

# **Mat inom handikapp- och äldreomsorg**

**Ylva Mattsson Sydner, FD**

**Institutionen för kostvetenskap  
Umeå universitet  
December 2004**

## **Mat inom handikapp- och äldreomsorg**

Den välfärdspolitik som ligger till grund för äldre- och handikappomsorgen baseras på principen om alla människors lika värde och rätt (Regeringens proposition 1999/2000:79, Regeringens proposition 1997/98:113). Vilket innebär att även de, som av olika anledningar inte själva klarar sin livsföring, ska få hjälp och stöd och att detta ges med respekt för den enskilde individen. Staten, landstingen och kommunerna har tillsammans ett ansvar för att alla, oavsett ålder och funktionshinder, ska ha en ekonomisk och social trygghet och också möjlighet till ett självständigt liv. Beroendet av andra skall därmed inte begränsa individers rätt och möjlighet till självständighet. Inom handikappomsorgen är strävan efter en normalisering av människors livsvillkor grunden för den omsorg som finns idag och speciellt har utvecklingsstörda människors rätt till ett så normalt liv som möjligt lyfts fram (Nirje 2003).

De handikappade och äldre som är beroende av hjälp och stöd kan benämnas omsorgstagare, vilka utgör en grupp som tidigare identifierats som en riskgrupp ifråga om nutritionsproblem (Folkhälsoinstitutet & Livsmedelsverket 1999). Att omsorgstagare utgör en riskgrupp är beroende av många olika faktorer och olika problem kopplade till individen, som låg energiomsättning, aptitnedsättning eller ätsvårigheter, är ett område. Andra faktorer som kan orsaka problem är mer relaterade till den organisation som inom omsorgens ram ordnar mat och måltider för omsorgsmottagarna. I relation till detta har exempelvis otillräcklig kunskap hos personalen och olämplig måltidsordning framhållits som problem (Folkhälsoinstitutet & Livsmedelsverket 1999). I en studie om äldreomsorgens måltidsverksamhet (Mattsson Sydner 2002) framkom också organisationen av mat och måltider var otydlig, både i vad som faktiskt borde erbjudas de äldre och vem som var ansvarig för att de hade möjlighet att erhålla ett adekvat näringsintag vid värdiga måltider. Det var också uppenbart att politiker och olika personalgrupper inom organisationen var tämligen missnöjda med den mat och de måltider de gamla erbjöds. Samtidigt kände de sig maktlösa i frågan och hänvisade den till någon annan som de betraktade som mer ansvarig. Det faktum att problemen kring mat kan betraktas som såväl nutritionsomhändertagandet i relation till individernas hälsa som en bemötandeproblematik kring integritet och sociala behov utgör också en komplexitet som kan vara svår att hantera inom omsorgen.

Den heterogena gruppen, med individens specifika problem i relation till mat och olikartade behov, medför stora svårigheter inom de kollektiva lösningar som omsorgernas tillhandahållande av mat utgör. Inom omsorgens ram ska omsorgstagarnas behov av goda matvanor och fysiska aktivitet främjas samtidigt som rätten till självbestämmande och delaktighet alltid ska beaktas. Goda matvanor inom omsorgens ram utgör för en del av omsorgstagarna samma grundförutsättningar som hos övriga befolkningen, d.v.s. övervikt och fetma utgör problemet och ett preventivt arbete är nödvändigt. Hos andra grupper av omsorgstagare, vanligtvis hos dem som är mest beroende av andra, utgörs snarare problemet av att de erhåller för lite mat och dryck eller en mat som inte är anpassad efter deras specifika behov. Ett annat problem som förekommer inom omsorgen är att maten i sin näringsmässiga sammansättning och behandling med långa varmhållningstider har en undermålig kvalitet.

Även om stat, landsting och kommuner tillsammans har ett ansvar för den omsorg som finns för handikappade och äldre så är det kommunerna som enligt lag har ansvaret för vård och omsorg av äldre och funktionshindrade, vilket innebär att de i praktiken har hand om olika former av verksamheter inom äldre- och handikappomsorgen. Ansvaret medför att även den mat och de måltider som serveras inom verksamheterna är kommunernas ansvar. Hur

kommunerna organiserar detta och vilka resurser de ställer till verksamheternas förfogande varierar betydligt, då den kommunala verksamheten grundas på ett stort självstyre. Detta innebär att både organiserandet av den kommunala omsorgen och matförsörjningen inom omsorgens ram är till både utformning och innehåll skiftande. Det finns inga sammanställningar av hur Sveriges kommuner organiserar verksamheter som berör mat och måltider för dem som är beroende av handikapp- och äldreomsorg. Det saknas också kännedom om vad olika insatser och verksamheter har för effekter på enskilda individer och på samhället i stort.

