Föreningen för Utvecklingsstörda Barn, Ungdomar och Vuxna (FUB), och finansieras med medel ur Folkhälsoanslaget, Stockholms läns landsting.

Bakgrund

En person med diagnosen utvecklingsstörning är en person med en intelligenskvot, IQ, som ligger under 70. Gruppen av utvecklingsstörda är en heterogen grupp med stora variationer både i grad av intellektuellt handikapp och omfattning av fysiska eller psykiska tilläggshandikapp. Man delar vanligtvis in utvecklingsstörning i tre nivåer som brukar benämnas som lindrig, måttlig och grav utvecklingsstörning. Gränserna mellan de olika nivåerna är inte knivskarpa och de angivna IQ-siffrorna är ungefärliga (SLL, 2005). Vid *lindrig utvecklingsstörning* ligger IQ mellan 50 och 70, vilket innebär att individen har ett logiskt tänkande, klarar att skriva och räkna och kan förstå konsekvenserna av sina handlingar. Däremot kan personer med lindrig utvecklingsstörning exempelvis ha svårt att förstå ordspråk och abstrakta uttryck. Vid *måttlig utvecklingsstörning* ligger IQ mellan 20 och 50, vilket innebär att begåvningen kan skifta mycket mellan olika individer. Personer med måttlig utvecklingsstörning förstår konkreta symboler och bilder, kan ofta förstå enkelt och konkret språk och kan minnas händelser som de har upplevt. Däremot har dessa personer svårt att läsa, skriva och räkna på traditionellt sätt. Vid *grav utvecklingsstörning* ligger IQ under 20. Personer med grav utvecklingsstörning upplever grundkänslor som glädje, upphetsning, ångest och ilska, men har svårt att minnas saker de inte ser framför sig, saknar förmågan att utveckla talat språk och kan ha svårt att förstå bilder och symboler (SLL, 2005). En utvecklingsstörning kan ha många olika orsaker som exempelvis kromosomavvikelse, fosterskador eller förlossningsskador, men vanligtvis är orsaken okänd (SLL, 2005). Många utvecklingsstörda personer har ett eller flera funktionshinder eller medicinska problem utöver utvecklingsstörningen. Exempelvis har individer med Downs syndrom utöver ett intellektuellt handikapp ofta refraktionsrubbingar som kräver glasögon, hörselproblem, hjärtmissbildningar, hypotyreos, ortopediska problem och medfödda hinder i mag-tarmkanalen (Socialstyrelsen, 2002). Individer med Prader-Willi syndrom utvecklar en uttalad ätstörning med omåttlig aptit och ett tvångsmässigt förhållande till mat. Tillsammans med ett lågt energibehov leder sjukdomen utan dietbehandling till extrem fetma och därigenom ökad benägenhet för hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes (Socialstyrelsen, 2005).

Personer med utvecklingsstörning drabbas, liksom befolkningen i övrigt, av fysisk och psykisk ohälsa, som i många fall inte har någon direkt koppling till funktionsnedsättningen. Internationella studier indikerar att hälsosituationen till viss del följer samma mönster som för befolkningen i övrigt, med ökande prevalens av sjukdomar som exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och lungsjukdomar med stigande ålder (Janicki et al, 2002). Sjukdomar som uppvisat högre prevalens bland utvecklingsstörda än i normalbefolkningen är bland annat neurologiska sjukdomar, hudsjukdomar, sinnesbortfall, endokrina sjukdomar, sömnsvårigheter, psykiatriska sjukdomar och fetma (Jansen et al, 2004). Hove (2004b) har från en studie i Norge också rapporterat stor skillnad gällande ätstörningar, med en prevalens på 27 % bland utvecklingsstörda, vilket kan jämföras med 1-4 % i den norska normalbefolkningen. Bruk av alkohol och tobak har i flertalet internationella studier visat sig vara lågt bland utvecklingsstörda, med en rapporterad prevalens av rökning på 2-12 % och en prevalens av medelhögt eller högt alkoholbruk på 0-1 % (Robertson et al, 2000, Janicki et al, 2002, Marshall et al, 2003).

Kunskapen om i vilken utsträckning övervikt och fetma är utbrett bland individer med utvecklingsstörning är idag begränsad. Internationella studier indikerar att prevalensen av fetma (BMI >30) är högre bland personer med utvecklingsstörning än i normalbefolkningen, medan prevalensen av övervikt (BMI 25-29.9) tvärtom är lägre bland personer med utvecklingsstörning än i normalbefolkningen. Aktuella studier visar att prevalensen av fetma

bland utvecklingsstörda ligger på 13-30 % för män (jämfört med 6-26 % i normalbefolkningen) och på 24-35 % för kvinnor (jämfört med 7-28 % i normalbefolkningen) (Robertson et al, 2000, Hove, 2004a, Emerson, 2005). Enligt samma studier ligger prevalensen av övervikt bland utvecklingsstörda på 21-39 % för män (jämfört med 37-51 % i normalbefolkningen) och på 23-30 % för kvinnor (jämfört med 24-36 % i normalbefolkningen). Graden av utvecklingsstörning har i ett flertal studier visat en tydlig koppling till övervikt och fetma, med högst prevalens av övervikt och fetma bland individer med lindrig eller måttlig utvecklingsstörning och lägst prevalens bland individer med grav utvecklingsstörning (Hove, 2004a, Robertson et al, 2000, Emerson, 2005). Stora skillnader i prevalens av övervikt och fetma kan också ses mellan grupper med Downs syndrom och grupper med andra former av utvecklingsstörning. Internationella studier har visat på en prevalens av fetma på 38-45 % bland individer med Downs syndrom, jämfört med 19-35 % bland individer med andra former av utvecklingsstörning (Hove, 2004a, Melville et al, 2005). Andra riskfaktorer som uppmärksammats i ett flertal studier är högre ålder (Robertson, 2000, Emerson, 2005) samt att vara kvinna (Robertson, 2000, Emerson, 2005). Riskfaktorer i omgivningen som poängterats är låg personaltäthet i boendet (Robertson et al, 2000), boende med mindre tydlig struktur för att stödja de boende (Robertson et al, 2000), högre grad av självständighet (Hove, 2004a) samt att själv välja sin matsedel (Hove, 2004a).

Internationella studier visar närmast entydigt att prevalensen av undervikt (BMI <20) är högre bland individer med utvecklingsstörning än i normalbefolkningen. Resultaten indikerar en prevalens av undervikt på 9-23 % för män (jämfört med 2-4 % i normalbefolkningen) och 7-22 % för kvinnor (jämfört med 4-12 % i normalbefolkningen) (Robertson et al, 2000, Hove, 2004a, Emerson, 2005). Graden av utvecklingsstörning visar en tydlig koppling till undervikt, med högst prevalens av undervikt bland gravt utvecklingsstörda och lägst prevalens bland lindrigt och måttligt utvecklingsstörda (Hove, 2004a). Andra riskfaktorer som nämnts i internationella studier är lägre grad av självständighet (Hove, 2004a, Emerson, 2005), yngre ålder (Emerson, 2005) samt att bli assisterad med matning (Hove, 2004a).

Få studier har undersökt matvanor bland individer med utvecklingsstörning, varför kunskaperna på området i dagsläget är begränsade. Tillgängliga data pekar dock på brister i matvanor och näringsintag hos individer med utvecklingsstörning. I en engelsk undersökning av 500 utvecklingsstörda i olika boendeformer rapporterades att endast 7-8 % åt en balanserad kost och att endast 16-22 % åt tillräckligt med frukt och grönsaker (Robertson, 2000). I en annan engelsk studie, där matvanorna undersöktes hos 118 utvecklingsstörda individer före och efter stängning av en institution för utvecklingsstörda, bedömdes före stängning 10 % och efter stängning 18 % ha ett så dåligt kostintag att det innebar en hälsorisk (Bryan et al, 2000).

