



UPPSALA
UNIVERSITET

Masteruppsats, 30 hp

Master Thesis, 30 ECTS credit points
2012

Mat, omsorg och tid

En kvalitativ studie om hemtjänstens syn
på matproblem hos äldre

Monica Pehrsson

Institutionen för kostvetenskap
Box 560
Besöksadress: BMC, Husargatan 3
751 22 Uppsala



Titel: Mat, omsorg och tid - En kvalitativ studie om hemtjänstens syn på matproblem hos äldre
Författare: Monica Pehrsson
Handledare: Margaretha Nydahl, Institutionen för kostvetenskap, Uppsala universitet

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Andelen äldre som bor kvar hemma ökar och hemtjänstpersonalens uppgifter blir av allt mer sjukvårdande karaktär. Olika matrelaterade problem är vanligt hos äldre och många behöver mycket hjälp med maten.

Syfte

Att undersöka vad hemtjänstpersonal har för erfarenheter av matrelaterade problem hos äldre.

Metod

En kvalitativ metod användes för att få en djupare förståelse för hemtjänstpersonalens syn på matproblem hos äldre. I sex fokusgruppsintervjuer diskuterade informanterna ämnet.

Resultat

Hemtjänstpersonalen såg en hel del matproblem hos de äldre, t.ex. mag-tarmbesvär, problem med tänderna, dålig matlust, men även psykosociala problem. En viss brist på teoretisk kunskap fanns om matrelaterade problem. Informanterna nämnde framför allt bristen på tid som det största hindret för att kunna ge den hjälp med maten och ätandet de äldre behöver. Många uttryckte en önskan att få tid att laga mat till de äldre och se till att de åt maten. De ansåg att biståndsbesluten ibland var orättvisa.

Slutsats

Om hemtjänstpersonalen hade mer kunskap om matrelaterade problem och framför allt om de hade mer tid, skulle de kunna göra mer för de äldre gällande mat och ätande.

UPPSALA UNIVERSITY
Department of Food, Nutrition and Dietetics
Master Thesis, 30 ECTS credit points, 2012

Title: Food, care and time - A qualitative study of the thoughts of the home help service staff about food problems in the elderly

Author: Monica Pehrsson

Supervisor: Margaretha Nydahl, Department of Food, Nutrition and Dietetics, Uppsala University

ABSTRACT

Background

The proportion of elderly who remain living at home is increasing, and the tasks of the home help service staff are becoming of more medically caring nature. Different food related problems are common in elderly and many of them need a lot of food support.

Purpose

To explore what experiences the home help service staff has of food-related problems in elderly.

Method

A qualitative method was used to get a deeper understanding of the thoughts of the home help service staff had about food problems in elderly. In six focus groups interviews the informants discussed the subject.

Results

The home help service staff experienced a great deal of food problems among the elderly, for instance gastrointestinal problems, dental problems, loss of appetite, but also psychosocial problems. There was a certain lack of theoretical knowledge about food-related problems. The informants mentioned particularly the shortage of time as the greatest obstacle to give the help with food and eating the elderly need. Many expressed a wish to have time to cook for the elderly and to ensure that they ate the food. They considered that the care managers' decisions sometimes were unfair.

Conclusion

If the home help service staff had more knowledge about food related problems, and particularly if they had more time, they could do more for the elderly concerning food and eating.

Innehållsförteckning

BAKGRUND	5
Äldreomsorgens utveckling	5
Ansvar och riktlinjer angående mat och måltider	5
Utbildning och känsla av sammanhang	6
Biståndsbeslut och behov av hjälp	7
Tidsbrist, god omsorg och etik	9
Ätande och risk för undernäring	10
Psyisk ohälsa påverkar ätandet	11
Matens komplexa betydelse	12
Ätproblem som påverkar energiintaget	13
Författarens förståelse	14
SYFTE	15
Frågeställningar	15
MATERIAL OCH METOD	15
Val av metod	15
Förfarande vid urvalsprocessen	16
Sammansättning av informanter	16
Utformning av intervjuguide	17
Genomförande av fokusgruppsintervjuer	17
Etiska överväganden	18
Analysprocessens olika steg	18
Litteratursökning	29
RESULTAT	19
Matlådor, matlagning och aptit	20
Hemtjänstpersonalens syn på matproblem	22
Särskilda behov som påverkar matintaget	24
Hur matintaget påverkas av den omsorg som ges	26
DISKUSSION	32
Metoddiskussion	32
Studiens trovärdighet och tillförlitlighet	32
Resultatdiskussion	33
Matens betydelse förbises	33
Maktlöshet och brist på uppskattning	34
Behov av bättre organisation	35
Tillfredsställelse med arbetet	35
Utbildning har betydelse för omsorgen	37
Äldreomsorg i förvandling	38
SLUTSATS	40
REFERENSER	41
BILAGOR	
Bilaga 1) Brev enhetschefer	
Bilaga 2) Brev deltagare	
Bilaga 3) Intervjuguide	
Bilaga 4) Frågor till deltagarna	

BAKGRUND

Äldreomsorgens utveckling

Andelen äldre i Sverige ökar och idag utgör personer över 65 år nästan en femtedel av befolkningen (1). De kommande tio åren kommer antalet äldre att öka med 27 procent, vilket kan jämföras med de tio föregående åren då antalet äldre ökade med endast en procent (1). Äldreomsorgen i Sverige genomgick under 1960- och 70-talen en kraftig expansion, vilken sedan vändes i en nästan lika kraftig nedbantning. Från att två tredjedelar av de äldre över 80 år 1980 omfattats av någon slags äldreomsorg hade siffran 25 år senare sjunkit till ca en tredjedel (2). En omfattande omstrukturering av äldreomsorgen har skett genom att platserna på både äldreboenden och sjukhus kraftigt har minskat, samtidigt som fler äldre bor kvar hemma, många beroende av stöd från hemtjänst (3).

Detta ställer ökande krav på en mer avancerad eftervård i hemmet efter sjukhusvistelsen (3). Hemtjänstens verksamhet har förskjutits från sociala och husliga uppgifter till mer medicinskt omvårdande (2). Man kan anta att de allt mer komplicerade sjukdomstillstånden hos äldre som bor kvar hemma också innebär att de som har svårare ätproblem blir fler, samtidigt som resurserna hemtjänstpersonalen har till förfogande för de äldre har minskat. Många äldre har dålig aptit, äter få lagade mål och riskerar undernäring (4, 5, 6). Av dem som har hemtjänst har ungefär hälften någon slags hjälp med mat, men många kommuner väljer att allt mer fasa ut matlådedistributionen eftersom den är tidskrävande och kostnadslukande och ersätta matlådan med någon slags färdig mat från affären (7).

Kostnaderna för äldreomsorgen har minskat något, trots att antalet äldre ökat väsentligt, framför allt på grund av nedskärningar inom de särskilda boendena (8). Om man fördelar kommunernas kostnader för äldreomsorg på alla över 65 år, minskade de med 52 000 kr per person i genomsnitt mellan 2004 och 2007, enligt en rapport från Socialstyrelsen (3). Beaktande att de flesta som omfattas av omsorgen är över 80 år gamla, blir kostnadsminskningen större per person.

Hemtjänstpersonalen är ofta de som har den största insynen i de äldres vardag, matintag och problem (9), men i litteraturen har det endast i begränsad omfattning återfunnits något specifikt gällande deras uppfattning om matrelaterade problem hos äldre.

Ansvar och riktlinjer angående mat och måltider

Det är svårt att få klarhet i var ansvaret ligger när det gäller mat och måltider för äldre med hemtjänst. I Socialtjänstlagen (SOL) som styr den sociala omsorgen om de äldre finns inte någon detaljerad vägledning för kvalitén på den biståndsbedömda matlådan eller matlagningen, eller för hur matförsörjningen bör utformas. Det är upp till varje kommun att bestämma hur matförsörjningen ska organiseras (5). Vissa kommuner lägger ansvaret på hemtjänstheten, medan andra lägger ansvaret på den äldre själv eller på den äldres anhöriga (7).

I Socialstyrelsens *Allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre*, SOFSFS 2011:12 (10) står att de bör ha kunskap om vilken betydelse måltid, mat och näring har för äldre personers hälsa och välbefinnande samt kunskap om hur förutsättningar skapas för goda matvanor och en god måltidsmiljö. Dessutom bör de ha förmåga att tillaga måltider, att stödja äldre personer vid måltider och ha kunskap om livsmedelshantering.

I denna studie ingår hemtjänstgrupper i Stockholm. I *Kostpolicy för Stockholms stads äldreomsorg* och dess förtydligande (11), från 2008 står bland annat:

- ”Hänsyn ska tas till den äldres egna önskemål gällande såväl matens sammansättning som kvalitet och måltidsmiljö. Individuella behov utifrån medicinska, etiska, kulturella och

religiösa skäl ska tillgodoses i möjligaste mån. Måltiden ska för den äldre utgöra en lustfylld måltidsupplevelse.”

- ”Alla som berörs av mat och måltider ska känna till och följa gällande lagstiftning, avtal, bestämmelser och riktlinjer. Det innebär att ansvar, befogenheter och arbetsuppgifter ska vara tydliga i organisationen.”
- ”Ett tydligt kvalitets- och servicetänkande ger förutsättningar för en hög och jämn kvalitet på mat och måltider inom staden. För detta fodras att ledning och personal kontinuerligt utbildas med hänsyn till ansvar, befogenheter, arbetsuppgifter och lagstadgade krav. Det förutsätter ett system som tillhandahåller fastlagda rutiner, regelbunden uppföljning och utvärdering samt en tydlig ansvarsfördelning för mat och måltider inom hela organisationen.”
- ”Alla som serveras mat och måltider inom äldreomsorgen ska erbjudas mat och måltider som är individanpassade. Mat är ett viktigt redskap för bevarande av en god hälsa, förebyggande av undernäringstillstånd samt vid sjukdomsbehandling. Med rätt mat och insatser kan måltiden bli en positiv upplevelse för alla.”(11)

I *Stockholms stads Äldreplan 2007–2011* står även: ”Det ska finnas möjlighet för den enskilde att vara delaktig i måltidsplanering. Det ska vara möjligt att få hjälp med matlagning eller leverans av matlådor. Hemtjänsten bör, om så är möjligt, erbjuda matlag” (11).

Utbildning och känsla av sammanhang

Inom hemtjänsten arbetar undersköterskor och vårdbiträden. Undersköterskeutbildningen är på gymnasienivå, 60 veckor eller 3 terminer, den kan se olika ut beroende på vem som ger den. Näringslära ska ingå som valbar del. Vårbiträdesutbildningen är en termin och i den är näringslära eller matlagning inte obligatoriskt. Det som krävs av enhetscheferna inom hemtjänst är att de har en akademisk examen, dock ingen specifik vård- eller nutritionskompetens, medan biståndshandläggarna oftast har socionomutbildning. I sin avhandling skriver Ylva Mattsson Sydner att de kvalifikationer som behövs för att sköta arbetet i hemtjänsten är typiska för kvinnor och till stor del osynliga, kompetenser baserade på erfarenhet från hemmet vilka används i arbetet utan att betraktas som kvalifikationer (12). Hon tar upp Gun-Britt Trydegårds beskrivning om hur forna tiders föreståndare på ålderdomshemmen ofta hade utbildning till husmor, där hushållslära ingick. De skulle övervaka att maten de gamla fick var väl sammansatt och vällagad (12).

Ett känt problem inom äldreomsorgen är den höga personalomsättningen. Detta är en av äldreomsorgens största utmaningar, som har visat sig vara omvänt relaterad till hög vårdkvalitet (13). Hög personalomsättning bidrar inte bara till tidsödande introduktioner av nyanställda utan också till en sämre kvalitet i omsorgen (14). En enkätundersökning till personal på äldreboenden i USA visade att en hög arbetsbelastning påverkade personalens engagemang negativt. Det som gynnade engagemanget var att känna fysisk säkerhet på jobbet, att ha ett schema som passade en och en känsla av att man arbetade i en verksamhet med ett bra omhändertagande (14).

Liknande slutsatser kom fram i en svensk studie (13). Personal i såväl äldreboenden som hemtjänst i två kommuner i Sverige svarade på en enkät om kompetens, stress och arbetstillfredsställelse. Inom hemtjänsten fanns färre undersköterskor och fler vårdbiträden än på äldreboendena. En signifikant högre andel av dem i hemtjänsten, framför allt vårdbiträdena, bedömde sin kompetens inom äldrenutrition som bristfällig. Det var dock bara 29 %, medan hela 76 % bedömde sin kompetens som bristfällig när det gällde demens. Hemtjänstpersonalen ansåg att tidsbristen var det som till största delen orsakade en emotionell belastning. Graden av arbetsrelaterad utmattning var hög och omvänt relaterad till hög arbetstillfredsställelse (13). Flera studier visar att allt högre arbetsbelastning för omsorgspersonal har lett till ökad tidspress och högre stressnivå. Låg kompetensnivå kan bidra till

ökad stress vid allt mer avancerade uppgifter, medan kompetensutveckling har lett till ökad arbetstillfredsställelse, viket i sin tur minskar personalomsättningen (13).

Undersköterskor och vårdbiträden intervjuades vid ett äldreboende i Sverige (15). De beskrev hur arbetet var emotionellt betungande och hur de själva måste hantera alla starka känslor som uppstår. Utan gemenskapen med arbetskamraterna trodde de inte att de skulle klara jobbet. Många kände dagligen skuld gentemot de äldre p.g.a. att de inte hann med att utföra det de kände var rätt. Informanterna uttryckte att deras jobb inte hade någon status, att politikerna var ointresserade av dem och bara kom med tomma ord. De kände sig svikna såväl av samhället som av ledningen (15). Viktiga faktorer för att känna sig tillfreds med arbetet som sjuksköterska inom äldreboenden är erkännanden från patienterna, utmanande arbetsuppgifter, befogenhet att bedöma patientens vårdbehov och positiv interaktion med andra sjuksköterskor (16).

Ett attraktivt arbete kan definieras som "ett arbete som är förståeligt, hanterbart och meningsfullt samtidigt som hänsyn tas till den anställdes värderingar och behov, vilket bidrar till personlig utveckling och hälsa" (17). Denna formulering leder oss in på sociologen Aaron Antonovskys teori om hur olika människor hanterar påfrestningar svårigheter, på svenska kallad KASAM - känsla av sammanhang (18). I det så kallade salutogena synsättet han framför fokuserar man på hälsa, i stället för på patologiska faktorer. Denna teori har ofta använts gällande patienters förmåga att hantera sjukdom, men också i studier av arbetsmiljö och arbetstagares stresshanteringsstrategier (18).

KASAM byggs upp av tre grundkomponenter: Känslan av förståelse - i vilken utsträckning en person upplever att yttre och inre stimuli är förnuftsmässigt gripbara, att information är ordnad och sammanhängande, istället för kaotisk och obegriplig. En person med hög känsla av förståelse har den självförtroende som behövs för att förvänta sig att yttre stimuli hon kommer att möta kommer att vara förutsägbara och möjliga att förklara. I hemtjänstarbetet kan detta t.ex. innebära att kommunikationen är fungerande, såväl med enhetscheferna som med annan personal och att man har, eller får, den kompetens som behövs för att förutse vad man kan tänkas möta i sitt arbete och för att förstå sina arbetsuppgifter. Känslan av hanterbarhet - i vilken utsträckning man anser sig ha tillräckliga resurser att möta stimulus krav. Det kan vara att man har trygghet i sig själv, men också att man har färdigheter för att möta en viss situation och att resurserna finns i ens omgivning. I detta sammanhang är den viktigaste resursen naturligtvis tid, men även känslomässigt stöd och rutiner att ta till i olika situationer. Känner man hög grad av hanterbarhet i en stressad eller ovan situation, känner man sig inte utsatt och förvirrad utan att man kan ta hand om situationen och påverka hur den förlöper. Med känslan av meningsfullhet menar Antonovsky i vilken utsträckning livet känns meningsfullt. Huruvida de problem och krav man ställs inför känns värda viljemässig ansträngning och engagemang och att problemen ses som utmaningar man bejakar snarare än vill slippa. Hur motiverad man är för sitt arbete som hemtjänstpersonal kan bero på huruvida man tar till sig och upplever de äldres välmående och tacksamhet som resultat av ens eget arbete. Men känsla av meningsfullhet kan även skapas av att man upplever feedback från överordnade och får utrymme att ta initiativ och att utforma arbetet på ett sätt man finner bra för både en själv och de äldre (18).

Biståndsbeslut och behov av hjälp

Vid början av 80-talet dominerades hemtjänsten av en organisationsmodell som innebar att de äldre hade ett fast vårdbiträde och en fastställd tid för hjälpen. Inom den tidsramen och inom ramen för behovsbedömningen hade de äldre själva ett relativt stort utrymme att tillsammans med vårdbiträdet bestämma vad som skulle göras vid varje hjälptillfälle (2).

Idag är hemtjänsten betydligt mindre baserad på en personlig relation mellan de äldre och hemtjänstpersonalen (2). Ofta är det en grupp av vårdbiträden som ansvarar för en persons hjälp, och hjälptiderna varierar från dag till dag, ofta beroende på den aktuella personalsituationen och

hjälpbehoven bland andra vårdtagare. Biståndsbeslutet uttrycks oftast inte i form av en bestämd hjälptid, utan i insatser. Hemtjänsten organiseras idag ofta i beställar- och utförarmodeller där biståndsbedömningen formuleras som en beställning till en utförarenhet, vilken erhåller en summa pengar för att producera en viss hjälpinsats. Språket har blivit mer marknadsinfluerat. De äldre är *kunder* på en omsorgsmarknad och tjänsterna har blivit *produkter*, som "produkten tillsyn", "produkten daglig hygien" och "produkten matinsats" (2).

På uppdrag av Akademikerförbundet Svenska Socionomers Riksförbund har det gjorts en undersökning bland biståndshandläggare inom äldreomsorgen (19). Den visar att endast femton procent av biståndshandläggarna anser att de har möjlighet att tillgodose de äldres behov i full utsträckning. Tjugo procent av dem tycker att det är kommunens ekonomi som i första hand styr beslut av insatser, hälften anser att det är klienternas behov. Sex av tio biståndshandläggare sover dåligt minst en gång i månaden på grund av jobbet och lika många har övervägt att söka jobb utanför äldreomsorgen (19).

I en studie där bl.a. hemtjänstpersonal intervjuades framgick att majoriteten av dem inte kände till vad de äldre faktiskt var beviljade för hjälp beträffande insatser och tid (20). De flesta av dem utförde inte de insatser som var beställda av biståndshandläggarna hos pensionärerna, men vissa pensionärer fick andra insatser utförda i stället. Tiden osynliggjordes för personalen, det fanns ingen tidsangivelse för hur lång tid varje pensionär skulle ha i det dagliga schemat. De förväntades utföra ett visst antal arbetsuppgifter men hade inte alltid rimlig tid till sitt förfogande, eller några marginaler om något oförutsett inträffade. Det innebar att vårdbiträdet själv fick göra prioriteringar av tiden för att få dagen att gå ihop. Flera av dem hoppade över sin egen lunch. Två av tre av dem uppskattade att de använde mindre tid att utföra hjälpen hos pensionärerna än vad som var beställt av biståndshandläggaren. I beställningen från biståndshandläggaren fanns ingen tid avsatt för att förflytta sig mellan pensionärerna, den tiden togs från pensionärernas hjälptid enligt personalen (20).

I en studie från Äldrecentrum i Stockholm har äldreomsorgsansvariga, biståndshandläggare och enhetschefer i sju olika områden inom fyra kommuner i Stockholms län intervjuats om hur man tillgodoser de äldres behov av hjälp med mat samt hur man skulle önska att det gjordes (21). I dessa områden fanns inga krav eller riktlinjer för vad som är en rimlig tid för att genomföra insatsen hjälp med mat, vare sig det var enklare matlagning eller leverans av färdig mat. Biståndshandläggarna hann inte göra någon uppföljning av hur insatserna kring maten fungerade, utan man förväntade sig att den äldre vände sig till kommunens ordinarie klagomålshandling om han/hon inte var nöjd (21). Samtliga uppgav att det fanns brister i kommunikationen med primärvården som man ständigt kämpade med. Men det varierade mycket beroende på hur organisationerna var uppbyggda och om det fanns intresse. Distriktssköterskorna uppgavs ha för lite tid för hembesök och samverkan (21).