### **Reglering, styrning och samverkan**

Verksamheterna inom kommunernas vård och omsorg regleras av bl.a. socialtjänstlagen (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL), samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Dessa lagar har en allmän och övergripande formulering och mat och näring behandlas inte explicit. I hälso- och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen finns dock krav på ett systematiskt kvalitetsarbete och att all verksamhet systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Angående nutritionsbehandling ska den betraktas som en del av den medicinska behandlingen och därmed regleras av hälso- och sjukvårdslagen. Socialstyrelsen har ett sektorsansvar för vård och omsorg tillsammans med andra myndigheter och samarbetar med Livsmedelsverket kring frågor som gäller mat för sjuka. Socialstyrelsen, som alltså har det samlade ansvaret för äldre- och handikappomsorgen, har i sina föreskrifter och allmänna råd för området, inget specifikt gällande deras kosthåll. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälan av missförhållanden i omsorgen om äldre och funktionshindrade (SOSFS 2000:5) står dock att brister i omsorgen kan utgöras av brister i mathållningen. I relation till denna föreskrift finns också en definition av omsorg, där området mat och måltid tas som exempel på insatser i form av service respektive omvårdnad. Service exemplifieras som: hjälp med inköp, tillredning av måltider, alternativt leverans av färdiglagad mat. Insatsen omvårdnad ska tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov och hjälp med att äta och dricka ges som exempel på detta.

I de tillsynsärenden inom äldreomsorgen som handlades under 1998 fanns nutrition som en kategori under specifik omvårdnad bland orsakerna till anmälan (Socialstyrelsen 2001). Som exempel på vad anmälan handlat om angavs brist på kontroll av intaget av mat och dryck, stressade måltidssituationer och kvalitetsbrister i kostens sammansättning. Vidare angavs nutrition som ett av de områden som befanns vara nödvändigt att prioritera i fråga om att säkra och utveckla området. Hur omsorgstagares kosthållning, både beträffande nutritionsomhändertagandet som i relation till bemötande och delaktighet, faktiskt kan utformas som kvalitetsmål där arbetet inriktas emot i planering, utförande och uppföljning av verksamheten är dock oklart. Det arbete som finns idag bedrivs av enskilda kommuner och då ofta av enskilda engagerade personer inom den kommunen. Exempel på detta är det arbete som bedrivs inom äldreomsorgens måltidsverksamhet i kommunerna Huddinge, Växjö och Göteborg.

Gemensamt för landets knappt 300 kommuner är att kommunernas bistånds- och LSS-handläggare har en central funktion för att utreda och fatta beslut om innehåll och omfattning av stöd och hjälp. Detta innefattar utredningar, beslut, uppföljning och utvärdering kring kommuninvånarens behov av vård och omsorg. Dessa handläggare är därmed en kommunal myndighetsperson som ombesörjer ärenden enligt bl.a. socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Hälso- och sjukvårdslagen används dock inte för att besluta om insatser, men varje kommun är skyldig att erbjuda dem som bor i särskilda boendeformer för äldre respektive särskilda bostäder för dem med funktionshinder, en god

hälso- och sjukvård. De som bor i ordinärt boende och inte har hemsjukvård omfattas däremot inte av hälso- och sjukvårdslagen. Hur dessa handläggare arbetar och bedömer behovet av olika insatser ifråga om mat styrs av socialtjänstlagen och de eventuella riktlinjer som varje kommun utarbetat för detta. Beslut om insatser kan därför formuleras olika och insatsernas omfattning kan, trots likartade behov, variera.

### **Vård och omsorg om handikappade**

Den förändring som skett inom äldre- och handikappomsorgen under 1990-talet har bland annat strävat efter att överföra vård och omsorg från institutionsliknade miljöer till särskilda boendeformer, med en hemliknande miljö och till det egna hemmet. För att stödja det ordinära boendet i eget hem har också insatser som växelvård, avlösarservice och dagverksamheter utvecklats. Handikappomsorgen omfattar individer med problem av olika art och omfattning, d.v.s. både kroppsliga och psykiska handikapp av olika grad liksom multihandikapp finns inom gruppen. Överlag fungerar den svenska handikappomsorgen väl, men det finns problem och att barn och ungdomar inom handikappomsorgen behöver stöd och hjälp tillsammans med sina familjer och att deras levnadsförhållande behöver förbättras är dokumenterat (Socialstyrelsen 2004). Landstingen och deras habiliteringsverksamhet, där dietister bör finnas, har en betydande roll i detta och samverkan mellan landsting och kommuner för personer med omfattande behov är av vikt. Idag är samverkan, liksom informations- och kunskapsöverföring mellan olika vårdgivare ett av de problem som finns inom handikappomsorgens verksamhet. Exempelvis har en man med flerk Funktionshinder som gastrostomiopererats (dvs. "fått en påse på magen") skickats hem till sitt kommunala omvårdnadsboende utan instruktioner om hur personalen där skulle sköta gastrostomin eller handtera sondmatningen.