Det finns ett begränsat antal genomförda studier som undersökt graden av fysisk aktivitet bland individer med utvecklingsstörning, men tillgängliga data visar samstämmigt på en betydligt lägre grad av fysisk aktivitet bland utvecklingsstörda än i normalbefolkningen. I en engelsk studie rapporterades en prevalens av "fysisk inaktivitet" på 80-93 % bland utvecklingsstörda (jämfört med 53 % för män och 64 % för kvinnor i normalbefolkningen) (Robertson, 2000). I en annan engelsk studie rapporterades en prevalens av "fysiskt aktiva" bland utvecklingsstörda på 4-8 % (Emerson, 2005). Riskfaktorer som identifierats för fysisk inaktivitet bland utvecklingsstörda är bland annat lägre grad av funktionsnivå samt att vara äldre (Robertson et al, 2000). Messent et al (1999) har också identifierat följande barriärer för fysisk aktivitet med hjälp av intervjuer med utvecklingsstörda: oklara riktlinjer för aktiviteter i boendemiljön, bristande personaltäthet i boendet, ekonomiska begränsningar, avstånd till fritidscenter och öppna områden samt begränsade möjligheter och val.

Att personer med utvecklingsstörning bor i gruppboende är en historiskt sett ny företeelse i Sverige. Fram till den 1 juli 1986, då *Lagen om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda* – omsorgslagen - trädde i kraft, var boende på vårdhem och specialsjukhus en central del av insatserna för utvecklingsstörda personer (Sveriges Riksdag, 1997). I och med avvecklingen av vårdhem och specialsjukhus och förflyttningen av utvecklingsstörda till gruppboendestäder skedde en stor förändring i de utvecklingsstördas dagliga livsföring. Dessa förändringar påverkade såväl graden av inflytande från de utvecklingsstörda själva som rutiner kring exempelvis matlagning. Efter bostadsreformen tillagas maten inte längre centralt av utbildad kökspersonal, utan tillreds istället i bostaden av den boende själv, av personalen eller av personalen tillsammans med den boende. Förflyttningen ut till boendestäder i samhället har också inneburit att de utvecklingsstörda i större utsträckning fått tillgång till det utbud av produkter som finns tillgängligt i butiker och restauranger. Istället för att få alla måltider tillredda och serverade vid bestämda tidpunkter finns det plötsligt möjlighet att själv välja vilken mat som ska inhandlas, hur den ska tillredas och när den ska ätas. Bryan et al (2000) beskriver från samma process i England hur somliga av de utvecklingsstörda före förflyttningen endast sett mat i sin färdiglagade form. Exempelvis kunde någon ha sett ”scrambled eggs” på tallrik, men aldrig ha konfronterats med ett rått ägg. Förflyttningen ut till gruppboendestäder i samhället har eventuellt inneburit högre grad av självständighet och valfrihet, men har samtidigt ställt högre krav på förmågan att självständigt kunna hantera dessa valmöjligheter.

Forskning på området är i Sverige i det närmaste obefintlig, och ett examensarbete av Adolfsson (2000) från Uppsala Universitet är därför av stort värde. I studien har matvanorna undersökts bland boende i 63 gruppboendestäder i Uppsala och Enköping. Med hjälp av en matkvittoanalys analyserades matinköpen under en månad och jämfördes för utvecklingsstörda i fyra olika former av hushåll, definierade som gemensamt hushåll, enskilt hushåll, självhushåll samt en blandning av dessa tre former. I både de gemensamma hushållen och de enskilda hushållen sköttes planering, inköp och matlagning av personalen, medan de boende i självhushåll självständigt ansvarade för dessa uppgifter. Enligt Adolfsson (2000) var gruppen med självhushåll den grupp som hade den mest ensidiga matlagningen och den sämst fungerande måltidsordningen. Boende med självhushåll handlade flest färdiga matportioner, mest matfett och var den enda formen av hushåll där det inträffade att inga grönsaker inhandlades. Matkvittona visade att dessa personer inte lagade mat kontinuerligt utan handlade en del färdiglagad mat och i övrigt åt smörgåsar, filmjölk och frukt. Genom en intervjuundersökning i samma studie framkom också att de utvecklingsstörda som bodde i självhushåll sällan kunde läsa och därför hade svårt att följa de skrivna instruktioner och anvisningar som finns på paketen och i recepten. Tillsammans med indikationer från internationella studier om hög prevalens av fetma samt bristande fysisk aktivitet i målgruppen visar detta på ett behov både av ytterligare studier och överviktspreventiva insatser bland utvecklingsstörda på gruppboendestäder i Sverige.

Tillämpad Näringslära (TN) är ett kunskaps- och utvecklingscentrum för mat och hälsa inom Centrum för Folkhälsa med uppdrag att främja bra och hållbara matvanor i befolkningen i Stockholms län. I drygt 15 år har enheten på olika sätt varit ett stöd för det lokala folkhälsoarbetet med särskild tonvikt på de offentliga måltiderna i skola och barnomsorg. Under de senaste åren har TN haft sporadisk kontakt med för TN nya grupper i länet. Hit hör främst handikappomsorgens gruppboendestäder, men även dagverksamhet inom psykiatri och olika former av träningsboenden för före detta missbrukare. Ansvariga för dessa verksamheter har berättat om dåliga kost- och matlagningskunskaper hos personalen samt om olika

”irrläror” och vetenskapligt ej grundade kostbudskap som förekommer bland personalen. Man har dessutom noterat en ökning av övervikten hos de boende och önskar i första hand utbildningar, material och allmänt stödjande insatser för personal med ansvar för de boendes mat. Boende i gruppboendestäder hör tveklöst till de grupper i samhället som är svåra att nå med generella kostbudskap. De boende är ofta hänvisade till den mat som serveras av personalen och det borde därför vara ett krav att personalen, liksom i annan offentlig matverksamhet, har adekvat kunskap för att kunna servera bra och hälsofrämjande måltider.

TN har tillsammans med Föreningen för Utvecklingsstörda Barn, Ungdomar och Vuxna (FUB) dragit igång ett projekt för att förebygga övervikt i grupper med särskilda behov. Som en inledande behovsanalys har en enkätundersökning gjorts på gruppboendestäder i Stockholms Län.

Syfte

Syftet med enkätundersökningen har varit att få kunskap om matvanor bland boende i gruppboendestäder, utbildningsnivå och kunskaper om mat hos personalen samt vilka behov som finns för att skapa goda och hälsosamma måltider i gruppboendestäderna.

Metod

Urval

Hälften av kommunerna i Stockholms län och hälften av stadsdelarna i Stockholms kommun valdes ut för att delta i undersökningen. Kommunerna slumpades ut med tärningar medan varannan stadsdel valdes från en alfabetisk lista. Sammanlagt valdes 12 kommuner och 9 stadsdelar ut. Kommuner som valdes ut från norra delen av länet var Sollentuna, Täby, Järfälla, Vallentuna, Österåker och Upplands-Väsby. Kommuner som valdes ut från södra delen av Stockholms län var Huddinge, Haninge, Nynäshamn, Tyresö, Nacka och Salem. Stadsdelar som valdes ut från Stockholms kommun var Enskede-Årsta, Hägersten, Katarina-Sofia, Kungsholmen, Maria-Gamla Stan, Rinkeby, Skärholmen, Vantör och Östermalm.

