KØBENHAVNS UNIVERSITET

SMAG

Skønne Måltider til Alle Gamle

Hvidbog om nærende måltider med kulinarisk kvalitet til ældre

Januar 2015

MADKULTUREN
bedre mad til alle

FORORD

1. INDLEDNING

2. METODE OG LÆSEVEJLEDNING
2.1 Metode
2.2 Sammenhæng med andre initiativer
2.3 Afgrænsning
2.4 Begreber
2.5 Referencer

3. BAGGRUND:

3.1 FYSIOLOGISKE FORHOLD AF BETYDNING FOR KOSTINDTAG, ERNÆRINGSSTATUS, FUNKTIONSEVNE OG LIVSKVALITET
3.1.1 Appetitregulering og tarmfunktion
3.1.2 Ændringer i tyktarm og tarmflora
3.1.3 Synsfunktion og tandsundhed
3.1.4 Kognitiv funktion
3.1.5 Kroniske sygdomme
3.1.6 Kostanbefalinger til småtspisende og skrøbelige ældre
3.1.7 Makronæringsstoffer
3.1.8 Mikronæringsstoffer
3.1.9 Referencer

3.2 ERNÆRINGSTILSTAND HOS ÆLDRE I HJEMMEPLEJE, PÅ PLEJEHJEM OG PÅ HOSPITAL
I hjemmepleje
På plejehjem
På hospital
Sammenfatning
3.2.1 Andelen af ældre og omfanget af den offentlige ældrebespisning
3.2.2 Referencer

4 MÅLTIDETS KVALITET (MEAL QUALITY):

4.1 ANBEFALINGER FOR MAD OG DRIKKE TIL ÆLDRE PÅ PLEJEHJEM, HJEMMEPLEJE OG PÅ HOSPITAL
4.1.1 Normalkost
4.1.2 Kost til småtspisende
4.1.3 Tygge-/synkevenlig kost
4.1.4 Diæt
4.1.5 Specifikt for plejehjem
4.1.6 Specifikt for madudbringning
4.1.7 Referencer

4.2 SENSORISKE ÆNDRINGER OG SMAGSPRÆFERENCER
4.2.1 Derfor er det vigtigt
4.2.2 Sensoriske ændringer
4.2.3 Fødevarepræferencer og lyst til at spise
4.2.4 Officielle danske anbefalinger
4.2.5 Flaskehalse
4.2.6 Her mangler vi viden
4.2.7 Sådan kommer vi videre
4.2.8 Referencer

4.3 DIÆTER TIL ÆLDRE I HJEMMEPLEJE, PÅ PLEJEHJEM OG PÅ HOSPITAL
4.3.1 Derfor er det vigtigt
4.3.2 Anvendelsen af forskellige diæter
I hjemmepleje og på plejehjem
På hospital
4.3.3 Interventioner i forhold til anvendelse af diæter
På plejehjem
I hjemmepleje
På hospital
4.3.4 Officielle danske anbefalinger
4.3.5 Flaskehalse
4.3.6 Her mangler vi viden
4.3.7 Sådan kommer vi videre
4.3.8 Referencer

5 MÅLTIDETS TILGÆNGELIGHED (MEAL ACCESS):

5.1 BEHOV FOR HJÆLP TIL AT SPISE I HJEMMEPLEJE, PLEJEBOLIG OG PÅ HOSPITAL
5.1.1 Derfor er det vigtigt
5.1.2 Betydningen af hjælp til at spise for indtaget af mad og drikke
I hjemmepleje og på plejehjem
På hospital
5.1.3 Interventioner med hensyn til hjælp til at spise
På plejehjem
I hjemmepleje
På hospital
5.1.4 Officielle danske anbefalinger
5.1.5 Flaskehalse
5.1.6 Her mangler vi viden
5.1.7 Sådan kommer vi videre
5.1.8 Referencer

5.2 DYSFAGI HOS ÆLDRE I HJEMMEPLEJE, PÅ PLEJEHJEM OG PÅ HOSPITAL
5.2.1 Derfor er det vigtigt
5.2.2 Betydningen af dysfagi for indtaget af mad og drikke
Alle tre settings
I hjemmepleje og på plejehjem
På hospital

5.2.3 Interventioner i forhold til dysfagi og indtaget af mad og drikke
    På plejehjem
    I hjemmepleje og på hospital
5.2.4 Gode eksempler
5.2.5 Officielle danske anbefalinger
5.2.6 Flaskehalse
5.2.7 Her mangler vi viden
5.2.8 Sådan kommer vi videre
5.2.9 Referencer

5.3 TYGGEPROBLEMER HOS ÆLDRE I HJEMMEPLEJE, PLEJEBOLIG OG PÅ HOSPITAL
5.3.1 Derfor er det vigtigt
5.3.2 Tyggeproblemers betydning for indtag af mad og drikke
    I hjemmepleje og på plejehjem
    På hospital
5.3.3 Interventioner overfor dårlig tandstatus og indtag af mad og drikke
    Alle tre settings
    På plejehjem
    I hjemmepleje og på hospital
5.3.4 Officielle danske anbefalinger
5.3.5 Flaskehalse
5.3.6 Her mangler vi viden
5.3.7 Sådan kommer vi videre
5.3.8 Referencer

6 MÅLTIDSOPLEVELSE (MEALTIME EXPERIENCE):

6.1 NEDSAT APPETIT OG INDTAGELSE AF MAD OG DRIKKE HOS ÆLDRE PÅ PLEJEHJEM OG HJEMMEPLEJE
6.1.1 Derfor er det vigtigt
6.1.2 Viden om indtagelse af mad og drikke
6.1.3 Interventioner for at øge indtagelsen af mad og drikke
6.1.4 Gode eksempler
6.1.5 Officielle danske anbefalinger
6.1.6 Flaskehalse
6.1.7 Her mangler vi viden
6.1.8 Sådan kommer vi videre
6.1.9 Referencer

6.2 DE SOCIALE RAMMMER* OG SPISEMILJØETS BETYDNING FOR LYSTEN TIL AT SPISE
6.2.1 Derfor er det vigtigt
6.2.2 Det betyder måltidets sociale ramme
    Alle tre settings
    På plejehjem
    I hjemmepleje
    På hospital
6.2.3 Interventioner med hensyn til måltidets sociale rammer

На плеjehjem
I hjemmepleje og på hospital
6.2.4 Gode eksempler
6.2.5 Spisemiljøets betydning
На плеjehjem
I hjemmepleje
На hospital
6.2.6 Interventioner med hensyn til spisemiljøet
На плеjehjem
I hjemmepleje
На hospital
6.2.7 Gode eksempler
6.2.8 Sammenfattende om spisemiljøets betydning
6.2.9 Officielle danske anbefalinger mht. spisemiljø og måltidets sociale rammer
6.2.10 Flaskehalse
6.2.11 Her mangler vi viden
6.2.12 Sådan kommer vi videre
6.2.13 Referencer

7 BORGEREN (RESIDENT):

7.1 MADENS BETYDNING FOR FYSISK FUNKTIONSEVNE HOS ÆLDRE PÅ PLEJEHJEM OG I HJEMMEPLEJE
7.1.1 Derfor er det vigtigt
7.1.2 Mad og drikkes betydning for den fysiske funktionsevne
I hjemmepleje og på plejehjem
7.1.3 Interventioner til at forbedre indtaget af mad og drikke samt fysisk funktionsevne
Alle tre settings
I hjemmepleje og på plejehjem
7.1.4 Gode eksempler
7.1.5 Officielle danske anbefalinger
7.1.6 Flaskehalse
7.1.7 Her mangler vi viden
7.1.8 Sådan kommer vi videre
7.1.9 Referencer

7.2 DEMENS HOS ÆLDRE PÅ PLEJEHJEM, I HJEMMEPLEJE OG PÅ HOSPITAL
7.2.1 Derfor er det vigtigt
7.2.2 Betydningen af demens for indtag af mad og måltider
Alle tre settings
7.2.3 Interventioner i forhold til indtag af mad og drikke ved demens
Alle tre settings
На плеjehjem
7.2.4 Officielle danske anbefalinger
7.2.5 Flaskehalse
7.2.6 Her mangler vi viden
7.2.7 Sådan kommer vi videre

7.2.8 Referencer

7.3 NEDSAT INDTAGELSE AF MAD OG DRIKKE I FORBINDELSE MED HOSPITALSINDLÆGGELSER
7.3.1 Derfor er det vigtigt
7.3.2 Indtagelsen af mad og drikke i forbindelse med hospitalsindlæggelser
7.3.3 Interventioner i forhold til at øge indtagelsen af mad og drikke i forbindelse med hospitalsindlæggelse
7.3.4 Gode eksempler
7.3.5 Officielle anbefalinger
7.3.6 Flaskehalse
7.3.7 Her mangler vi viden
7.3.8 Sådan kommer vi videre
7.3.9 Referencer

7.4 LIVSMESTRINGENS BETYDNING FOR ÆLDRES LYST TIL AT SPISE
7.4.1 Derfor er det vigtigt
7.4.2 Generelt om mestring og rehabilitering
I hjemmepleje
På plejehjem
På hospital
7.4.3 Visitationspraksis vedrørende hverdagsliv, mad og måltider i det kommunale plejetilbud til ældre borgere
7.4.4 Livsmestringens betydning for ældres lyst til at spise og prioritere måltidet
I hjemmepleje
På plejehjem
På hospital
7.4.5 Interventioner i forhold til ældres livsmestring og lyst til at spise og prioritere måltidet
På hospital
I hjemmepleje og på plejehjem
7.4.6 Gode eksempler
7.4.7 Officielle danske anbefalinger
7.4.8 Flaskehalse
7.4.9 Her mangler vi viden
7.4.10 Sådan kommer vi videre
7.4.11 Referencer

8 PERSONALE OG FAGLIGE KOMPETENCER (HOME):

8.1 FAGLIGE KOMPETENCERS BETYDNING FOR PRIORITERING OG GENNEMFØRSEL AF MÅLTIDER
8.1.1 Derfor er det vigtigt
8.1.2 Faglige kompetencers betydning for prioritering og gennemførsel af måltider
Alle tre settings
I hjemmepleje
På plejehjem

On hospital
8.1.3 Interventioner med hensyn til de faglige kompetencer
I hjemmepleje
On plejehjem
On hospital
8.1.4 Gode eksempler
On plejehjem
On hospital
8.1.5 Officielle danske anbefalinger
8.1.6 Flaskehalse
8.1.7 Her mangler vi viden
8.1.8 Referencer

9 POLITIK (GOVERNMENT):

9.1 ØKONOMISKE OG ORGANISATORISKE RAMMERS BETYDNING FOR MAD OG MÅLTIDER

9.2. BETYDNINGEN AF ÆLDRES ERNÆRINGSMÆSSIGE TILSTAND FOR OMKOSTNINGERNE TIL ÆLDRESERVICE OG ÆLDREPLEJE
9.2.1 Derfor er det vigtigt
9.2.2 Det betyder utilstrækkeligt indtag af mad og drikke for omkostningerne til ældreservice og ældrepleje
Alle tre settings
On plejehjem
I hjemmepleje
9.2.3 Interventioner til forbedring af indtag af mad og drikke og betydningen foromkostningerne til ældreservice og ældrepleje
Alle tre settings
I hjemmepleje og på plejehjem
On hospital
9.2.4 Gode eksempler
9.2.5 Flaskehalse
9.2.6 Her mangler vi viden
9.2.7 Sådan kommer vi videre
9.2.8 Referencer

9.3 BETYDNINGEN AF KOMMUNERNES UDNYTTELSE AF DE ØKONOMISKE RAMMER FOR UDBUDDET AF MAD OG MÅLTIDER TIL ÆLDRE
9.3.1 Derfor er det vigtigt
9.3.2 Organiseringens betydning for det økonomiske aspekt
On plejehjem
I hjemmepleje
Kvalitetskontrol og optimering af sensorisk kvalitet
On hospital
9.3.3. Interventioner for omkostnings-effektiv madbestilling og madservice
I hjemmepleje
On plejehjem
On hospital

Generelle økonomiske udfordringer i forhold til interventioner
9.3.4 Gode eksempler
9.3.5 Flaskehalse
9.3.6 Her mangler vi viden
9.3.7 Sådan kommer vi videre
9.3.8 Referencer

9.4 POLICY – MAD OG MÅLTIDSPOLITIK
9.4.1 Derfor er det vigtigt
9.4.2 Betydningen af mad- og måltidspolitik for de ældres ernæringstilstand
Alle tre settings
På hospital
På plejehjem og i hjemmepleje
9.4.3 Interventioner med mad- og måltidspolitik
Alle tre settings
På hospital
I hjemmepleje og på plejehjem
9.4.4 Officielle danske anbefalinger
9.4.5 Gode eksempler
9.4.6 Flaskehalse
9.4.7 Her mangler vi viden
9.4.8 Sådan kommer vi videre
9.4.9 Referencer

10 KONKLUSION OG OPSAMLING

FORORD

Den demografiske udvikling i retning af flere ældre og stigende levealder byder på en række udfordringer i forhold til madkultur, madforsyning, sundhed og velfærd til ældre borgere. Behov stiger for fremstilling og udbringning af måltider i kommunalt regi til hjemmeboende ældre, som ikke længere selv kan lave mad. Denne udvikling øger fokus på nye tilpassede løsninger, som kan bevare den ældres sundhed, således at borgeren kan klare sig selv længst muligt i eget hjem.

Kommunernes fokus på en høj kvalitetsstandard i madservice medfører behov for en vurdering af fordele ved de forskellige måltidssammensætninger og måltidstyper samt omkostninger forbundet dermed. Måltider af høj sensorisk kvalitet med tilstrækkeligt proteinindhold af høj biologisk værdi og andre centrale næringsstoffer samt fysisk træning er en forudsætning for at opnå målet om at bevare den ældre selvhjulpen, mobil og længst muligt i eget hjem.