De intervjuade tyckte att matlagning i hemmet och sällskap vid måltiden skulle vara det bästa ur den äldres synvinkel. På så sätt skulle den äldre bli delaktig, få känna doften av mat och välja vad hon/han ville äta. Men ett problem som nämndes var att omsorgspersonalen inte har adekvat utbildning i näringslära, matlagning och livsmedelshygien. Man ansåg också att det skulle vara alltför personalkrävande och ekonomiskt ohållbart (21). Det största problemet kring insatsen mat är tid. För att hemtjänsten ska kunna tillaga och planera en måltid så att den äldre ska vilja och känna lusten till att äta krävs tillräckligt med tid (22). Flera ansåg att ensamhet och isolering är en viktig bidragande orsak till minskad matlust och i förlängningen undernäring hos många äldre. Ett antal enhetschefer påpekade att den långa nattfastan, ofta under halva dygnet, är ett problem (21).

I en annan undersökning såg man att biståndsbesluten och beställningarna till hemtjänstutförarna inte innehöll något om att sprida måltiderna över dygnet så att nattfastan inte blev för lång. Detta

förväntades den äldre själv tänka på, trots att biståndet ofta gavs p.g.a. att den äldre inte klarade detta (23).

Insatsen mat kan formuleras som "Lättare/enklare matlagning", "Enklare lunch", "Förberedning av måltid" eller "Uppvärmning av färdig mat" (23). Detta sätt att uttrycka sig kring mat är mycket vagt, det signalerar att man förenklar något som egentligen är mer avancerat och förminskar matens betydelse. En fråga blir hur han/hon kan få beviljat en insats av "avancerad matlagning". Det är sällan man i andra sammanhang tänker sig att man förenklar något på permanent basis, t.ex. finns inte uttrycket "enklare" om insatserna dusch, handling eller tillsyn (23).

Tidsbrist, god omsorg och etik

I sin avhandling "Omsorg under förhandling" har Katarina Andersson intervjuat såväl biståndshandläggare, hemtjänstpersonal som de äldre själva, och penetrerat temat *tid* (22). Hon beskriver hur biståndshandläggarna i många kommuner inte anger någon tid i biståndsbesluten, utan endast anger vilken *insats* pensionären beviljats. Biståndshandläggarna anser att hemtjänstpersonalen bör ha en flexibel inställning till tiden. Men för hemtjänstpersonalen går inte tiden att bortse ifrån, de har en begränsad arbetsdag och måste hela tiden pussla med tider i sitt schema. Många av pensionärerna säger att de märker när personalen är stressad. De försöker då hjälpa personalen genom att skicka iväg dem. De vill inte vara till besvär, utan offrar hellre sin tid. I intervjuerna med hemtjänstpersonalen berättar flera hur svårt det är att hinna med att träffas i personalgruppen och diskutera arbetet, som ju innebär mycket ensamarbete (22).

Både biståndshandläggarna och hemtjänstpersonalen är medvetna om de konsekvenser som tidsbristen får för de äldre, men det framstår mer som konstateranden än försök till förändring (22). Det är som att tidsbrist är ett legitimt skäl att uppge då omsorger om äldre försummas. Andersson frågar sig om de är maktlösa inför tiden. Biståndshandläggarna och en del av hemtjänstpersonalen tycks åtminstone stå främmande inför de äldres behov och vilja att styra sin dag, vilket återspeglar en syn på de äldre som alltid tillgängliga och tacksamma. I samband med detta uppkommer frågan om vad omsorg kan betyda. Ordet respekt är centralt, att den äldres värdighet bibehålls i mötet med personalen och att personalen själv inte känner sig försumlig inför den äldre. Omsorg kan t.ex. betyda att komma i utsatt tid, att inte komma inspringande flera timmar för sent och slänga in matlådan. Ett respektfullt bemötande kräver dock tid. Och att se den äldres behov kräver både tid och en tränad blick att se den äldre (22).

I avhandlingen "Modrande & praxis" skriver Ulla M. Holm om etik samt om hur man kan utveckla de fallenheter som behövs inom omsorgen (24). Holm beskriver Aristoteles teori, *Den Nikomachiska Etiken*, enligt vilken en "dygdig" karaktär inte är medfödd, men inte heller motstridig människans natur. Liksom en flöjtspelare som spelar flöjt bra, är en god mänsklig varelse en som fungerar bra som människa (24). Han/hon har övat sig i medmänsklighet och därigenom förvärvat en sammanlevnadskompetent disposition eller karaktär. Den förvärvade dispositionen kallar Aristoteles för "hexis". En god "hexis" liknar hantverksskicklighet genom att den förvärvas bara genom att om och om igen utövas väl med målet för verksamheten framför sig. Genom att öva sig i medmänsklighet blir man benägen att varsebli, tolka, bedöma och välja handling i varje konkret etiskt bjudande situation. Alltså något som underlättar de komplexa, ständigt skiftande situationer som kan förekomma i hemtjänstarbetet. Om man har en god hexis har man en inövad känslighet för att läsa av de relevanta dragen i en konkret situation – en *kognitiv kompetens*. T.ex. att se när den äldre är hungrig eller lider. Att göra detta med adekvata känslor är att ha en *affektiv kompetens* och att kritiskt bedöma målen för olika alternativ i syfte att välja rätt handling kallas för *kritisk kompetens* (24). Förmågan hos hemtjänst att göra bedömningar är avgörande för kvalitén i omsorgen (9).

Den professionella vårdaren ska ha en etisk hållning (25). Det innebär att man alltid handlar utifrån en medveten värdegrund utan att bli "privat". Om vården genomförs utan känsla för patienten saknas den etiska hållningen, även om uppgifterna genomförs korrekt, enligt alla regler och etiska principer. Den etiska hållningen är alltså förankrad inom vårdaren genom lyhördhet och känslighet för patientens välbefinnande. Det sker en balansgång hos den skicklige vårdaren mellan närhet och distans, eller mellan empiri och teori. Då vårdaren satt sig in i patientens upplevelse är det dags att reflektera och försöka relatera till den förståelse man erhållit till teorin. Den hjälper för att fördjupa förståelsen av situationen. För att kunna utveckla denna förmåga att integrera teori och praxis, är reflektion en nödvändighet, då inser man relevansen för teorin (25). Detta gäller alla professioner inom vården. Beträffande hemtjänsten belyser denna beskrivning nödvändigheten av utbildning för att kunna hantera den närhet som arbetet innebär. Att med teorins hjälp inte låta sig överväldigas av situationen, utan uppfatta olika perspektiv och möjligheter. Förutom att ha tid för att utföra sitt arbete, är det också nödvändigt med professionellt stöd och tid för reflektion (25).

I en svensk studie observerades kommunikationen mellan personal och äldre på ett äldreboende (26). Samtalsämnen rörde sig till största delen om de äldres hälsa och sjukdom. Det är dock viktigt att inte fokusera för mycket på dessa ämnen som påminner om de äldres begränsningar. I intervjuerna med personalen framgick att man mycket sällan pratar om mat med pensionärerna, utan man pratar mest om "allmäntillståndet" (26).

Ätande och risk för undernäring

Undernäring är inte en oundviklig effekt av åldrandet, men det hänger ihop med åldrandets fysiologiska processer, som minskade lukt- och smakförmågor, försämrad tandstatus och minskad fysisk aktivitet (27). Matintaget hos människor regleras i komplexa fysiologiska system som förändras med åldern. I högre åldrar uppnår man mättnad snabbare under en måltid p.g.a. förändrad hormonbalans och att magsäckstömningen sker långsammare (27). Äldre människor har inte heller samma förmåga som yngre att öka sitt matintag och sin vikt för att kompensera en tidigare period av viktnedgång (27, 28).

Undernäring är ett vanligt problem hos äldre, även hos dem som erhåller hjälp från hemtjänst. Tidigare studier har visat på en prevalens av undernäring på mellan 11 och 60 % hos patienter som tagits in på sjukhus och primärvårdspatienter (29). I en finsk studie med 51 deltagare över 76 år med hemtjänst framkom att 47 % av dem var i risk för undernäring enligt Mini Nutritional Assessment (MNA), ett sätt att skatta nutritionsstatus. Ingen av dem var undernärd. Så många som 66 % led av muntorrhet, 45 % av förstoppning och 29 % av tugg- och sväljproblem. De med egna tänder hade högre BMI än de andra och muntorrhet var förknippat med sämre nutritionsstatus (6).

I en svensk studie av Anja Saletti mättes MNA hos 353 äldre personer med hemtjänst (30). Det visade sig att 8 % var undernärda och 41 % i riskzonen för undernäring. Problem med att tugga och svälja och med dålig aptit var vanligare hos dem med risk för undernäring jämfört med de välnärda. Av de undernärda behövde också två tredjedelar alltid hjälp med att göra i ordning mat (30).

Sjuksköterskor i kommun och landsting tillfrågades i en annan svensk studie om de screenade sina patienter för undernäring (31). De flesta av sjuksköterskorna i primärvården - fler än 80 % - ansåg att undernäring förekommer bland deras patienter, men de screenade inte för undernäring rutinemässigt. Bara mellan 32-44 % av sjuksköterskorna kontrollerade alla patienter med något slags screening-verktyg, övriga gjorde det bara vid speciella skäl (31).

I Socialstyrelsens rapport Näringsproblem i vård och omsorg (32) står: "Den sjuka individens nutrition måste betraktas på samma sätt som övrig medicinsk behandling och därmed underkastas samma krav på utredning, diagnos, behandlingsplanering och uppföljning/dokumentation".

I Anja Salettis studie uppgav 62 % av de äldre att de åt färre än tre huvudmål per dag. De undernärda hade oftare svårigheter med att äta och åt sällan en hel portion (30). Av alla deltagare fick ca en tredjedel leverans av matlåda och två tredjedelar av dem delade denna på flera måltider. De magraste personerna var de som i minst utsträckning hade matlådeleverans (30). Ätmönstret hos sköra äldre som själva sköter sin mat undersöktes av Stina Engelheart et al (4). Dessa äldre uppgav sig äta något fyra gånger per dag, då inkluderat alla småmål. Måltiderna var dock jämt spridna över dygnets timmar (4). I ytterligare en studie framkom att av äldre kvinnors måltider utgjorde ca två tredjedelar mellanmål och en tredjedel huvudmål. Endast två av tre åt lunch (29).

I Stina Engelhearts studie var lukt- och smaksinnet nedsatt hos ca en tredjedel av deltagarna, enligt vad de själva uppgav, med större problem hos männen än hos kvinnorna (4). Då de fick bedöma sin motivation att äta sade 27 % av männen och 40 % av kvinnorna att den var låg. En tredjedel av deltagarna uppgav att de hade nedsatt aptit (4), vilket är den riskfaktor som har starkast koppling till undernäring (33). I Anja Salettis studie uppgav ungefär 20 % att de hade dålig aptit. Energiintaget var lågt, ca 25 kcal/ kg kroppsvikt, men det varierade mycket individer emellan (30).

Framför allt friska ensamboende har ett lågt energiintag visar svenska studier, men även de med begränsningar i förmågan att laga mat får i sig för lite energi (29, 34, 35). En stor del av energiintaget härrör från livsmedel som kakor, bullar, bröd och mjölkprodukter (29). Detta överrensstämmer med fynden i en engelsk studie, där man även såg att vitamin- och mineralintaget var speciellt lågt hos äldre i socioekonomiskt svaga grupper och hos dem som saknade egna tänder, vilka hade ett mer ensidigt livsmedelsval. Särskilt intaget av D-vitamin var lågt, vilket kan bidra till benskörrhet (36).

I en holländsk studie såg man att just dålig aptit är den viktigaste riskfaktorn för undernäring. Under nio år följdes fler än tusen äldre över 65 år (33). Nästan 14 % utvecklade under tiden undernäring, definierat som 5 % ofrivillig viktning de senaste sex månaderna eller ett BMI under 20. De faktorer som ökade risken att utveckla undernäring var dålig aptit, depressiva- eller ångestsymptom, två eller fler kroniska sjukdomar, användning av två eller flera mediciner, hälsoproblem som begränsade normala aktiviteter, ensamhet, att inte ha en partner och för dem som var över 75 år - att ha svårt att gå i trappor (33). Som framgår är många av orsakerna till undernäring av psykosocial karaktär, vilket återkommer i flera studier (5, 27, 28).

Andra riskfaktorer för undernäring är lungsjukdomar, mag- tarmsjukdomar, neurologiska sjukdomar som stroke och Parkinsons sjukdom, infektioner, cancersjukdomar och läkemedelsbiverkningar (27), många av de tillstånd som finns hos dem som har hjälp av hemtjänsten. Lång nattfasta är också en viktig orsak till viktning. Nattfastan bör inte överstiga 11 timmar (37).

I Storbritannien har de årliga kostnaderna för den sjukdomsrelaterade undernäringen beräknats vara lika stor som de samlade kostnaderna för övervikt och obesitas, ca 10% av hela sjukvårdsbudgeten, alltså ett omfattande, kostsamt folkhälsoproblem som kan antas vara lika stort i Sverige. I så fall skulle det i Sverige innebära en utgift på 22 miljarder kr per år. Om undernäringen förebyggs och behandlas i tid kan mycket pengar sparas (38, 39).

Psykisk ohälsa påverkar ättandet

En av orsakerna till undernäring hos äldre är minskad motivation att äta. Studier har visat att energiintaget kan minska med så mycket som 30 % vid måltider i ensamhet, jämfört med i sällskap av andra (36). Att bli änka/änkling är kopplat till minskad glädje av måltiden, minskad aptit och viktning. Olika typer av lösningar med leveranser av näringsrik mat har inte förefallit ha någon positiv effekt på problemen med social isolering. I änkeståndet blir även livsmedelsvalet mer ensidigt och matkvalitén sämre, speciellt hos män (28, 40, 41). Att ha goda sociala nätverk är positivt

korrelerat till aptit och näringsintag (41). Äldre med handikapp upplever sig oftare som ensamma än andra och upplevd hälsa kan kopplas till känsla av ensamhet (42). Karin Holmén och Hidetochi Furukawa skriver om ensamhet hos äldre på Kungsholmen i Stockholm. De flesta äldre, 70-80%, uppgav att de inte kände sig ensamma. Det framkom som viktigt att ha vänner och meningsfulla sociala kontakter. Att så många säger sig nöjda med sitt sociala kontaktnät kan bero på att man accepterat tillståndet som det är (42).

Prevalensen av depression är som lägst hos medelålders och som högst hos människor över 80 år. I olika studier uppskattas att 11-44 % av de äldre har depressionssymtom. Ett symptom hos äldre kan vara minskad aptit (41). Depression har visat sig vara en av de viktigaste behandlingsbara orsakerna till viktnedgång hos äldre och med depressionsbehandling kunde viktnedgång vändas hos äldre vid ett äldreboende (28). Att vägra äta kan vara en del av ett indirekt självdestruktivt beteende, en form av ett förtäckt, eventuellt omedvetet självmordsbeteende. Orsaker kan vara existentiell oro, känslor av meningslöshet och att närma sig livets slut (28, 41). För äldre som känner att livet har blivit till en börda är matvägran ett accepterat sätt att avsluta livet. Enligt Yngve Gustafsson är själsvält ett sätt att ta livet av sig hos äldre och dessa dödsfall skulle höja självmordstalen väsentligt om de räknades in (43). Anorexia nervosa har varit sedd som en sjukdom som tillhör ungdomen, men har setts även hos äldre, så kallad *tardive anorexia*, då mer kopplat till depression än till störd kroppsuppfattning, en slags patologisk sorg (44).

Matens komplexa betydelse

Människan är en social varelse som strukturerar sin mathållning i form av måltider flera gånger per dag under hela livet. Och kring detta strukturerade ätande utvecklas normer, rutiner och vanor som är knutna till den kultur man lever i och varje individs egen identitet (45). Många äldre kvinnor har under livets gång varit huvudansvariga för hushållets måltider; planering, inköp och matlagning. Birgitta Sidenvall et al intervjuade äldre kvinnor om temat att laga och servera mat (46). Kvinnorna beskrev i intervjuerna hur de brukat laga en hemlagad måltid och servera den till familjens medlemmar. Meningen med matlagningen var att det var något man gjorde för andra, en slags gåva. Man skulle välja vilken rätt som skulle serveras, laga utifrån färsk råvaror, duka fint och äta i gemenskap. Återkopplingen och tacksamheten man fick tillbaka var viktig. Det skulle vara en fullständigt sammansatt måltid (*a proper meal*) (46). Begreppet inkluderar den kvinnliga godheten, hälsan, vitaliteten och relationen med familjen (47).

För kvinnor som blivit ensamboende har huvudmotivationen till att laga och äta mat gått förlorad och de förenklar då hela proceduren och äter mindre av "ordentlig mat", mat med kött, potatis och grönsaker (34). I sin avhandling beskriver Kerstin Gustafsson att de som blivit änkor riskerar att börja äta dåligt, medan de som har kvar sin man fortsätter med sina matvanor och äter mer varierat. Som änka börjar man lätt hoppa över riktig mat vissa dagar. Att fortsätta kunna ha kontroll över hushållet och maten är något som många äldre kvinnor lägger stor vikt vid (34). Att få en matlåda levererad med ibland okänt innehåll innebär alltså inte bara att man mister kontrollen över maten i sig, utan maten som identitetsskapande och social funktion förloras (12).

I sin avhandling "Den maktlösa måltiden" har Ylva Mattsson Sydner undersökt hur mathållning och måltider organiseras i särskilda boenden och hur matens meningsbärande funktioner tar sig uttryck i det sammanhanget (12). Hon fann att matens och måltidernas betydelse marginaliserades i hela organisationerna. Såväl restaurang- och omsorgspersonal som ansvariga politiker och tjänstemän intervjuades. Alla gav uttryck för en känsla av maktlöshet och i och med det en frihet från ansvar. Många sade sig tycka att det är viktigt med mat, och att de var missnöjda med den rådande matsituationen för de äldre, men ingen tyckte sig kunna påverka situationen (12).

Maten och måltiderna inom offentlig sektor präglas av det rationella effektivitetstänkande som är mer typiskt för en industriell verksamhet än för hemmamåltidens intimitet. Man har stor tilltro till att beräkna, systematiskt organisera samt till det medicinska sättet att se på matens innehåll. Men mat är mer än näringsämnen. Inom antropologin studeras maten som en kulturyttring. Organiserandet av måltider och ritualerna kring människans ätande är ett sätt att kommunicera och överföra information (12).

Även Lena Wiklund skriver om matens mångfacetterade betydelse(25). Maten är ett av de olika sätt en människa har för att uttrycka och skapa sig själv. Om vi förnekar en människa det, om hon inte tillåts vara den hon är och uttrycka sin personlighet, upplevs det som en kränkning och det blir till ett livslidande (25). I matval och i samband med måltider måste vårdaren värna om patientens värdighet. Vad och hur vi äter är baserat på livslånga vanor. När äldre fräntas sitt inflytande över maten reagerar många med att sluta äta (28).

Den franske sociologen Pierre Bourdieu var inne på detta tema i sin teori om *Habitus*. En människas habitus är dess vanor och handlingsmönster, djupt rotade och intränade sedan barndomen. Habitus är kulturellt betingat och med den definierar sig individen sig själv gentemot andra. En persons habitus präglas av den förhärskande habitus i den grupp han/hon tillhör. Varje individs matvanor är en del av habitus, en del av dess livsstilsval, som ofta har sitt ursprung i familjen, men också i den socioekonomiska kontexten man lever i och dess uppfattningar om vad som är bra och mindre bra mat (34, 48).