Tre gruppbestäder i varje kommun respektive stadsdel valdes ut. Sammanlagt valdes 35 gruppbestäder i kommunerna och 22 gruppbestäder i stadsdelarna. Urvalet gjordes direkt från listor alternativt efter samtal med enhetschefer eller verksamhetsansvariga. Detta gjordes för att få gruppbestäder med boende med måttlig eller lindrig utvecklingsstörning, för att så stort antal boende som möjligt skulle klara av att besvara frågorna.

Enkäter

Tre olika enkäter utformades. En enkät utformades till verksamhetsansvariga och enhetschefer, en enkät utformades till personal och en enkät utformades till de boende. Den enkät som utformades till verksamhetsansvariga och enhetschefer innehöll huvudsakligen frågor om personalens utbildningsnivå samt om stöd och riktlinjer gällande mat i gruppbestaden. Den enkät som utformades till personalen innehöll huvudsakligen frågor om personalens utbildning samt om matvanor i gruppbestaden. Den enkät som utformades till de boende innehöll frågor om de boendes mat- och aktivitetsvanor.

Till varje gruppbestad skickades 1 enkät till verksamhetsansvarig, 1 enkät till enhetschef, 3 enkäter till personal och 3 enkäter till boende. Sammanlagt skickades 421 enkäter ut, varav 258 till gruppbestäder i kommunerna och 163 till gruppbestäder i stadsdelarna. Av dessa 421 enkäter skickades 22 till verksamhetsansvariga, 57 till enhetschefer, 171 till personal och 171 till boende.

Resultat

Svarsfrekvens

Av de 35 gruppbestäderna som valts ut i kommunerna inkom svar från 28 gruppbestäder, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 80 %. Av de 22 gruppbestäder som valts ut i stadsdelarna inkom svar från 4 gruppbestäder, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 18 %. Den totala svarsfrekvensen räknat per antal svarande gruppbestäder var 56 %.

	Utvalda i kommun	Svar från kommuner	Utvalda i stadsdelar	Svar från stadsdelar	Utvalda Totalt	Svar Totalt
Antal gruppbestäder	35	28 (80 %)	22	4 (18 %)	57	32 (56 %)

Av de 79 enkäter som skickades till verksamhetsansvariga och enhetschefer inkom svar från 33, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 42 %. Av de 171 enkäter som skickades till personal inkom svar från 60 (35 %). Slutligen, av de 171 enkäter som skickades till boende, inkom svar från 98 (57 %). Av totalt 421 utskickade enkäter inkom svar från 191, vilket motsvarar en total svarsfrekvens på 45 %.

	Utskickade enkäter Kommun	Enkätsvar Kommun	Utskickade enkäter Stadsdelar	Enkätsvar Stadsdelar	Utskickade enkäter Totalt	Enkätsvar Totalt
Verksamhetsansvariga och enhetschefer	48	29 (60 %)	31	4 (13 %)	79	33 (42 %)
Personal	105	47 (45 %)	66	13 (20 %)	171	60 (35 %)
Boende	105	66 (63 %)	66	32 (48 %)	171	98 (57 %)
Totalt	258	142 (55 %)	163	49 (30 %)	421	191 (45 %)

Från vissa gruppbestäder inkom svar från fler än 3 boende/personal och från andra inkom svar från färre än 3 boende/personal, vilket innebär att antal svar inte är jämt distribuerat mellan de gruppbestäder som besvarat enkäterna. I analyserna anges svaren från de boende i andel av svarande. I de fall personalens individuella åsikter har ansetts intressanta har svaren angivits i andel av svarande. I de fall rutinerna vid de olika gruppbestäderna har ansetts intressanta har svaren angivits i andel av gruppbestäder. Gruppbestäderna är i dessa fall 25 till antalet, eftersom personalsvar inkommit från 25 olika gruppbestäder. I de fall personal från samma gruppbestad har angivit olika svar har det vanligast förekommande svaret använts.

Personalens utbildningsnivå

Verksamhetsansvariga samt enhetschefer anser att personal som arbetar med utvecklingsstörda bör ha adekvat vårdutbildning alternativt utbildning inom området barn och fritid. Adekvata vårdutbildningar som nämns är grundkurs för arbete med personer med utvecklingsstörning (GPU), påbyggnadsutbildning för personer med utvecklingsstörning (PPU), undersköterska eller mentalskötare. Dessa utbildningar existerar inte längre som enskilda utbildningsprogram, utan har numer ersatts av olika grenar inom omvårdnadsprogrammet, vilket är en 3-årig gymnasieutbildning alternativt 3 terminer lång utbildning inom komvux. Som alternativ till vårdutbildningarna nämns utbildning till

barnskötare, fritidspedagog eller förskolelärare. Ett flertal av de tillfrågade uppger att dessa utbildningar är önskvärda, men att det inte är möjligt att ställa krav på utbildning eftersom det ibland är svårt att få tag på utbildad personal.

Personalen på gruppboendena beskriver en skiftande utbildningsbakgrund i personalgrupperna, men de utbildningar som nämns flest gånger är vårdare, undersköterska, GPU/PPU samt barnskötare. Vårdare motsvaras i dessa fall troligtvis av utbildning inom ramen för omvårdnadsprogrammet, alternativt äldre motsvarande utbildning.

Utbildning	Andel som nämner utbildningen
Vårdare	28/60 (47 %)
Undersköterska	20/60 (34 %)
GPU/PPU	18/60 (31 %)
Barnskötare	12/60 (20 %)
Vårdbiträde	7/60 (12 %)
Förskollärare	5/60 (8 %)
Omvårdnadsprogrammet	4/60 (7 %)
Akademisk utbildning	3/60 (5 %)
Kurser i förståndshandikapp	3/60 (5 %)
Habiliteringsassistent	3/60 (5 %)
Övriga utbildningar	8/60 (13 %)
Ej svarat	13/60 (22 %)

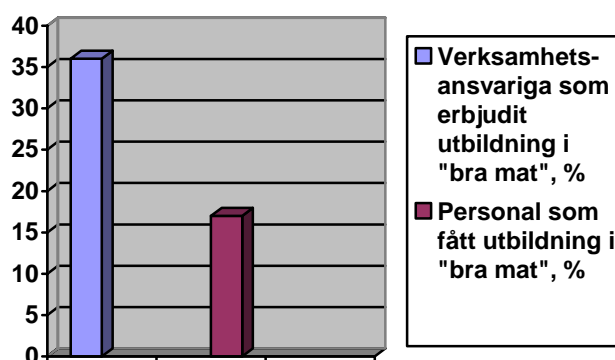
Personalens kunskaper i matlagning och näringslära

Två tredjedelar av verksamhetsansvariga och enhetschefer vid gruppboendena (21/33) uppger att det inte ingår några krav på kunskaper i matlagning vid anställning av ny personal. Alla utom en av de tillfrågade (32/33) uppger att det inte ingår några krav på kunskaper i kostens betydelse för hälsan.



Nästan samtliga verksamhetsansvariga och enhetschefer (31/33) är överens om att det finns ett behov av utbildning i "bra mat". Drygt en tredjedel av de tillfrågade uppger att de har erbjudit personalen denna form av utbildning (12/33). I den utsträckning utbildningar erbjudits är det utbildning eller föreläsning i kost och näringslära, i flertalet fall genomförd med hjälp av dietist. Drygt två tredjedelar av personalen (42/60) anser att det finns önskemål om utbildning i "bra mat", medan knappt en tredjedel anser att de fått denna utbildning. Den del av personalen som uppger att de fått utbildning uppger huvudsakligen att denna innefattat näringslära, och att den genomförts av dietist eller distriktssköterska. Ett fåtal uppger att

utbildningen ingått som en del i grundutbildningen. En person uppger att utbildningen genomfördes för 20 år sedan.