Madkulturen og Københavns Universitet nedsatte på den baggrund en arbejdsgruppe med ekstern ekspertise til at udarbejde en vidensyntese i form af en hvidbog om nærende måltider med kulinarisk kvalitet til ældre. Hvidbogen giver sit bud på, hvilke udfordringer der er i at tilbyde ældre borgere nærende måltider med kulinarisk kvalitet under hensyntagen til aldersbetingede ændringer i fysiologiske, sensoriske og sociale forhold, som påvirker de ældres livsmestring. Hvidbogen beskriver flaskehalse for at nå målet og giver løsningsforslag at arbejde videre med.

Håbet er, at såvel politikere som embedsfolk i kommuner og regioner samt andre med interesse for området vil anvende og drage nytte af hvidbogen i arbejdet med at optimere mad og måltider til ældre borgere.

Hvidbogen er udarbejdet af denne arbejdsgruppe:
Professor (mso) Susanne Gjedsted Bügel, Københavns Universitet, formand
Professor Wender Bredie, Københavns Universitet
Projektchef Andreas Buchhave Jensen, Madkulturen
Lektor Jørgen Dejgård Jensen, Københavns Universitet
Projektkonsulent Christine Bagge Petersen, Madkulturen
Mad og måltidskonsulent Karen Leth, Kost & Ernæringsforbundet, udlånt til Madkulturen

Ekstern ekspertise til arbejdsgruppen:
Seniorforsker Anne Marie Beck, Herlev Hospital
Læge Jerk W. Langer, selvstændig

Sekretariatsbetjening til arbejdsgruppen:
Chefkonsulent Eva Gleje, Københavns Universitet
Akademisk medarbejder Anne-Marie Ravn, Københavns Universitet (indtil 15.12.2014).

Judith Kyst
Direktør, Madkulturen

Arne Astrup
Professor, institutleder, Københavns Universitet

INDLEDNING

Omkring 1.000.000 danskere er over 65 år, og dette antal forventes at stige til ca. 1.500.000 over de næste 30-40 år. 13 % af danskere over 65 får deres mad fra det offentlige.

Mange ældre klarer sig rigtig godt, lever at aktivt liv, og spiser god mad ledsaget af dejlige måltidsoplevelser. De holder vægten, udnytter kostens sundhedsgevinster, oplever en vellykket aldring, forebygger sygdom, lindrer symptomer, samt oplever stort socialt engagement og høj livskvalitet.

Desværre er mange andre ældre ikke dette forundt, men har eller er i risiko for at udvikle underernæring. Måske fordi man er blevet alene i eget hjem og ikke har nogen rigtig spiseglæde tilbage. Måske fordi kroppen ikke helt vil mere, så det er svært selv at købe ind og lave mad selv. Måske fordi smage og dufte ikke længere sanses. Ellers fordi demens, depression, dårlig tandstatus eller slagtilfælde gør det svært eller umuligt at spise. Eller fordi man er indlagt med svær sygdom, så ernæringen ikke har behandlingsmæssig førsteprioritet.

Faktum er, at en stor del af ældre danskere ikke spiser optimalt. Mange er undervægtige, hvilket er forbundet med øget sygelighed og heraf afledte omkostninger til behandling og pleje. Mange mangler vigtige næringsstoffer, hvilket svækker immunforsvar og restitutionsevne. Mange savner fællesskabet omkring måltiderne og får ikke tilgodeset deres sanselige behov. Det kan have dramatisk effekt for den enkeltes dagligdag, funktionsevne, helbred og humør. Samt store omkostninger for samfundet, fordi ældre udgør en stadig voksende del af den danske befolkning, og andelen vokser yderligere i de kommende årtier.

Omvendt kan forebyggelse af underernæring og vægttab både modvirke sygdom samt forbedre den enkeltes mobilitet, selvhjulpenhed og livskvalitet. Så vi ser alle intuitivt det fornuftige i at sikre ældre mennesker den bedst mulige kost. Men der er mange flaskehalse, både af personlig, personalemæssigt, økonomisk og praktisk art.

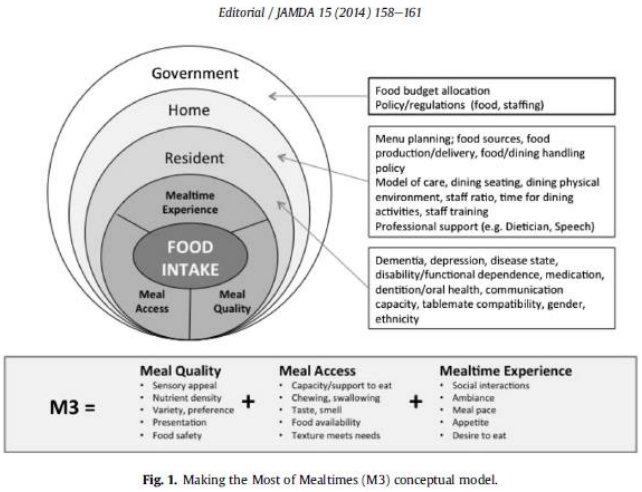
Intentionerne er gode, men de udføres stadigvæk ikke godt nok, det sker ikke altid på evidensbaseret grundlag, personalet kan mangle tilstrækkelig kvalifikationer, og de økonomiske ressourcer og rammer er begrænsede og udnyttes langt fra altid bedst muligt.

For at skabe klarhed over dette meget væsentlige område i det danske samfund har hvidbogens arbejdsgruppe kortlagt den videnskabelige litteratur med fokus på nærende måltider med kulinarisk kvalitet til ældre, herunder foretagne de randomiserede kliniske studier. Forskningen er endnu ret sporadisk, og der mangler især en systematisk vurdering af, hvilke interventioner som er særlig gavnlig for de ældre, set i et helhedsperspektiv. Der er brug for meget mere forskning på området, sådan som det fremgår af hvidbogens perspektiveringer og konklusioner.

Heldigvis er der viden om, hvordan vi allerede nu kan fokusere på bedre mad til både den ældre hjemmeboende, den ældre på plejehjem, og den ældre indlagte patient. Til gavn for den enkelte og til gavn for det danske sammenfund.

2 METODE OG LÆSEVEJLEDNING

Hvidbogens omdrejningspunkt er "Making the Most of Mealtimes" modellen (M3) udviklet i Canada med udgangspunkt i måltider til ældre på plejehjem (Keller et al. 2014) (se Figur 2.1).



Figur 2.1. "Making the Most of Mealtimes" (M3) modellen (Keller et al. 2014).

Inspirationen til M3 stammer fra en anden model "Five Aspect Meal Model" (FAMM), som er et redskab udviklet med henblik på at give gæsterne på restauranter den bedst mulige måltidsoplevelse. FAMM-modellen har fem rammer, der bør tages hensyn til i forbindelse med et måltid: Rummet, mødet, maden, management (ledelse) og atmosfæren.

Selvom disse fem rammer også er meget vigtige, når det gælder måltider til ældre, spiller endnu flere kriterier en rolle. Et vigtigt kriterium hos ældre er måltidets tilgængelighed (meal access), altså muligheden for overhovedet at få noget at spise, hvilket kan være vanskeligt, såfremt den ældre eksempelvis har problemer med at tygge og synke maden eller har behov for hjælp til at spise. Et andet kriterium er måltidets kvalitet (meal quality), herunder smagen af, variationen i, og næringsstofsammensætningen af den tilbudte mad, som jo skal spises igennem en længere periode og ikke kun ved et enkelt restaurantbesøg.

Strukturen i hvidbogen er således, at indtaget af mad og måltider beskrives først med udgangspunkt i henholdsvis "Måltidets tilgængelighed (meal access)", "Måltidets kvalitet (meal quality)" samt "Måltidsoplevelse (mealtime experience)", der har fokus på nedsat appetit, spisemiljø og det sociale fællesskab.

Dernæst følger et kapitel med udgangspunkt i den ældre borger ("Resident" i figur 2.1), hvor fokus er på betydningen af mad og måltider for livsmestring, for fysisk og kognitiv funktionsevne, samt ved hospitalsindlæggelser. Derpå

følger et kapitel med betydningen af faglige kompetencer hos det personale, der omgiver de ældre ("Home" i figur 2.1). De følgende to kapitler ("Government" i figur 2.1) beskriver den overordnede politik, dvs. henholdsvis de økonomiske og organisatoriske rammer af ældrebespisningen og betydningen af en mad- og måltidspolitik.

Hvert kapitel tager udgangspunkt i de tre "settings", hvor ældre tilbydes bespisning, nemlig hjemmepleje, plejehjem og hospital.

2.1 Metode

Under hvidbogens udarbejdelse er der ikke gennemført en systematisk litteratursøgning om mad og måltider til ældre. Der tages i stedet udgangspunkt i systematiske litteraturgennemgange samt de danske undersøgelser og anbefalinger på området, som arbejdsgruppen har kendskab til. Litteraturgennemgangen har fokuseret mest på at indsamle baggrundsviden, på eventuelle randomiserede, kontrollerede studier indenfor de forskellige rammer, samt om disse studier har undersøgt effekten af de forskellige indsatser på de såkaldt patientrelevante effektmål, dvs. livskvalitet, fysisk, social og mental funktionsevne, sygelighed og dødelighed. Ernæringstilstand henregnes ikke til et patientrelevant effektmål. Er der ikke gennemført sådanne studier, har arbejdsgruppen i nogle tilfælde valgt at beskrive studier med anderledes tilgange. De omtalte studier vurderes at kunne give inspiration til yderligere forskning på området.

2.2 Sammenhæng med andre initiativer

Medio januar 2015 udkommer Socialstyrelsens "Faglige anbefalinger og beskrivelse af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab". I hvidbogen er der refereret og citeret fra dette arbejde. Fødevareministeriet nedsatte i efteråret 2014 en måltidstænketank, der bl.a. har fået til opgave at foreslå en række måltidsråd, som kan supplere de eksisterende kostråd. En af målgrupperne er ældre, der spiser alene. Måltidstankens arbejde forventes færdiggjort i løbet af vinteren 2015 og kan supplere hvidbogen yderligere.

I vinteren 2014 etableredes et Forum for Underernæring ved et samarbejde mellem Landbrug & Fødevarer, Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (DSKE) og Kost & Ernæringsforbundet. Målgruppen er bl.a. ældre i hjemmepleje, på plejehjem og på hospital. Ifølge planen kommer man i løbet af 2015 med ti forslag til indsatser for at komme underernæring til livs.

2.3 Afgrænsning

Hvidbogen fokuserer på de nuværende ældre i hjemmepleje, på plejehjem og på hospital. Kun få af dem var overvægtige i deres yngre dage, og deres primære aktuelle problem er et utilstrækkeligt indtag af mad og drikke. Fremtidens ældre i hjemmepleje, på plejehjem og på hospital kan få de samme problemer med at spise for lidt, men har samtidig har mange været overvægtige meget af livet. Denne dobbelte sygdomsbelastning kan betyde, at den fremtidige indsats må være en anden end for de nuværende ældre.

Hvidbogens fokus er som nævnt ældre, der allerede er undervægtige eller har haft et uplanlagt vægttab. Der er således ikke beskrevet indsatser, hvor udgangspunktet har været primær forebyggelse. Sådanne indsatser kan findes i "Forebyggelseshåndbogen" udarbejdet af Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen, som aktuelt (januar 2015) er i høring, samt i Sundhedsstyrelsen og Fødevarestyrelsens forebyggelsespakke om mad og måltider.

2.4 Begreber

(Baseret på Beck et al. Anbefalinger for udvikling af "Den attraktive måltidsservice til ældre". Danmarks Fødevareforskning 2006)

Ernæring er tæt forbundet med kostbegrebet og forstås som en persons indtagelse af næringsstoffer (kulhydrater, fedtstoffer, proteiner, vitaminer, mineraler og vand) samt kroppens (organismens) anvendelse af disse næringsstoffer

Kost er et udtryk for, hvor meget og hvilken type mad samt drikkevarer en person indtager over en nærmere bestemt periode.

Mad bruges i den brede betydning, som omfatter råvarer, retter, drikkevarer og menuer.

Madservice er et tilbud efter Serviceloven til personer, som pga. midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre madlavning. Madservice tilbydes ældre på plejehjem og på hospital samt ældre i hjemmepleje i form af madudbringning.

Menu er en komposition af retter og drikkevarer, som kan danne grundlag for et måltid.

Måltider er et forløb af begivenheder, der strækker sig fra planlægning og indkøb til tilberedning af råvarer og borddækning. Endvidere dækker begrebet over, at måltidets deltagere kaldes sammen, og de spiser og konverserer.

Måltidets sociale ramme omfatter fx samværet mellem de plejehjemsbeboere, der sidder sammen ved et bord og det personale, der enten sidder med ved bordet eller arbejder umiddelbart i tilknytning til denne spisesituation.

Måltidskvalitet omfatter brugernes vurdering af madens smag, duft, udseende, konsistens og temperatur samt valgmuligheder/fleksibilitet i forhold til madens sammensætning. Endelig indgår brugernes vurdering af spisemiljøet i måltidskvaliteten.

Måltidsservice er en bredere definition af ordet kostforplejning, hvor kostforplejning og det ernæringsmæssige kombineres med fokus på måltidets sociale rammer. Måltidsservice er således ikke kun et spørgsmål om den kostform, der serveres, men også om en række ydre faktorer, der tilsammen skaber måltidets sociale rammer.

Spisemiljø omfatter de fysiske omgivelser og rammer, hvorunder maden indtages. Fx bordenes form, opdækning med dug, blomster, servietter, farver, duften og anretningen af maden, musik m.m.