I en svensk studie intervjuades 80-95-åringar om vad som är viktigt för aptiten (49). Sällskap nämndes av alla som en viktig faktor, vidare att det är fint och rent runtomkring vid måltid och att vara i en lugn sinnestämning. Bibehållen integritet och att klara sig själv var även viktiga faktorer. Studien visar på att de äldres aptit gynnades av att få behålla de matvanor som de tyckte var bra för dem (49). Trots att valfrihet är ett uttalat mål inom äldreomsorgen, har de äldres valfrihet i praktiken blivit kraftigt beskuren, t.ex. genom att matlagning i hemmet i princip helt har ersatts av distribution av färdiglagad mat (2). De äldre har heller inget inflytande över valet av leverantör av matlådor (7).

Äldre på en geriatrisk vårdavdelning intervjuades om ätande och beteende vid måltiden (48). Många äldre har växt upp och fått sina värderingar under tider med knappa omständigheter. Det är svårt för dem att lämna mat, då de lärt sig att äta upp allt som serveras. Därför är det viktigt att få servera sig själv. Det är svårt att bli beroende av hjälp i matsituationen och de intervjuade uttryckte att det var skönt när det serverades mat som var lätt att skära. De äldre strävade efter att alltid säga att maten var god och att inte begära något extra då en rådande värdering var "*Vara nöjd och inte klaga*". Känslor av värdighet, trygghet och kontroll var till stor del kopplade till deras mat- och måltidsvanor och uppförandekoderna vid matbordet (48).

Ätproblem som påverkar energiintaget

Tugg- och sväljproblem är vanligt förekommande och en vanlig orsak till undernäring (50). Risken är stor att matintaget blir otillräckligt och en konsistensanpassad mat kan vara livsviktigt. Med stigande ålder och förändringar i syn, känsel, smak och motorik kan det bli svårare att sköta sina tänder. Många läkemedel har dessutom muntorrhet som biverkan, vilket ökar risken för tandsjukdom. Depression, demens och neurologiska sjukdomar ökar också risken (50). Personer med tandproblem brukar göra så gott de kan, äter försiktigt, helst i ensamhet, undviker svårtuggad mat och spottar ut de svårtuggade bitarna (50). I en studie gjord av äldrecentrum framgick att den uppsökande tandvård som äldre med omfattande omsorgsbehov är berättigade till sällan anlitas (23). Ofta känner vårdpersonal inte till denna service (51).

Dysfagi, sväljsvårigheter, är ett stort problem som har samband med undernäring (27). Nära en tredjedel av deltagarna i ovan nämnda finska studie hade tugg- eller sväljproblem (6). Dysfagi förekommer hos 30-45% av patienter med stroke i den akuta fasen och ger kvarstående problem hos ca 10 %. Vid Parkinsons sjukdom har omkring hälften tugg- och sväljsvårigheter. Det är också vanligt i det sena skedet av Alzheimer sjukdom och hos patienter med cancer (51). Kunskapen om diagnostisering och behandling av sväljproblem är låg inom vård och omsorg (37).

Ätandet är en komplex aktivitet. Undernäring är vanligt vid nedsatt kognitiv förmåga (52). När vi äter och dricker är det centrala nervsystemet aktiverat. Såväl nedsatt funktion i ansiktets, läpparnas eller händernas känsel, som nedsatt uppmärksamhet, minne och initiativförmåga påverkar förmågan att äta. En bra sittställning och måltidsmiljö är extra viktig vid nedsatta funktioner (52). Det krävs kunskap om vad detta innebär för att kunna upptäcka problemen och sätta in rätt hjälp. Efter en stroke kan ätproblem uppstå kopplat till svårigheter att lokalisera och handskas med maten på tallriken, tugga, svälja och att orka med en måltid (23).

Oberoende av om man bor i äldreboende eller ordinärt boende ökar risken för undernäring vid nedsatt kognitiv förmåga (53). De som bor ensamma i eget boende glömmar ofta att äta och har ökad risk att gå ned i vikt. Viktnedgång och förändrat ätbeteende är ett välkänt symptom under utvecklandet av demens. Efter åtta års sjukdom behöver ca hälften av patienterna med Alzheimer någon form av nutritionsstöd (54).

Orsaker till viktnedgång hos dementa kan vara lågt energiintag, ökat energibehov och demensrelaterade metabola rubbningar (51). En dement person kan få problem med desorientering, att minnas om man ätit och hur man lagar mat. Svårigheter att utföra inlärd rörelser som att laga mat och använda bestick kan uppstå. Vissa kan få svårt att identifiera lukter samt att känna igen föremål som bestick, glas och veta vad de ska göra med dem. Sundown syndrome betyder att patienten vandrar fram och tillbaka kvällstid, vilket kan kräva mycket energi. Hjälpbehovet är stort (51).

Personer med demenssjukdom väger mindre och har lägre BMI än kognitivt intakta äldre (54). Till skillnad från den vanliga uppfattningen att viktnedgång är ofrånkomligt vid demens var det i en studie möjligt för patienter med Alzheimer och vaskulär demens att öka i vikt då de var intagna på sjukhus för utredning. Detta gällde särskilt de som var mest underviktiga vid intagningsstillfället. Det fanns alltså en potential hos dem att svara bra på nutritionsbehandling när den väl erbjöds. Lågt BMI var en oberoende riskfaktor för ökad mortalitet (54).

Författarens förförståelse

Det är viktigt att forskaren under arbetet med en kvalitativ studie har i åtanke vilken erfarenhet han/hon har av ämnet för studien. Man bör ta hänsyn till förförståelsen - vilken yrkesmässig synvinkel man har och vad man förväntar sig att finna (55). Man ska se människan även som människa när hon forskar. Genom att forskaren reflekterar över sin förförståelse, vågar ifrågasätta den och överge den kan hon få ny kunskap (25). I regel är förförståelsen en viktig del av forskarens motivation för att starta en studie om ett visst tema (55).

Författaren till denna studie är dietist och arbetar med att utbilda distriktssköterskor om undernäring hos äldre. Distriktssköterskorna uttrycker ofta missnöje med hemtjänstens kompetens och arbete. Många anser att det är hemtjänstpersonalens ansvar att upptäcka matproblem och undernäring. Av denna anledning var det intressant att på djupet undersöka hemtjänstpersonalens egen syn på detta för att utmana och pröva dessa uppfattningar. I sitt tidigare arbete i primärvården har författaren ofta samverkat med hemtjänstpersonal.

SYFTE

Att undersöka vad hemtjänstpersonal har för erfarenheter och upplevelser av matrelaterade problem hos äldre.

Frågeställningar

- Anser hemtjänstpersonalen att de äldre har problem med maten eller ätandet?
I så fall - vad kan vara anledningarna?
- Anser hemtjänstpersonalen att de äldre har särskilda behov gällande mat och ätstödjande åtgärder?
- Vad skulle behövas för att hemtjänstpersonalen bättre skulle kunna motverka matproblem?

I syftet avses såväl vad arbetet givit för erfarenheter som hur dessa upplevts av hemtjänstpersonalen.

MATERIAL OCH METOD

Val av metod

Kvalitativa metoder kan användas för att få en djupare förståelse av hur människor tolkar ett problemområde. Jämfört med t.ex. enkätundersökningar är fokusgruppsintervjuer en metod om man som forskare vill gå in på djupet av ett ämne (56). Då man använder fokusgrupper som metod i stället för enkäter eller andra kvantitativa metoder gör man det möjligt att få de svar på frågorna som just forskningspersonerna själva önskar ge, de är inte tvungna att välja mellan förutbestämda svar (57). Av dessa anledningar bedömdes fokusgruppsintervjuer som lämpliga för den aktuella studien.

Genom att intervjua personalen i grupp förväntades gruppdynamiken och diskussionerna leda till bredare data än om intervjuerna gjordes individuellt. I en fokusgrupp finns även interaktionella aspekter att ta hänsyn till. Deltagarna i en grupp kan använda vissa typer av kommunikativa strategier i samtalet som att skratta när de talar om någonting de skäms över. De kan ändra sig efter att ha diskuterat ämnet med de andra. Man ska som forskare i analysen av en fokusgruppsintervju vara medveten om att i diskussionen finns det några som försöker påverka de andra, vilka kan vara påverkbara, men också kan avstå att kommentera för att undvika konflikt. Tystnad tyder inte alltid på brist på synpunkter i ett ämne (56).

David L. Morgan skriver att vilken grad av *struktur* man väljer i intervjuandet beror på vad man som forskare är intresserad av och har för mål med fokusgruppsintervjun (58). Har man som mål att få svar på förutbestämda frågor bör man välja en mer strukturerad intervju. Man skapar då en intervju med specifikt formulerade frågor som fokuserar på forskarens intresse. Om målet är av mer undersökande karaktär bör intervjun vara mindre strukturerad. Moderatorns roll blir då att med öppna frågor hjälpa gruppen att utforska ämnet på ett sätt som genererar nya insikter. Deltagarna är mer fria att bestämma innehållet i diskussionen. Mindre strukturerade intervjuer är bra när forskningsfältet är tämligen utforskat (58). Fokusgruppsintervjuerna i denna studie var semistrukturerade, målet var någonstans mitt emellan de två ovan beskrivna. Då diskussionen kom igång ställdes inte så många frågor, men det kunde göras om diskussionen ledde in på helt andra spår än mat och äldres problem.

Förfarande vid urvalsprocessen

Studien baseras på fokusgruppsintervjuer med sex grupper, med tre till sex deltagare i varje grupp. Deltagarna rekryterades genom att kontakta enhetschefer i hemtjänsten som fick välja tidpunkt och deltagare för intervjun.

Fyra områden i Stockholm valdes ut för att tillfrågas om medverkan i studien. Ett innerstadsområde, två områden i närförort och ett socioekonomiskt svagare område för att få en socioekonomisk variation av områden. Ett av områdena valdes då det där fanns en hemtjänstutförare som gör mycket hemlagad mat till sina kunder, vilket kunde vara intressant. För mesta möjliga variation var målet att intervjua en grupp från den kommunala hemtjänsten och en från den privata i varje område.

För att säkerställa ett tillräckligt antal fokusgrupper kontaktades två privata och en kommunal hemtjänstutförare i varje område. På Stockholms stads hemsida finns en lista på alla hemtjänstutförare, vilket varierar mellan 60 och 100 stycken per område. På inrådan av en kommundietist gjordes urvalet av vilka privata utförare som skulle kontaktas genom att fråga biståndshandläggarna i respektive område vilka två som är störst just där.

Ett utskick med vanlig post gjordes till enhetschefer hos dessa två privata hemtjänstutförare och till kommunens hemtjänst i de fyra områdena. Brevet innehöll bakgrundsinformation om studien samt en förfrågan om de ville låta en grupp av fem till sex personer ur hemtjänstpersonalen delta i en fokusgruppsintervju under arbetstid (se bilaga 1). För att få ett objektiva urval av de intervjuade ombads enhetscheferna att i första hand låta dem med ett förnamn på alfabetets första bokstäv delta i intervjuerna. I brevet erbjöds enheten som kompensation för avsatt tid, att få en föreläsning om matproblem hos äldre för personalen *efter* att intervjun genomförts av moderatoren. Cirka tio dagar efter utskicket ringdes enhetscheferna upp. I en av närförorterna var ingen intresserad av att delta. Intervjuer bokades med två privata hemtjänstgrupper i innerstadsområdet, en kommunal och en privat hemtjänstgrupp i ett närförortsområde och en kommunal hemtjänstgrupp i det socioekonomiskt svagare området. Datum för intervjuerna valdes av enhetscheferna efter överrenskommelse via e-post. Tre av de sex enhetscheferna (i grupp B, D och E) var positiva till en föreläsning om matproblem hos äldre. Övriga (grupp A, C och F) hade redan haft utbildningsinsatser om nutrition, och fick därför ingen föreläsning. En av de enhetschefer som först varit positiv (i grupp D) ändrade sig när vi väl skulle bestämma dag. Slutligen var det två av grupperna (B och E) som fick en föreläsning efter intervjun.

En första pilotintervju gjordes med en grupp i en privat hemtjänstgrupp i ett annat innerstadsområde för att testa frågeguiden, om svaren frågorna ringade in studiens syfte och om de kändes relevanta för respondenterna. Intervjun gick mycket bra, informanterna i gruppen var mycket engagerade och hade efteråt inga synpunkter på utformandet av fokusgruppsintervjun. Enligt Kreuger kan man i efterhand ta beslutet att inkludera en pilotgruppsintervju om den fungerat bra, varför det gjordes i detta fall (57).

Ungefär en vecka innan varje intervju skickades ett bekräftelsebrev till enhetschefen inklusive ett brev som skulle ges till varje deltagare. Brevet innehöll kort information om bakgrunden och syftet med intervjun, tid, plats och hur den skulle göras (se bilaga 2).

Sammansättning av informanter

Av de tjugotvå informanterna som valts ut att intervjuas av sin chef var åtta utbildade undersköterskor (varav tre med ytterligare utbildning), fem vårdbiträden, två hade annan längre utbildning, en hade gått kortare kurser och sex hade ingen utbildning alls för yrket. På frågan om man hade någon utbildning om kost svarade tolv ja, sex nej och fyra gav inget svar (se tabell 1). Bland informanterna fanns både de som arbetade dagtid, kvällstid och helg. Erfarenheten i hemtjänstyrket

varierade mellan två och trettiosju år. Enhetscheferna hade inte valt ut dem med namn på alfabetets första bokstäver, såsom författaren önskat i brevet till dem. Ungefär hälften hade namn med bokstäver från sista halvan av alfabetet.

Tabell 1. Sammanställning av svar på skriftliga frågor till informanterna

Antal informanter	Initial förnamn	Antal år inom hemtjänst	Utbildn. undersköterska	Utbildn. vårdbiträde	Övrig längre vårdutbildn.	Ingen utbildn. för yrket	Nutritionsutbildn.
22	B-V	13 år i genomsnitt (2-37 år)	8	5	2	6	Ja 12 Nej 6 Ej svar 4

Utformning av intervjuguide

Utformandet av frågor gjordes efter att ha läst Victoria Wibecks och Richard A Kreugers böcker. En intervjuguide baserad på litteraturen (se bilaga 3) (37, 49, 59, 60, 61,) och klinisk erfarenhet gjordes. Först formulerades nyckelfrågorna angående anledningar till matproblem, de äldres behov och de förutsättningar personalen behöver för att motverka matproblem. Sedan formulerades introduktionsfrågor, öppningsfrågor, övergångsfrågor, avslutande frågor och en slutfråga.

Enligt Richard A Kreuger ska en intervjuguide innehålla frågor med olika karaktär och syfte. Öppningsfrågor görs laget runt och ska få alla att börja prata (59) och känna sig lite bekvämare. Dessa är inga diskussionsfrågor. I introduktionsfrågorna börjar man diskutera ämnet. Här valdes frågor som var konkreta och lätta att svara på för respondenterna, så att de skulle känna att de hade något att berätta för en mindre vetande. Övergångsfrågorna leder smidigt in på nyckelfrågorna och hjälper respondenterna att fokusera på ämnet. Nyckelfrågorna är de viktigaste frågorna, de första som formulerats under förberedelserna för studien. I avslutande frågor får informanterna reflektera över det tidigare sagda och förklara sig om de tidigare har haft olika uppfattning om något (59).

Victoria Wibeck rekommenderar att frågorna ska ha karaktär av vanlig konversation, ordvalet bör vara enkelt och frågan rak, utan långa, förklarande omskrivningar (56). Det är viktigt att frågans syfte är tydligt och att språkbruket passar målgruppen. Intervjuguiden testades på en kollega med erfarenhet av samverkan med hemtjänst. Under den första intervjun uppmärksammades att moderatören formulerade om de skrivna frågorna till talspråk, varför smärre justeringar i ordval gjordes så att de blev skrivna med talspråk i intervjuguiden. Som komplement till frågorna fick varje deltagare skriftligt svara på fem frågor som enligt Kreuger kan vara känsliga att ta upp muntligt, och eventuellt hämma deltagarna (se sammanställning i tab. 1). Det gällde hur länge de arbetat i hemtjänsten, utbildning för yrket, samt om de fått någon utbildning i nutrition. En fråga gällde förnamnets initial, för att veta om urvalet av informanter till intervjun gjorts såsom önskats.

Genomförande av fokusgruppsintervjuer

Fokusgruppsintervjuerna tog mellan 44 och 65 minuter. Att ha en observatör under intervjuerna togs under övervägande, men var inte praktiskt möjligt. Då transkriberingarna gjordes i tidsmässig nära anslutning till intervjuerna uppkom inga problem med att särskilja informanterna i inspelningarna. Under fokusgruppsintervjuerna beaktades att moderatören bör öppna upp diskussionen genom att se till att alla känner sig bekväma, kort presentera sig själv, bakgrunden till intervjun och uttrycka sitt intresse för vad alla har att säga (56, 62). Syftet precisades inte allt för tydligt då det kan uttrycka

förväntningar, leda deltagarna till att svara på ett vist sätt och innebära att man missar aspekter som deltagarna vill ta upp. Därefter ombads informanterna i tur och ordning, med syfte att identifiera vars och ens röst, att säga något om vad som var roligt med arbetet. Moderatoren eftersträvade att endast styra så pass mycket att det inte blev tyst eller att någon dominerade samtalet i för hög grad. För övrigt försökte moderatoren hålla en låg profil, undvika att kommentera samt ge utrymme efter svaren för ytterligare kommentarer (56, 62).

I inledningen av varje intervju tillfälle presenterade sig moderatoren och gav en bakgrund till intervjun. Informationen som givits i brevet till deltagarna gavs muntligt. Det poängterades att det var frivilligt att delta, att de kunde avbryta intervjun när som helst, att svaren var konfidentiella och att det inte fördes vidare vad någon enskild sade. Informanterna uppmanades att diskutera med varandra, ta exempel och tänka på att det som är självklart för dem kanske inte är det för andra. Under intervjuerna ställdes följdfrågor, framför allt om kommentarer var oklara, t.ex. "Berätta mer", "Hur menar du?". Om en deltagare var tyst kunde frågan "Vad är din erfarenhet?" ställas. Frågorna ställdes inte alltid i en viss ordning, många gånger besvarades frågor i intervjuguiden utan att de behövde ställas. I slutet av intervjun gjordes en mer eller mindre fullständig sammanfattning av det viktigaste som kommit upp under intervjun och en fråga ställdes om det var rätt uppfattat samt om något viktigt missats.

Etiska överväganden

Det är viktigt att tänka på den etiska aspekten i denna typ av intervjuer där respondenterna förväntas vara öppenhjärtliga och frågeställningarna eventuellt kan betraktas som känsliga. I förberedelserna för studien och under intervjuerna har hänsyn tagits till Vetenskapsrådets Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsetiska principer (63). Där finns fyra allmänna huvudkrav. Informationskravet innebär att deltagarna i studien informeras om vad studien syftar till, att deltagandet är frivilligt och att de kan avbryta sin medverkan när som helst. Samtyckeskravet innebär att de som deltar i en studie själva bestämmer över sin medverkan och att forskaren ska få deras samtycke till detta. Konfidentialitetskravet innebär att uppgifter om deltagarna ska behandlas med största möjliga aktsamhet och nyttjandekravet att informationen bara får användas för forskningsändamål (63). Dessa krav uppfylldes genom både skriftlig och muntlig information samt genom att deras namn inte noterades någonstans. Den enda gången förnamnen hördes var om det undslapp dem när de hälsades välkomna, men namnen skrevs aldrig ned. Informanterna informerades om att deras deltagande var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta intervjun. I brevet de fick en vecka innan fokusgruppsintervjun stod det att intervjun skulle spelas in, och vid starten av intervjun fick de försäkra att det gick bra.