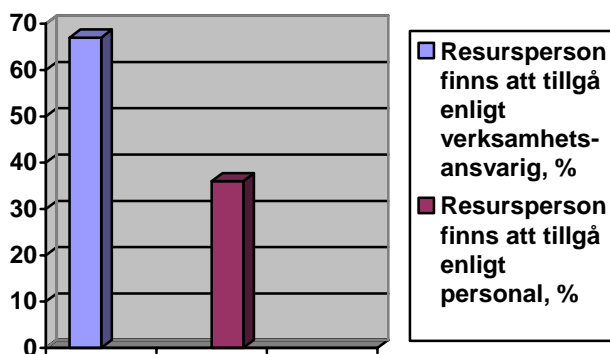


Personalens egna önskemål om utbildning innefattar dels önskemål om utbildning i allmän näringslära och dels näringslära inriktad på specifika grupper. Ett flertal efterfrågar tips och information om hur man lagar enkla, snabba och näringsriktiga måltider. Kunskaper efterfrågas också om förvaring av mat, socker, sötningsmedel, light-produkter och mager kost. Specifika grupper som nämns är äldre, överviktiga samt personer med Downs syndrom och Prader-Willi syndrom.

Riktlinjer för mat och resurspersoner som kan stödja personalen

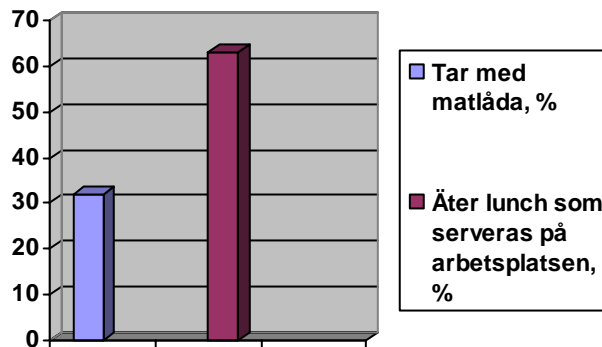
Tre fjärdedelar av verksamhetsansvariga och enhetschefer (24/33) uppger att det inte existerar riktlinjer för mat i gruppboenden utarbetade av kostchef i kommunen/stadsdelen. Drygt en fjärdedel (9/33) uppger samtidigt att de inte känner till om det finns riktlinjer eller inte. Endast en liten andel (3/33) uppger att det finns riktlinjer som har utarbetats av en kostchef i kommunen.

Drygt två tredjedelar av verksamhetsansvariga och enhetschefer (22/33) uppger att det finns resurspersoner som kan stödja personalen i frågor kring olika dieter. Dessa resurspersoner uppges till största delen utgöras av dietister. Andra yrkesgrupper som nämns är distriktssköterska, kostpedagog och kostchef. Personalen uppger i mindre utsträckning att de har tillgång till resurspersoner. Endast vid drygt en tredjedel av gruppboendena (9/25) uppger personalen att de har tillgång till stöd och hjälp av exempelvis dietist.



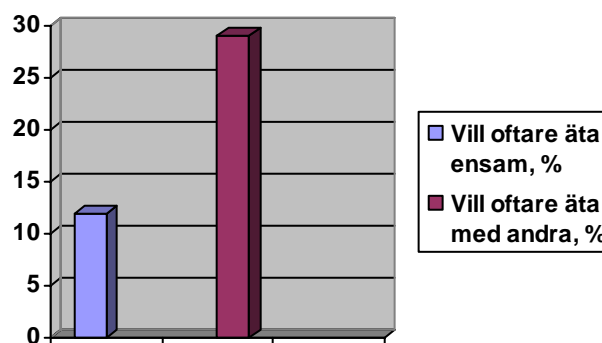
Måltidsvanor bland de boende

Flertalet av de boende (83/98) uppger att de äter lagad mat till middag varje dag. Mer än hälften (62/98) uppger att de äter den lunch som serveras på arbetsplatsen, medan ungefär en tredjedel tar med sig matlåda (31/98). En tiondel (11/98) uppger att de brukar äta lunch på restaurang och hälften (52/98) uppger att de äter lunch på restaurang ibland.



Den största andelen av de boende uppger att de äter färdiglagad mat (exempelvis mikromat) mellan 1 och 3 gånger per vecka (61/98). 10 av de boende uppger att de äter färdiglagad mat mer än 4 gånger per vecka och 20 uppger att de aldrig äter färdiglagad mat. Favoritmaten varierar, men ett flertal nämner husmanskost, pasta, köttbullar, korv, kyckling, hamburgare och pizza.

61 av de 98 boende uppger att de äter middag tillsammans med andra och 51 uppger att de äter middag ensamma. En övervägande del av de boende som svarat att de äter middag tillsammans med andra beskriver att de äter tillsammans med personal och andra boende. Ett antal av de boende beskriver också att de, framför allt på helgerna, äter tillsammans med exempelvis föräldrar eller pojkvän/flickvän. En stor andel av de boende är nöjda med hur ofta de äter ensamma respektive tillsammans med andra. Knappt en tredjedel önskar dock att de oftare skulle kunna äta tillsammans med andra i gruppboenden.

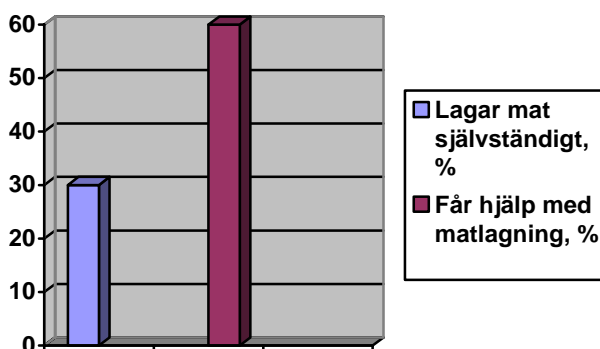


Personalens delaktighet i de boendes måltidsvanor

Personal från flertalet gruppboendestäder (20/25) uppger att det inte existerar personal med särskilt ansvar för matsedelsplanering. På samtliga gruppboendestäder där personalen besvarat frågan (24/25) hjälper personalen till att planera de boendes inköp.

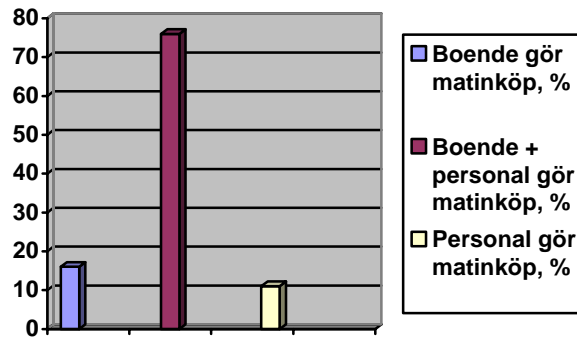
Hur många måltider personalen intar tillsammans med de boende varierar mellan de olika gruppboendestäderna. Personalen från ett flertal gruppboendestäder uppger att de äter middag tillsammans med de boende varje dag. På ett flertal andra gruppboendestäder uppger personalen att de äter middag tillsammans med de boende på helgerna, men inte på vardagarna. På några av gruppboendestäderna äter personalen även frukost och lunch tillsammans med de boende. På ett fåtal gruppboendestäder äts inga gemensamma måltider.

Personalen på flertalet gruppboendestäder (21 av 25) uppger att de boende lagar mat enbart eller delvis med stöd. Endast på 4 av de 25 gruppboendestäderna uppger personalen att de boende lagar sin mat helt självständigt. Av de boende är det lite mer än hälften (59/98) som uppger att de får hjälp av personalen med matlagningen. En fjärdedel (24/98) önskar att de kunde få mer hjälp.