2.5 Referencer

Gustafsson, I.-B., Öström, A., Johansson, J. and Mossberg, L. The Five Aspects Meal Model: a tool for developing meal services in restaurants. Journal of Foodservice; 2006, 17: 84-93

Keller, H., Carrier, N., Duizer, L., Lengyel, C., Slaughter, S., Steele, C. Making the most of mealtimes (M3): Grounding mealtime interventions with a conceptual mode. JAMDA 2014; 15: 158-61

3 BAGGRUND

Dette kapitel indeholder tre afsnit, der beskriver de særlige fysiologiske forhold for ældre af betydning for fødeindtagelse mm., omhandler ernæringstilstanden hos ældre i de tre settings, samt giver en status for udviklingen i andelen af ældre samt omfanget af madservice.

3.1 FYSIOLOGISKE FORHOLD AF BETYDNING FOR KOSTINDTAG, ERNÆRINGSSTATUS, FUNKTIONSEVNE OG LIVSKVALITET

Med alderen sker der en række ændringer i menneskets anatomiske, fysiologiske og psykiske forhold, som kan have betydning for kostindtagelse, næringsstofomsætning og funktionsevne. Det drejer sig bl.a. om dårligere tandstatus, nedsat stofskifte, nedsat muskelmasse, knogleafkalkning, tab af nerveceller, ændringer i mental spændstighed og dårligere hukommelse. Derudover kan en række medicinske tilstande og andre faktorer såsom økonomi, familiære og sociale forhold påvirke kostindtaget. I det følgende beskrives nogle af de fysiologiske forhold, som har betydning for kostindtag og ernæringsstatus, og dermed for funktionsevne og livskvalitet.

Aldring har markant effekt på vægt, højde og kropssammensætning. Kropsvægten stiger normalt frem til 50-60-årsalderen hos mænd og til 70-årsalderen hos kvinder. Så stabiliseres vægten i en periode for derefter at tendere til at falde hos de meget gamle. Pga. forandringer i knogler, led og muskler ses et fald i legemshøjden fra omkring 40-årsalderen, mere udtalt hos kvinder end mænd. Med alderen falder kroppens totale knoglemasse og muskelmasse, mens fedtmassen øges (Paddon-Jones et al. 2008). Desuden reduceres kroppens væskeindhold som resultat af fysiologiske ændringer såsom et fald i totalt kropsprotein, nedsat effektivitet af de antidiuretiske hormonreceptorer med øget væskeudskillelse via nyrerne, samt nedsat tørstfornemmelse relateret til et fald i osmosereceptorsensitiviteten.

Fra 50-årsalderen reduceres muskelmassen med ca. 1 % årligt, betegnet sarkopeni, og i takt hermed falder den maksimale muskelkraft. Årsagen er kompleks og omfatter reduktion i hormoner som testosteron, østrogen, væksthormon og IGF-1 samt lavere insulinfølsomhed. Dertil kommer en lille stigning i niveauet af proinflammatoriske cytokiner, ændringer i muskelmitokondriernes funktion, tab af alfa-motorneuroner, utilstrækkeligt energiindtag og især protein, samt nedsat fysisk aktivitet. Sarkopeni spiller en primær rolle for udvikling af skrøbelighed og funktionsnedsættelse hos ældre, og det er estimeret, at knap hver tredje over 60 år og halvdelen over 80 år er ramt (Paddon-Jones et al. 2008). Sygdomme i bevægeapparatet (slidgigt, osteoporose) rammer ofte ældre og kan reducere funktionsniveauet, hvilket kan øge faren for underernæring, fordi det bliver vanskeligere at handle ind og tilberede maden og dermed i sidste ende at indtage føde.

3.1.1 Appetitregulering og tarmfunktion

Appetitten reguleres af et fintfølende system, så man automatisk justerer kostindtaget afhængigt af tidligere måltider. Det betyder, at man spiser mindre efter en periode med energirige måltider, samt omvendt mere efter en periode med underernæring. Appetitreguleringen er ikke så fintfølende hos ældre som hos yngre, hvorfor den ældre efter en periode med sygdom og nedsat energiindtagelse ikke i samme omfang øger sin energiindtagelse for at

tage den tabte vægt på igen. Appetitten falder som reaktion på, at energibehovet falder med alderen, dels fordi den metabolisk aktive muskelmasse reduceres, dels fordi den ældre bevæger sig mindre.

Desuden forandres tungens smagsreceptorer ("maden smagte bedre tidligere"), lugte- og synssansen nedsættes, og mavesækkens evne til at udspiles reduceres, hvilket alt sammen medvirker til at reducere appetitten. Aldersrelateret anoreksi (Moss et al. 2012) betegner nedsat appetit og fødeindtag hos ældre, der kan have alvorlige konsekvenser, da den ældres behov for næringsstoffer såsom protein, vitaminer og mineraler ikke falder, hvorfor den nedsatte energiindtagelse øger risikoen for at mangle disse næringsstoffer.

3.1.2 Ændringer i tyktarm og tarmflora

Appetitten reguleres primært af tarmhormoner, som frigøres ved fødeindtag. Med alderen ændres dette hormonrespons, således at mæthedsfølelsen øges, mens sultfølelsen hæmmes. Ligeledes falder mavetømningshastigheden, hvilket forstærker mæthedsfølelsen. I tarmen falder antallet af nerveceller, som påvirker peristaltikken og den propulsive aktivitet, så passagehastigheden forlænges (Britton and McLaughlin, 2013). Dette kan lede til forstoppelse, som yderligere kan nedsætte appetitten og dermed fødeindtagelsen.

Rygning, kost og medicin kan føre til reflukssygdom, mavesår og mavesækkræft og heraf udløste symptomer som anoreksi, vægttab, anæmi, opkastning og synkebesvær, som ligeledes kan nedsætte fødeindtagelsen.

3.1.3 Synsfunktion og tandsundhed

Øjensygdomme såsom diabetisk retinopati, grøn stær og aldersrelateret makuladegeneration (AMD), som begrænser synsfunktionen, er hyppige blandt ældre (Rasmussen og Johnson, 2013). Kosten spiller formentlig en rolle både for udvikling og opbremsning af disse sygdomme. Nedsat synsfunktion kan svække den ældres muligheder for indkøb og tilberedning af mad.

Tab af tænder, nedsat spytfunktion, tørhed i mundhulen og reduceret muskel- og ledfunktion kan gøre det svære at tygge og synke maden. Det kan ændre den enkeltes fødevalg og madens tilberedning og hermed mindske indtaget af næringsstoffer, eksempelvis ved at fravælge fødevarer, der er svære at tygge, eller ved overdreven kogning med fare for tab af næringsstoffer.

3.1.4 Kognitiv funktion

Demens er en aldersrelateret hjernesygdom, der svækker hukommelsen, evnen til at fungere i hverdagen og orienteringsevnen. Den mest almindelige type hos ældre er Alzheimers sygdom, der rammer 25% af ældre over 85 år (Cardozo et al. 2013). Årsagerne er ikke klarlagt, men livsstilsrelaterede sygdomme og faktorer som type 2-diabetes, blodtryksforhøjelse, overvægt, højt kolesterol, alkoholisme og rygning kan være medvirkende årsag.

Demens kan påvirke fødeindtaget, enten ved at den demente glemmer at indtage mad og drikke, eller omvendt glemmer netop at have spist, får uvilje mod at spise, ikke finde ud af det, eller har synkeproblemer.

3.1.5 Kroniske sygdomme

Kroniske sygdomme, infektioner og andre tilstande der kræver langvarig medicinsk behandling kan lede til underernæring hos den ældre. Hospitalsindlæggelser og medicinforbrug, herunder eventuelle bivirkninger, øger risiko for malabsorption, appetitløshed, kvalme, opkastning, reduceret mavetømning og diaré.

3.1.6 Kostanbefalinger til småtspisende og skrøbelige ældre

Til småtspisende og skrøbelige ældre anbefales en kost med en høj energitæthed, dvs. en energisammensætning på 15-20%protein, 50% fedt og 30-35% kulhydrat. Desuden anbefales indtaget af vitaminer og mineraler at opfylde de nordiske næringsstofanbefalinger suppleret af et multivitamintilskud. Endvidere anbefales, at der serveres 6-8 små måltider dagligt, individuelt tilpasset den ældres evne til at tygge og synke (Socialstyrelsen, 2013).

Danmark har ikke, som i mange andre lande, nationale systematiske opgørelser over skrøbelige ældres ernæringstilstand, kost og fysiske aktivitet. Viden herom stammer derfor fra forskellige forskningsprojekter. Kun en meget lille andel af raske ældre er undervægtige. Derimod er 10-20% undervægtige blandt de skrøbelige ældre på plejehjem og i hjemmepleje, som modtager hjemmehjælpsydelsen "ernæring". Mange skrøbelige ældre oplever desuden såkaldt uplanlagt vægttab, hvilket i bund og grund skyldes et utilstrækkeligt kostindtag. En yderst alvorlig tilstand, idet uplanlagt vægttab er tæt relateret til tab af muskelmasse og muskelstyrke. Vægttabet øger derfor risikoen for nedsat funktionsevne, fysisk aktivitet og formåen. Allerede efter et ganske lille uplanlagt vægttab (1 % pr. år) falder den fysiske funktionsevne (Socialstyrelsen, 2015). Underernæring indebærer også stor risiko for lavt indtag af næringsstoffer, hvilket yderligere forværrer skrøbeligheden.

3.1.7 Makronæringsstoffer

Et tilstrækkeligt indtag af protein er en forudsætning for at opretholde tilstrækkelig fedtfri masse og undgå nedbrydning af muskelvæv, som kan føre

til sarkopeni og knogleskørhed. Et Cochrane review fra 2009, hvori var inkluderet 62 kliniske studier, fandt, at tilskud af protein og energi i 42 studier medførte en svag vægtøgning på 2,2 %, mens dødeligheden blandt de svageste ældre faldt (Milne et al. 2009). Tilsvarende er et tilstrækkeligt fedtindtag nødvendigt både som energikilde, som facilitator af absorption af de fedtopløselige vitaminer, og for optimal sundhed. Med hensyn til fedttypen er især de langkædede omega-3 fedtsyrer i fokus i relation til sundhed hos ældre. Resultater, især fra observationsstudier, tyder på, at omega-3 fedtsyrer kan være gavnlige for både kognitiv funktion og immunfunktion (Ubeda et al. 2012), samt ledsmerter (Miles et al. 2012). De fleste eksisterende studier er dog observationelle, og randomiserede, kontrollerede studier mangler.

3.1.8 Mikronæringsstoffer

Mikronæringsstoffer er ligeledes essentielle for optimal funktionsevne og livskvalitet, (se tabel 3.1) og en del studier har set på effekten af supplementering med enkelte mikronæringsstoffer på behandling af aldersrelaterede forhold. Foreløbig er resultaterne inkonklusive, og de foreliggende studier har set på effekt af kosttilskud med øgede mængder mikronæringstoffer, men ikke på en egentlig optimering af kosten. Det betyder dog ikke, at optimering af kosten ikke har effekt. Studier, der har undersøgt effekten af fuldkost, tyder på, at kostoptimering som helhed forbedrer funktionsevne og livskvalitet (Trichopoulou et al. 2005).

Tabel 3.1. Funktion af de essentielle mikronæringsstoffer og konsekvenser ved mangel hos ældre (Modificeret fra Mak and Caldeira, 2014)

	Funktioner	Mangel
A	Synsfunktion, celledeling	Natteblindhed, blindhed
B	Energiomsætning og stofskiftefunktioner, DNA-syntese, celledeling, homocysteinmetabolisme, regulering af mentale og neurologiske funktioner mm	Øget homocysteinkoncentration, anæmi, nedsat muskelstyrke, hukommelsestab, konfusion, depression, muligvis udvikling af demens, Alzheimers sygdom m.fl.
C	Redoxsystem, koenzym i kollagensyntesen, jernabsorption, antioxidant	Skørbug, nedsat sårheling

D	Kalciumregulering, immunforsvar	Engelsk syge, osteoporose, muskelsvaghed, metabolisk syndrom, øget mortalitet
E	Antioxidant	Neurologisk dysfunktion
Kalcium	Sunde knogler og tænder, cellesignalering, koagulation, muskelkontraktion, nervetransmission	Øget knogletab, osteoporose
Magnesium	Energiomsætning, celledeling, muskelfunktion, cellesignalering, DNA-syntese, proteinsyntese	Øget produktion af frie radikaler, inflammation, muskeltab, sarkopeni, nedsat immunrespons, hjertekarsygdom, diabetes
Selen	Indgår i antioxidative og antiinflammatoriske enzymer	Nedsat immunfunktion, nedsat kognitiv funktion, øget mortalitet
Zink	Normal vækst og udvikling, neurologisk funktion, sårheling, immunfunktion	Øget risiko for infektioner, diaré, eksem, nedsat smagssans

3.1.9 Referencer

Britton E, McLaughlin JT. Ageing and the gut, Proceedings of the Nutrition Society, 2013; 72(01): 173-7

Cardoso BR, Cominetti C, Cozzolino SM. Importance and management of micronutrient deficiencies in patients with Alzheimer's disease, Clin Interv Aging, 2013; 8: 531-42

Mak T, Caldeira S. The role of Nutrition in Active and Healthy Aging. JRC – Institute for Health and Consumer protection 2014: 1-54

Miles EA, Calder P. Influence of marine n-3 polyunsaturated fatty acids on immune function and a systematic review of their effects on clinical outcomes in rheumatoid arthritis, Br J Nutr, 2012;107 Suppl 2:S171 –84

Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition, Cochrane Database Syst Rev, 2009(2): CD003288

Moss C, Dhillo WS, Frost G, HicksonM.Gastrointestinal hormones: the regulation of appetite and the anorexia of ageing. J Hum Nutr Diet 2012; 25: 3-15

Paddon-Jones D, Short KR, Campbell WW, Volpi E, Wolfe RR.Role of dietary protein in the sarcopenia of aging, The American Journal of Clinical Nutrition, 2008; 87:1562S-6S

Rasmussen HM, Johnson EJ. Nutrients for the aging eye, Clin Interv Aging, 2013 ; 8: 741-8

Socialstyrelsen,. National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen. Socialstyrelsen 2013

Socialstyrelsen,. Faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab. Socialstyrelsen 2015 (i høring)

Trichopoulou A, Orfanos P, Norat T, Bueno-de-Mesquita B, Ocke MC, Peeters PH et al. Modified Mediterranean diet and survival: EPIC-elderly prospective cohort study. BMJ 2005; 330(7498): 991

Ubeda N, Achon M, Varela-Moreiras G. Omega 3 fatty acids in the elderly, Br J Nutr 2012; 107 Suppl 2: S137-51

World Health Organization, Tufts University School of Nutrition Science.Keep fit for life. Meeting the nutritional needs of older persons. WHO 2002

3.2 ERNÆRINGSTILSTAND HOS ÆLDRE I HJEMMEPLEJE, PÅ PLEJEHJEM OG PÅ HOSPITAL

I Danmark findes der officielle metoder fra henholdsvis Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen til at vurdere ernæringstilstanden hos ældre på plejehjem, i hjemmepleje og på hospital. Aktuelt foregår der ikke systematisk indsamling af disse data i Danmark modsat en del andre lande. Eksempelvis har man i Holland iværksat brugen af systematiske opgørelser af ældre beboeres ernæringstilstand og påvist en positiv effekt af denne systematiske opgørelse på forekomsten af undervægt (Meijers et al. 2014). I Danmark er der i Faglige kvalitetsoplysninger om plejebolig (Kommunernes Landsforening) samt fra Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (www.ikas.dk) udarbejdet forslag til indikatorer til vurdering af ældre borgeres ernæringstilstand.