Analysprocessens olika steg

Förberedelser för analysarbetet av intervjuerna gjordes genom att läsa Richard A Kreuger och Victoria Wibeck innan transkriberingen. I analysen beaktades att det är forskarens uppgift att dra slutsatser byggda på fakta som återupprepats av flera deltagare, men även att analysera de uppfattningar som avviker från flertalets (60). Vidare att det är viktigt att forskaren undviker selektiv perception, att bara se och höra det som bekräftar ens egen uppfattning. Forskaren bör analysera hur ofta en synpunkt uttrycks, bredden av idéer, intensiteten i, och hur specifikt en synpunkt ges, samt vad som inte sägs (56). Den kvalitativa analys för systematisk textkondensering som Kirsti Malterud beskriver bedömdes som mest lämplig för denna studies material och proceduren användes enligt nedan (55).

1. Intervjuerna transkriberades ordagrant, utan att några utsagor utelämnades. Varje intervju namngavs med en bokstav och i texten fick varje informant en bokstavs-beteckning som identifiering. Då något inte kunde höras på bandet skrevs det in i texten. Även skratt, tystnad och tonfall skrevs in för att inte glömma denna innebörd. Texten blev totalt 107 sidor lång.

2. Alla intervjuer lästes igenom för att få en överblick och se helheten, vad texterna handlade om och vilka teman som fanns.
3. Intervjuerna lästes igenom igen, långsamt. De meningsbärande enheterna identifierades och markerades på pappret. Koder skapades.
4. Materialet organiserades i en lista med alla koder, t.ex. matval, aptit, dysfagi, demens, orättvis biståndsbedömning, ensamhet, etc. Vissa slogs samman då de hänvisade till samma sak. I listan skrevs in i vilka intervjuer och på vilka sidor koden fanns, t.ex. Matlagning, A5, B4, C4, D6 etc. De flesta koder fanns med i alla intervjuer.
5. Koderna gicks igenom och samlades i övergripande kodgrupper (analysenheter), t.ex. mat, matproblem, bistånd, tid, psykosociala aspekter etc, med sina respektive subgrupper i ett dokument (se tab 2). Varje grupp fick en färg.
6. Materialet systematiserades genom att varje intervju på datorn gicks igenom och textstyckena färgglades utifrån kod-färg. Vissa textstycken fick byta kod, då det upptäcktes att alla inte bedömts lika vid första genomgången.
7. Kodningen i en av intervjuerna gicks igenom av en disputerad distriktssköterska med mycket erfarenhet av fokusgruppsundersökningar.
8. Textstyckena klipptes ut ur intervjuerna och alla besläktade textelement sattes samman - en systematisk dekontextualisering gjordes. Bokstaven och siffran som hänvisade till var textstycket fanns följde nu med.
9. Det kodade materialet skrevs ut och lästes igenom i pappersform tema för tema, och noteringar gjordes om vad som var intressant.
10. Under skrivprocessen kondenserades analysenheten till en abstraherad beskrivning, en mer generell form. Det var möjligt att, tack vare sidhänvisningarna i textavsnitten, konstant gå tillbaka till originaltexterna och se på sammanhangen i vilka textavsnitten fanns. Meningar som eventuellt kunde motsäga det som framkommit eftersöktes.

Liksom Kirsti Malterud förespråkar, kallas deltagarna i fokusgruppsintervjuerna för *informanter* (55). De olika grupperna och informanterna hade sina egna sätt att benämna de äldre; som "kunder", "pensionärer", "äldre" ofta mer ömsinta eller respektfulla uttryck som "min lilla", "dam", "herre", medan "brukare" inte var så omtyckt. I denna text valdes orden "äldre" eller "pensionär". Ordet "kund" föreföll märkligt att användas utifrån detta beskrivande perspektiv.

Informanternas sätt att uttrycka sig var många gånger mycket belysande. För att inte förlora i expressivitet finns många intervjuavsnitt inklippta i texten i denna studies resultatdel. De citeras ordagrant såvitt talet inte är så avvikande att det skulle vara svårt att förstå vid läsning. Bokstäverna A-F representerar informanterna och M representerar moderatorn. Inom parentes finns beteckning för grupp.

Litteratursökning

Artiklar har framför allt sökts i databaserna PubMed och SCOPUS. Sökord: Quality improvement, Nursing homes, Long-term care, Job satisfaction, Commitment, Work environment, Appetite, Elderly, Loneliness, Malnutrition, Undernutrition, Early determinants, Community, Malnutrition, Home-living elderly, Mini Nutritional Assessment, Older women, Disability.

RESULTAT

Nedan redovisas studiens resultat, vad som framkommit i fokusgruppsintervjuerna gällande det som påverkar de äldres matintag, problem med maten och ätandet. Avsnittet inleds med vilken typ av mat de äldre erbjuds, sedan följer påverkansfaktorer på aptiten, hur hemtjänstpersonalens ser på

matproblem, särskilda behov som påverkar matintaget och slutligen hur matintaget påverkas av den omsorg som ges.

Matlådor, matlagning och aptit

De äldre får livsmedel inköpta av hemtjänsten ungefär en gång i veckan. I de flesta grupper (A, B, C) skattade informanterna att ungefär hälften av de äldre med *matinsats* hade leverans av matlåda. Men hur många det var, var inget de hade funderat på tidigare, alla var ganska osäkra på hur stor andel som hade matlåda. I ett område (E) hade andelen med matlåda sjunkit till cirka en tredjedel, sedan de äldre tyckt att matlådorna blivit sämre. Detta berättades mest som ett konstaterande, inte som något som var ett ämne för diskussion om förbättring. I stället hade andelen med "lättare matlagning" som beviljad insats ökat.

Pensionärerna var mer nöjda med matlådorna i det område där de kunde välja på två leverantörer än i de andra områdena, där det fanns en del missnöje. Att som hemtjänstpersonal få till ett byte av leverantör var komplicerat. I tre grupper berättades om anhöriga som ordnade med den dagliga maten, frös in hemlagad mat eller hämtade mat varje dag någon annanstans till sin äldre släkting. En informant, vars pensionärer fick mat från restaurangen på ett servicehus, vittnade om svårigheten att få igenom specialkost till de som behövde det, som energiberikad kost eller dylikt. Restaurangen hade allt mer gått över till "modernare", mer exotisk mat för att få in kunder utifrån.

Vissa äldre hade fått beviljat insatsen "lättare matlagning". Hur många det gällde föreföll skifta i olika områden. I några områden var det bara några enstaka, medan det i andra områden var uppåt hälften av dem med *matinsats*. Då kunde man göra mat som färdiga köttbullar, pulvermos, makaroner, falukorv, omelett, servera grillad kyckling eller värma frysta rätter. Soppor var också vanligt, ibland soppor som "dracks". Gröt, nyponsoppa och smörgås kan också ingå i den huvudmåltid som ingår i lättare matlagning. En informant uttryckte det "Vi lagar *aldrig mat*, vi värmer *mat*". Tiden för matlagningsinsatsen var 15-20 minuter, i ett fall 30 minuter, från det personalen kom innanför dörren tills han/hon gick, inklusive eventuell hjälp upp ur sängen. Men det kunde ibland vara svårt att få till även den lilla tiden:

"A. Men sen ska det funka på schemat också. Att den som gör schemat ska faktiskt se till så att ... och inte lägga in en handling där, precis när man faktiskt står där och ska laga mat, och så vet man att en handling, då kan det köra ihop sig i kassan på en gång. Det räcker med att någon står där och sölar så tar det fem minuter extra liksom. Så ..." (grupp D)

Det är svårt att få grepp om hur mycket matlagning som är praktiskt möjligt att få till stånd inom den tid som beviljas för matlagning inom äldreomsorgen. Mycket handlar om planering och organisation. För övrigt beror det förstås på hur lång tid det tar att få den äldre till bordet. En grupp särskiljde sig bland de intervjuade (F). De hade efter en utbildningsinsats på sex tillfällen om nutrition till all personal satsat på att flertalet pensionärer skulle få hemlagad mat. Eftersom man organiserat det så att personalen i denna hemtjänstorganisation till största delen gick till samma personer så kunde de planera såväl matsedeln för veckan som dagens mat, vilket underlättade för att få till lagad mat till varje pensionär. (F4) Informanterna berättar:

"B. Vi har ändrat. Tidigare hade de flesta matlådor, men efter att vi har gått på mat- och nutritionskurs, så att alla medarbetare ska hålla det, att vi försöker ändra på det, att dom har riktigt mat varje dag.

M Vad kan det vara då, vad hinner ni på er tid att laga för mat?

A Man hinner ganska mycket! Förbereder du på morgonen, skalar potatis, morötter och sådär förbereder det, och skär i småbitar då hinner du medans du steker fisk, eller vad du nu gör, koka upp det. Man hinner bra, tycker jag." (grupp F)

I hälften av fokusgrupperna (B, E, F) kokade man potatis till dem som hade matlagning, genom att förbereda på morgonen och skära den i mindre bitar var det möjligt. I de andra grupperna fick pensionärerna hemkokt potatis endast undantagsvis, i mån av tid. En informant i grupp D berättade att hon ibland brukade ta med sig pensionärernas potatis till kontoret och koka den där medan hon själv åt lunch. Hon tyckte de skulle få potatis som kokats hel, som hon ansåg har en annan smak än den som kokats i bitar. Detta erkännande stötte dock på protester från en annan informant:

"F ... jag tycker det där är att stjälp på något sätt. För att det här har vi pratat om också, att jag tycker att det borde vara självklart! Att man lagar mat från grunden, så ofta som möjligt, till våra kunder. Och speciellt till dem som kanske har problem av olika slag. Men då handlar det ju om att man måste försöka att få den här tiden, och att man måste få chefer, biståndshandläggare, vad det nu är, att inse att vi behöver den här tiden. Gör man som du, och jag förstår din välmening då stjälper man det här.

E. Eller också så stjälper jag pensionärerna, att det aldrig blir någon potatis.

F. Nej, men det är ju inte ditt ansvar!" (grupp D)

I en annan fokusgrupp (C) fanns en informant vars demensteam jobbade med att ersätta de färdiga matlådorna med hemlagad mat. Till stor del byggde det på personligt intresse och organisering, de hade bland annat fått till hemleverans av råvaror så de slapp gå och handla, och de hade fått igenom mer tid för matlagning. Hon berättade entusiastiskt att de som sedan några månader fått hemlagad mat bara ville äta mer och mer. Att deras aptit ökat markant, de hade t.o.m. själva börjat ta för sig ur kylskåpet. Hon nämnde fin dukning, doften av mat, att skära upp frukten och lägga på ett fat som faktorer som ökat de äldres aptit. Maten blir till dagens höjdpunkt.

Med matlagning i hemmet kommer matdoften, vars betydelse som aptitstimulerare ofta togs upp av informanterna själva.

"B. Men sen behöver man stimulera dom med dofter också, om dom ... dom som har ingen aptit. Man kanske får sätta på en kastrull med morötter och lök och lite.., så kommer det där ... (sniffar i luften)." (grupp B)

Det nämndes som ett problem att doftupplevelsen går förlorad när maten numera oftast kommer levererad i låda eller fryst mat värms i mikrougn. Flera informanter var även inne på hur viktigt det är att det ser trevligt ut vid matbordet och fräscht på tallriken och att det var ett nöje när man kunde glädja de äldre med det. Många hade alltså kunskap om detta.

"B. Man märker på en gång. Om du går till dom, och man har tid att sitta med dom, då äter dom bra och dom är jättegglada. Men det beror på liksom, hur man dukar, allt har betydelse! Det är det - har man inte tid - då går man, lämnar bara maten på bordet, då säger dom, jag är inte hungrig. Så det beror jättemycket på hur mycket tid man har för dom också." (grupp E)

I en grupp förklarade man dock att man inte alltid lade upp den uppvärmda maten på en tallrik, utan det gjordes bara om pensionären ville, av respekt för hans/hennes integritet. Dessa argument för en rutin som sparar mycket tid framkastades med en sådan vana att de föreföll ha diskuterats fram tidigare i gruppen. Troligare än att de äldre tyckte mer om att äta direkt ur lådan är att de inte ville besvära personalen med extra disk.

Dålig aptit är enligt hemtjänstpersonalen ett vanligt problem och relaterades till den psykiska hälsan i fyra av grupperna; depression, ensamhet och att inte komma ut, samt att de äldre inte känner någon glädje i att äta. Dålig aptit kopplades också ihop med att det kan finnas bakomliggande medicinska

orsaker, vilka kan vara svåra för hemtjänstpersonalen att reda ut. En informant nämnde cancerpatienterna som det absolut jobbigaste och beskrev hur hon försökte hitta olika sätt att få dem att äta. En annan berättade om en sängbunden kvinna med psykisk sjukdom och dåliga tänder som inte ville äta annat än möjligtvis sötsaker, och där det inte gick att få med henne till sjukhuset för tandvård.

För hemtjänstpersonalen är det uppenbart att många äldre är mycket ensamma människor. Särskilt de som inte har barn, men även många med barnen på långt avstånd, kanske boende utomlands. Ensamheten kom i hälften av intervjuerna upp som något av det första informanterna nämnde under intervjun som en orsak till ätproblem. Många hade tänkt mycket på hur tråkigt det var för de äldre att äta ensamma, och att det för vissa vore bättre att flytta till ett boende där de kunde äta tillsammans med andra. I grupp A uttryckte sig informanterna, som var utbildade undersköterskor, i termer av att många av de äldre led av depression p.g.a. ensamheten, och de blev mer "initiativlösa" än de skulle behöva vara, vilket bidrog till "problem med kosten". De äldre tappade kraft till att själva hjälpa till med matlagning och blev rädda för att gå ut och för att träffa folk. Ensamheten och depressionen blev båda delar i en ond cirkel. I ett par intervjuer kom det fram berättelser om personer med svår psykisk sjukdom och med hemtjänst som sin huvudsakliga "vårdgivare".

Den informant som arbetade på ett omgjort servicehus berättade att hemtjänstpersonalen själva ordnat "matdagvård". De tog ned de äldre dit så att de fick äta tillsammans vid fint dukade bord. De pratade inte så mycket under måltiden, men hade en mycket trevlig gemenskap och åt bättre än de gjorde när de var ensamma. Tjugo pensionärer serverades av två personer under tre timmar varje dag. Denna verksamhet fick inte fortsätta av ekonomiska skäl, utan maten skulle serveras varje pensionär själv i respektive lägenhet, vilket en annan deltagare påpekade borde ta mer arbetstid i anspråk.

Hemtjänstpersonalens syn på matproblem

Vad ser då hemtjänstpersonalen som anledningen till problem med maten eller ätandet? Denna fråga behövde specificeras för att det skulle framgå vad som menades: att det kan röra sig om problem med att gå och handla, laga mat, skära, tugga och svälja, gå på toaletten. Ofast kom endast ett kortare svar av någon i gruppen. Det kunde röra olika områden, men utvecklades sällan vidare.

"E. Det är inte tillräckligt med näring i maten, jag vet en som fick blodbrist av maten från servicehuset, så hon åkte in på sjukhus med blodbrist." (grupp D)

En informant som var utbildad förskollärare men gått över till att jobba i hemtjänsten uttryckte att hon, när hon började i hemtjänsten förvånades över hur svårt och komplicerat det var att jobba med äldre. Medan diskussionerna om mat pågick i intervjuerna kom dock många nutritionsrelaterade problem upp som vittnade om att man ser problemen. T.ex. mag-tarmbesvär, dålig matlust, demens, ensamhet, svårigheter att tugga och svälja samt att skära. Annars var tidsbristen, de psykosociala problemen och organisatoriska problem inom den egna verksamheten det som framför allt nämndes. Fokusgrupp E gjorde tillsammans i slutet av intervjun en bra sammanfattning av det som kom upp i alla intervjuer:

"M. Jo, men vi har pratat lite grand ... ni pratade ju i början om det här med ensamhet, ett stort problem, och sen tiden, vad var det mer ni sa där i början, som ni såg som ett problem?"

B. Sällskapet, eller?

C. Kanske lite om munnen...

D. Att det luktar lite gott.

A. Njutningen

D. Och att det ska se fräscht ut på tallriken.

A. Ja, precis. Kan duka med någon servett, göra lite fint så det ser lite fräschare ut.

B. Lite mera motion, gå ut med dom.

M. Är det något mer som ...du (D) har inte varit med så länge heller ... som vi har missat att ta upp?

Tyst

D. Nej, men det som är viktigt, det är väl också att det finns någon form av bas för personalen med mat som kan vara väldigt enkel att tillaga, som det ändå är bra med näring i. Just för äldre, och hur dom kan tillgodogöra sig näringen i maten på ett bra sätt. Och sen, som du sa då, att det ska se lite tjusigt ut, och man kan faktiskt ha någon liten servett ...” (grupp E)

Förstoppning är ett vanligt förekommande problem som sätter ned aptiten. I intervjuerna var det dock endast i en grupp (F), den som utbildats i nutrition, som det togs upp som ett problem som minskar aptiten. De informanterna gjorde fiberrik gröt och gav katrinplommon till dem som hade problem. I de andra grupperna berättade de att förstoppning var mycket vanligt, men endast när de specifikt tillfrågades om det. Det sågs närmast som ett normaltillstånd som behandlades med laxantia. Många äldre minskade på mat- och vätskeintag för att slippa gå på toaletten. Diarré nämndes som ett stort problem av en informant.

Det framkom att det inte var så vanligt att de äldre behöver matas, men det förekom att de behövde hjälp att komma igång med ätandet, eller att de helt plötsligt stannade upp i ätandet, framför allt nämndes de dementa vara i behov av matning. Själva matningen tyckte man inte var ett problem i sig, men det poängterades att det inte går att genomföra under stress, då går det inte alls. På frågan vad de äldre mest behövde hjälp med gav en informant följande svar:

”E. Det är det här... det som känns viktigast då, det är det här med dom som behöver hjälp att matas. Med matningen, för där är det ju allting liksom. Där är det alltifrån att hitta på rätt sorts mat, som kan smaka gott, till att ha den tiden och ron, att sitta där och mata. Och relationen är jätteviktig då liksom att det är... att dom kan koppla av tillsammans med just mig, och när man för in maten i munnen.” (grupp B)

En av grupperna (D) hade betydligt färre med någon utbildning för arbetet överhuvudtaget än de andra grupperna och i denna grupp noterades en tydlig skillnad i kunskap, syn på och reflektion över problem. Flera av dem ansåg att det inte behövdes mer utbildning om mat och näring, sådant tyckte man att man kunde ta reda på själv om det behövdes. En kommentar var *”Jag började ju inte i hemtjänsten för att bli kock”*. Ändå uppstod frågan vad det kan vara för fel när de äldre inte äter och efter en stunds tystnad kom inga andra förslag än att det kan vara relaterat till alkohol, då de hade hand om en pensionär som missbrukade, *”Man blir ju mätt på att dricka”*. Här fanns uppenbarligen mycket kunskapsluckor.

Frågan om det förekommer mycket problem med undervikt möttes i de flesta grupper med tystnad och/eller lite trevande svar, vilket ingav ett intryck av osäkerhet inför frågan. De flesta grupper hade haft hand om några enstaka äldre som vägt 30-35 kilo, där undervikten var påfallande. I den grupp där informanterna hade längst erfarenhet i hemtjänsten (B) svarade man enhälligt att det fanns många med undervikt och i gruppen som haft nutritionsprojekt (F) berättade man om en äldre, tidigare mycket underviktig dam som gått upp 10 kg efter utbildningsinsatsen. En informant uttryckte sig så att visst kan man se att dom äldre går ned i vikt, om man är lite uppmärksam. En informant berättade om en äldre dam som bara åt lunch, mellanmål vid tretiden och sedan inget mer till dagen därpå. Hon tyckte det var hemskt och förstod att anledningen var att damen inte ville besvära kvällspersonalen.

Särskilda behov som påverkar matintaget

Informanterna berättade under fokusgruppsintervjuerna om hur de ser på äldre med olika särskilda behov på grund av hälsoproblem och sjukdomar som påverkar matintaget.