Personalen på mer än hälften av gruppboendestäderna (16/25) uppger att de tycker att tiden räcker till för att hjälpa de boende med matlagningen. Personalen på 5 av de tillfrågade gruppboendestäderna uppger att tiden inte räcker till.

På tre fjärdedelar av gruppboendestäderna (19/25) handlar de boende sin mat tillsammans med personalen. På knappt hälften av gruppboendestäderna (11/25) handlar personalen själva mat åt de boende och på ett fåtal av gruppboendestäderna (4/25) handlar de boende sin mat helt självständigt. Anledningar som angivits till att personalen handlar utan de boende har varit att maten inhandlas medan de boende är på arbete eller daglig verksamhet, alternativt att maten inhandlas via Internet.



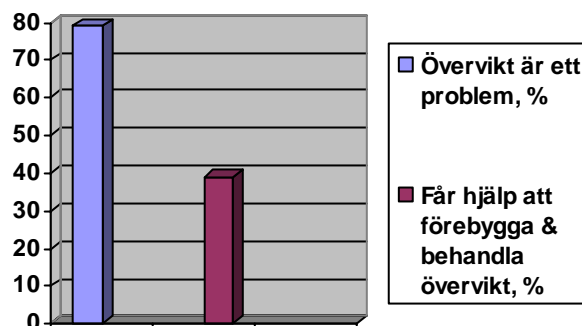
De boendes matlådor görs vanligen i ordning av personal (7/25) eller av boende tillsammans med personal (6/25). Endast personal vid en av gruppboendestäderna uppger att de boende självständigt gör i ordning sina matlådor.

På alla de fyra gruppboendestäder som är belägna i stadsdelarna uppger personalen att matinköpen görs i närbutiker. Av de 21 gruppboendestäder som är belägna i kommunerna uppger personalen på 13 (62 %) av gruppboendestäderna att inköpen görs i närbutiker medan personalen på 12 (57 %) av gruppboendestäderna gör sina inköp i storköp.

Dietrestriktioner och överviktsproblematik

Personal på 15 av de 25 gruppboendestäderna uppger att de måste ta hänsyn till någon form av dietrestriktioner som angår de boende. De restriktioner som nämns av personal vid flest gruppboendestäder är diabetes (4 av 15 gruppboendestäder) och allergier (4 av 15 gruppboendestäder). Andra restriktioner som anges gäller laktosintolerans, glutenintolerans, sväljningssvårigheter, PKU (fenylyketunori, ibland benämnd Föllings sjukdom) samt restriktioner som rör högt blodtryck och övervikt.

En stor del av verksamhetsansvariga och enhetschefer (26/33) anser att övervikt är ett problem hos de boende. Mindre än hälften (13/33) anser dock att de får hjälp att förebygga och behandla övervikt hos boende.



Hinder för att skapa goda och hälsosamma måltider i gruppboendena

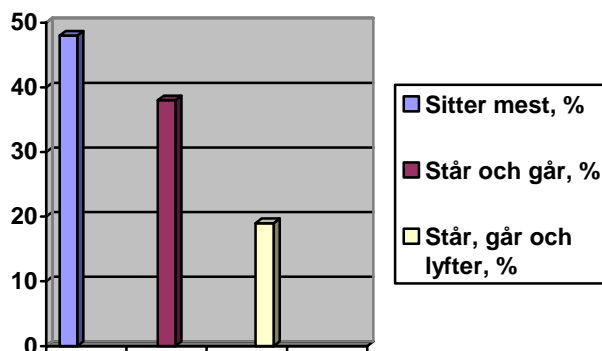
Verksamhetsansvariga och enhetschefer anger två betydande hinder som försvårar möjligheterna att skapa goda och hälsofrämjande måltider i gruppboendena. Det första hindret som anges är bristande kunskap, och ibland även bristande intresse, hos personalen. Personalen saknar utbildning om näringslära och har olika syn på vad som i kostsammanhang är bra och inte bra för de boende. Det andra hindret som beskrivs är de boendes rätt till självbestämmande. De boende har rätt att göra individuella val och är inte alltid lätta att motivera.

Personalen uppger, i likhet med verksamhetsansvariga och enhetschefer, att bristande kunskap och boendes rätt till självbestämmande är två betydande hinder för att skapa möjligheter för goda och hälsofrämjande måltider. Personalen beskriver att de saknar utbildning, att det finns många olika åsikter i personalgruppen och att de boende har invanda kostvanor som kan vara svåra att förändra. Därtill nämns ekonomiska hinder, tidsbrist och utrymmesproblem.

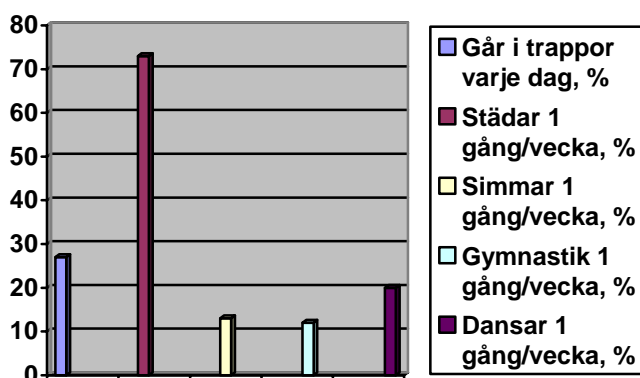
Hinder för att skapa goda och hälsosamma måltider i gruppboendena	Exempel/Beskrivning av problem enligt verksamhetsansvariga, enhetschefer och personal
Bristande kunskap hos personalen	Okunskap och osäkerhet hos personalen Personalens brist på kunskap och intresse Utbildning saknas Alla har sina "idéer" om vad som är bra Medarbetarnas olika syn på kosten Att näringslära ej ingår i utbildningen Brist på rutin när det gäller matlagning av bra och näringsrik kost Personalen tycker olika Bristande kunskaper i näringslära
Bristande motivation hos boende/ Boendes rätt till självbestämmande	Boendes egen vilja och identitet Boendes egen integritet Varje boende har egen lägenhet, eget kylskåp, egna pengar Motiveringsarbete kring boende Svårt påverka boende som har egen kosthållning Att brukarna själva bestämmer vad de vill äta och att de har egna hushåll De individuella val personerna gör Motstånd från vissa brukare att äta grönsaker/frukt Vi kan föreslå nyttigheter, men ej tvinga den enskilde att äta frukt och grönsaker De boende vill själva bestämma vad de ska äta utifrån matvanor i föräldrahemmet Svår balansgång mellan boendes smak och önskemål/hälsosamheten
Ekonomiska hinder	Budget Begränsad ekonomi och dålig planering Kostnad Dålig ekonomi för de boende
Tidsbrist	Tid till matlagning Tidsbrist Ont om tid (personal) Personal- och tidsbrist
Utrymmesproblem	Utrymmet i lägenheterna Utrymmet + spisen är för liten Litet kök, dåliga förvaringsmöjligheter Ej fullvärdiga lägenheter För få frysar – trånga lägenheter

Fysisk aktivitet i gruppbostäderna

Hälften av de boende (48 %) uppger att de åker kollektivt till arbetsplatsen, medan 35 % använder sig av färdtjänst och 18 % promenerar. På arbetsplatsen uppger hälften av de boende att de mestadels sitter (47/98). Något färre uppger att de mestadels står alternativt står och går lika mycket (37/98). Omkring en femtedel (19/98) anser att de står, går och lyfter mycket på arbetsplatsen.