Även gruppen barn och ungdomar som lever med funktionshinder av något slag utgör en mycket heterogen grupp, varför deras problem och behov kring mat är av mycket olika slag. Hur mat och måltider utformas för dem som behöver hjälp och stöd inom den egna familjen, som använder insatser som växelvård, avlösarservice eller dagverksamheter, eller som bor i bostad med särskild service är inte kartlagt. Därmed saknas en samlad kunskap om både vilka individuella problem som finns i relation till mat och nutrition som hur olika insatser och organisation påverkar funktionshindrades kosthåll. Det är därför av stor vikt att genomföra studier som behandlar olika funktionshinder i relation till organisation och innehåll i den mat och de måltider som tillhandahålls inom omsorgens olika verksamheter av de slag som finns idag. Kommunernas omsorg står också inför en ny form av problem och utmaning då flerk Funktionshinderade och gravt utvecklingsstörda personer födda på 1980-talet, då sjukvården kunde rädda alltfler till livet, idag blir vuxna och behöver ett omvårdnadsboende i kommunen.

En del forskning har gjorts och i en norsk studie framkom att graden av utvecklingsstörning kunde relateras till både undervikt och övervikt (Hove 2004). Det framkom också att de som var beroende av andra i högre utsträckning var underviktiga och att de som var mer oberoende av andra i större utsträckning var överviktiga. I en amerikansk artikel behandlas de speciella behov av mat och näring som finns hos barn, ungdomar och vuxna med utvecklingsstörning (ADA Reports 2004). De problem som lyfts fram i relation till mat är: tillväxtförändringar (fetma respektive hämmad tillväxt), metaboliska sjukdomar, tugg- och sväljsvårigheter och problem kring matning. Annat som skapade nutritionsproblem var långvarig medicinering och beroende av enteral eller parenteral nutrition (d.v.s. att få näring genom sond eller dropp). Här påpekas också att gruppen har disparata behov och att det oavsett boendeform och grad av handikapp behöver finnas kostkompetens i de team som skall hjälpa och stödja individerna, deras familjer och den baspersonal som finns på varje boende.

Oavsett formen av insats ska de som erhåller stöd och hjälp uppmuntras att klara sig själva och därmed själva bestämma vad de äter, när, hur och med vem. Men hur deras mathållning ordnas i praktiken är starkt kopplat till form av bostad och insats, vilket i sin tur påverkar vad de faktiskt får ifråga om mat och måltider. I en uppsats om graden av självbestämmande och livsmedelsval hos en grupp utvecklingsstörda omsorgstagare var det uppenbart att de som klarade mycket själva och därmed hade stort självbestämmande hade mindre variation i sitt kosthåll än de som fick hjälp (Adolfsson 2000). Att typ av insats och boende påverkar maten visade även Rubin et al (1998) som fann fler överviktiga hos de utvecklingsstörda som levde med sina familjer än hos dem som levde i en annan boendeform. De som får stöd och hjälp kan få detta i varierande grad och viktigt i detta sammanhang är omsorgstagarnas möjlighet till delaktighet. I en studie om tandhälsa och kost hos utvecklingsstörda som flyttat från institutioner till integrerat boende var det också delaktighet i vardagens matrelaterade arbete, t.ex. att handla och laga mat, som lyftes fram som en betydelsefull förändring (Gabre, Martinsson & Gahnberg 2002).

Problem och möjligheter som lyfts fram i samband med mat inom handikappomsorgen är också måltidernas sociala och pedagogiska möjligheter. I en studie om vardagslivet i några norska gruppboendestäder framkom att de boende inte själva kunde välja om de ville äta gemensamt eller inte (Sandvin et al 1998). Det framkom också att mathållningen inom ett omsorgsboende för utvecklingsstörda i sig är ambivalent. Detta då det kan ses som en fördel att vara och en får vara delaktig i planering, tillagning och efterarbete kring sin egen mat. Men måltiden blir på så vis någonting som sker i ensamhet och den sociala träning och gemenskap som måltider tillsammans med andra ger tas inte tillvara.