En av utmaningarna är de dementa äldre som bor hemma. För personalen är det svårt att veta om de har ätit eller ej, att få information om de känner av problem med att tugga och svälja och veta om de längtar efter någon speciell mat. Det kan vara mycket svårt att få de äldre att äta och ibland är det svårt att få anhöriga att förstå hur situationen är. Tiden räcker ofta inte till för denna grupp, som p.g.a. tidsbrist ibland får sämre mat.

"A. Jag tycker det är ett stort problem framför allt för de dementa. Även om de är bedömda mer tid, så går all tid åt att få upp dem ur sängen, få med dem in till köket. Innan man nästan har kommit dit så ...

C. Tiden går så snabbt...

A. Ja. Och så blir det något hastigt liksom bara för att se till att de får i sig något. Då blir det oftast mycket smörgåsar och sådana där saker.

B. Nyponsoppa och fil och så.

A. Ja, det tycker jag är ett problem. Det är ju svårt när så sjuka bor hemma." (grupp A)

En annan grupp hade också funderingar över att den tid som bedöms för dementa inte räcker till, trots att personalen har bra kompetens:

"D. Jag tycker det är så svårt med dementa. Det är något fruktansvärt. Antingen så är dom åt ena hållet, att dom röjer hela kylan på allt du har köpt hem på en kväll eller en dag. Eller så tycker dom bara att nej, nej, det där är ju inget kul liksom. Och då måste du sitta med och se till att dom börjar äta. Och är det så att du går- det räcker med att du vänder dig om och går ut i hallen, så hör du bara att dom kastar allting i soporna. Jag har ätit säger dom. Och man bara: nej.

E. Det skulle vara bra om man hade tid att sitta med då.

B. Och mata

D. Ja. Det är jättesvårt alltså.

B. Och göra så lite på tallriken och mycket grönsaker, att det blir färger. När det är det enda som lockar dom, färgerna, det verkligen stämmer.

D. Och många gånger per dag istället för mycket." ... " Dom ser ju inte vad det är på tallriken. Och ser dom då bara halva tallriken och dom bara sitter och äter potatis, då slutar dom ju till slut. Så det är viktigt i så fall, som du säger, att man har tid. Så att man kan vända den här tallriken t.ex. när dom har ätit några tuggor ...

A. Och snurra några varv." (grupp B)

Problem med tänderna diskuterades i alla grupper. Man tyckte det var svårt att veta när det är tänderna som är en orsak till att den äldre inte vill äta, speciellt när det gäller de dementa. Det fanns en medvetenhet hos många informanter att tandproblem kan ligga bakom dålig aptit, om än en osäkerhet hur man kan veta att så är fallet. En informant nämnde också att proteserna ofta inte längre passar om man har gått ned i vikt och många föredrar att äta utan sin protes. Det kan vara svårt att få en del äldre att uppsöka tandläkare och det kan vara svårt att få till uppsökande tandvård, då ligger det på hemtjänstpersonalen att ta initiativ. Några informanter framhöll att det för de äldre kan kännas "intimt" eller t.o.m. "kränkande" att få hjälp med tandborstning, och att det ofta åsidosätts när det är stressigt, även om man är medveten om att det ska ingå i de dagliga rutinerna.

När det gällde problem med sväljningen, dysfagi, som är en vanlig följd av t.ex. stroke fanns uppenbarligen kunskapsluckor, mycket få informanter svarade att detta är ett vanligt problem, med

en viss osäkerhet sade de sig ha sett några få. I en grupp (D) föreföll kunskapen om munrelaterade problem vara begränsad. Ingen svarade direkt på frågorna, de hade bara tänkt på någon enstaka gång att besvären fanns, och svaren kom sakta, med stor osäkerhet.

"M. Är det många som är muntorra? Som klagar över det?"

Någon dröjande: Näe...

Tystnad

M. Det här med att tugga, då? Har ni andra upplevt något problem med det?"

D. dröjande: Näe...

B. Kanske du har en som bara tuggar och tuggar, alltså ...

M. Och aldrig sväljer?"

B. Ja, vi säger – kan du svälja, eller? Men det är inget. Alltså hon tuggar mycket!

M. Det går inte vidare?"

B. Mmm. Alltså, hon ser trött ut!

M. Och sen det här med sväljning, sväljningsproblem, det kan ni också se?"

F. Jag har ingen erfarenhet av det .. att svälj ... sväljproblem, nej ..

E.Jo, jag har haft en ...

M. Det har du?"

E. Mm. Tog väldigt lång tid, och så fick man ta teskedar." (grupp D)

Som kontrast till ovanstående osäkerhet var det i gruppen som fått nutritionsutbildning en informant som själv tog upp att man måste tänka på att munproblem kan ligga bakom bristande aptit. Tuggsväljproblem och svamp i munnen nämndes.

Det varierade mycket i vilken utsträckning de som behövde konsistensanpassad kost fick hjälp med det. I två grupper (B, F) berättade man att det fanns timbaler att beställa. En informant i grupp C, som arbetade på ett före detta servicehus, brukade själv mixa mat till de som behövde, de äldre där hade sin egen mixerstav, men berättade att annan personal ibland blandade alla komponenter när de mixade. Det var beroende på personalen själv om pensionärerna fick konsistensanpassad mat eller ej och inte en rutin. Ingen annan informant hade denna vana. Däremot berättade en informant (E) att hon hade en dam som hon köpte mjuk mat till, som kalvsylta, fiskgratäng och spagetti med köttfärsås, som *"slinker ned"*. Även här var det på initiativ av just denna informant, det sades ingenting om att det var en rutin alla följde för dem med dysfagi. Tidigare hade de haft en restaurang i området som levererade passerad mat och då hade det varit många fler som hade sådan kost.

I två grupper (C och D) berättade man att om man beställde passerad mat som matlåda från äldreboendet så kunde den komma *"som en grå sörja"...* *"ser ut som hundskit ungefär"*, alltså alla komponenter hade blandats ihop före mixandet. Följaktligen var det nästan ingen som beställde denna mat, då det såg så osmakligt ut.

En informant med undersköterskeutbildning berättade om nutritionsproblem hos en pensionär med dysfagi.

"B. Just nu går jag till en som, hon har som, hon ska röntga strupen. Så hon vet inte om det är ångest eller om det är något problem, så hon har ju inte ätit, hon äter bara flytande, så äter hon några näringsdrycker och café latte och mjölk och sådana saker. Men det är just att hon klagat på att hon har svårt att svälja och så. Med just den personen då går det långa perioder, då är det bara flytande i princip. Och så är det ibland då äter hon lite, lite mat." (grupp A)

Hur matintaget påverkas av den omsorg som ges

Då frågorna om matproblem hos äldre diskuterades i fokusgrupperna ledde informanterna in samtalen på hur arbetet var organiserat, hur deras arbete påverkades av biståndsbeslut och olika sätt att lösa de olika problem som uppkommer, faktorer som mer eller mindre direkt påverkade hur pensionärerna kunde få sitt näringsbehov tillgodosett.

Alla intervjuer genomsyrades av medvetenheten om att man arbetade i de äldres egna hem och att man som hemtjänstpersonal hela tiden måste utgå ifrån deras önskemål och integritet. När det gäller äldre med demens och/eller psykisk ohälsa kan det vara en svår balansgång att gå, när man ser hur deras behov inte tillfredsställs p.g.a. att de äldre själva tackar nej och inte förstår sitt eget bästa, samtidigt som man måste respektera deras beslut. I en grupp berättade man att man brukade hantera detta problem genom att inte fråga de dementa om de ville ha mat eller ej, utan man bara satte fram maten och sa "Nu är maten klar!". Annars var de flesta informanter väldigt noga med att inte på något sätt gå emot den äldres önskemål, det berättades inte om några sätt att "lirka" fram vilja att äta. I två grupper berättades om äldre som bara åt samma rätt varje dag eftersom de själva önskade det. Då moderatorn ställde en direkt fråga angående hur man hanterade detta avstannade diskussionen.

Brist på tid var det återkommande temat under alla intervjuer, det överskuggande problemet för genomförandet av alla typer av insatser.

"M. Vad tycker du är största problemet generellt med mat och ätande?"

C. Det tycker jag är tiden. Att man har så knappt med tid. Att man inte kan vara kvar och se till att de äter överhuvudtaget och....

B. om man skulle få vara med inne i köket tex om man hade mera tid. Då kan dom sitta och äta medan man står och diskar och så kan man prata och... "(grupp A)

"M. Är det något mer som ni ser som det är mycket problem med, när det gäller mat och att äta och så.

A. Nä, det är bara tiden, som är problemet.

E. Men eftersom det är ett så stort problem, så har vi inte kunnat sälla ut allt det som.."(grupp B)

Men det var inte bara en uppgiven klagovisa om tidsbrist. Informanterna talade också om vad de skulle kunna göra om de hade mer tid: sitta kvar när de äldre äter, småprata, planera sitt jobb, samarbeta, laga mat, låta de äldre vara med och laga mat - det fanns en genuin vilja till att göra ett bättre jobb. Tid att *utföra det som står i biståndsbeslutet*, vilket inte alltid hanns med. En informant sade att hon bävade när en ny beställning på insatsen matlagning för en äldre inkom, eftersom hon visste att hon inte får den tid som behövs för att utföra det.

En av frågorna som ställdes till alla grupper var vad som skulle behövas för att motverka matproblem och det enhälliga svaret var: *tid*. Att pensionärerna fick sällskap och att de fick komma ut nämndes också.

"M. Vad skulle ni göra då, om ni hade mer tid?"

B. Kanske man skulle kunna planera sitt jobb på ett annat sätt. Du vet, nu har man ingen marginal, om det trasslar till sig någonstans, då... man måste ta tiden någonstans, inte bara liksom från luften. Då är det ... på en gång ...

E. Ja, tid att planera också... att samarbeta, tid för att kunna... och marginaler. Så att allting inte är på minuten varenda dag.

A. Marginaler skulle behövas.

*B. Mmm. För att dom är levande varelser, som vi jobbar med, inte lastbilar eller maskiner.”
(grupp B)*

Detta citat kommer från grupp B, en grupp med vårdbiträden som arbetat lång tid i hemtjänsten, och uttrycker stor empati med de äldre och en önskan att göra ett bra jobb. De som hade 25-30 års erfarenhet av yrket berättade för de andra i gruppen om hur det var på den tiden de fick vara två timmar hos varje pensionär, vilket för dem lät som en önskedröm. Idag har man tappat den *”personliga kontakten”*, som en informant uttryckte det. *”Det är bara att man kollar dom här viktigaste ... in med maten”*.

Så gott som konsensus rådde i alla grupperna om att de äldre egentligen oftast hade biståndsbeslut på de *insatser* de behövde, men att *tiden* för varje insats var för liten. Det gällde tiden för matlagning, sällskap vid måltid, påputtning vid måltid, promenad, inköp tillsammans med den äldre, ja, för alla insatser beräknades för liten tid. Tiden per insats verkade bedömd utifrån kapaciteten hos friska medelålders.

”A. Jag tror att det är tid det handlar om, alltså dom ger snålt med tid, med allt! Och det känns som att ... man känner sig så stressad med såna saker (att pensionärerna ska få bra mat) och det gäller allt man gör, och det är inte bara matlagning. Det är så minmala tider man har och ska passa, för annars är det någon annan kund som får mindre tid” ”Vi har ju två stycken (som har bedömt sällskap vid måltiden), som vi går till, eh ... som har påputtning vid maten. Där kan det också kännas att man får för lite ... alltså allt handlar om tiden, man kommer ändå bara till tiden, för att ... eh ... man prioriterar inte det (att sällskapa) om man sitter där och så ringer en kollega - nu måste vi dit - för man har ju dubbelbemanningar och grejer, så: Ok, men hennes man är ju här, hon kanske kan äta det här själv med honom. Men det står ju faktiskt i mitt schema att jag ska sitta där och det kan ju vara sällskap, det behöver ju inte bara vara påputtning, utan att dom vill ha sällskap också.” (grupp D)

Hemtjänstpersonalen själva måste ta ansvar för att göra prioriteringar när tiden är knappt beräknad och utan marginaler. Flera informanter sade att det vore bra om man kunde ha tid till att vara kvar och se att de äter, om man t.ex. kunde stå och diska och prata medan den äldre satt och åt. Tiden 30 minuter som man kan få bedömt för promenad räcker inte för att gå någonstans, då det kan ta en kvart att komma ut och en kvart att komma in. Någon äldre hade fått beviljat att gå med och handla, men eftersom det var strikta 40 minuter var det omöjligt att hinna få med henne till affären, handla, gå hem och packa upp varorna. Enligt informanten fick de heller inte lägga ihop två 40-minutersinsatser till vartannat tillfälle. Hon tyckte dock det var så viktigt att få med damen till affären, eftersom hon märkte att det stimulerade aptiten, och att mer *”godsaker”* då inhandlades, varför hon ibland tog sin lunch i anspråk. Annars blev det inte av alls. Hur lång tid en äldre får för att gå med och handla baseras på hur långt det är till närmaste mataffär, oavsett om det är en dyr närbutik med litet sortiment.

Angående möjligheten att få mer tid bedömt till de som behöver sällskap vid måltid svarade en grupp såhär:

”A. Ja, att det är så då, att man ska sitta ned medan dom äter, eller att man är där medans dom äter.

E. Ja, men även om det är så, så är tiden så knapp.

A. Ja, så är det väldigt knappt.

B. I praktiken det funkar inte så väl...

D ... Tyvärr

Tystnad

*E. Det tar liksom lång tid med en dement person innan man har kommit till matbordet ens. Och det går inte att forcera det, det kan bli tvärt om till slut då, att det slår slint.”
Tystnad” (grupp B)*

Här kommer en tryckande tystnad efter att informanterna berättat att det inte alltid fungerar som det ska. Det tar längre tid än vad biståndshandläggaren bedömt att det ska göra för att den äldre ska få sällskap vid måltid.

Grundläggande behov, som att få tid att tömma tarmen kan få stå tillbaka i vissa fall.

*D ”... och sen att dom får tid att sitta på toaletten, för en del kunder behöver hjälp att komma till toaletten och där är det också brist på tid. Och då får dom inte sitta i lugn och ro. För ibland kan det vara att dom behöver sitta en liten stund, så kommer det av sig självt. Och så regelbundenheten egentligen. Att få komma upp på toaletten varje dag, och liksom inte ...”
(grupp E)*

Förstoppning är en välkänd orsak till dålig aptit. Det kan vara så att en hel del av förstoppningsproblemen beror på att de äldre inte får sitta på toaletten så lång tid som de behöver. Att de äldre direkt känner av om man som hemtjänstpersonal verkar stressad var något som togs upp av flera informanter, och hur svårt det då blir. Många vill inte besvara när de märker att det är ont om tid och säger att de klarar sig själva.

”C. Ja, det är det också som är problemet, liksom, kanske du har läst i media om det här problemet med äldre, att staten tar bort den här tiden som äldre behöver ha, liksom. Och då känner dom att vi stressar hela tiden. Och det är lätt, så fort dom ser oss, då ser dom hur vi rör oss, och det är när vi är hos pensionärerna, man försöker, vi försöker, men ibland du vet; adrenalin, och man tänker på andra liksom, och då blir det det där, då tycker dom att vi stressar, att vi inte har den tid dom vill. Ibland vill jag gå, då håller dom händerna liksom ’lämna inte mig’, såna saker. Så att den tiden vi kräver, för att ibland har vi någonting som vi ska, vi ska ha den där korta tiden och göra samma jobb, det är det som är problemet, liksom. Även om vi ser att vi behöver mera tid hos den pensionären, inte mycket att vi kan påverka tiden ’nej, det är samma’, i stället för att vi får mera tid, så skär dom ned tiden.” (grupp F)

De äldre som har anhöriga som trycker på om mer tid får i större utsträckning mer hjälp än de som inte har det.

”B... det känns så tydligt att när det finns anhöriga eller nära vänner, alltså närstående, så, dom pushar lite, då blir den vården mycket bättre, det fungerar mycket bättre grupp.” (grupp B)

”F. Men jag tycker ju att jag har erfarenhet av att ... kunder som är ensamma, och själva ska föra sin talan, eller ... jag då som ... kontaktperson ska föra talan, har mycket svårare att få tid, än om man har en ihärdig släkting, anhörig, som kan tala för sig.

Flera: Ja.

F ... Så det tycker jag är trist, för det har jag sett prov på många gånger.” (grupp D)

Informanterna visade medkänsla med de äldre som inte hade någon anhörig som hjälpte dem i kontakten med biståndshandläggaren och som man såg hade stort behov. En informant sade att om hemtjänstpersonalen eller den äldre själv försökte få mer tid för hjälp, då hände ingenting, det måste vara en anhörig.

”B. Så vi måste vara deras röst, och det funkar inte alltid.” (grupp E)

Om en äldre ska få mer tid bedömt beror på om man har en energisk anhörig eller på hur duktig dennes hemtjänstpersonal är på att formulera sig. I en tredje grupp sades att som hemtjänstpersonal får man försöka få släkt eller anhöriga att trycka på om man vill ha mer tid.

Hur lätt det var för hemtjänstpersonalen själva att kommunicera med biståndshandläggarna varierade enligt informanterna, beroende på vem av dem de pratade med. Det gällde att vara mycket specifik om underlaget till önskemålen. I ett par grupper skedde all kommunikation via samordnarna. Förr var hemtjänstpersonalen ibland med på vårdplaneringar, men det skedde inte längre, frågan om de var med togs snarast som ett skämt. I ett område var inte ens samordnarna med längre, vilket beklagades starkt. De blev aldrig kontaktade, utan biståndshandläggarna gjorde bedömningarna själva, vilket sades leda till att de äldre inte fick det beslut de behövde. Informanterna menade att viktig information om de äldre gick förlorad.

"A ... jaha, det fattas 3 tänder i hennes mun, det vet ju inte hon (biståndshandläggaren) liksom, hon kanske måste tugga maten extra mycket" ... "alltså, hon har ju svårt att avgöra hur mycket tid det tar för varje person, som du sa. Alla äter ju olika snabbt. Ja, alltså, hon kan ju inte avgöra det. Så hon sätter ju ut ... dom har ju mallar, vilka tider ungefär allting tar." (grupp D)

Informanterna själva ledde oftast i detta sammanhang in samtalet på att biståndsbedömarna också har "någon som trycker på uppifrån", vilket gör att de inte beviljar mer tid fast det behövs. Två informanter beklagade att denna resursbrist i slutändan drabbar de äldre. De talade om detta med stark empati i stället för att bara slå ifrån sig ansvaret, något som kanske kunde vara en naturlig reaktion.

I olika områden varierar det mycket hur många som får beviljat sällskap under måltiden. Några informanter tyckte det var skönt när denna insats fanns i beslutet, eftersom det annars är en omöjlighet att vara där under måltiden, även om de tycker att en äldre behöver det. "Man behöver sitta med för att dom ska få i sig". Man är helt styrd av beslutet för att kunna stanna en stund och se att de äter. Men om tiden ska räcka till sällskap måste färdig mat användas. En informant sade att en god idé vore sällskap i förebyggande syfte för att de äldre skulle äta mera.

Ett återkommande tema under intervjuerna var olika exempel på egna lösningar baserade på ett personbundet engagemang. Detta för att göra det så bra som möjligt för de äldre, men kanske också för att själv känna tillfredsställelse med sitt jobb. Att ta av sin egen lunchpaus för att pensionären ska kunna följa med och handla, att äta tillsammans med pensionären, att laga samma mat till två äldre i samma trappuppgång för att hinna med, att hitta på olika sätt att få i pensionären bra mat. Olika lösningar som inte fanns nedskrivna som några rutiner, vilket innebär att vilken hjälp en pensionär får kan variera väldigt mycket beroende på om man har turen att få en engagerad hemtjänstpersonal. I hälften av intervjuerna tog någon informant i gruppen upp exempel då hemtjänstpersonalen har börjat äta lunch tillsammans med en pensionär, ibland med anhörigs tillåtelse, vilket lett till att den äldre börjat äta mycket bättre. En informant kallade det en "pedagogisk lunch", vilket hon tyckte man borde införa.