På två tredjedelar av gruppbostäderna (19/25) anordnas fysiska aktiviteter 1-2 gånger/vecka, medan knappt en fjärdedel av gruppbostäderna (6/25) arrangerar fysiska aktiviteter för de boende varje dag. De fysiska aktiviteter som beskrivs flest gånger av personalen är promenader, dans, simning och städning. Andra aktiviteter som beskrivs är friskis o svettis, floorhockeyträning, cykling, styrketräning, stavgång, gymnastik på daglig verksamhet, bowling, karate, löpning, vattengympa, ridning och fotboll. Av de boende uppger tre fjärdedelar att de städar en gång per vecka och en fjärdedel uppger att de går i trappor dagligen. En mindre andel uppger att de ägnar sig åt simning, gymnastik eller dans en eller flera gånger per vecka.



Andra fysiska aktiviteter som nämns av de boende är bland annat promenader (vilket nämns av 35 boende), bowling, styrketräning, ridning, floorhockey, innebandy, cykling och sjukgymnastik. Majoriteten av de boende uppskattar att de ser på TV 1-4 timmar per dag och att de sitter framför datorn mellan 0 och 2 timmar.

Diskussion

Av de 35 gruppbestäderna som valts ut i kommunerna inkom svar från 28 gruppbestäder, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 80 %. Av de 22 gruppbestäder som valts ut i stadsdelarna inkom däremot bara svar från 4 gruppbestäder, vilket endast motsvarar en svarsfrekvens på 18 %. Denna skillnad är påfallande stor och innebär att flertalet svar i undersökningen kommer från gruppbestäder i kommunerna. Den låga svarsfrekvensen från gruppbestäder i stadsdelarna har bland annat inneburit att det inte varit möjligt att göra några jämförelser mellan gruppbestäder i kommuner och stadsdelar. Alla svar har istället redovisats och analyserats gemensamt.

Resultatet av enkätundersökningen visar att en stor andel av den personal som arbetar på gruppbestäder har någon form av vårdutbildning på gymnasienivå, men att det också anställs personal utan utbildning. Flera av de utbildningar som nämns i enkätundersökningen existerar inte längre, och motsvaras i dagsläget närmast av *omvårdnadsprogrammet* samt av *barn- och fritidsprogrammet*, vilket är utbildningar som kan läsas inom ramen för gymnasium eller komvux och som ger kompetens som undersköterska respektive barnskötare (Arbetsförmedlingen, 2005). Ingen av dessa utbildningar innehåller någon fast kurs där det i kursmålen finns mål som är kopplade till kostens betydelse för hälsan (Nationellt Referenscentrum för Information om Yrkesutbildning, 2005). Resultatet av enkätstudien visar också att både verksamhetsansvariga och berörd personal anser att det finns ett stort behov av utbildning i ”bra mat” för den verksamma personalen. Dessa resultat överensstämmer med den studie som genomförts bland gruppbestäder i Uppsala och Enköping, där många i personalen gav uttryck för att de skulle behöva mer utbildning i kostfrågor (Adolfsson, 2000). Dessa resultat indikerar att personal som arbetar på gruppbestäder i allmänhet saknar adekvat utbildning för att kunna servera bra och hälsofrämjande måltider i gruppbestäderna.

Måltidsvanorna varierar bland de boende, men enkätundersökningen visar att flertalet äter lagad middag varje kväll, och att de flesta antingen äter matlåda mitt på dagen eller den lunch som serveras på arbetsplatsen. Personalen är i olika grad delaktig i de boendes måltidsvanor, men på flertalet gruppbestäder är personalen delaktig både vid inköp och vid matlagning. Denna bild av måltidsrutinerna stämmer väl överens med den bild Adolfsson (2000) beskriver från gruppbestäderna i Uppsala och Enköping. Både i den aktuella enkätundersökningen och i Adolfssons studie varierar graden av självständighet bland de boende och graden av inflytande från personalen. I Adolfssons studie var gruppen med självhushåll den grupp som hade den mest ensidiga mathållningen och sämst fungerande måltidsordningen. Att högre grad av självständighet påverkar matvanorna i negativ riktning och ökar risken för utvecklande av fetma framkommer i ett flertal internationella studier. Hove (2004) rapporterade att självständighet och att själv välja sin matsedel var kopplat till fetma och Robertson et al (2002) visade att låg personaltäthet och bristande struktur i boendet var kopplat till fetma. Bryan et al (2000) rapporterade att matvanorna försämrades och att prevalensen av fetma ökade bland en grupp utvecklingsstörda då en institution för utvecklingsstörda stängde och tvingade de utvecklingsstörda till nya boendeformer. Dessa resultat indikerar att utvecklingsstörda har svårigheter att självständigt göra hälsosamma val och i större utsträckning är i behov av stöd.

Genom enkätundersökningen framkommer ett antal hinder för att skapa goda och hälsosamma måltider i gruppbestäderna. Två av dessa beskriver bristande kunskap hos personalen och bristande motivation hos de boende i kombination med de boendes rätt till självbestämmande. Både personal och verksamhetsansvariga beskriver hur svårt det kan vara att motivera någon

att ändra sina matvanor om han eller hon inte vill, samtidigt som personalen måste respektera de boendes rätt till självbestämmande och deras individuella val. Adolfsson (2000) diskuterar i sin studie samma dilemma och beskriver vilken svår balansgång det kan vara för personalen att försöka ge allt stöd de kan utan att de boende upplever att deras frihet är inskränkt. Personal i Adolfssons studie ger uttryck för att mer kunskap skulle göra det lättare för personalen att påverka de boendes matvanor, vilket synliggör att dessa två hinder samverkar med varandra, och att utbildning av personalen också kan underlätta personalens arbete med att motivera de boende till mer hälsosamma matvanor.

Av enkäterna framkommer att en stor andel av de boende har ett mer eller mindre stillasittande arbete samtidigt som många åker kollektivt eller använder färdtjänst. Många av de boende uttrycker att de deltar i olika sporter, men det är svårt utifrån enkätstudien att veta i vilken utsträckning detta sker. Viss försiktighet vid tolkning av siffror som anger antal timmar framför TV eller dator ska också iakttas då det kan vara svårt att uppskatta tid på detta sätt. De få studier som genomförts kring fysisk aktivitet bland utvecklingsstörda visar samstämmigt att graden av fysisk aktivitet är betydligt lägre i den här gruppen än i normalpopulationen (Robertson et al, 2000, Emerson, 2004).

En stor del av verksamhetsansvariga och enhetschefer i enkätundersökningen anser att övervikt är ett problem bland de boende, medan mindre än hälften anser att de får hjälp att förebygga och behandla denna övervikt. Internationella studier indikerar att prevalensen av fetma (BMI >30) och undervikt (BMI <20) är högre bland personer med utvecklingsstörning än i normalbefolkningen, medan prevalensen av övervikt (BMI 25-29.9) är lägre bland personer med utvecklingsstörning än i normalbefolkningen. Dessa data indikerar att vikten är ett betydande hälsoproblem bland individer med utvecklingsstörning, inte minst eftersom skillnaderna ses i gruppen med BMI > 30, där de ökade riskerna för relaterade hälsoproblem som hjärt- och kärlsjukdom och diabetes är som störst. Eftersom man vet att felaktiga kostvanor och bristande fysisk aktivitet kan leda till övervikt och fetma, och eftersom övervikt och fetma tycks vara ett betydande problem bland individer med utvecklingsstörning, kan insatser som syftar till förändrade kost- och motionsvanor ha en betydande inverkan.