Behoven av hjälp och stöd, liksom insatser och boendeform varierar och gruppen omsorgstagare med olika funktionshinder är inte kartlagda i någon större utsträckning i relation till matrelaterade problem. Det är trots det uppenbart att det finns problem och det är viktigt att möjliggöra delaktighet och självbestämmande utan att riskera ett undermåligt nutritionsomhändertagande.

### **Vård och omsorg om äldre**

En ökad andel äldre i befolkningen och ansvar för äldre med ett stort behov av vård och omsorg är en situation alla Sveriges kommuner befinner sig i. Kommunerna har i och med införandet av Ädelreformen 1992 fått ansvar för äldre med stora omsorgsbehov, samtidigt som andelen äldre i befolkningen ökar. Kommunernas resurser har dock inte ökat i motsvarande grad utifrån de krav som kommit att ställas på dem (SOU 1996:163). I en kartläggning av kommunernas/kommundelars/stadsdelars kost- och nutritionsarbete inom äldreomsorgen besvarades 251 enkäter av 418 utskickade (Socialstyrelsen 2003). Av dessa 251 svar angav 80 kommuner/kommundelar/stadsdelar att de i sitt kvalitetsarbete även inkluderat området kost och nutrition.

De gamla som i dag omfattas av, eller snart kommer att omfattas av äldreomsorg, inom de särskilda boendeformerna eller i det egna hemmet, är en mycket heterogen grupp i fråga om problem och behov. I förhållande till maten så sträcker sig anspråken från mindre insatser till mycket omfattande hjälp och stöd. Exempel på mindre insatser är ordnandet av gemensamma måltider för att bryta isolering, eller leverans av varor till dem som inte kan sköta inköpen längre. Insatser som dessa är av betydelse för att främja bibehållen hälsa och motverka sjukdom. Exempelvis har man i en dansk studie om hur ”matklubbar” som gemensam aktivitet för de äldre fungerade, funnit att det både förebyggde näringsproblem och gav de

äldre betydelsefulla sociala relationer (Århus kommune 2003). Betydligt mer omfattande insatser behövs för dem som inte kan föra mat och dryck till munnen eller som är dementa och i behov av ett kontinuerligt stöd. Inom den kommunala äldreomsorgen bor och vårdas dessutom mycket sjuka personer med behov av supplement till den vanliga maten, specialkost eller i vissa fall enteral eller parenteral nutrition. Vilka insatser som behövs och om dessa avser att stödja en relativt god hälsa, bromsa ett försämringstillstånd eller ”bara” fungera som en viktig aspekt av det kvalitativa livet varierar.

Allt fler äldre får vård och omsorg i sitt eget hem, s.k. ordinärt boende. Hemtjänsten ombesörjer de serviceinsatser som biståndshandläggaren beslutat om och i de fall hemsjukvård behövs ansvarar kommunens hemsjukvård alternativt landstingets primärvård för detta. De som enbart har hemtjänst berörs inte av hälso- och sjukvårdslagen och den möjlighet den ger till ett nutritionsomhändertagande som kan jämföras med annan medicinsk behandling. Hur omsorgstagare inom det ordinarie boendet tillgodoses i fråga om mat och dryck samt fysisk aktivitet är i mindre utsträckning klarlagt. En studie inom hemtjänsten har dock visat att ungefär hälften av de 356 personer som undersöktes hade problem i relation till maten och att de var eller låg i riskzonen för att bli undernärda (Socialstyrelsen 1999). Idag har hemtjänstpersonalen allt mindre tid för matlagning hos den enskilda pensionären och sociala aktiviteter som att samtala över en kopp kaffe eller låta omsorgstagaren gå med till affären för inköp (Szebehely 2000). Denna förändring medför att den preventiva funktion aktiviteter som dessa kan ha uteblir.