I en grupp betonades vikten av att kunna tala för sig och att ha bra kontakter t.ex. med arbetsterapeuten för få en specialsäng och med distriktssköterskan för att hon ska ta ett önskemål om ett snabbt hembesök på allvar. Hemtjänstarbetet är ett väldigt självständigt arbete, som en informant uttryckte det "du måste ta tag i saker själv, på plats, när det händer". Man behöver en bred kompetens och handlingskraft enligt informanten. Vissa informanter brann för sitt yrke och hade en stark vilja att hitta lösningar för att hjälpa de äldre, medan andra var mer uppgivna och såg begränsningar i vad som var möjligt att göra.

Många av informanterna, minst någon i varje grupp, uttryckte en stark vilja att få laga mat till de äldre. Detta talades dock om som en omöjlig vision snarare än en möjlighet;

"B. Jag tycker det är så himla trevligt att få göra en omelett eller, steka nåt ägg, eller koka. Det berikar min dag också, att få göra något som är lite... när man ser att dom tycker det är gott." (grupp A)

Citatet kommer från fokusgruppen i det område där väldigt få hade beviljats hemlagad mat. När temat matlagning kom upp i grupperna blev informanterna mycket engagerade och talade i munnen på varandra. Även att låta de äldre själva vara med och hjälpa till med matlagningen nämndes av några av deltagarna som ett sätt som skulle stimulera och bibehålla initiativförmåga och självständighet.

Den generella inställningen var att individanpassa så mycket som möjligt, att respektera och vara lyhörd för den äldres önskemål. Flera informanter uttalade inställningen att man i slutet av livet borde ha rätt att få precis det man tycker om, att det är viktigt att *"hitta deras"*. Detta är vad man inom hälso- och sjukvården kallar *"ett patientcentrerat perspektiv"*, som lärs ut på kurser och utbildningar, något informanterna arbetade utifrån utan att de kanske hade denna benämning på sitt arbets sätt.

Informanterna visade ett stort engagemang för sitt arbete och stor empati med de äldre. Naturligtvis varierade detta mellan olika personer, hos vissa kunde en mer återhållsam attityd märkas för de andras arbets sätt och idéer. Ofta hördes det största engagemanget hos de informanter som hade längst erfarenhet.

"C. Jag tycker det är jätteroligt att man liksom verkligen börjar ta till sig det här med äldre och deras kost. Det tycker jag är jätteroligt. Att man faktiskt bryr sig om vad dom äter. För jag kan uppleva och känna att det har inte varit så viktigt förut, bara för att dom är gamla. Men man måste ju få äta bra även fast man är gammal!" (grupp C)

Utsagan kommer från ett vårdbiträde som jobbat i mer än 20 år inom hemtjänst. I en annan grupp med vårdbiträden som jobbat länge kände de medlidande med de många *"instängda"* äldre i området.

"M. Vad är det då för någonting som dom då saknar, vad skulle dom mer behöva hjälp med? Som dom inte får?"

A. Alla ska ha rätt att komma ut tycker jag. Ut!! Promenad!

B. Jo. Men när liksom?"

A. Men det finns ju inte tid. Det är ju hemskt! Det är ju hemskt!!!

C. Ja.

M. Ja, det kan ju påverka aptiten.

B. Dom sparar jättemycket på dom gamla, alltså.

A. Visst!

B. Och det är inte biståndsbedömarnas fel, för jag vet, dom är ju pressade uppifrån också, du vet det är ju... (ohörbart). Det är politikerna, men vi kan inget göra, och allt går på dom gamla, stackars dom." (grupp E)

Här ser informanterna hela orsakssammanhanget och uttrycker hur maktlösa de själva känner sig.

Ett stort problem som togs upp på initiativ av informanterna själva var bristen på kommunikation hemtjänstpersonal emellan. Endast den grupp där personalen utbildats i nutrition tog inte upp det som något problematiskt, men där var det oftast pensionärens kontaktperson som lagade all mat under veckan. Bristen på kommunikation leder till flera saker: att man inte vet vad som serverats hos eller ätits av en pensionär som man kommer till, att man inte vet vad den hemtjänstpersonal som handlat för veckan planerat och att man inte heller vet vad som är gammalt och nytt i kylen. I vissa fall skriver man upp dessa saker på ett block hos pensionären, men det var bara ibland, om det var en extra engagerad personal eller en speciellt problematisk pensionär. Det finns alltså, enligt dessa informanter inga rutiner för kommunikation dem emellan angående maten för varje pensionär.

"F Om jag ser på schemat att jag ska vara hos henne, på morgonen och till lunch. Då kan ju jag planera hennes lunch på morgonen genom att ta fram laxen så den får tina, och förbereda, vad det nu ska vara. Men om jag inte ska vara hos henne till lunch, då är det ju ingen mening att jag gör det, utan då får ju den som kommer då ... Och just sista tiden har det ju varit mycket så, att det är omkastningar i schemat, av olika anledningar."

M. Är det här liksom, omöjligt att rätta till? För det låter ju inte så bra för kunden heller, att det kommer olika.

F. Nej, jag tror att om det gick att rätta till, så skulle man göra det.... Jag tror ingen vill att det ska vara såhär. Jag tror inte våra chefer, våra, eller eh ... samordnare eller kund ... skulle vilja ... så att anledningen att det är såhär är ju förstås att det inte går att göra på ett annat sätt av någon anledning.

A. Ibland kör det ihop sig, helt enkelt. Det är ju det, för man jobbar ju med människor, och det är ju det man får räkna med, för att det ... man kan inte sätta exakta klockslag på någonting, för att vad som helst kan hända.

M. Men har ni ändå så att ni är kontaktpersoner till vissa?

F. Men där har ... eh .. om man tittar från början ... planeringen: Planeringen börjar ju redan vid inköp, ju. Om jag då inte får gå och handla den här dagen som vi har inköp till den här kunden, då liksom, ja, då blir det svårt med planeringen ... veckan som kommer, så att säga.

M. Hur gör ni då, för att kommunicera?

A. Det går ju inte!

F. Det är svårt!" (grupp D)

I den "journal" som finns på hemtjänstkontoret skriver man inte ner annat än "viktiga saker", som inte inbegriper maten.

I en grupp berättades om en äldre dam som själv gjorde en detaljerad planering av sin matsedel, inklusive inköpslista, och instruerade personalen om hur de skulle tillaga maten. Förutom i hemtjänstgrupp F, den grupp som satsat på att samma person skulle gå till varje pensionär, var detta det enda exempel som nämndes på en matplanering som fungerade bra. Informanterna berättade att denna pensionär själv såg till att det blev en varierad och näringsrik mat.

Gällande kontakten med distriktssköterskor framkom att det var svårt att få tag i dem. Kommunikationen med distriktssköterskorna skedde framför allt om man råkade stöta på honom/henne hemma hos en pensionär. Och då var ofta distriktssköterskan så stressad att det var svårt att diskutera. Få hade erfarenhet av att dietisten kom på hembesök till de äldre.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Med tanke på den tidsbrist hemtjänstorganisationerna lider av gick det över förväntan lätt att boka in fokusgruppsintervjuer. Enhetscheferna som kontaktades var överlag positiva till förfrågan. Intrycket var att de ville låta sin personal komma till tals. Ett par av dem tyckte att det var en fördel att få en föreläsning om matproblem hos äldre, men det var förmodligen inte det avgörande skälet till att de lät personalen medverka i intervjuerna.

Under intervjuerna höll sig informanterna till temat mat och ätande. De kom förvånansvärt lite in på irrelevanta sidospår. Möjligtvis var det för att temat engagerade och att det fanns mycket att säga. Det var bara ett par, tre informanter av alla 22 som föreföll ointresserade av att prata. Tiden som avsatts för intervjun var en timme, vilket var den ungefärliga tid som hölls, diskussionerna hade vanligtvis avtagit i intensitet när tiden var ute.

Studiens trovärdighet och tillförlitlighet

Enligt Wibeck innebär *reliabilitet* att olika forskare, oberoende av varandra kommer fram till samma resultat när de studerar ett material. I denna studie transkriberades intervjuerna fullständigt, innan materialet kondenserades. I och med att informanterna höll sig väl till ämnet lämnades mycket få utsagor utanför kodningen. Utsagorna samlades med sidhänvisningar så att de var lätta att gå tillbaka till. Följaktligen möjliggjordes att se ur vilket sammanhang analyserade utsagor tagits, för att på så sätt kunna verifiera hur analysen gjorts (56, 64).

Validiteten i en fokusgruppsstudie har att göra med tolkningen av det som observerats. En fara för trovärdigheten är om deltagarna inte talar fritt, t.ex. på grund av att de inte känner sig trygga, grupstryck eller andra upplevda hot (56, 64). Denna studie föregicks av en ordentlig genomgång av hur man bör gå tillväga enligt litteraturen. De flesta frågor i frågeguiden blev besvarade under varje intervju. Att intervjuerna gjordes på informanternas arbetsplats innebär att de var i en miljö där de kände sig trygga. Vid en intervju (E) kom enhetschefen in i rummet under den sista tredjedelen av intervjun, tvärt emot de instruktioner som sänts innan, vilket kan ha påverkat informanterna och bidragit till bristande validitet. För övrigt upplevdes en bra stämning under intervjuerna, till största delen föreföll informanterna vara överrens. Genom att följdfrågor ställdes till informanterna när någon utsaga var oklar kunde det avsedda i svaret tydliggöras.

Begreppet överförbarhet innebär huruvida man kan överföra resultaten från en fokusgruppsstudie till ett annat sammanhang, de som tar del av en studies resultat avgör om omständigheterna under vilka studiens genomförts liknar dem i en annan situation tillräckligt mycket för att kunna appliceras på den (56). I svaren på de skriftliga frågor informanterna fick fylla i direkt efter varje intervju (se bilaga 4) framkom att enhetscheferna inte valt ut dem med namn på alfabetets första bokstäver, såsom jag önskat i brevet till dem. Ungefär hälften hade namn med bokstäver från sista halvan av alfabetet. Att urvalet inte var representativt för hemtjänstpersonal kunde även misstänkas av att informanterna i genomsnitt hade arbetat 13 års i hemtjänsten, då hemtjänst ofta är ett genomgångsyrke för många, åtminstone i Stockholm. Det är troligt att cheferna valde ut de duktigaste, mest engagerade i temat mat, till att bli intervjuade. I ett av områdena där jag stannade och föreläste såg jag att den största delen av personalen hade invandrarbakgrund, medan de jag fick intervjua till tre fjärdedelar var svenskar. Eftersom urvalet inte kan ses som representativt för hemtjänsten i allmänhet innebär det att möjligheten att överföra studiens resultat till ett annat sammanhang minskar.

Resultatdiskussion

En av frågeställningarna i studien var vilka typer av ätsvårigheter hemtjänstpersonalen ser hos de äldre. Från författarens sida fanns en förutfattad mening om olika typer av ätsvårigheter som informanterna förväntades berätta om, som tandproblem, dysfagi, svårighet att hålla i bestick etc. Men av sättet att svara på frågan om ätproblem framgick att det inte var riktigt tydligt för informanterna vad som menades. Det kan ha varit beroende på okunskap, eller på att bristen på tid är ett så överskuggande problem att man inte hinner tänka på om man ser några problem kopplade till kroppsliga funktioner.

I stället kom fokus för diskussionerna till stor del att ligga på de andra frågeställningarna - vilka behov de äldre har och vad som skulle behövas för att hemtjänstpersonalen bättre skulle kunna motverka matproblem. Framför allt diskuterades hur tidsbristen försvårar för hemtjänsten att komma till rätta med olika typer av problem. Under intervjuernas gång framkom att det fanns en hel del kunskap om ätproblem, men inte formulerad i de ordalag en dietist använder.

”Sträva efter ständig förbättring” är en ledstjärna i kvalitetsledningssystem, t.ex. ISO 9001, men dessa hemtjänstgrupper gav inget intryck av att arbeta under detta motto. I stället ljöd en underliggande ton - ”Göra det bästa under ständigt försämrade förutsättningar”. Ordet *kvalitet* och att *mäta* denna har fått avsevärd status i sociala och vårdande verksamheter (9). Frågan är om trygghet, oberoende och respektfullt bemötande kan mätas i siffror. Även det som ligger i själva *aktiviteten* omsorg har ett värde i sig, inte bara det som kan räknas som resultat, som en levererad matlåda. Att ha tid att låta den äldre gå med sin rullator till matbordet i stället för att sätta honom/henne i rullstolen för att det går snabbare. Kvalitet är enligt Gunilla Silfverberg att ta vara på de äldres egna krafter, hjälpa dem att komma ut, handla och tillreda sin mat själv (9). Att hålla dem i passivitet och hjälplöshet (genom att vara instängd och få en levererad matlåda) kan kallas för en form av manipulativ maktutövning (9). Att jobba för att bibehålla de äldres förmåga att själva laga mat var något som informanterna i studien pratade om som något önskvärt men ouppnåeligt i deras vardag.

Matens betydelse förbises

Det som i biståndsbeslut anges ”enklare matlagning” eller ”lättare matlagning” (23) kan tolkas som smörgås, gröt eller (drickbar) soppa. Om insatsen matlagning inte specificerades som ”enkel” skulle hemtjänsten kunna få friheten att göra vanlig mat - koka potatis, steka fisk. Det finns, åtminstone hos informanterna i denna studie, en stark vilja att få göra det, men de är styrda av hur biståndsbesluten är skrivna.

Idén med leveranser av matlådor av hemtjänsten var ursprungligen att på ett enkelt sätt erbjuda goda, näringsriktiga och subventionerade måltider (7). Det varierar mycket vilken typ av mat de äldre kan få. I vissa områden kan de få nylagad mat från ett närliggande kök (även denna kan variera i kvalitet), medan de i andra får nöja sig med vakuumpförpackade lådor som kommer för en vecka i taget eller frysta färdigrätter. Liksom många i intervjuerna påpekar går doftupplevelsen förlorad och maten är ofta inte så smaklig som en människa med dålig aptit behöver. Att satsa på grundläggande kurser i matlagning och näringslära och ge hemtjänsten 30 minuters matlagning per äldre och dag skulle säkert vara kostnadseffektivt om man jämför med utgifterna på 22 miljarder kr per år som man kan skatta att undernärsrelaterade problem kostar (39). I två av de intervjuade grupperna hade man börjat laga mat till de flesta av sina äldre, vilket hade givit mycket bra resultat i aptit, viktuppgång och säkerligen även i psykiskt välbefinnande.

Att hinna med att laga mat på en begränsad tid kan till en viss del bero på hemtjänstpersonalens goda vilja. En informant tyckte att det egentligen finns många snabblagade maträtter som man skulle kunna hinna göra, som blodpudding och pannkakor. Medan en annan trodde att det skulle inkräkta på den tiden som är bedömd för att sitta med vid måltiden. En informant berättade om ett tillfälle när hon kom till en pensionär som inte hade någon fryst rätt hemma, men hon hade ingredienser till raggmunk. Och den tog egentligen inte längre tid att göra än det skulle ha gjort att värma en fryst rätt i mikro.

Ylva Mattsson Sydner skriver att maten och dess produktion och konsumtion inom den offentliga sektorn ses som en sekundär verksamhet som tillkommit på grund av dess nödvändighet för människor som bränslepåfyllningsprocess (12). Men i denna studie föreföll det som maten inte ens sågs som viktig som bränsle. De dementa fick så lite tid för sin matinsats att de inte hann äta mer än i värsta fall smörgås. Inte ens matens funktion som del i den medicinska behandlingen beaktades. I Ylva Mattsson Sydners intervjuer med ansvariga inom äldreomsorgen var det framför allt personliga erfarenheter, inte först och främst deras professionella ledarskap som bidrog till att de reflekterade kring frågan om mat och måltider. Det saknades en insikt om matens betydelse ur ett sociokulturellt perspektiv. Det kan vara en av orsakerna till att det är svårt för kommunernas ansvariga att förstå hur man kan tillfredsställa de äldres olika behov kring maten (12). De flesta av informanterna i denna studie hade dock en relativt god insikt i matens komplexa betydelse för de äldre och deras livskvalitet, även om de inte uttryckte sig på det vetenskapliga sättet.

Maktlöshet och brist på uppskattning

En känsla av maktlöshet lyser igenom i en stor del av intervjuerna. I en grupp förklarade informanterna hur det fungerar när det gäller att påtala att en pensionär behöver mer tid. Då talar de med samordnaren som kontaktar biståndshandläggaren. Efter det får de bara reda på om pensionären ska ha hjälp med en ny insats, ingen information om hur mycket tid de kan ägna insatsen ges. Detta överrensstämmer med det vad Katarina Andersson kommit fram till då biståndshandläggarna i hennes intervjuer gång på gång poängterade vikten av att bara prata om insatser, inte om tid (22). Som vårdbiträde får man ett uppdrag att genomföra, med mycket liten möjlighet att påverka dess utformning. Man räknas inte med helt enkelt. Insikten i att de äldre skulle behöva mer hjälp omvandlas till frustration. Att inte hemtjänstpersonalen har en kommunikationskanal direkt till biståndshandläggarna är en brist, då det kan innebära att värdefull information framför allt när det gäller pensionärer med demens, tappas bort.

I flera intervjuer märks en underliggande känsla av att man inte uppskattas "uppifrån", att det som hemtjänsten har att bidra med inte värderas. Hemtjänstpersonalen tillfrågas inte om att vara med på vårdplaneringar trots att de känner den äldre bra, de bedöms inte behöva gå på utbildningar, inte ens arbetsplatsträffar hinns med för att diskutera och reflektera. Det är inte förvånande om hemtjänststyrket inte ses som något viktigt och eftertraktansvärt (22), då det inte ens i utförarorganisationerna själva ges signaler om att det är det. I stället är det som att personalen jobbar i motvind i sin ambition att göra ett gott arbete, i och med att villkoren hela tiden försämras, framför allt på grund av tidsbrist, men till viss del också på grund av dålig organisation.

En informant tog upp att det ofta skrivs negativt om hemtjänst i massmedia, när det egentligen handlar om att de inte kan göra sitt jobb på grund av att en äldre vägrar ta emot hjälp. Vid några tillfällen märktes att informanterna intog en slags försvarsställning i början av intervjuerna. Det fanns ett uppenbart behov av att berätta om sin situation utifrån egen synvinkel. Som utomstående, anhörig eller sjukvårdspersonal är det lätt att anklaga hemtjänstpersonalen för bristande omsorg eller bristande kompetens. Men de menar att de utför sin uppgift utifrån de förutsättningar som samhället ger dem. Många gånger föreföll det som att deras enhetschefer hade mindre kompetens än personalen själv. Eventuellt kan bristande ledarskap och organisering av arbetet förklaras av att

man från chefs- och biståndshandläggare inte beaktar hur personalen upplever arbetssituationen och dess konsekvens för pensionärerna.

Behov av bättre organisation

Bristen på kommunikation personal emellan, som framkom i så gott som alla intervjuer, innebär att mat som planerats av någon kan ligga kvar i kyl eller frys och att pensionären istället får fil eller smörgås till huvudmål, eftersom de andra i personalen inte vet vad som är tänkt. Grunden till detta problem är att det kommer så många olika personer till en pensionär, men att man inte har rutiner för kommunikation. Ingen informant kom med förslag på lösningar till problemet när det diskuterades. Det skulle kunna bero på att man försökt lösa det förut och att det inte gick bra, att man helt enkelt inte kan se något som praktiskt skulle fungera, eller på bristande förmåga att skriva svenska hos några i personalen. Det sistnämnda kan tänkas vara en orsak som man inte ville ta upp i gruppen. Enligt Socialstyrelsen är handledning, ledarskap och god organisationskultur nödvändig för en god kvalitet i omsorgen. För övrigt behövs en viss personalbemanning och sammansättning av personalens kompetens (3).