Ingen af disse er dog udviklet med henblik på at kunne opfange effekten af en ernæringsindsats på fx de ældres fysiske funktionsevne og afhængighed af hjælp til almindelig daglig levevis, ADL (Socialstyrelsen 2014).

I mange lande indgår resultater fra det såkaldte Minimum Data Set (MDS) - udviklet til ældre i hjemmepleje, plejebolig og ved akut indlæggelse - i kvalitetssikring af forskellige indsatser, idet MDS indeholder forskellige kvalitetsindikatorer (eksempelvis vedrørende fald, tryksår, smerter, vægttab). Endvidere benyttes MDS til at udregne ressourcebehov og justere plejeopgaver ud fra en inddeling af beboerne i undergrupper efter funktionsniveau (Socialstyrelsen 2014). Endelig kan MDS opfange ændringer over tid og er dermed også et godt redskab til evaluering af effekten af iværksatte indsatser på de ældre borgeres ernæringstilstand, ADL, fysiske funktionsevne, brug af sundhedsrelaterede dyre indsatser (som hospitalsindlæggelser og rehabiliteringsophold) m.v., hvilket har været udnyttet i en lang række interventionsstudier. Disse informationer er ikke kun relevante, når det gælder effekten af en ernæringsindsats, men også mere generelt, når der eksempelvis skal kigges på effekten af rehabiliteringsindsatser (Socialstyrelsen 2014).

Ifølge Den Nationale Sundhedsprofil 2013, hvori indgik ca. 16.000 repræsentative kvinder og mænd i alderen 75+, var 5,4 % af kvinderne og 0,7 % af mændene undervægtige, defineret som BMI under 18,5 (Sundhedsstyrelsen 2014). Blandt ældre på plejehjem og hospitaler skønnes forekomsten af undervægt at være op til 10 gange højere

Uplanlagt vægttab er særligt udbredt blandt ældre indlagt på hospital, men også blandt ældre borgere, der modtager hjemmepleje og bor på plejehjem. Knap halvdelen af ældre borgere, der modtager hjemmepleje eller bor på plejehjem, oplever uplanlagt vægttab (Socialstyrelsen 2015).

Uplanlagt vægttab kan have alvorlige konsekvenser for fysisk, psykisk og social funktionsevne. Uplanlagt vægttab og undervægt kan derfor øge ældres behov for hjemmehjælp, hjemmesygepleje, samt øger risikoen for sygdom,

indlæggelse, genindlæggelse, længere indlæggelsestid, flere komplikationer under sygdom og indlæggelse, og tidlig død (Socialstyrelsen 2015).

Forekomsten af uplanlagt vægttab og undervægt hos ældre personer er angivet i tabel 3.2. Data baseres på informationer fra screening af ernæringstilstanden foretaget i forskellige projekter gennemført i 2008 og 2009 for midler fra Udvikling af Bedre Ældrepleje Puljen (UBÆP). (DTU Fødevareinstituttet og Servicestyrelsen 2011).

I en rapport udgivet af Socialstyrelsen findes informationer om forekomsten af undervægt og uplanlagt vægttab baseret på informationer indsamlet vha. Socialstyrelsens Ernæringsvurderingsskema (EVS) i 2013 (Socialstyrelsen 2014).

I hjemmepleje
Kun ganske få projekter omfatter ældre i hjemmepleje, og kun i en enkelt rapport fra Kalundborg Kommune findes specifikke data om ernæringstilstanden hos ældre i hjemmepleje i 2008 (se tabel 3.2). Forekomsten af undervægt var af samme størrelsesorden som i et dansk studie publiceret i 2002, hvor 12 % havde BMI under 18,5 (Beck et al. 2002).

I forbindelse med et forskningsprojekt blev det via udfyldelse af Socialstyrelsens Evalueringsskema (EVS) angivet, at 30 % af borgerne i hjemmepleje enten havde et vægttab, eller at man ikke vidste, om det var tilfældet. 22 % havde BMI under 18,5, altså grænsen for undervægt. Resultaterne er baseret på ældre borgere, der modtager ydelsen ernæring og er således ikke repræsentative.

Tabel 3.2. Resultater af screening af ernæringstilstand (baseret på DTU Fødevareinstituttet og Servicestyrelsen 2011). MNA (Mini Nutritional Assessment) er et screeningsværktøj til at vurdere ernæringsstatus.

Projektkommune	n = antal ældre
Bornholm, Hjemmepleje/plejehjem 2008/2009	n = 1067 BMI 18,5-24: 37 % BMI <18,5: 12 %
Egedal, Plejehjem 2008	n = 117 BMI <24: 52 % BMI<18,5: 13 %
Gentofte, Plejehjem 2009	BMI <24: 60 % BMI <18,5: 16 %
Gladsaxe, Plejehjem 2009	n = 123 BMI <24: 61 % BMI <18,5: 12 %
Kalundborg, Hjemmepleje/plejehjem 2008	n = 396 BMI <24: 39 % BMI ≤18,5: 11 %

	n= 212 BMI <24: 48 % BMI ≤18,5: 9 % n = 120 (plejehjem) MNA 17-23,5: 59 % MNA <17: 21 %
København I, Plejehjem 2008	n = 43 BMI <24: 63 % BMI <18,5: 22 %
København II, Plejehjem, 2008	n = 59 BMI <24: 65 % BMI <18,5: 19 %
København III, Plejehjem 2007	n = 144 BMI <19: 22 % MNA-SF ≤11: 90 %
Køge, Hjemmepleje/plejehjem 2008	n = 841 MNA 17-23,5: 43 % MNA <17: 16 % n = 358 (plejecentre) MNA 17-23,5: 56 % MNA <17: 23 %
Middelfart, Plejehjem 2009	n = 20 MNA 17-23,5: 45 % MNA <17: 15 %
Morsø, Plejehjem 2008	n = 25 MNA 17-23,5: 44 % MNA <17: 12 % BMI <24: 56 % BMI <18,5: 4 %
Odder, Plejehjem 2009	n = 55 BMI <24: 42 % BMI <18,5: 13 %
Roskilde, Plejehjem 2009	n = 13 MNA 17-23,5: 85 % MNA <17: 15 % BMI <24: 46 %
Århus, Plejehjem 2008	n = 19 MNA 17-23,5: 63 % MNA <17: 26 % BMI <24: 53 %

På plejehjem
Af tabel 3.2 fremgår det, at der var stor forskel i forekomsten af undervægt (dvs. BMI under 18,5) blandt ældre på plejehjem i 2008/2009. Således varierer tallene fra 4 % i Morsø Kommune til 22 % i Københavns Kommune.

Socialstyrelsen angiver forekomsten af undervægt og uplanlagt vægttab baseret på informationer indsamlet vha. Socialstyrelsens Ernæringsvurderingsskema (EVS) i 2013 (Socialstyrelsen 2014). I forbindelse med et forskningsprojekt blev det anført, via udfyldelsen af EVS, at 20 % af de ældre på plejehjem enten havde et vægttab, eller at man ikke vidste, om det var tilfældet. 11 % havde BMI under 18,5.

Til sammenligning var forekomsten af undervægt i det danske studie publiceret i 2002 på 22 %, og forekomsten af vægttab var 38 % blandt de beboere, der blev vejet regelmæssigt (Beck et al. 2002). Også denne undersøgelse fandt stor variation i forekomsten blandt de fem medvirkende plejehjem.

I perioden marts 2004 til marts 2007 gennemførte Afdeling for Ernæring, Fødevareinstituttet ved DTU projektet "Forebyggelse af tab af fysisk, mental og social funktionsevne ved fokus på ældres ernæringstilstand og risikofaktorer". Deltagere i projektets første del var beboere i 11 danske plejehjem, som blev fulgt med bl.a. ernæringstilstand gennem et år. Resultaterne er publiceret i flere artikler. Tabel 3.3 herunder er baseret på et af disse (Beck et al. 2012). Heraf fremgår bl.a., at 16 % har BMI under 18,5, og at knap halvdelen oplever et vægttab i løbet af henholdsvis en 6 og 12 måneders periode.

Tabel 3.3. Basisdata og forekomst af vægttab hos ældre på plejehjem i løbet af henholdsvis en 6 og 12 måneders opfølgningsperiode (baseret på Beck et al. 2012).

N	441
Alder ved start, år (SD)	85,2 (7,5)
Opholdstid på plejehjemmet, år (SD)	2,5 (3,3)
Kvinder (%)	80
I live ved første besøg efter 6 måneder, (%)	87
I live ved 2. besøg efter 12 måneder (%)	74
BMI (SD)	23,4 (5,0)
BMI under 18,5 (%)	16
Vægttab på mere end 1 % efter 6 måneder (%)	42
Vægttab på mere end 5 % efter 6 måneder (%)	19
Vægttab på mere end 10 % efter 6 måneder (%)	8
Vægttab på mere end 1 % efter 12 måneder (%)	46
Vægttab på mere end 5 % efter 12 måneder (%)	29
Vægttab på mere end 10 % efter 12 måneder (%)	14

På hospital

Den landsdækkende database for Geriatri indsamlede indtil 2013 oplysninger om geriatriske patienters vægtudvikling under indlæggelsen (Landsdækkende database for Geriatri, årsrapport 2013). I 2013 ophørte registreringen, der blev anset som dobbeltregistrering i forhold til den registrering, som sker i forbindelse med vurdering af patienternes ernæringsmæssige risiko. Databasen indsamler fortsat oplysninger om dem, der får målt BMI ved indlæggelsen. De konkrete resultater såsom andelen med BMI under 18,5 foreligger dog ikke.

Årsrapporten fra 2012 er således den nyeste (og sidste) med data om vægtudviklingen (Landsdækkende database for Geriatri, årsrapport 2012). Af de 7.797 geriatriske patienter (58 %), der blev vejet både ved indlæggelse og udskrivelse, havde 43 % undergået et vægttab under indlæggelsen. To nyere danske studier blandt ældre patienter i dårlig ernæringstilstand har vist, at vægttabet typisk fortsætter i mindst tre måneder efter udskrivelsen (Beck 2013, Beck 2014).

To danske observationsstudier indeholder informationer om BMI hos ældre patienter. I det ene studie opgives andelen med BMI under 22 til 41 % (Poulsen et al. 2006). I det andet studie har knap 14 % af patienterne over 65 år et BMI under 18,5 (Beck et al. 2000).

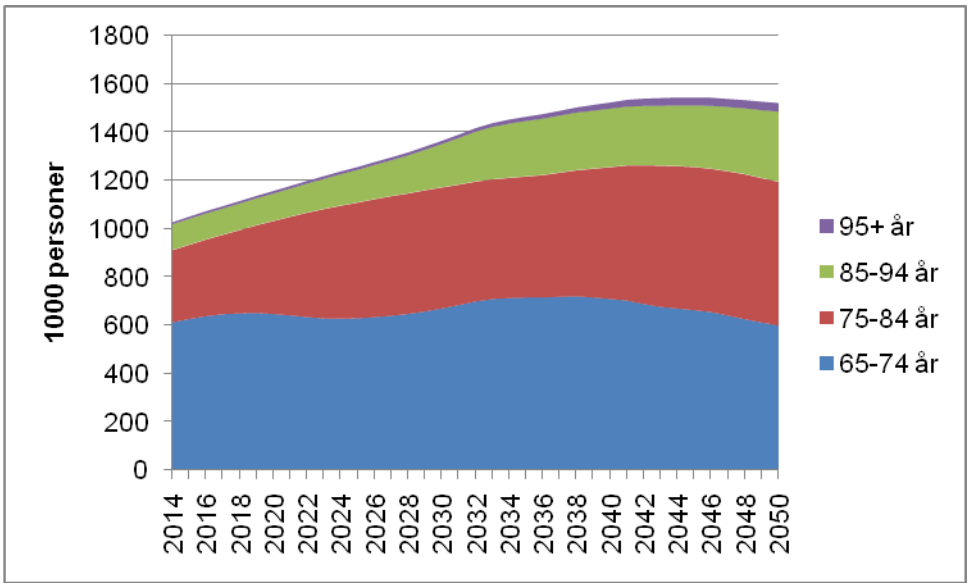
Sammenfatning

Baseret på data fra forskellige udviklings- og forskningsprojekter synes mange ældre beboere på plejehjem og ældre hospitalspatienter at opleve et vægttab. Generelt ser det ud til, at borgere, der modtager offentlig bespisning, dvs. ældre i hjemmepleje som modtager madservice og ældre på plejehjem, oftere er undervægtige end raske selvhjulpne ældre.