Det finns i dagsläget begränsad information om huruvida hälsopromotion som grundar sig på träning och förändrade kostvanor kan leda till viktreduktion bland boende i gruppboendestäder, men ett mindre antal internationellt genomförda insatser indikerar att denna form av intervention kan ha effekt. Erfarenheter från England visar att sjuksköterskeledd hälsoundervisning för utvecklingsstörda kan leda till viktreduktion (Marshall et al, 2003) och erfarenheter för USA visar att hälsoundervisning kan ge viktreduktion hos individer med utvecklingsstörning, även om effekten i denna studie var mindre bland utvecklingsstörda än bland normalbegåvade (Ewing et al, 2004).

Fetma förekommer enligt internationella studier framför allt bland kvinnor, personer med Downs syndrom, äldre personer samt personer med lindrig eller måttlig utvecklingsstörning. Undervikt förekommer framför allt bland yngre personer, personer med grav utvecklingsstörning samt personer med lägre grad av självständighet. Detta visar att det finns särskilda riskgrupper inom populationen av utvecklingsstörda, vilket är viktigt att uppmärksamma vid eventuella åtgärdsprogram. Vid dietrelaterade insatser är det också viktigt att ta hänsyn till både individuella och diagnosspecifika behov. Orsakerna till den höga prevalensen av övervikt och fetma bland individer med Downs syndrom är inte utförligt utredda, även om flera internationella studier har påvisat en lägre vilo-ämnesomsättning bland individer med Downs syndrom (Luke et al, 1996). Flera studier har misslyckats med att

påvisa samband mellan högt energiintag och övervikt bland individer med Downs syndrom (Luke et al, 1996, Fujiura et al, 1997), och enligt Luke et al (1996) finns det hos dessa individer risk för vitamin- och mineralbrist, vilket vid eventuella åtgärder kan vara viktigt att ha i åtanke. Att övervikt och fetma huvudsakligen visat sig vara ett hälsoproblem bland utvecklingsstörda med högre funktionsnivå kan vara kopplat till förmågan att ta självständiga beslut och själv bestämma över sitt kostintag. Personer med grav utvecklingsstörning, som befinner sig i en stark beroendeställning och ofta är i behov av att bli assisterade med matning, tillhör istället den grupp som riskerar undervikt. Med denna kunskap som bakgrund kan det anses lämpligt att överviktspreventiva insatser inom omsorgen i första hand riktas mot grupper med lindrig och måttlig utvecklingsstörning.

Slutsatser och rekommendationer

Identifierade problem

Genom den enkätundersökning som gjorts bland gruppboendestäder i Stockholms län har ett antal olika hinder för att utveckla goda och hälsosamma måltider i gruppboendestäderna kunnat identifieras. Två av dessa hinder avser individuella egenskaper hos personal och boende, medan övriga avser faktorer i omgivningen. Hinder för att utveckla goda och hälsosamma aktivitetsvanor har inte i samma utsträckning analyserats genom studien, även om det i litteraturgranskningen framkommer att några av de faktorer som hindrar mer hälsosamma matvanor också hindrar bättre aktivitetsvanor.

Bristande kunskap hos personalen

Avser bristande utbildning hos personalen alternativt brist på undervisning om bra matval i utbildningen. Bristande kunskap ger osäkerhet och medför svårigheter vid försök att förändra de boendes matvanor. Skiftande uppfattningar i personalgruppen medför också samarbets svårigheter.

Bristande motivation hos de boende/De boendes rätt till självbestämmande

Avser de boendes egna önskemål om kosten och deras rätt till självbestämmande och egna val. Många boende har egna hushåll och bestämmer själva vad de ska äta utifrån smak och vanor. I hur stor utsträckning personalen ska försöka påverka de boende medför ett etiskt dilemma. Detta dilemma kan också antas uppkomma då det gäller fysisk aktivitet.

Ekonomiska hinder

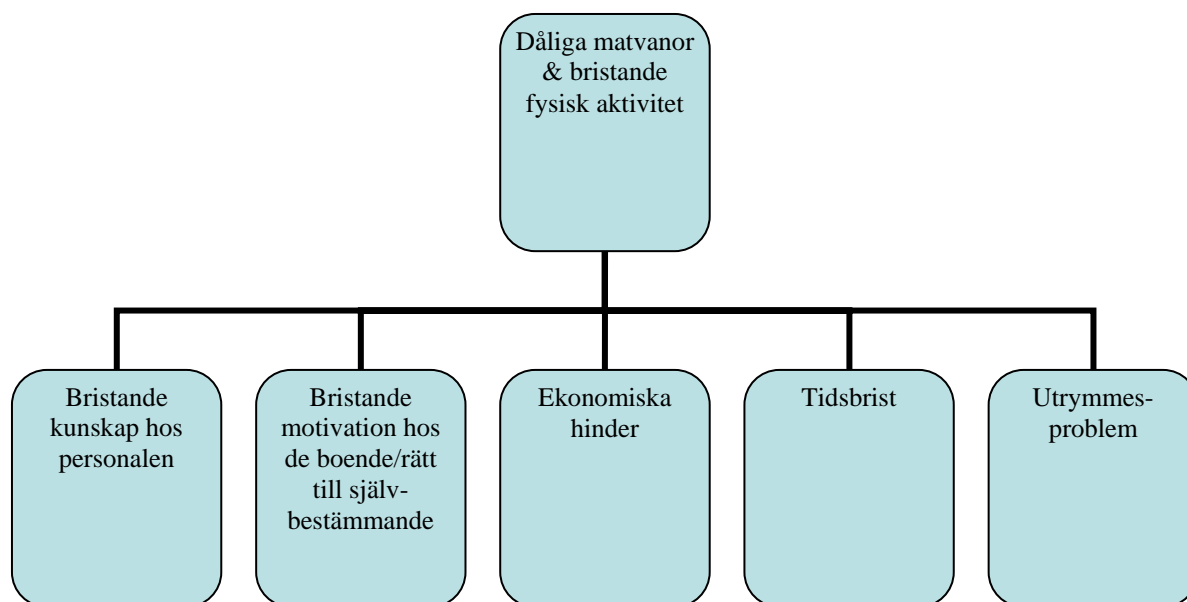
Avser begränsad budget i gruppboendestaden och de boendes privatekonomi. Bristande resurser, ibland i kombination med dålig planering, ger sämre möjligheter för hälsosamma livsmedelsval. Ekonomiska hinder kan också medföra hinder för utövande av fritidsaktiviteter.

Tidsbrist

Avser i första hand personalbrist i gruppboendestäderna. När personalen har inte tillräckligt med tid för matinköp och matlagning är det svårare att göra hälsosamma val. Tids- och personalbrist kan också påverka möjligheterna för de boende att delta i olika fysiska aktiviteter.

Utrymmesproblem

Avser framför allt utrymme i lägenheter och kök. På vissa gruppboendestäder gör trånga köksutrymmen och dåliga förvaringsmöjligheter att det är svårare att laga hälsosamma måltider. När det gäller fysiska aktiviteter kan brist på träningslokaler och avstånd till fritidscenter och öppna områden utgöra hinder.



Förslag på åtgärder

För att finna lösningar på identifierade problem föreslås ett antal möjliga åtgärder, varav några kan utvecklas inom ramen för projektet. Först följer förslag på åtgärder som riktar sig till personal som arbetar i gruppbestäderna.

Utbildning i kost- och näringslära

Föreläsningar och uppträckt informationsmaterial som är anpassat efter målgruppens behov

Riktlinjer för mat i gruppbestaden

Utformning av riktlinjer för mat i gruppbestäder

Resursperson som knyts till gruppbestaden

Resursperson med kunskap i näringslära (ex. dietist) kan knytas till gruppbestaden för att vara personalen behjälplig i frågor som gäller de boendes mat.

Ansvarsfördelning för planering av måltider och fysiska aktiviteter

Utformning av struktur för hur måltidsplaneringen ska gå till och vem som ansvarar för olika moment. Planering och strukturering av fysiska aktiviteter i gruppbestaden

Hjälpmedel för mat- och måltidsplanering

Utformning av hjälpmedel som underlättar matsedels- och måltidsplanering i gruppbestaden.