Tillfredsställelse med arbetet

I intervjuerna deltog personer som jobbat i 20-30 år. De hade varit med och sett hur tiden de haft till förfogande minskats och hur en verksamhet med bra kvalitet inte prioriterats. Den avgörande orsaken till varför man stannar kvar inom hemtjänsten sades vara att man får tillbaka något från de gamla. En informant sade att det roliga med jobbet är att de äldre blir nöjda, att man känner att man hjälper och att man blir som en familj. Antonovsky såg en persons känsla av sammanhang, KASAM, som en personlighetsegenskap som utvecklades fram till 30-årsåldern. De som går in i vuxenlivet med en stark KASAM har bättre förutsättningar för hälsa och välbefinnande (18). Kanske är det så att de vårdbiträden och undersköterskor som har en stark KASAM klarar av hemtjänstarbetet bättre och är de som stannar kvar. Som arbetet ser ut idag är det många som inte kan hantera de höga krav som ställs och går vidare till andra arbeten. De tre grundkomponenterna som KASAM innefattar kan dock även ses som påverkbara av yttre omständigheter. Känslan av meningsfullhet skulle i hemtjänstpersonalens fall kunna förstärkas om de hade inflytande över sin arbetssituation som organiseringen av arbetet, hur man kommunicerar och fördelar tiden på de olika insatserna. Likaså skulle känslan av förståelse kunna förstärkas av mer utbildning för arbetet, t.ex. skulle personalen i ökad utsträckning förstå de symptom som de äldre kan ha och veta vad de skulle behöva göra. Det skulle också kunna bidra till en känsla av tillfredsställelse och stolthet.

Elisabeth Häggström et al kom i sin studie fram till att personal inom äldreomsorgen ofta känner sig emotionellt belastad, men att gemenskapen med arbetskamraterna gör att man klarar av jobbet (15). En ständig oro för de äldre kan leda till utbrändhet och att man inte orkar ge de äldre den omsorg de behöver (15). I denna studie framkom att man sällan hinner med att träffas och diskutera arbetet, ens på de ordinarie arbetsplatsträffarna, vilket även hemtjänstpersonalen i Katarina Anderssons avhandling framhöll (22).

Att ge omsorg till personer med psykisk sjukdom innebär ett stort och betungande ansvar. Det berättades i intervjuerna om återkommande situationer då de äldre på grund av psykisk sjukdom eller kognitiva funktionshinder inte vet sitt eget bästa, men då man som hemtjänstpersonal framför allt måste sträva efter att tillfredsställa de äldres önskemål och respektera integriteten. I hemtjänstpersonalens arbete ingår ständiga bedömningar som är avgörande för kvaliteten på omsorgen (9). Det kan vara så att en pensionär har beslut om tillsyn och matlåda, och när hemtjänsten kommer dit öppnar han/hon dörren, tar matlådan och stänger, varpå hemtjänstpersonalen förstår att "det håller på att gå åt skogen", men inte kan göra någonting på grund av att man inte får tränga sig på. Gunilla Silfverberg anser att hemtjänstpersonalen behöver

handledning i arbetsrelaterade etiska problem samt chans att diskutera svåra situationer med annan personal (9).

Omsorgsarbetet diskuteras av Gunilla Fahlström som en kombination av faktorerna organisation, emotionellt arbete och fysiskt arbete (65). Baserat på resultatet i denna studie skulle en kombination av organisation, emotionellt arbete och *tid* eventuellt vara mer adekvata faktorer. Enligt Gunilla Fahlström pekar mycket i tidigare forskning på vikten av socialt stöd i hemtjänstgruppen för att få emotionell avlastning i arbetet (65). De tre faktorerna är beroende av varandra, men skulle kunna ses som balanserande varandra - en försvagning av en av dem skulle i viss mån kunna uppvägas av att de andra är starkare. Om t.ex. resurserna i form av tid minskar kan det resultera i en ökad emotionell press då socialt stöd blir viktigare och nödvändigheten att ta snabba beslut om prioriteringar i arbetet medför att rutiner och bra organisation får större betydelse. Om alla faktorer samtidigt blir svagare kan det resultera i en svårhanterbar situation för omsorgspersonalen.

Enligt Aristoteles teori, *Den Nikomachiska Etiken*, kan vi människor förvärva en dygdig karaktär, *hexis*, för att t.ex. att handla moraliskt riktigt (24). Det är något som kräver träning, men också erfarenhet. Teorin behöver praktiken för att "sätta sig" enligt Aristoteles, men båda behövs. Strävan efter en god *hexis* är något som kommer med uppfostran eller utbildning, men ibland är inte eleven mottaglig och måste då ha ett regelverk att följa för att handla rätt. Genom att man först utan att egentligen förstå varför, men på grund av rädsla för bestraffning handlar rätt, vänjer man sig vid det och blir så småningom motiverad till det riktiga beteendet (24). I hemtjänstarbetet behövs utbildning, men också rutiner och riktlinjer att följa i det skiftande praktiska arbetet och alla svåra situationer som uppstår. Detta som stöd och för att handlandet inte ska vara beroende av varje personals olika individuella egenskaper.

Det finns ett uppenbart behov hos hemtjänstpersonal att diskutera mat och ätande, centrala teman i det dagliga arbetet. Det verkade som att bara den timmes diskussion som genomfördes i fokusgruppen medförde en givande reflektion över förhållandena, något som de inte brukade ägna sig åt. Om inte tid till reflektion tillsammans i personalgruppen finns innebär det att man lättare tar med sig problem i arbetet hem och att man bär på skuld känslor för att inte kunna göra tillräckligt för de äldre (22). I en amerikansk studie om arbetsmiljön på äldreboenden framkom att känslan av att man inte arbetar i en verksamhet med ett bra omhändertagande hade en negativ inverkan på personalens engagemang (14).

Det som till stor del ger tillfredsställelse i hemtjänstarbetet är den feedback man får från pensionärerna. Men om det aldrig finns några marginaler att göra dem de tjänster som de ber om, som att steka ett ägg, olika typer av "det lilla extra", riskerar man att tappa denna tillfredsställelse i arbetet (22). Tillfredsställelsen man får i tacksamheten för en måltid man har lagat, som de äldre kvinnorna i Birgitta Sidenfalls studie (46) beskriver, får man aldrig om man inte har lagat maten. Hemtjänstpersonalen i denna studie är tydligen med att de skulle känna tillfredsställelse av att laga mat till de äldre. De som hade börjat med mer matlagning var uppenbart mycket tillfredsställda över att ha fått göra det. Ett par informanter talade med stolthet om arbetet som mycket självständigt, att man måste ta tag i saker själv, ha kännedom om lite av varje och kunna upptäcka om saker inte står rätt till. Ett sätt att öka tillfredsställelsen vore att låta hemtjänstpersonalen bedöma hur tiden bäst skulle fördelas för en äldre, så att de t.ex. kunde ta en sammanhängande tid för att hinna ta med en pensionär att handla, i stället för att få så korta tidssnuttar till förfogande att det inte ens är någon idé att försöka sig på uppdraget.

Informanterna beskriver vid flera tillfällen hur lite visad omsorg vid matsituationen kan göra stor skillnad för matintaget. En skillnad av en insats på kanske tio minuter extra kan innebära bättre

nutritionstatus, minskad risk för olika hälsoproblem och behov av läkarinsats eller sjukhusvård, vilket kostar samhället mycket, förutom vad det gör för livskvaliteten för våra äldre.

Utbildning har betydelse för omsorgen

I intervjuerna framkom att det fanns en viss brist på teoretisk kompetens om mat och näring, men samtidigt ett omfattande engagemang och en erfarenhetsbaserad kunskap hos många av informanterna, mer än vad författaren förväntat sig, särskilt hos dem med lång erfarenhet. Dock utnyttjades inte alltid den kompetensen till fullo, informanterna talade om det de *skulle vilja göra* men inte hinner, t.ex. gällande hur man skulle kunna hjälpa dementa. Även om det förmodligen var de mest engagerade ur personalen som valts ut till att vara med på intervjuerna talar det engagemang som visades sitt tydliga språk. I Katarina Anderssons avhandling beskrivs tidigare forskning om erfarenhetsbaserad kunskap hos vårdbiträden, en tyst kunskap som är viktig att synliggöra då den ofta inte värderas (22). Men även då den erfarenhetsbaserade kunskapen finns kan det samtidigt saknas nödvändiga teoretiska kunskaper. Vissa forskare anser att det är viktigt att inte i för hög grad professionalisera omsorgsarbetet, då det kan skapa ett paternalistiskt utgångsläge och de värden som är viktigast i en nära omsorgsrelation då kan gå förlorade. Enligt Katarina Andersson kan dock den teoretiska kunskapen ge insikter om generella mänskliga fenomen och om begrepp som värdighet och respekt för varandras olikheter. Det finns inte nödvändigtvis en motsättning mellan genuint omsorgsarbete och formaliserad kunskap. Inom vetenskapsfilosofin har man diskuterat vetande och kunnande som två former mellan vilka det sker ett samspel i en optimal utveckling av en viss kunskapsform. Kunnande och vetande är något som samverkar, om vi utgår från att kunskap måste erövrats, och kan uttryckas som en växling mellan handling och reflektion. Med dagens hemtjänst då en pensionär träffar många olika vårdbiträden är det komplicerat att i hög grad bygga kvaliteten på omsorgen på en nära omsorgsrelation (22).

Ungefär en tredjedel av informanterna i fokusgrupperna var utbildade undersköterskor, hos vilka en förståelse för nutritionsproblem och inställning till patienterna kunde märkas, som det fanns mindre av hos övriga. Man funderade på hur det var med munhälsan hos de som inte åt, man talade om depression hos dem som visade nedstämdhet etc. Hemtjänstpersonalen handskas ofta med svåra psykiska tillstånd, ofta helt på egen hand och utan beredskap för detta. Det märktes att de som hade undersköterskeutbildning hade ett annat sätt att tala om denna typ av problem.

Den grupp som fått nutritionsutbildning visade tydligt helt andra kunskaper än de andra grupperna - om tugg- och sväljsvårigheter, beräkning av maten, den estetiska aspekten på maten etc. Det var den enda gruppen som opåkallat tog upp matproblem de såg och de enda som sade sig ha en rutin för att ge lösande kost vid förstoppning. Dessa informanter gjorde i stor utsträckning hemlagad mat, dels på grund av uppmuntran från sin ledning, dels antagligen på grund av att de fått kunskap om matens betydelse och blivit motiverade. Personalen berättade med entusiasm om hur de fått bukt med undernäringen hos många äldre och att alla blev gladare av att i ökad utsträckning få hemlagad mat. Även kortare utbildningsinsatser förefaller enligt denna studie ha stor betydelse för medvetenheten om vad som kan påverka ätandet.

Att endast två av sex enhetschefer önskade en gratis föreläsning av en dietist för sin personal kan ses som betecknande för i vilken grad man anser nutritionsutbildning angeläget. En anledning till att utbildning inte prioriteras kan vara okunskap om nutritionens roll, men också bristen på tid. Verksamheten är så slimmad att ett bortfall på 10-15 arbetstimmar för en grupp kan betyda mycket. I en av de grupperna där chefen inte tyckte det behövdes någon föreläsning uttryckte dock informanterna att det fanns ett behov av mer utbildning.

Kunskaper i nutrition är något som många tycker sig ha per automatik, t.ex. i den svenska studie där bara 29 % av hemtjänstpersonalen tyckte att deras nutritionskunskaper var bristfälliga, medan

dubbelt så många ansåg att de behövde mer kunskap om demens (13). Omsorgsarbete har av tradition varit sett som en naturgiven kompetens. Gränsen mellan den privat utövade omsorgen och offentligt utövande professioner är flytande. Det är först på senare tid som omvårdnad och omsorg kommit att erkännas som egna vetenskapliga discipliner med krav på kunskaper och evidens.

I en deskriptiv, svensk studie om personalens bedömning av äldre vård- och omsorgstagare visade det sig att personalen hade svårigheter i omsorgen av nästan en fjärdedel av vårdtagarna, framför allt relaterat till oro och ångest samt symtom i samband med demenssjukdomar (66), områden kring vilka utbildning är viktigt. När det gäller vilken kompetens omsorgspersonalen ska ha för att förstå vikten av mat för äldre finns det sällan några krav specificerade i kommunerna. Detta i kombination med den begränsade tiden för insatsen mat resulterar i en ofta enahanda mat för de äldre, som färdiga frysta rätter som värms i mikrovågsugn (21).

Med hänsyn till de allt mer avancerade, sjukvårdande uppgifter hemtjänstpersonalen har finns ett stort behov av utbildning inom psykologi, demenssjukdomar samt om lättare matlagning och matens betydelse för hälsan hos äldre (13). Det är viktigt att man som personal kan reflektera över sin egen roll och sitt förhållningssätt. Annars finns det risk att man tar till copingstrategier som förnekande av existerande problem eller distansering från sina egna känslor och sitt ansvar för de äldres välmående, vilket inte är konstruktivt (67).

Äldreomsorg i förvandling

Antalet äldre i behov av omsorg ökar stadigt, men inte resurserna till äldreomsorgen - chansen att få hjälp har minskat (68). De politiskt formulerade målen är desamma idag som för tjugo år sedan, t.ex. att äldre ska kunna åldras i trygghet med god vård och omsorg, bemötas med respekt och ha inflytande över sin vardag, samtidigt som äldreomsorgens omfattning i förhållande till behovet minskat kraftigt. Ett glapp har uppstått mellan målsättningar, och vad som i praktiken går att åstadkomma (9), men politikerna undviker diskussionen om vem som ska göra de nödvändiga prioriteringarna (69).

Ett sätt att hantera glappet kan vara att använda sig av de maktförhållanden som råder inom äldreomsorgen. Tove Harnett har i sin avhandling studerat dessa fenomen, om vilka det krävs kunskap för att kunna motverka dem (70). Bland annat använde sig socialchefer av en trivialiseringsretorik, som ett sätt att förminska betydelsen av t.ex. klagomål på mat. Man uppgav att det bara rörde "småsaker". Harnett observerade också att personalen utvecklande lokala rutiner, i vilka de äldre kunde passa in mer eller mindre bra. De äldre kunde anpassa sig till situationen genom att lägga fram sina önskemål i en viss situation och till en viss personal (70). I denna studie framgick att hemtjänstpersonalen ofta utvecklat individuella rutiner, en typ av adaptiva strategier för att hantera svåra situationer, som inte behandlats formellt i gruppen. Det kan vara ett sätt att ta herraväldet över situationer där man saknar ledning och rutiner att följa.

Det som varit fokus för denna uppsats - hemtjänstyrket, mat och omsorg om äldre människor är alla områden som står lågt i samhällets rangordning (22, 65, 70, 71), traditionellt kvinnliga områden. I sin avhandling beskriver Helene Brodin hur idén om det offentliga ansvaret för äldreomsorgen har förändrats de sista decennierna, till stor del baserat på en tolkningsram där äldre ses som friska, vitala och med resurser att vid behov köpa omsorgstjänster (71). Äldres behov av omsorg, framför allt sociala omsorgstjänster som hushållsarbete, har successivt kommit att omtolkas från en offentlig till en privat fråga, delvis orsakat av en attitydsram som bygger på den självbild medelklassens män har, betraktande sig som oberoende av staten på sin ålders höst (71). Detta synsätt kontrasteras av den generella uppfattningen informanterna i denna studie angav, att de äldre är sjuka och kraftlösa, ofta med nedsatt kognitiv förmåga. Sättet att se på äldre som rationella och handlingskraftiga menar Gunilla Silfverberg är orimligt, då äldre ofta är svaga och skröpliga (9).

I glappet mellan målsättning och minskade resurser blir ansvaret för att upprätthålla äldreomsorgens anseende flyttat från politikerna till hemtjänstpersonalen och biståndshandläggarna (69, 71).

Hemtjänstpersonalen i denna studie gav uttryck för en ensamhet i de beslut om prioriteringar de tvingas ta i sitt dagliga arbete, ofta i strid med deras etik och moral. Gunilla Silfverberg menar att det i alla mänskliga gemenskaper finns värden som är nödvändiga för överlevnaden och däri ingår behovet av ömsesidig omsorg, men om empati, humanitet och livskvalitet inte ingår i omsorgen är det förödande för omsorgstagaren (9). Om en person i hemtjänsten utför ett mindre omsorgsfullt arbete därför att den minimalt utmätta tiden stressar henne, bör inte hon eller han i första hand lastas för det. Det hänger ihop med beslut som kommunala politiker och högre beslutsfattare tar om resurser och organisering av äldreomsorgen (9).

I flera fokusgruppsintervjuer framkom en insikt hos hemtjänstpersonalen om svårigheterna för biståndshandläggarna, då de är ålagda att vara återhållsamma med de offentliga medlen samtidigt som de ska se till de äldres behov, ett dilemma som även blir tydligt i Katarina Anderssons intervjuer med biståndshandläggare. Där framkommer dock också att biståndshandläggarna anser sig göra en god insats genom att de tar rättvisa beslut utifrån vad lagen säger genom att fördela de begränsade resurserna jämnt mellan de behövande (22). Det är naturligt att biståndshandläggarna ser sin roll så, men i detta arbetsätt är det svårt att inrymma ett omsorgsperspektiv, om man med omsorg menar omsorg om den enskilde och dennes behov (22). Rollen som biståndshandläggare innebär i den nya äldreomsorgsstrukturen att vara myndighetsutövare och genom att de organisatoriskt numera avgränsats från hemtjänstpersonalen har de en begränsad insyn i hur de insatser de beviljat utförs (22). Uppföljning och dokumentation hinns ofta inte med (19).

I den tidigare nämnda av Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum utförda studie där äldreomsorgsansvariga intervjuades uttryckte flera av dem att de anhöriga måste ta ett större ansvar för serviceinsatser som mat eftersom resurserna inom äldreomsorgen minskar (21). Man skulle kunna anta att detta innebär att äldre med anhöriga får mindre hjälp, men det som framkommer i denna studies resultat är tvärt om, att biståndsbedömarna är mer *generösa* gentemot dem som har engagerade anhöriga. Enligt informanterna ges minst insatser till dem som *inte* har anhöriga. Då detta togs upp opåkallat av någon i varje grupp med medhåll från resten av deltagarna, ger det styrka åt sanningshalten i påståendet. Informanterna uttryckte indignation över orättvisan i hur besluten tas, med tanke på de ensamma som inte har någon som talar för sig, samt att de själva inte har något inflytande över underlagen till besluten.

Biståndshandläggarna i Katarina Anderssons intervjuer upplevde ofta de anhöriga som påstridiga och otrevliga att ha att göra med när de förde de äldres talan, men hon tänker sig att en konfrontation med de anhöriga för biståndshandläggarna framstår som mer symmetrisk än om den uppstår med den äldre själv. I mötet med en skröplig gammal person skulle det kunna kännas svårare att ge avslag, men det kan också vara tvärtom (22), vilket visade sig i denna studie. Att de äldres anspråk på hjälp ändå blir tillgodosedda då anhöriga framför dem kan vara på grund av att biståndshandläggarna är medvetna om att de anhöriga har rätten på sin sida, eftersom de äldres formella rättigheter inte minskat i takt med resursminskningen. Problemen med begränsade resurser förefaller enligt vad informanterna hävdar lösas genom att de utan engagerade anhöriga förfördelas i fördelningen av resurserna. Man följer målsättningarna för dem som kan göra sin röst hörd.

Helene Brodin tar upp Jacob Torfings teori om förändringsprocesser (71). Han menar att när ett samhälle genomgår formativa moment, när institutioner utsätts för utmaningar som de inte kan svara emot, kommer inte bara dessa institutioner, utan även det ramverk de är knutna till att bryta samman. Det kan bero på exogena orsaker som demografiska eller ekonomiska förändringar, eller på endogena orsaker som att målsättning och genomförbarhet inte överensstämmer. Konsekvensen blir

att tidigare sanningar och begrepp som tagits för givna att börja flyta. Flera forskare med Jacob Torfing ifrågasätter anspråken på välfärdsstaten som ett irreversibelt tillstånd (71). Allt pekar enligt Helene Brodin på att omvandlingen av svensk äldreomsorg de senaste decennierna kan ses som ett formativt moment, under vilket ansvaret för välfärdstjänster omfördelats från staten till familjen eller marknaden. Hon anser att det är undermineringen av de gamla värderingarna och de grundläggande institutionella målsättningarna gällande det offentliga ansvaret som är det stora hotet mot äldreomsorgen, inte demografisk utveckling eller ekonomisk kris.