3.2.1 Andelen af ældre og omfanget af den offentlige ældrebespisning

Danmarks Statistiks fremskrivning af antallet af ældre viser, at personerne over 65 år forventes at stige med ca. 50 % i løbet af de næste 30 år. Den største %vise stigning vil finde sted i aldersklasserne over 85 år (figur 3.1). Selvom der forventes en generelt bedre sundhedstilstand blandt de ældre og dermed også en stigende grad af selvhjulpethed blandt disse ældre, så må det alligevel forventes, at stadig flere ældre bliver brugere af forskellige former for madservice i de kommende år.

Danmarks Statistiks fremskrivning viser også, at andelen af ældre i Danmark af ikke-vestlig herkomst vil være stærkt stigende, og at ikke-vestlige ældre vil udgøre omkring 15 % af samtlige ældre i år 2050, hvilket kan formodes at stille nye krav til indholdet af madtilbuddene til ældre i fremtiden.



Figur 3.1. Danmarks Statistiks fremskrivning af antal ældre frem mod 2050, fordelt på aldersintervaller.

Udover den demografiske udvikling spiller elementer i den generelle samfundsudvikling en rolle for fremtidens madtilbud til ældre. Eksempelvis undergår detailhandelen en strukturudvikling, hvor dagligvarebutikker i stigende grad koncentreres i større byer, hvorved ældre borgere bosiddende i landdistrikter og mindre byer får dårligere muligheder for at foretage daglige indkøb og dermed stå for egen madlavning, hvis deres mobilitet er begrænset, fx fordi de ikke har bil, kørekort eller udbygget kollektiv transport. Sådanne udviklingstendenser medvirker til at øge behovet for velfungerende madordninger til disse ældre.

Rådgivningsfirmaet Rambøll har i 2006 udarbejdet en undersøgelse af madservice for Socialministeriet (Socialministeriet, 2006). Kommunernes

Landsforening (KL) og Velfærdsministeriet har udarbejdet en kortlægning af omkostninger, egenbetaling, organisering mv. af madserviceordninger i 2007 – i det følgende benævnt KL (2008).

Madservice til borgere i eget hjem består ifølge KL (2008) som regel i, at den leverede mad udgør dagens hovedmåltid (typisk hovedret og biret), mens øvrige måltider ikke indgår. Ifølge KL (2008) var den gennemsnitlige egenbetaling for madservice i eget hjem 1.541 kr./måned i 2007, varierende fra 1.251 kr./måned som gennemsnit i de 10 kommuner med lavest egenbetaling til 1.854 kr./måned for de 10 kommuner med den højeste egenbetaling. Kommunen kan give tilskud til madservice i eget hjem, og her udbetaltes i gennemsnit 426 kr./måned i 2007. I alt 14 kommuner gav intet tilskud, mens gennemsnittet for de 10 kommuner med højest tilskud var 1.442 kr./måned. Der var tilsyneladende ikke markant korrelation mellem størrelsen på egenbetaling og tilskud. I kommuner med høje tilskud blev den samlede pris for madservicen således næsten dobbelt så høj som i kommuner uden tilskud.

Madservice på plejehjem består typisk af fuldkost, dvs. et helt døgns forplejning. For fuldkost på plejehjem var den gennemsnitlige egenbetaling på 3.001 kr./måned, varierende fra 2.440 kr./måned til 3.821 kr./måned for de 10 henholdsvis billigste og dyreste kommuner. Dette skal ses i lyset af gennemsnitlige produktionsomkostninger på 3.818 kr. pr. beboer pr. måned (varierende fra 2.762 til 5.416 kr./måned for de 10 henholdsvis billigste og dyreste kommuner), ifølge KL (2008).

Ifølge kortlægningen modtog knap 51.000 borgere på landsplan madudbringning i eget hjem efter reglerne om frit leverandørvalg i kommunerne. Der eksisterer ikke statistik over antal modtagere af madservice på plejehjem, men opgørelsen påpeger, at der i 2007 var knap 45.000 plejehjemspladser. Hertil kommer i størrelsesordenen 10.000 borgere, som bor i leve- og bomiljøer i henhold til Servicelovens §§ 107 og 108 (som omfatter midlertidige plejeboliger o. lign.). Således skønnes der i Danmark at være 100-110.000 brugere af madservice til ældre. Som det fremgår af Tabel 3.4, var der i år 2007 ca. 835.000 borgere over 65 år (i det følgende benævnt "ældre"). Brugerne af madservice udgjorde således 13 % af de ældre. Hvis det derudover antages, at brugerne af madudbringning i egen bolig typisk også er visiteret til praktisk hjemmehjælp, så udgjorde disse brugere ca. 45 % af de ældre, som var visiteret til praktisk hjemmehjælp.

Tabel 3.4. Brugere af madservice til ældre

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ældre i alt	853,0	875,5	902,9	933,8	968,1	999,8
Indskrevne på plejehjem	9,3	8,4	7,8	6,8	6,3	5,1
Indskrevne på plejehjem fortrinsvis for ældre	30,6	31,2	32,2	32,8	33,3	33,9
Modtager praktisk hjemmehjælp	140,2	139,2	134,5	126,0	117,9	111,3
Mænd	36,0	36,5	35,7	33,5	31,5	30,1
Kvinder	104,1	102,7	98,8	92,5	86,3	81,2

Af Tabel 3.4 fremgår, at antallet af borgere, som modtager praktisk hjemmehjælp, er aftaget ganske kraftigt siden 2008, selv om antallet af ældre over 65 år er steget. Dette kan være udtryk for, at de ældre er blevet mere selvhjulpne over denne årrække, men er måske mere sandsynligt udtryk for betydelige omstruktureringer og prioriteringer i ældreplejen i mange kommuner i perioden. Det er derfor ikke helt entydigt, om behovet for madservice har været stigende eller faldende gennem de senere år. Desuden er det usikkert, om yderligere kommunale omprioriteringer kan fortsætte og dermed i mådekomme det stigende antal ældre i de kommende år.

Med gennemsnitligt ca. 1.000 brugere pr. kommune udgør madservice således en ikke-negligerbar post i kommunernes budgetter. Ældrebespisning spiller således en betydelig økonomisk rolle i kommunernes økonomiske prioriteringer, og der er udsigt til, at denne rolle stiger de kommende år. Ældrebespisningens økonomiske rolle kommer til udtryk både i forbindelse med omkostninger til fremstilling og distribution af måltiderne, men også som en indtægtskilde for kommunerne i forbindelse med brugernes betaling for måltiderne. Da der ikke nødvendigvis er én-til-én sammenhæng mellem omkostninger og brugerbetaling, kan kommunernes netto-omkostninger (dvs. forskel mellem omkostninger og brugerbetaling) til ældrebespisningen være ét af elementerne i forbindelse med eksempelvis besparelser i kommunerne, enten i form af øget brugerbetaling eller krav til omkostningsreduktioner. Navnlig sidstnævnte kan indebære risici for rationaliseringer af driften, som kan gå ud over kvaliteten af maden og/eller kvaliteten af måltidssituationen, fx mulighederne for at spise sammen med andre i hyggelige omgivelser. Rationaliseringer af driften kan dog også føre til mere hensigtsmæssig tilrettelæggelse af produktionen, fx gennem ændret organisering, som ikke nødvendigvis går ud over kvaliteten, i det omfang sådanne muligheder ikke allerede er udtømte.

Der kan ligge en potentiel økonomisk/organisatorisk barriere i, at gevinsterne ved at udbyde ældremåltider af høj kvalitet ofte ikke tilfalder udbyderne af ældremåltiderne, og at disse udbyderes økonomiske incitamenter i forhold til kvaliteten er utilstrækkelige. Sammenholdt med, at ældrebespisningssektoren sandsynligvis vokser betydeligt de kommende år, er det derfor vigtigt at se på sådanne aspekter af de økonomiske og organisatoriske rammer og deres betydning for udbuddet af ældrebespisning.

3.2.2 Referencer

Beck A, Andersen UT, Leedo E, Jensen LL, Martins K, Quvang M, Rask KØ, Vedelspang A, Rønholt F. Does adding a dietician to the liaison team after discharge of geriatric patients improve nutritional outcome: a randomised controlled trial. Clin Rehab 2014; Dec 31. pii: 0269215514564700. [Epub ahead of print]

Beck A, Damkjær K, Simmons SF. The relationship between weight status and the need for health care assistance in nursing home residents. J Aging: Res Clin Pract 2012; 1: 173-8.

Beck A, Kjær S, Hansen BS, Storm RL, Thal-Jantzen K, Bitz C. Follow-up home visits with registered dieticians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge. A randomised controlled trial. Clin Rehab 2013; 27: 483-93

Beck A, Ovesen L. Body mass index, weight loss and energy intake of old Danish nursing home residents and home-care clients. Scand J Caring Sci 2002; 16: 86-90.

Beck A, Rasmussen AW, Ovesen L. Ernæringstilstanden hos ældre og yngre patienter indlagt på hospital. Ugeskr Læger 2000; 162: 3193-6

DTU Fødevareinstituttet og Servicestyrelsen. Projekt "Udvikling af et redskab til ernæringsvurdering og behandling af ældre". DTU Fødevareinstituttet og Servicestyrelsen 2011.

Landsdækkede database for Geriatri, årsrapport 2013

Landsdækkede database for Geriatri, årsrapport 2012

Kommunernes Landsforening. Faglige kvalitetsoplysninger om plejebolig http://www.kl.dk/Aktuelle-temaer/kvalitetsportalen/Faglige-kvalitetsoplysninger-om-plejeboliger/FKOplejeboliger/Systematisk-viden-om-aldres-ernaringstilstand/

Kommunernes Landsforening og Velfærdsministeriet (2008). Kortlægning af egenbetaling, produktionsomkostninger, organisering mv. af madserviceordninger efter §83 i serviceloven. (http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_28432/cf_202/Kortl-gning_af_madserviceomr-det.PDF)

Meijers JM, Tan F, Schols JM, Halfens RJ. Nutritional care; do process and structure indicators influence malnutrition prevalence over time? Clin Nutr 2014; 33: 459-65

Poulsen I, Rahm Hallberg I, Schroll M. Nutritional status and associated factors on geriatric admission. J Nutr Health Aging 2006; 10: 84-90

Socialministeriet. Undersøgelse af madservice. Muligheder og barrierer for en mere hensigtsmæssig indretning, juni 2006.

Socialstyrelsen. Cost-effectiveness studie af tværfaglig ernæringsindsats hos skrøbelige underernærede ældre. Socialstyrelsen 2014.

Socialstyrelsen. Faglige anbefalinger og beskrivelse af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab. Socialstyrelsen 2015 (i høring)

Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - overvægt. Sundhedsstyrelsen 2013

Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013. Sundhedsstyrelsen 2014

4 MÅLTIDETS KVALITET (MEAL QUALITY)

Dette kapitel består af tre afsnit. Det første afsnit beskriver de officielle anbefalinger for mad og drikke til ældre på plejehjem, i hjemmepleje og på hospital. Dernæst følger et afsnit om betydningen af henholdsvis de sensoriske ændringer og smagspræferencer for ældres indtag af mad og måltider. Det tredje afsnit omhandler de diæter som ældre på plejehjem, i hjemmepleje og på hospital tilbydes.

4.1 ANBEFALINGER FOR MAD OG DRIKKE TIL ÆLDRE PÅ PLEJEHJEM, HJEMMEPLEJE OG PÅ HOSPITAL

Det er vigtigt, at den kost, der tilbydes ældre i de tre forskellige settings (hjemme, på plejehjem og på hospital), tilpasses den enkelte ældre borgers behov og evne til at spise. Et tæt samarbejde mellem plejepersonale og køkken er således nødvendigt.

Der er udarbejdet officielle anbefalinger for den mad og drikke, som ældre i de tre settings bør tilbydes. De beskrives i "Anbefalinger for den danske institutionskost" (Pedersen & Ovesen 2009) og i den nationale kosthåndbog (www.kostforum.dk). Anbefalingerne gengives kort nedenfor.

4.1.1 Normalkost

Normalkost er beregnet til ældre med god appetit, der holder vægten. Den ældre borger, der får 0 point i Socialstyrelsens Ernæringsvurderingsskema EVS under "vurdering af ernæringstilstand", eller den ældre patient som får 0 point i Sundhedsstyrelsens metode til vurdering af ernæringsmæssig risiko , tilbydes derfor typisk normalkost (DTU og Socialstyrelsen 2012, Den nationale kosthåndbog).

4.1.2 Kost til småtspisende

Ved kost til småtspisende kommer ca. halvdelen af energien fra fedt. Kostformen består af tre små hovedmåltider og 3-5 mellemmåltider fordelt over dagen og er udviklet til at stimulere appetitten hos ældre og syge med nedsat lyst til at spise. Den ældre borger, der får 1 point eller 2 point i Socialstyrelsens Ernæringsvurderingsskema (EVS) under "vurdering af ernæringstilstand", eller den ældre patient som er i ernæringsmæssig risiko og får 3 point eller mere ifølge Sundhedsstyrelsens metode til vurdering af ernæringsmæssig risiko, skal derfor ofte tilbydes kost til småtspisende (eller tygge-/synkevenlig kost).