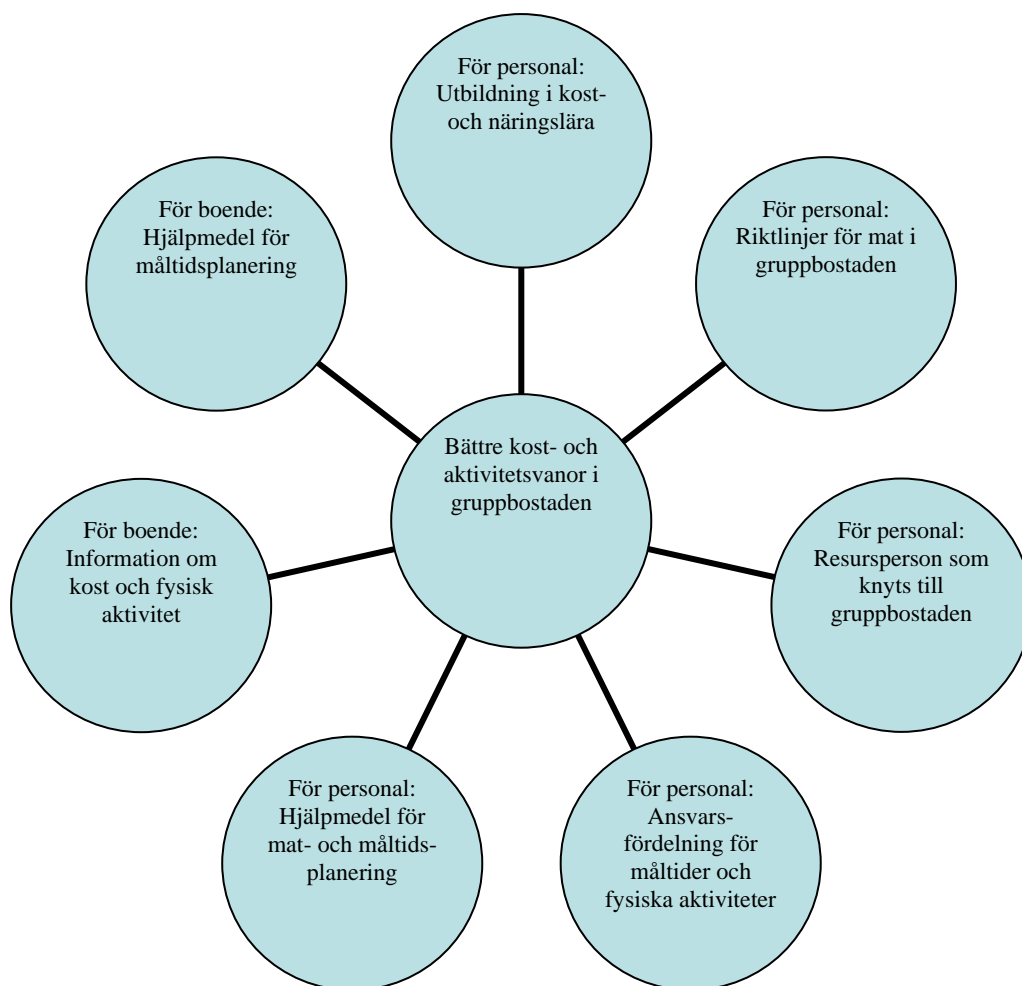
Förslag på åtgärder som riktar sig direkt till boende i gruppbestäder:

Information om kost och fysisk aktivitet

Utformning av enkel information med ett konkret och lättförståeligt budskap om kost och fysisk aktivitet som riktar sig direkt till de boende.

Hjälpmedel för måltidsplanering

Inventering av befintliga hjälpmedel och pedagogiskt material som syftar till att underlätta måltidsplanering för personer med begåvningshandikapp. Eventuell utveckling av nya hjälpmedel och nytt pedagogiskt material.



Referenser

Adolfsson, P. (2000). De utvecklingsstördas mat. Uppsala Universitet. Institutionen för hushållsvetenskap.

Arbetsförmedlingen. (2005). www.ams.se 2005-07-18

Bryan, F., Allan, T. & Russel, L. (2000). The move from a long-stay learning disabilities hospital to community homes. A comparison of clients' nutritional status. *Journal of Human Nutrition Dietetic*, 13, 265-70.

Emerson, E. (2005). Underweight, obesity and exercise among adults with intellectual disabilities in supported accommodation in Northern England. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 134-43.

Ewing, G., McDermott, S., Thomas-Koger, M., Whitner, W. & Pierce K. (2004). Evaluation of a cardiovascular health program for participants with mental retardation and normal learners. *Health Education and Behavior*, 31, 77-87.

Fujiura, G.T., Fitzsimons, N. & Marks, B. (1997). Predictors of BMI among adults with Down syndrome: The social context of health promotion. *Research in Developmental Disabilities*, 18, 261-274.

Hove, O. (2004a). Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 9-17.

Hove, O. (2004b). Prevalence of eating disorders in adults with mental retardation living in the community. *American Journal of Mental Retardation*, 109, 501-6.

Janicki, M.P., Davidson, P.W., Henderson, C.M., McCallion, P, Taets, J.D., Force, L.T., Sulkes, S.B., Frangenberg E & Ladrikan, P.M. (2002). Health characteristics and health services utilization in older adults with intellectual disability living in community residences. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 287-98.

Jansen, D.E.M.C., Krol, B., Groothoff, J.W. & Post, D. (2004). People with intellectual disability and their health problems: a review of comparative studies. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 93-102.

Luke, A., Sutton, M., Schoeller, D.A. & Roizen, J.M. (1996). Nutrient intake and obesity in prepubescent children with Down syndrome. *Journal of the American Dietetic Association*, 96, 1262-1267.

Marshall, D., McConkey, R. & Moore, G. (2003). Obesity in people with intellectual disabilities: the impact of nurse-led health screenings and health promotion activities. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 147-53.

Melville, C.A., Cooper, S.A., McGrother, C.W., Thorp, C.F. & Collacott, R. (2005). Obesity in adults with Down syndrome: a case-control study. *Journal of Intellectual Disability*, 49,

125-33.

Messent, P.R., Cooke, C.B. & Long, J. (1999). Primary and secondary barriers to physically active healthy lifestyles for adults with learning disabilities. *Disability Rehabilitation*, 21, 409-19.

Nationellt Referenscentrum för Information om Yrkesutbildning. (2005). www.senrp.se 2005-07-18

Robertson, J., Emerson, E., Gregory, N., Hatto, C., Turner, S., Kessissoglou, S. & Hallam, A. (2000). Lifestyle related risk factors for poor health in residential settings for people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 469-86.

Stockholms Läns Landsting (SLL). (2005). Handikapp och habilitering. www.habilitering.nu 2005-07-07

Socialstyrelsen. (2002). Utdrag ur vårdkatalog 2002-2003. Downs syndrom medicinsk utredning och behandling vid multipel organproblematik. www.sos.se 2005-07-06

Socialstyrelsen. (2005). Små och mindre kända handikappgrupper. Prader-Willi syndrom. www.sos.se 2005-07-06

Sveriges Riksdag. (1997). Socialutskottets betänkande. Avveckling av specialsjukhus och vårdhem. 1997/98:SoU5



Stockholms läns landsting

Tillämpad näringslära

Box 175 33

118 91 Stockholm

Tfn: 08-737 35 60

E-post: halsomalet@sll.se

www.folkhalsoguiden.se

www.halsomalet.se