Hemtjänstpersonalen i denna studie gav uttryck för diskrepansen mellan vad de skulle vilja göra, ofta överrensstämmande med äldreomsorgens målsättningar, och vad de kunde göra. Frågor som väcks inför framtiden är vad det skulle innebära om vi tillstod att en av välfärdssamhällets institutioner vacklar och utifrån det började diskutera nya målsättningar, policys och samhällets respektive den privata sfärens ansvar för omsorgen om de äldre.

SLUTSATS

- Studien visar att hemtjänstpersonal stöter på problem med mat och ätande i sitt arbete. Såväl tidsbrist, som i vissa fall kompetensbrist, minskar dock möjligheterna att upptäcka och åtgärda problemen.
- Hemtjänstpersonalen konfronteras dagligen med svåra sjukdomstillstånd av både psykisk och somatisk karaktär. De upplever att biståndsbesluten ibland är orättvisa.
- Hemtjänstpersonalen anser att många äldre har behov av att få hemlagad mat och att äta med sällskap. Det finns en stark vilja att laga mat till varje individ och en medvetenhet om måltidssituationens betydelse för den äldres matintag, men också en uppgivenhet över att vara styrd av biståndsbesluten och en frustration över tidsbristen.
- Om hemtjänstpersonalen hade mer tid till förfogande skulle de kunna göra mer för de äldre när det gäller mat och ätande.

Stort tack till

All hemtjänstpersonal som deltog i studien och deras enhetschefer som gav av deras tid.

Med Dr Nouha Saleh Sattin, Centrum för allmänmedicin, för tips och råd om fokusgruppsintervjuer och genomgång av kodning.

Leg ssk Katarina Pehrsson för genomläsning och kloka synpunkter.

REFERENSER

1. Demografisk utveckling [webbsida]. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap; 2009. [läst 2012-07-01] Tillgänglig: <https://www.msb.se/sv/Forebyggande/Sakerhet-hem--fritid/Aldres-sakerhet/Sa-skadar-sig-aldre/Skadestatistik-aldre/>
2. Szebehely M, Äldreomsorg i förändring - knappare resurser och nya organisationsformer. Välfärd, vård och omsorg. Statens Offentliga Utredningar 2000:38.
3. Vård och omsorg om äldre, Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapporter 2008. Socialstyrelsen 2009.
4. Engelheart S, Lammes E, Akner G. Elderly peoples' meals. A comparative study between elderly living in a nursing home and frail, self-managing elderly. *Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2006;2(10): 96-102.
5. Saletti A. Nutritional Status and Mealtime Experiences in Elderly Care Recipients. Avhandling. Stockholm: Karolinska Institutet; 2007.
6. Soini H, Routasalo P, Lagström H, Nutritional status in cognitively intact older people receiving home care services - a pilot study. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 2005;4:249-53.
7. Weurlander I, Gurner U. En smaklig måltid, ett sätt att visa omsorg. I: Thorslund T, Wånell S-E, redaktörer. Åldrandet och äldreomsorgen. Lund: Studentlitteratur; 2006:127-40.
8. Socialstyrelsen. Tillsynsrapport 2011, Hälso- och sjukvård och socialtjänst, 2011-5-4.
9. Silfverberg G. Praktisk klokhet. Om dialogens och dygdens betydelse för yrkesskicklighet och socialpolitik. Stockholm: Brutus Östling bokförlag Symposium; 1999.
10. Socialstyrelsen. Allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre. SOFSFS 2011:12
11. Mat för äldre. En handbok till Stockholm stads kostpolicy, Stockholm: Äldreförvaltningen, Stockholms stad; 2009.
12. Mattsson Sydner Y, Den maktlösa måltiden, om mat inom äldreomsorgen. Avhandling. Uppsala: Institutionen för hushållsvetenskap, Uppsala Universitet; 2002.
13. Hasson H. Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of clinical nursing* 2008;17:468-81
14. Karsh B, Job and organizational determinants of nursing home employee commitment, job satisfaction and intent to turnover. *Ergonomics*. 2005;10(48):1260-81.
15. Häggström E, Skovdahl K, Fläckman B, Kihlgren AL, Kihlgren M. To feel betrayed and to feel that you are betraying the older residents: caregivers experiences. *Journal of clinical nursing*. 2004;13:687-96.
16. Carr K, Kazanowski M. Factors affecting job satisfaction of nurses who work in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*. 1994;19(5):878-83.
17. Åteg M, Hedlund A, Pontén B. Attraktivt arbete. Från anställdas uttalanden till skapandet av en modell. Arbetslivsinstitutet; 2004:1
18. Larsson G. Samspel mellan känslan av sammanhang och hälsa. I: Carlsson SG, Hjelmquist E, Lundberg I, redaktörer. Delaktig eller utanför. Psykologiska perspektiv på hälsa och handikapp. Umeå: Boréa Bokförlag; 2000:67-83.
19. Anna Ihrfors Wikström. Undersökning bland Biståndshandläggare inom äldreomsorgen. Akademikerförbundet SSR; 2011
20. Hedberg R-M, Norman E. Från ord till handling. Från ansökan till utförd hemtjänst - en studie på Kungsholmen. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2010.
21. Österman J, Gurner U. DofTEN av stekt falukorv. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2004.
22. Andersson K. Omsorg under förhandling. Avhandling Nr 55. Umeå: Institutionen för socialt arbete, Umeå Universitet; 2007.
23. Weurlander I, Gurner U. Maten en serviceinsats. Hur äldre som har omfattande hemtjänst ser på sin hjälp med måltiderna. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2006
24. Holm UM. Modrande & praxis. En feministfilosofisk undersökning. Avhandling. Göteborg: Institutionen för filosofi, Göteborgs universitet; 1993.
25. Wiklund L. Vårdvetenskap i klinisk praxis. Stockholm: Natur och kultur; 2003.
26. Wadensten B, The content of morning time conversations between nursing home staff and residents. *Journal of Clinical Nursing*. 2005;14(8b):84-89.

27. Hickson M. Malnutrition and ageing. *Postgraduate Medical Journal*. 2006;82(963):2-8.
28. Donini LM, Savina C, Cannella C. Eating habits and appetite control in the elderly: the anorexia of aging. *International Psychogeriatrics*. 2003 Mar;15(1):73-87.
29. Andersson J. Older women and food. Avhandling. Acta Universitatis Upsaliensis 117. Uppsala: Samhällsvetenskapliga fakulteten, Uppsala Universitet; 2002.
30. Saletti A. Nutritional Status and a 3-year Follow-Up in Elderly Receiving Support at Home. *Gerontology*. 2005;51:192-98.
31. Wentzel Persenius M, Hall-Lord M-L, Bååth C, Wilde Larsson B. Assessment and documentation of patients' nutritional status: Perceptions of registered nurses and their chief nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(16):2125-36.
32. Näringsproblem i vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
33. Schilp J, Wijnhoven HA, Deeg DJ, Visser M. Early determinants for the development of undernutrition in an older general population: Longitudinal Aging Study Amsterdam. *British Journal of Nutrition*. 2011;106(5):708-17.
34. Gustafsson K. Meals and food in older women. Avhandling. Acta Universitatis Upsaliensis 1188. Uppsala: Medicinska fakulteten; 2002.
35. Nydahl M, Andersson J, Sidenvall B, Gustafsson K, Fjellström C. Food and nutrient intake in a group of self-managing elderly Swedish women. *Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2003;2(7):67-73.
36. Buttriss J. Nutrition in older people – the findings of a nutritional survey. *Journal of Nutrition and Dietetics*. 1999;12:461-66.
37. Bulow M, Camper A-M, Ekman S, Rothenberg E, Sjöberg K, Willén E, Wendin K. Äldres behov i relation till mat, näring och måltidssituationer. SIK-rapport Nr 770;2007
38. Rothenberg E. Sjukdomsrelaterad undernäring - äldreomsorgens utmaning. Vårdalinstitutet; 2008.
39. Forslin M. Intervju med Rebecca Stratton. Dietistaktuellt 2011;1.
40. Hughes G, Bennett KM, Hetherington MM. Old and alone: barriers to healthy eating in older men living on their own. *Appetite*. 2004;43:269-76.
41. Bulut S. Late life depression. *Anales de psicologia*. 2009;1(25):21-6.
42. Holmén K, Furukawa H. Loneliness, health and social network among elderly people - a follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2002;35:261-74.
43. Gustafson Y. Föreläsning KUI Rikskonferens Kvalitet i äldreomsorgen. "En bättre kvalitet i vården och omsorgen av sköra, äldre människor; läkemedel, teamarbete, rehabilitering av sköra äldre människor". 2012-04-27.
44. Marcus EL, Berry EM. Refusal to eat in the elderly. *Nutrition Reviews*. 1998;6(56):163-71.
45. Fjellström C, Sidenvall B, Nydahl M. Food intake and the elderly, social aspects. I: Food, people and society; Springer Verlag; 2001. S 197-209.
46. Sidenvall B, Nydahl M, Fjellström C. The meal as a gift - The meaning of cooking among retired women. *Journal of Applied Gerontology*. 2000;19:405-23.
47. Gustafsson K, Andersson J, Andersson I, Sidenvall B, Fjellström C. Older Women's Perceptions of Independence Versus Dependence in Food-Related Work. *Public Health Nursing*. 2003;20:237-47.
48. Sidenvall, B., Fjellström, C., Ek A-C., Cultural perspectives of meals expressed by patients in geriatric care. *International Journal of Nursing Studies*. 1994;33(2):212-222.
49. Wikby K, Fägerskiöld A. The willingness to eat. An investigation of appetite among elderly people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2004;18(2):120-127.
50. Nordenram G. Det kommer en dag då vi alla biter försiktigt i brödet. I: Thorslund T, Wånell S-E, redaktörer. Åldrandet och äldreomsorgen. Lund: Studentlitteratur; 2006:141-54.
51. Faxén Irving G, Karlström B, Rothenberg E. Geriatrisk nutrition. Lund: Studentlitteratur; 2010.
52. Birgeron G. Att äta och dricka är en komplex aktivitet. Vårdalinstitutet; 2010.
53. Fagerström C, Palmqvist R, Carlsson J, Hellström Y. Malnutrition and cognitive impairment among people 60 years of age and above living in regular housing and in special housing in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*. 2011;48:863-71.
54. Faxén Irving G, Basun H, Cederholm T. Nutritional and cognitive relationships and long-term mortality in patients with various dementia disorders. *Age and Ageing*. 2005;34:136-41.
55. Malterud K. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. Lund: Studentlitteratur; 2012.
56. Wibek V. Fokusgrupper, om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod. Lund: Studentlitteratur; 2010.
57. Kruger RA. Analyzing & Reporting Focus Group Results. Thousand Oaks: SAGE Publications; 1998.

58. Morgan DL. Planning Fokus Groups. Thousand Oaks: SAGE Publications; 1998.
59. Kruger RA. Developing Questions for Focus Groups. Thousand Oaks: SAGE Publications; 1998.
60. Hedberg R-M, Norman E, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, Från ord till handling. Från ansökan till utförd hemtjänst - en studie på Kungsholmen, 2010.
61. Meinow B, Kåreholt I, Lagergren M. According to need? Predicting the amount of municipal home help allocated to elderly recipients in an urban area of Sweden. *Health and Social Care in the Community*. 2005;13(4):366–77.
62. Kruger RA. Moderating Focus Groups. Thousand Oaks: SAGE Publications; 1998.
63. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Vetenskapsrådet.
64. Kvale S, Brinkman S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur; 2009.
65. Fahlström G. Ytterst i organisationen. Om undersköterskor, vård- och sjukvårdsbiträden i äldreomsorg. Avhandling. Uppsala: Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, enheten för socialmedicin, Uppsala Universitet; 1999.
66. Avslutade projekt [webbsida]. Edberg A-K, Personalens och de äldres situation inom kommunal omsorg. [läst 2012-07-17] Vårdalinstitutet. Tillgänglig: <http://www.vardalinstitutet.net/sv/node/2591>
67. Persson L-O. Att leva med kronisk sjukdom eller handikapp. I: Carlsson SG, Hjelmquist E, Lundberg I, redaktörer. Delaktig eller utanför. Psykologiska perspektiv på hälsa och handikapp. Umeå: Boréa Bokförlag; 2000;45-65.
68. Larsson K, Thorslund T. Äldres behov. I: Thorslund T, Wånell S-E, redaktörer. Åldrandet och äldreomsorgen. Lund: Studentlitteratur; 2006:33-45.
69. Wånell S-E, Thorslund T. Målen för äldreomsorgen, en potemkukuliss? I: Thorslund T, Wånell S-E, redaktörer. Åldrandet och äldreomsorgen. Lund: Studentlitteratur; 2006:63-73.
70. Harnett T. The Trivial Matters, Everyday power in Swedish elder care. Avhandling 9. Jönköping: School of Health Sciences, Jönköpings Universitet; 2010.
71. Brodin H. Does Anybody Care? Public and Private Responsibilities in Swedish Eldercare 1940-2000. Avhandling 31. Umeå: Studies in Economic History, Umeå Universitet; 2005

Till enhetschefen för hemtjänst

12 dec 2012

Förfrågan om deltagande i studie

Allt fler äldre bor kvar hemma, även de med många hälsoproblem. Samtidigt ökar medvetenheten om preventiva åtgärder för att undvika sjukdom. Det gäller också betydelsen av olika åtgärder för att undvika matrelaterade problem hos äldre.

Man vet att många äldre är undernärda eller riskerar undernäring. Detta gäller inte bara på sjukhus och äldreboenden, utan också i ordinärt boende. Här har hemtjänstpersonalen en central roll, då det är de som ofta träffar de äldre mest och har den största insynen i de äldres vardag, matintag och problem.

Vi vill undersöka vad hemtjänstpersonal har för uppfattning om ät- och matproblem hos äldre. Undersökningen görs som fokusgruppsintervjuer med 5-6 hemtjänstpersonal i varje grupp. Frågeställningar i intervjuerna är vad man som personal ser vara vanliga problem och behov gällande mat och ätstödande åtgärder hos de äldre. Vi vill på detta sätt belysa den kunskap om problemen som hemtjänstpersonalen besitter.

Gruppsintervjuerna är en del av ett examensarbete på masternivå på dietistutbildningen och kommer att göras av en erfaren dietist. Samma intervjuer kommer att utföras med 7-8 olika hemtjänstgrupper från såväl kommunal som privat hemtjänst på olika platser i Stockholmsområdet.

Intervjun tar en timme och spelas in, men studien behandlas konfidentiellt. För att få ett objektivt urval av de intervjuade önskar vi att de med ett förnamn på alfabetets första bokstäver ska väljas i första hand. Om intervjun kan göras hos er är det bra, platsen för intervjun bör vara lugn och avskild. Finns ingen sådan plats hos er försöker vi ordna det på annat sätt. Tiden för intervjun kommer att anpassas till er verksamhet och göras **under slutet på januari eller februari månad, närhelst det passar er verksamhet.**

Om ni önskar kan jag som kompensation för avsatt tid från er sida föreläsa om matproblem hos äldre för personalen efter att intervjun genomförts. Jag är en mycket van föreläsare inom området. Jag kommer att kontakta dig igen om ca en vecka då du kan få mer information och vi kan diskutera hur intervjun kan genomföras på för er lättaste sätt. Alternativt kan du kontakta undertecknad.

Vänliga hälsningar

Leg. dietist Monica Pehrsson

e-post: monica.pehrsson@sll.se

Handledare för detta projekt:

Docent Margaretha Nydahl

Margaretha.Nydahl@IKV.uu.se

Välkommen!

till fokusgruppsintervju

Många äldre har problem med maten och med att äta. Jag är dietist och har länge arbetat i Skärholmen med äldre som gått ned i vikt. Nu vill jag i min masteruppsats undersöka hur ni inom hemtjänsten ser på detta problem. Ni är ofta de som har den närmaste kontakten med de äldre. Jag är mycket intresserad av era erfarenheter och upplevelser av äldres problem med mat och ätande.

Undersökningen kommer att göras som intervjuer i grupp där det är meningen att man ska diskutera. Intervjun tar ca en timme och spelas in. Jag kommer att intervjua 6-8 olika hemtjänstgrupper i Stockholm.

Intervjuerna kommer att sammanställas i en rapport. Där går det inte att se vem som har sagt vad, på det sättet är dina svar konfidentiella. Jag berättar inte vad någon enskild av er har sagt för någon annan. Du har rätt att avbryta intervjun när du vill.

Datum: 2011-12-06, kl. 14.30

Plats: Intervjun bör göras på en lugn, avskild plats.

OBS! Meddela mig om du inte kan komma, så bokar vi en ny tid. Alla deltagare är viktiga.

Hör gärna av dig om du har några frågor.

Vänliga hälsningar

Leg. dietist Monica Pehrsson

e-post: monica.pehrsson@sll.se

Handledare för detta projekt:

Docent Margaretha Nydahl

Margaretha.Nydahl@IKV.uu.se

Intervjuguide till fokusgrupper hemtjänst

Presentation av mig. Bakgrund till valet av ämne. Jag är mycket intresserad av era erfarenheter och upplevelser när det gäller äldres mat och ätande. *Det som kanske är självklart för er är det kanske inte för mig.* Era svar är konfidentiella, jag för inte vidare informationen vad någon enskild av er har sagt varken till er chef eller till någon annan, ni kan avbryta när ni vill. Jag vill att ni ska diskutera med varandra. Ni får gärna fråga varandra.

Öppningsfrågor

1. Laget runt/röstprov. Kan du presentera dig utan att säga ditt namn. Berätta hur länge du arbetat i hemtjänst och om det som är roligast med jobbet.

Introduktionsfrågor

2. Kan ni beskriva hur era kunder får sin mat?
3. Hur går det till när era kunder får inköp gjorda?

Övergångsfrågor

4. Vad tycker era kunder/brukare om sin mat? (Varför/ varför inte? Håller ni med dem om deras synpunkter?)
5. Tycker de om att äta?

Nyckelfrågor

6. Om vi tänker oss matens väg hela vägen från affären, på skärbrädan, spisen, upp på tallriken, in i munnen, ner i magen och till toaletten. Var på vägen har era kunder oftast problem? Eller är det något annat som påverkar om de äter bra?
7. Vad säger de själva om detta? Ser ni problem som inte de själva ser?
8. Pratar ni mycket om mat med de äldre?
9. Vad har era kunder för behov när det gäller deras mat? Tänk både på sådant de får hjälp med och sådant de inte får hjälp med.
10. När det gäller biståndsbedömningen; tycker ni att era kunder har beslut på de insatser de behöver?
11. Vad skulle ni som hemtjänstpersonal behöva för att bättre skulle kunna motverka matproblem?
12. Om ni som personal hade obegränsat med tid, vad skulle ni göra för att era kunder skulle äta bättre?

Avslutande frågor

13. Sammanfattning av vad som framkommit. Har jag förstått er rätt?
14. Ni har inte sagt något om Så jag antar att ni inte tycker det är så viktigt.

Slutfråga

15. Är det någon som vill lägga till något? Något vi missat att ta upp?

BILAGA 4

Frågor vid fokusgruppsintervju av hemtjänstpersonal

- Hur länge har du arbetat med hemtjänst?
- Har du någon utbildning för jobbet? Ringa in rätt svar. Ja Nej
- Om du svarat ja: Vilken utbildning/kurs har du gått?
.....
- Har du fått någon kurs om mat/nutrition? Ringa in rätt svar. Ja Nej
- Vilken bokstav börjar ditt namn på?

Tack för din medverkan!