Det er særligt vigtigt at tilbyde energi- og proteinrige drikkevarer som mellemmåltider, da de fleste har lettest ved at drikke sig til energi, uden at det går ud over appetitten til hovedmåltiderne. Mellemmåltiderne skal bidrage med op til halvdelen af dagens energi, så det er meget vigtigt at sørge for, at den ældre får dem (DTU og Socialstyrelsen 2012, Den nationale kosthåndbog).

4.1.3 Tygge-/synkevenlig kost

Tygge-/synkevenlig kost er en særlig kostform til småtspisende med en blødere konsistens, der har en vigtig plads i en ekstra ernæringsindsats.

Tygge-/synkevenlig kost er ofte velegnet til ældre borgere samt patienter med tygge-/synkebesvær eller behov for hjælp til at spise pga. eksempelvis lammelse, demens, Parkinsons sygdom eller dårlig tandstatus.

Også ved denne kostform skal mellemmåltiderne bidrage med op til halvdelen af dagens energi, så det er væsentligt at sørge for, at den ældre får dem (DTU og Socialstyrelsen 2012).

4.1.4 Diæt

Diæter bruges som del af behandlingen af sygdomme og tilstande, eksempelvis diabetes, hjerte-karsygdom, svær overvægt og nyresygdom. Hos svage ældre mangler der dog dokumentation for en gavnlig effekt af de fleste diæter på sygdomsforløbet bortset fra ved nyresygdomme. Har den ældre en nyresygdom, bør der indledes et samarbejde med en klinisk diætist. Herudover bør ældre borgere i hjemmepleje, på plejehjem eller indlagt ikke sættes på diæt uden tæt samarbejde med en læge (DTU og Socialstyrelsen 2012).

4.1.5 Specifikt for plejehjem

Madservice til modtagere på plejehjem mv. består af en såkaldt døgn-forplejning eller en fuldkostforplejning, hvilket betegner en borgers behov for mad i løbet af et døgn. En døgnforplejning består typisk af seks måltider, heraf tre hovedmåltider (morgen, middag og aften) og tre mellemmåltider (formiddag, eftermiddag og sen aften). En døgnforplejning indeholder typisk drikkevarer som kaffe, te, mælk, juice, saft og vand, men indeholder almindeligvis ikke kapselvarer.

Borgeren har typisk mulighed for at fravælge hele eller dele af døgnforplejningen, såfremt denne af forskellige grunde ønsker det. Døgnforplejningen inddeles typisk i forskellige moduler, eksempelvis morgen-, middags- og aftenmodul, og borgeren har så mulighed for at fravælge enkelte moduler. Dog stiller nogle kommuner som betingelse, at såfremt en borger af helbredsmæssige årsager modtager en særlig ernæringsrig kost, skal borgeren modtage den fulde døgnforplejning (Deloitte 2009).

4.1.6 Specifikt for madudbringning

Maden bør som udgangspunkt leveres alle ugens syv dage. Hvis køkkenet kun leverer en hovedret, som det ofte er tilfældet, bør energiindholdet i hovedretten svare til minimum 30 % af energiindholdet i en hel dags menu, dvs. i praksis ofte ca. 2,7 MJ/dag. Energiprocentfordelingen i hovedretten skal

svare til energiprocentfordelingen i en hel dags menu (Pedersen og Ovesen, 2009).

4.1.7 Referencer

Deloitte. Betaling for madservice i plejeboliger mv. Deloitte, maj 2009

Den Nationale Kosthåndbog www.kostforum.dk

DTU Fødevareinstituttet og Socialstyrelsen. Vejledning til ernæringsvurdering af ældre. DTU Fødevareinstituttet og Socialstyrelsen, 2012

Pedersen A, Ovesen L (red.). Anbefalinger for den danske institutionskost. Fødevarestyrelsen 2009

4.2 SENSORISKE ÆNDRINGER OG SMAGSPRÆFERENCER

4.2.1 Derfor er det vigtigt

De fleste fødevarepræferencer samt generelle præferencer for sensoriske oplevelser i forbindelser med mad dannes i tidlig alder og er forholdsvis stabile gennem voksenlivet. Derimod er der indikationer på, at fødevarepræferencer ændrer sig igen ved høj alder (Dovey et al. 2008), men årsagerne hertil er endnu ikke kortlagt. Formentlig spiller flere faktorer ind, både i relation til ændringer i måltidstilbuddet, sansesorganernes funktioner (smag, lugte, høre, føle og se), samt hukommelsesvækkelse i relation til at huske at spise, sensoriske minder samt indlæring af nye sensoriske indtryk. Ændringer i livssituationen og personlig "well-being" samt depressive tilstande kan nedsætte appetitten og ændre fødevareaccepten.

En kritisk periode opstår, når den ældre mister muligheden for at styre sin egen madforsyning. Ældre, som ikke længere er i stand til at lave deres egen vante mad, må forventes at ændre deres madindtag, såfremt maden ikke tilberedes tilstrækkelig tæt på deres madpræferencer. Det er en stor udfordring for cateringen på plejehjem og hospital samt for madservice til hjemmelevering at forsyne den enkelte ældre med måltider, der er tilpasset dennes præferencer. Desuden udfordres køkkenpersonalet til at tænke "kundernes" ønsker og omsætte overvejelser om ernæring, velsmag og tilberedningsteknikker til produkter af relevant sensorisk kvalitet. Måltidet kan sagtens være kulinarisk højtstående set fra kokkens synsvinkel, men alligevel sensorisk ikke-attraktivt for "kunden".

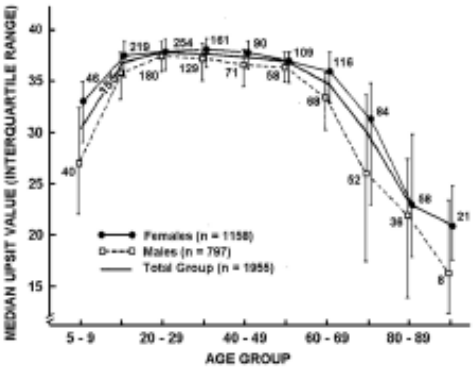
4.2.2 Sensoriske ændringer

Fødevareindtaget påvirkes af individets sensoriske følsomhed for især smage og teksturer. Nogle sensoriske indtryk stimulerer fødevareindtaget (sød smag, flydende konsistens, etc.), hvorimod andre smage (fx bitter og stærk) samt hårde teksturer dæmper lysten til at spise større mængder. Desuden har ens egen erfaring om produktets sensoriske aspekter og mætningsevne betydning for, hvor meget man ender med at spise.

Sanserne har central betydning for opfattelsen af madens kvalitet. Hos raske voksne er sanserne normalt meget stabile og dermed vigtige for at bestemme, om en fødevare eller et måltid også passer med ens forventninger. Svækkede sansefunktioner som konsekvens af aldring kan påvirke, hvor tilfreds man er med en bestemt fødevare eller et måltid. Høj overensstemmelse mellem kvalitetsforventninger og den efterfølgende sensorisk oplevede kvalitet er en væsentlig drivkraft for fødevareindtaget.

At sanserne svækkes med tiden er veldokumenteret. Især følsomhed og diskrimineringsevne for smag og lugt begynder at falde fra omkring 55-

årsalderen, gerne lidt langsommere for kvinder end for mænd (Figur 4.1). Dog med store individuelle forskelle, således at nogle mennesker bevarer smag- og lugtesans fuldstændigt selv i høj alder, mens andre relativt tidligt begynder med at miste deres smagsevner (Doty 2014). Svækkelse af lugtesansens følsomhed er også tæt knyttet til ændringer i hukommelsesfunktionen, som igen kan relateres til udviklingen af demensformer såsom Alzheimers sygdom. Lugtesansen påvirkes tidligere ved demens end de øvrige sanser og kan testes med specifikke dufttests (fx Doty 2003).



Figur 4.1. Reduktion i lugtesansens sensitivitet som funktion af alder (Doty 2014).

Lidelser i lugtesansen er meget almindelige, og 20% af befolkningen lider af en eller flere dysfunktioner. Tab af lugtesansen forstyrrer primært evnen til at nyde maden. De fleste personer kan godt håndtere denne indskrænkning af lugtesansen, men et mindretal får betydelige problemer og oplever et mærkbart fald i generel livskvalitet, ligesom de er mere sårbare for at udvikle depression (Croy et al. 2014).

Lugtesansen er central for mange kvalitative nuancer i smagsoplevelsen. Også selve smagssansen i munden påvirkes af aldringsprocesser. Smagsepitelet ændres hos ældre, akkurat som bearbejdning af smagssignaler til og i hjernen. Adskillige studier har påvist konsekvenser i form af nedsat følsomhed og diskrimineringsevnen for basissmage. Mindre spytproduktion under spisningen samt ændret spytsammensætning påvirker smagsfrigivelsen i munden. Lægemidler kan påvirke oplevelsen af duft og smag (Doty 2003). Der er endnu utilstrækkelig systematisk viden om, hvordan kombinationen af lægemidler og ændringer i ernæringstilstand påvirker smagsoplevelsen fra maden.

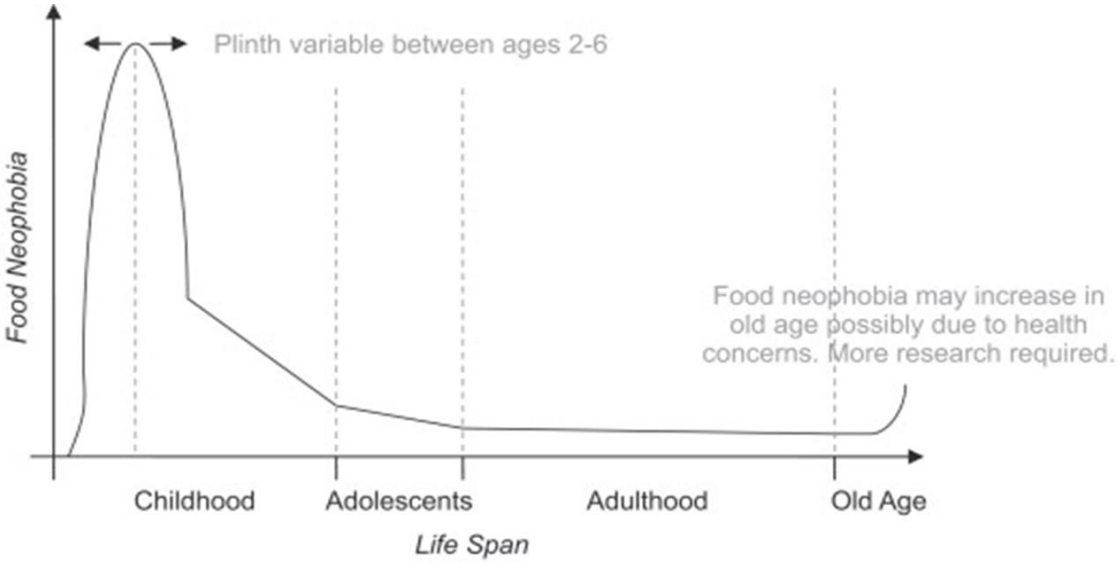
Litteraturen tegner et rimelig klart billede af, at der er relativt store individuelle forskelle på nedgangen i sansernes funktionsevne. Samtidigt påvirker kun relative store ændringer den ældres daglige rutiner og livssituation. I mange tilfælde er moderate ændringer i smags- og lugtesans ikke vigtige for kvalitetsoplevelser af maden, da de ikke i tilstrækkelig omfang påvirker fødevarepræferencer (Mojet et al. 2001; Mojet et al. 2003; Kremer et al. 2005; Kremer et al. 2007; Croy et al. 2014; Giacalone et al. 2015).

4.2.3 Fødevarepræferencer og lyst til at spise

Der findes en del viden omkring mekanismerne for dannelse af fødevarepræferencer og spisevaner, især hos børn og yngre voksne. Livet igennem er man i forskellige faser mere eller mindre følsom for at acceptere nye fødevarer (Figur 4.2). Især voksne har en meget stabil præference for de produkter, som de har lært at kunne spise, og er samtidig generelt åbne overfor nye produkter. Dette mønster ændres dog ved høj alder, når en større modvilje overfor nye fødevarer bliver fremtrædende (Dovey et al. 2008). Baggrunden herfor er endnu ikke afklaret, men kan muligvis forklares ud fra helbredsovervejelser, ændringer i ens madforsyning, samt en række psykologiske og sociale faktorer.

Mange fødevarepræferencer indlæres ved hyppige eksponeringer i forskellige spisesituationer, som er mere eller mindre tilfældige og knyttet til den lokale fødevarekultur man vokser op i. Disse præferencer er væsentlige for dannelsen af spisevaner, som det kræver endnu flere eksponeringer at etablere. Igennem adskillige eksponeringer lærer man at associere produkter med sanseoplevelser og at spise fødevarer i bestemte portioner. Det udfordrer den ældre, som fra at have været selvforsynende pludselig bliver afhængig af madforsyningen og skal tilpasse sig en ny hverdagskost. Der er utilstrækkelig systematisk viden om, hvor let den nye mad bliver accepteret, og hvordan det kan relateres til den ældres sundhedstilstand og well-being.

Ganske få undersøgelser har været rettet mod at kortlægge fødevarepræferencer og –vaner hos ældre. Det forventes, at ældre har bestemte mønstre i deres madpræferencer, som kan kortlægges og grupperes vha. segmenteringsanalyser. Modeller baseret på disse segmenteringsanalyser kan anvendes til at forudsige, hvordan måltider kan sammensættes for den enkelte person ud fra personens kendte præferencer og madvaner. Prædikative forbrugermodeller kendes fra forbrugeranalyser hos voksne, men har potentiale for at blive videre udviklet på ældreområdet. Nylige metoder er udviklet til at kortlægge madønsker og kræsenhed hos ældre (fx Maitre et al. 2014; Den Uijl et al. 2014), men andre af de metoder, som bruges til præferencemålinger og madfobier hos voksne, muligvis kan tilpasses og bruges hos ældre.