### **Mat och måltider – en del av vård och omsorg**

Det allmänmänskliga behovet av mat är en komplex interaktion av fysiologiska behov och sociokulturella faktorer. Förutom dessa allmänmänskliga behov kan funktionshinder och åldrandet liksom skröplighet och sjukdom som kan vara en konsekvens av detta medföra att mer speciella behov uppstår. Funktionshinder av olika slag och åldrandet kan innebära ett otillräckligt näringsintag eller ett obalanserat näringsintag beroende av ett högt energiintag och/eller en ensidig kost. Dessa omsorgstagare har identifierats som riskgrupper som är i behov av specifika insatser. Till insatser som tidigare lyfts fram finns bl.a. behovet av riktlinjer för näringskvalitet och måltidsordning, behovet av utbildningsinsatser för personal inom måltidsverksamheter, samt behovet av samarbete mellan myndigheter och representanter för storhushållssektorn. Idag finns riktlinjer för sjuka inom vård och omsorg som utarbetats av Livsmedelsverket (Livsmedelsverket 2003). Dessa kan mycket väl användas för alla omsorgstagare. Men för den baspersonal som finns inom handikapp- och äldreomsorg som tillsammans med omsorgstagarna ska ordna deras mathållning kan riktlinjerna te sig alltför abstrakta och svårförståliga. För att baspersonalen ska ha möjlighet att på ett adekvat sätt vara hjälp och stöd för omsorgstagare behöver de utbildning för området. Men de behöver också kontinuerligt hjälp och stöd av kostkompetent personal inom organisationen.

I förhållande till mat och måltider inom vård och omsorg har en rad problem lyfts fram och förändringar av verksamheterna medför ofta att nya former av problem skapas. Ett exempel på detta är avvecklandet av institutionsliknande boenden, då avsikten av att forma en värdigare omsorg baserad på individens önsknings, inte minst i relation till mat. Effekten har dock för många inom både handikapp- och äldreomsorgen medfört ett osäkert nutritionsomhändertagande då andra boendeformer i mindre utsträckning serverar tre måltider samt mellanmål varje dag. Oavsett behov och form av insats och boende är det av allra största vikt att var och en som är beroende av omsorg erhåller en ”säker” matförsörjning. Med andra

ord tillgången till mat och dryck av god kvalitet måste säkerställas för var och en som är beroende av omsorgens hjälp och stöd för att erhålla detta.

### **Referenser**

ADA Reports. (2004). Position of the American Dietetic Association: Providing Nutrition Services for Infants, Childrens, and Adults with Developmental Disabilities and Special Health Care Needs. *Journal of the American Dietetic Association*, 104(1), 97-107.

Adolfsson, P. (2000). *De utvecklingsstördas måltider*. Uppsala: C-uppsats, Institutionen för hushållsvetenskap, Uppsala universitet.

Folkhäsoinstitutet & Livsmedelsverket. (1999). *Nationella mål och strategier för nutrition 1999-2004*. Uppsala: Livsmedelverket.

Gabre, P., Martinsson, T, & Gahnberg, L. (2002). Oral health during deinstitutionalisation. *Swedish Dental Journal*, 26(2), 82-88.

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

Livsmedelsverket. (2003). *Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg*. Uppsala: Livsmedelsverket.

Mattsson Sydner, Y. (2002). *Den maktlösa måltiden – om mat inom äldreomsorgen*. Uppsala: Institutionen för hushållsvetenskap, Uppsala universitet.

Nirje, B. (2003). *Normaliseringsprincipen*. Lund: Studentlitteratur.

Regeringens proposition 1997/98:113. (1998). *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*. Stockholm: Regeringskansliet.

Regeringens proposition 1999/2000:79. (2000). *Från patient till medborgare*. Stockholm: Socialdepartementet.

Rubin, SS., Rimmer, JH., Chicoine, B., Braddock, D. & McGuire, DE. (1998). Overweight prevalence in persons with Down Syndrome. *Mental Retardation*, 36(3), 175-181).

Sandvin, J., Söder, M., Lichtwarck, W. & Magnussen, T. (1998). *Normaliseringsarbeid og ambivalens*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Socialstyrelsen. (1999). *Näringsproblem bland äldre med hemtjänst*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2001). *Tillsynsärenden inom äldreomsorgen 1998*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2003). *Kommunernas kost- och nutritionsarbete*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2004). *Handikappomsorg. Lägesrapport 2003*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 2000:5. (2000). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälan om missförhållanden i omsorger om äldre och funktionshindrade enligt 71 a § socialtjänstlagen (1980:620)*. Stockholm: Socialstyrelsens författningssamling.

SOU 1996:163. (1996). *Behov och resurser i vården – en analys, Del A, Delbetänkande av HSU 2000*. Stockholm: Socialdepartementet.

Szebehely, M. (2000). Äldreomsorg i förändring – knappare resurser och nya organisationsformer. I Szebehely, M (red.), *Välfärd, vård och omsorg Antologi. Kommittén Välfärdsbokslut SOU 2000:38*. Stockholm: Socialdepartementet.

Århus kommune. (2003). *"Bordets Glæder". Madhold og madklubber – et sundhedsfremmeprojekt for ældre i eget hjem*. Århus: Århus kommune Sundhed & Omsorg.