Figur 4.2. Udviklingen af fødevareaccept igennem livet (Dovey et al. 2008).

4.2.4 Officielle danske anbefalinger

Med henblik på at inddrage de ældres fødevarepræferencer i den kommunale madservice tages i et vist omfang hensyn til individuelle ønsker, når kosten skal sammensættes. DTU Fødevareinstituttet og Socialstyrelsen (2012) har udarbejdet en vejledning med redskaber til at vælge ernæringsrigtige kost til den enkelte ældre i hjemmepleje og på plejehjem. I denne vejledning indgår inspiration til at inddrage ældre i planlægningen af måltiderne og henvisning til materiale på Socialstyrelsens hjemmeside. Til dialogen med den ældre kan hentes inspiration i udgivelserne "Luk mig op – køleskab", "Luk mig op – køkkenskab" og "Når du skal tage på" (DTU Fødevareinstituttet og Socialstyrelsen. 2012). Fra politisk side er det besluttet, at ældre i hjemmepleje skal tilbydes et valg mellem mindst to madudbydere.

4.2.5 Flaskehalse

Den ældres ændrede madopfattelse kan få vigtige konsekvenser for fødevareindtag og ernæringsstatus. Der mangler stadigvæk tilstrækkelig viden om årsagerne til disse ændringer, og hvilke løsninger der kan stimulere kostindtaget. En række muligheder bør undersøges for at stimulere appetitten, fx kulinariske og velsmagende måltider, eller mad-nudging til at minde de ældre om deres spisetider.

En bedre forståelse af den ældres egen spiseglæde ved et udbragt måltid og ved de tilpassede valgmuligheder for selv at sammensætte måltidet er ønskelig for at kunne fremme kostindtaget.

Der findes en del viden om nedgang i sansernes funktion, men der mangler viden om, hvornår det begynder at betyde noget for livskvaliteten hos de meget gamle.

Der er uklarheder omkring betydningen af sensorisk hukommelse for fødevarevalg og livsglæde i høj alder, og hvad der kan gøres til at fremme livskvaliteten.

4.2.6 Her mangler vi viden

I Danmark foretages ikke en systematisk og metodologisk kortlægning af sensoriske ændringer hos ældre og deres madpræferencer. Der er et stor potentiale i at opnå viden herom fra kohortestudier og interventionsstudier, som kan danne basis for udvikling af testmetoder og bringe faglig viden i spil for kommunerne til at støtte måltidsudviklinger og måltidstilpasninger på plejehjem, i hjemmepleje og på hospital. Det er meget væsentligt, at fremtidens ældremad afstemmes så tæt som muligt til den enkeltes behov, spisemønster og præferencer. Som emner, hvor viden mangler, kan bl.a. nævnes:

- Dannelse af fødevareaccept og nye spisevaner hos ældre.
- Betydningen af ændret sensorisk hukommelse for fødevareaccept.
- Hvilke sensoriske faktorer i måltider og produkter fremmer appetit og madindtag.
- Grundlæggende præferencetyper, dvs. segmentering af ældre i madsegmenter.
- Systematisk viden om, hvordan kombinationer af lægemidler og ændringer i ernæringstilstand påvirker den ældres smagsoplevelse.
- Viden om præferencer og fødevarevaner hos fremtidige ældre.

4.2.7 Sådan kommer vi videre

Der er behov for forskning på bl.a. følgende områder:

- Kortlægning og segmentering af fødevarepræferencer hos ældre i hjemmepleje og på plejehjem, som kan danne et bedre "kundegrundlag" for udvikling i madservice og måltidsudlevering.
- Kortlægning af fødevarepræferencer fra en tidligere alder (55+), som kan blive retningsgivende for madservicen til den kommende generation af ældre.
- Bedre forstå de mekanismer (sensoriske faktorer, eksponering og hukommelse), der danner præferencer for nye fødevarer og produktkatagorier hos ældre, og udnytte dem til at skabe hurtigere accept og et stabilt fødevareindtag.

4.2.8 Referencer

Croy, I., Nordin, S., Hummel, T. Olfactory Disorders and Quality of Life - An Updated Review. Chemical Senses, 2014; 39: 185-194

Den Uijl, L.C., Jager, G., de Graaf, C., Waddel, J., Kremer, S. It is not just a meal, it is an emotional experience – A segmentation of older persons based on the emotions that they associate with mealtimes. Appetite, 2014; 83: 287-296

Doty, R. and Kamath, V. The influences of age on olfaction: a review. Frontiers in Psychology, 2014; 5: 1-20

Doty, R. L., Shaman, P., Applebaum, S. L., Giberson, R., Siksorski, L., & Rosenberg, L. Smell identification ability: changes with age. Science 1984; 226, 1441-1443

Dovey, T.M., Staples, P.A. , Gibson, E.L., Halford, J.C.G. Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: A review. Appetite, 2008; 50: 181-93

DTU og Socialstyrelsen. Vejledning til ernæringsvurdering af ældre. DTU og Socialstyrelsen 2012

Giacalone, D., Wendin, K., Kremer, S., Frøst, M.B., Bredie, W.L.P., Olsson, V., Otto, M.H., Skjoldborg, S., Lindberg, U., Risvik, E. Health and quality of life in an aging population - Food and beyond. Food Quality and Preference, 2015 (i trykning).

Handbook of Olfaction and Taste. Doty, R (ed.), CRC Press, 2003; 1176 p

Kremer, S., Mojet, J. O. S., Kroeze, J. H. Perception of texture and flavor in soups by elderly and young subjects. Journal of texture studies, 2005; 36, 255-272.

Kremer, S., Mojet, J., Kroeze, J. H. Differences in perception of sweet and savoury waffles between elderly and young subjects. Food Quality and Preference, 2007; 18, 106-116

Maitre, I., Van Wymelbeke, V., Amand, M., Vigneau, E, Issanchou, S., Sulmont-Rossé, C. Food pickiness in the elderly: Relationship with dependency and malnutrition. Food Quality and Preference, 2014; 32: 145-151

Mojet, J., Christ-Hazelhof, E., Heidema, J. Taste perception with age: generic or specific losses in threshold sensitivity to the five basic tastes?. Chemical Senses, 2001; 26, 845-860

Mojet, J., Heidema, J., Christ-Hazelhof, E. Taste perception with age: generic or specific losses in supra-threshold intensities of five taste qualities? Chemical Senses, 2003; 28, 397-413

4.3 DIÆTER TIL ÆLDRE I HJEMMEPLEJE, PÅ PLEJEHJEM OG PÅ HOSPITAL

4.3.1 Derfor er det vigtigt

Diæter med restriktioner i forhold til mad og måltider kan have negativ betydning for ernæringstilstand og livskvalitet. Det er derfor vigtigt, at diæter kun tilbydes på et evidensbaseret grundlag.

4.3.2 Anvendelsen af forskellige diæter

I hjemmepleje og på plejehjem
I en undersøgelse af beboere på 11 forskellige plejehjem i Danmark havde 10 % diabetes, 5 % havde hjerte-karsygdom, og 13 % have BMI over 29 (Beck & Damkjær 2007). Blandt de ældre med BMI over 29 var der en højere forekomst af livsstilssygdomme end blandt de øvrige, men også en bedre overlevelse og livskvalitet (Beck & Damkjær 2008). Af de tilgængelige data fremgår ikke, om beboere med livsstilssygdomme var på diæt.

Af rapporten "Måltidsservice på plejecentre" (Beck & Kofod 2003) fremgår hyppigheden af forskellige diæter produceret til ældre modtagere af måltidsservice på plejehjem og i hjemmepleje. Det samlede antal var 5.572 svarende til 15 % af den producerede mad. Langt de hyppigste diæter – udover skånekost – var diæter til brug ved overvægt, diabetes og hjerte-karsygdomme. 55 % af diæterne var en diabetesdiæt (knap 10 % af al produceret mad), 13 % var energireducerede diæter (2 % af al produceret mad), og 12 % var fedt- og/eller kolesterolreducerede diæter (knap 2 % af al produceret mad). Til sammenligning udgjorde kost til småtspisende 6 % af al produceret mad. Der foreligger så vidt vides ikke nyere data, men af forskellige madserviceudbyderes hjemmesider fremgår det, at diæterne stadig tilbydes.

På hospital
Der foreligger ikke oplysninger om anvendelsen af forskellige diæter til ældre indlagt på hospital.

4.3.3 Interventioner i forhold til anvendelse af diæter

På plejehjem
Der er ikke fundet systematiske gennemgange af evidensen for forskellige diæter. En oversigtsartikel vurderer bl.a. diæter ved overvægt, diabetes og hjerte-karsygdomme (Darmon et al. 2010). Om energireducerede diæter konkluderer forfatterne, at man bør undgå at iværksætte disse til ældre over 80 år pga. bekymring for det tab af muskelmasse, der ofte ledsager vægttabet. I forhold til type-2 diabetes identificeres et enkelt randomiseret

kontrolleret studie (Coulston et al. 1990). 18 beboere på knap 80 år på plejehjem med velbehandlet type-2 diabetes og BMI på ca. 25 fulgte en diabetesdiæt i 4 uger, derefter 8 uger med almindelig mad, og så atter 4 uger med diabetesdiæt. Deltagerne øgede energiindtaget i perioden med almindelig mad, primært fordi de spiste flere kager og søde sager. De var dog ikke småtspisende i forvejen. Kulhydratindtagelsen var 50 energiprocent i begge perioder, mens fedtindtagelsen steg fra 31 energiprocent til 35 energiprocent i perioden med almindelig kost. Der sås ingen forskel i vægt, blodsukker og kolesterol. Det fremgår ikke, hvad deltagerne syntes om ændringerne, herunder om de havde svært ved at acceptere, at det tidligere forbudte nu atter var tilladt. Der er tale om et lille studie med velbehandlede normalvægtige deltagere og en relativ lille ændring af kosten, så det er svært at konkludere om generaliserbarheden af resultaterne.

I forhold til fedt- og kolesterolmodificerede diæter er der angiveligt heller ingen evidens, og iværksættelsen af en diæt må baseres på en individuel vurdering. Som tilfældet er med overvægt og forhøjet blodtryk ses også her det omvendte paradoks, nemlig at ældre med høje værdier af total-kolesterol har bedre overlevelse (Petersen et al. 2010).

I hjemmepleje
Der er ikke identificeret interventionsstudier blandt ældre i hjemmepleje.

På hospital
I et svensk studie fik ældre patienter vejledning af klinisk diætist én gang lige før udskrivelsen samt en gang derefter (Persson et al. 2007). Fokus i interventionsgruppen var at øge indtagelsen af fedtholdige fødevarer. Samtidig fik deltagerne tilbudt et industrielt fremstillet ernæringspræparat. Der blev bl.a. målt kolesterolværdier undervejs. Der sås en positiv effekt på vægt og ADL, men ingen ændring i kolesterolværdierne efter 4 måneder. Desværre fremgår den resulterende kostsammensætning ikke.

4.3.4 Officielle danske anbefalinger

Af anbefalinger for den danske institutionskost fremgår følgende (citat fra Pedersen & Ovesen 2009):
"Patienter på diæt kan ligesom andre patienter være i ernæringsmæssig risiko, se afsnittet om Ernæring i klinikken. I sådanne tilfælde kan det blive nødvendigt at fravige diætprincipperne til fordel for genoprettelsen af en god ernæringstilstand. Hvis patienten er i ernæringsmæssig risiko, skal der i stedet tages udgangspunkt i Sygehuskost, eller Kost til småtspisende. Det gælder ligeledes for ældre i hjemmepleje og på plejehjem, hvor en eventuel risiko for underernæring træder foran diætkrævende sygdom. I alle tilfælde kan der med fordel samarbejdes med en klinisk diætist. Diæter med udgangspunkt i Normalkost bør kun anvendes til ernæringsmæssigt 'raske' personer, der indlægges på sygehus, flyttes på plejehjem eller modtager madudbringning."

4.3.5 Flaskehalse

Der er sjældent mulighed for at give den individuelle vurdering, som er nødvendig for at afgøre, om en ældre har gavn af en diæt

Har den ældre været på diæt i mange år, kan det være svært for vedkommende at forstå, at det pludselig er muligt at spise ad libitum.

4.3.6 Her mangler vi viden

Der er kun meget begrænset viden om effekten af diæter til ældre med kostrelaterede livsstilssygdomme i alle tre settings.

Der mangler nye data om forekomsten af livsstilssygdomme blandt skrøbelige ældre, samt om anvendelsen af de forskellige diæter.

Der mangler viden om, hvilken effekt kost til småtspisende har på blodsukker, kolesterolværdier m.v.

4.3.7 Sådan kommer vi videre

Forskning baseret på ovenstående om manglende viden.

4.3.8 Referencer

Abbott RA et al. Effectiveness of mealtime interventions on nutritional outcomes for the elderly living in residential care: A systematic review and meta-analysis. Ageing Research Reviews 2013; 12: 967– 981

Beck A, Kofod J. Måltidsservice på plejecentre. Fødevarerapport 2003; 04

Beck A, Damkjær K. Forebyggelse af tab af fysisk, mental og social funktionsevne ved fokus på ældres ernæringstilstand og risikofaktorer. DTU Rapport 2007

Beck A, Damkjær K. Optimal body mass index in a nursing home population. J Nutr Health Aging 2008; 12: 675-77

Coulston AM, Mandelbaum D, Reaven GM. Dietary management of nursing home residents with non-insulin-dependent diabetes mellitus. Am J Clin Nutr 1990; 51: 67-71

Darmon P et al. Restrictive diets in the elderly: Never say never again? Clin Nutr 2010; 29: 170–174

Pedersen A, Ovesen L (red). Anbefalinger for den danske institutionskost. Fødevarestyrelsen 2009

Persson M, Hytter-Landahl A, Brismar K, Cederholm T. Nutritional supplementation and dietary advice in geriatric patients at risk of malnutrition. Clin Nutr 2007; 26: 216-24

Petersen LK, Christensen K, Kragstrup J. Lipid-lowering treatment to the end? A review of observational studies and RCTs on cholesterol and mortality in 80+-year olds. Age Ageing 2010; 39: 674-80

5 MÅLTIDETS TILGÆNGELIGHED (MEAL ACCESS)

Dette kapitel består af tre afsnit, der alle fokuserer på faktorer af betydning for den ældres mulighed for overhovedet at få noget at spise. Det kan eksempelvis være vanskeligt, hvis man er afhængig af hjælp til at spise eller har problemer med at tygge og synke maden.

5.1 BEHOV FOR HJÆLP TIL AT SPISE I HJEMMEPLEJE, PLEJEBOLIG OG PÅ HOSPITAL

5.1.1 Derfor er det vigtigt

Når kræfterne ikke længere er så gode i arme og hænder, kan det give problemer med at spise og drikke. Det kan knibe med at åbne emballage, skrælle grøntsager, holde på kniv, gaffel, stegepande, kaffekoppens tynde hank, eller det tykke vandglas. Det kan blive svært at føre mad og drikke op til munden, eller den ældre kan være så længe om at spise, at maden bliver kold. Nogle ældre klarer ikke at lave mad selv, hvilket kan have negativ betydning for deres livsmestring. Andre får brug for at blive madet og da bliver det særlig vigtigt at sørge for en god måltidsoplevelse.

5.1.2 Betydningen af hjælp til at spise for indtaget af mad og drikke

I hjemmepleje og på plejehjem
Behov for hjælp til at spise er en af de risikofaktorer, der indgår i Socialstyrelsens Ernæringsvurderingsskema (EVS). Årsagen er, at der er fundet en tæt sammenhæng mellem behov for hjælp til at spise og øget risiko for både vægttab og død i løbet af henholdsvis en 6 og 12 måneders opfølgningsperiode for ældre på plejehjem (Beck 2015). I det nævnte studie havde knap hver tredje beboer behov for hjælp til at spise.

I Socialstyrelsens cost-effekt studie, hvor EVS blev benyttet, blev behov for hjælp til at spise – anretning, tilberedning, servering, spisning - markeret hos henholdsvis 16 %, 12 % og 44 % på de tre deltagende plejehjem (Socialstyrelsen 2014).

Det er uklart, hvad behovet for hjælp til at spise er blandt ældre danskere i hjemmeplejen. Ved brug af EVS i hjemmeplejen vil alle de borgere, der modtager madservice, dog score point i risikofaktoren "behov for hjælp til at spise". Erfaringerne fra det ovennævnte cost-effekt studie viser dog, at behov for hjælp til at spise sjældent var markeret for de ældre borgere (Socialstyrelsen 2014).

Rapporten "Måltidsservice på plejecentre" angiver, at muligheden for at få hjælp under måltidet er meget begrænset, idet der ofte kun er to personer til stede til at hjælpe samtlige beboere, herunder dem der skal mades (Beck & Kofod 2003). Madning er en tidskrævende proces, specielt når mere end én har brug herfor.

På hospital
I et tysk studie blandt geriatriske patienter angav 46 % af deltagerne at have problemer med at skære maden ud, mens 22 % havde behov for hjælp til at

spise. Udfordringen var, at problemet kun var dokumenteret af plejepersonalet for henholdsvis 34 % og 10 % (Volkert et al. 2010).

Se i øvrigt afsnit om henholdsvis demens og betydningen af de sociale rammer og spisemiljøet, hvor andre interventionsstudier er beskrevet.

5.1.3 Interventioner med hensyn til hjælp til at spise

På plejehjem

En systematisk litteratursøgning inkluderende meta-analyser om måltidsinterventioner blandt ældre på plejehjem identificerede seks studier (heraf to randomiserede kontrollerede) med fokus på at bistå med hjælp til spisning. I de fleste tilfælde som madning, men et enkelt studie tilbød også mellemmåltider i form af snacks (Abbott et al. 2013). I det ene randomiserede studie indsamledes informationer om deltagernes vægtændring, og her sås en positiv effekt af madning. I det andet randomiserede studie indsamledes informationer om deltagernes kostindtag, og her sås ligeledes en positiv effekt. Ingen studier fokuserede på at gøre det lettere for den ældre selv at spise, eksempelvis ved at tilpasse måltiderne til funktionsevnen eller inddrage forskellige hjælpemidler til spisning. Ingen studier anvendte patientrelevante effektmål.

Et skoping[1] review om, hvilke multidisciplinære indsatser der kan være aktuelle for at forbedre energiindtagelse m.v. hos ældre på plejehjem, identificerede studier med fokus på behovet for hjælp til spisning, herunder tilknytning af betalt personale og frivillige til at hjælpe med at nøde og spise, uddannelse med fokus på dette område, social interaktion og samtale ved måltidet, samt indsatser for at fremme den ældres egen spiseevne (Vucea et al. 2014). Der var sjældent tale om randomiserede kontrollerede studier, og effektmålene var meget forskellige. Reviewet kan ikke konkludere på effekten af de forskellige metoder.

I hjemmepleje

Der er ikke identificeret interventionsstudier blandt ældre i hjemmepleje.

På hospital

Et skoping review over "mad først-indsatser" til indlagte patienter identificerede 35 studier, hvoraf fem (heraf et enkelt randomiseret, kontrolleret blandt ældre patienter) fokuserede på behovet for hjælp til at spise (Cheung et al. 2013). Fire af de fem studier benyttede trænede frivillige til at bistå deltagerne, mens plejepersonalet i det femte var oplært. Der syntes at være positiv effekt på energiindtagelsen, som var det primært anvendte effektmål. Alle var dog korttidsstudier over få dage, og de frivillige bistod primært ved hovedmåltider på hverdage. Endvidere anvendtes en del tid på at oplære de frivillige inden start. Selve indsatsen vurderedes positivt af de

[1] Et skoping review giver et overordnet billede af et specifikt område med henblik på at identificere,hvor der kunne være behov for yderligere forskning. Et systematisk review er mere dybdegående. Skoping review, modsat systematiske review, vurderer ikke kvaliteten af den identificerede litteratur og medtager derfor også studier af en lavere kvalitet, eksempelvis ikke-randomiserede (Cheung et al. 2013).

frivillige. Ingen studier fokuserede på at gøre det lettere for patienterne selv at spise, fx ved at tilpasse måltiderne til funktionsevnen eller inddrage forskellige hjælpemidler til spisning.

5.1.4 Officielle danske anbefalinger

Behov for hjælp til at spise indgår som risikofaktorer i Socialstyrelsens Ernæringsvurderingsskema (EVS), dvs. at det anbefales at være opmærksom på og sætte ind overfor denne risikofaktor.

Socialstyrelsens idekatalog giver forslag til indsatser overfor behovet for hjælp til at spise (Servicestyrelsen 2009). Det samme gør Fødevarestyrelsens publikation "Uden mad og drikke", del 2 (Fødevarestyrelsen 2002).

5.1.5 Flaskehalse

Personalet bør være opmærksomme på et eventuelt behov for hjælp til at spise. Risikofaktoren indgår i EVS, men der kan være udfordringer i forhold til ældre modtagere af madservice.

Behov for hjælp til at spise indgår ikke i den metode, der anvendes til at vurdere indlagte patienters ernæringsmæssige risiko (Sundhedsstyrelsen 2008), og der kan være risiko for, at problemet derfor overses af plejepersonalet.

Selvom brug af frivillige bliver stadig mere udbredt, er det næppe løsningen på en systematisk indsats, bl.a. fordi det tager tid at oplære de frivillige inden start.

5.1.6 Her mangler vi viden

Studier blandt ældre på plejehjem med udgangspunkt i behovet for hjælp til at spise har ikke givet sikre konklusioner.

Der mangler generelt viden om, hvorvidt måltider tilpasset patienter, beboere og borgeres funktionsevne har en positiv effekt på patientrelevante effektmål.

5.1.7 Sådan kommer vi videre

Afsnittet ovenfor beskriver en række punkter, som kommende forskningsprojekter kan søge afdækket.

5.1.8 Referencer

Abbott RA et al. Effectiveness of mealtime interventions on nutritional outcomes for the elderly living in residential care: A systematic review and meta-analysis. Ageing Research Reviews 2013; 12: 967– 981

Beck A. Weight loss, mortality and associated potentially modifiable nutritional risk factors among nursing home residents – a Danish follow-up study. J Nutr Health Aging 2015; 19: 96-101

Beck A & Kofod J. Måltidsservice på plejecentre. Fødevarerapport 2003;04

Cheung G et al. Dietary, Food Service, and Mealtime Interventions to Promote Food Intake in Acute Care Adult Patients. J Nutrition Gerontol Geriatr 2013; 32: 175-212

Fødevarestyrelsen. Uden mad og drikke….del 2. Fødevarerapport 2002; 15

Servicestyrelsen. Idekatalog – ideer til gode måltider i plejeboliger og ældres eget hjem. Servicestyrelsen 2009

Socialstyrelsen. Cost-effektiveness studie af tværfaglig ernæringsindsats hos skrøbelige underernærede ældre. Socialstyrelsen 2014

Sundhedsstyrelsen. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Sundhedsstyrelsen 2008

Volkert D et al. Undiagnosed malnutrition and nutrition-related problems in geriatric patients. J Nutr Health Aging 2010; 14: 388-92

Vucea V et al. Interventions for improving mealtime experiences in long-term care. J Nutrition Gerontol Geriatr 2014; 33: 294-324

5.2 DYSFAGI HOS ÆLDRE I HJEMMEPLEJE, PÅ PLEJEHJEM OG PÅ HOSPITAL

5.2.1 Derfor er det vigtigt

Dysfagi omfatter problemer med fødeindtagelse, synkefunktion og/eller andre vanskeligheder med at spise og drikke, og ses ofte som følge af slagtilfælde, demens eller Parkinsons sygdom. Dysfagi gør det vanskeligt for ældre at tygge og synke almindelig mad. Madens konsistens er sjældent, hvad der passer bedst til den ældres tygge- og synkeevne, hvorfor det bliver svært at spise pænt. For at afhjælpe dette problem tilbydes mange ældre blendet mad med et lavt indhold af næringsstoffer samt et trist og ensformigt udseende, hvilket hverken fremmer appetit eller livskvalitet.

5.2.2 Betydningen af dysfagi for indtaget af mad og drikke

Alle tre settings
Rapporten "Temarapport om dysfagi – om faren ved fejlsynkning" (Patientombuddet 2012) fremhæver, at dysfagi er vidt udbredt blandt ældre på plejehjem generelt, således at op mod 90 % kan have problemer, især blandt ældre med senfølger efter slagtilfælde, Parkinsons sygdom eller demens. Dysfagi er associeret med høj morbiditet og mortalitet samt har store sociale og personlige omkostninger. Endvidere kan dysfagi resultere i manglende oral ernæring og dermed under- eller fejlernæring, dehydrering, fejlsynkning med heraf følgende lungebetændelse (aspirationspneumoni), samt kvælning.

Patientombuddet har til Dansk Patientsikkerhedsdatabase opgjort de rapporterede utilsigtede hændelser, hvor dysfagi har været en medvirkende faktor. I perioden januar 2011 til maj 2013 er der samlet rapporteret 121 sådanne utilsigtede hændelser, hvoraf 4 var dødelige, 14 blev klassificeret som alvorlige, og 103 hændelser havde fra moderat til ingen konsekvenser for patienten. Hændelserne er primært rapporteret fra kommuner og hospitaler (Bommersholdt 2013).

Hos en del ældre med dysfagi bliver tilstanden kronisk, så personen skal leve med den og ikke mindst den tygge-/synkevenlige kost i mange år, hvilket påvirker både ernæringstilstand og livskvalitet (Andersen et al. 2012).

I hjemmepleje og på plejehjem
Tygge- og synkeproblemer er en af de risikofaktorer, der indgår i Socialstyrelsens Ernæringsvurderingsskema (EVS). Der er fundet tæt sammenhæng mellem tygge- og synkeproblemer og øget risiko for vægttab. Og for synkeproblemers vedkommende også øget risiko for død blandt ældre på plejehjem i henholdsvis en 6 og 12 måneders opfølgningsperiode (Beck 2015).

Et europæisk studie blandt ældre i hjemmepleje, hvor også Danmark indgik, fandt en tæt sammenhæng mellem synkeproblemer og vægttab (Sørbye et al. 2008)

Som nævnt ovenfor kan op mod 90 % af ældre på plejehjem have problemer med dysfagi (Patientombuddet 2012). Til sammenligning finder en dansk undersøgelse blandt ældre beboere, at kun 10 % af beboerne har synkeproblemer ifølge plejepersonalets egne dokumentationer (Beck 2015). I Socialstyrelsens cost-effekt studie, hvor EVS benyttedes, blev tygge-/synkebesvær kun markeret hos henholdsvis 18 %, 12 % og 24 % i de tre deltagende plejeboliger (Socialstyrelsen 2014). En anden dansk undersøgelse dokumenterer, at kun 11 % af de ældre beboere tilbydes en eller anden form for tygge-/synkevenlig kost (Beck & Kofod 2003). Men som det også fremgår, er det en stor udfordring blot at erkende, at problemet er til stede.

Af de 11% der blev tilbudt tygge/synkevenlig kost, var de hyppigst tilbudte tygge-/synkevenlige kostformer hakket kost (8 %) og blendet kost (2 %), mens 1% fik noget andet (Beck & Kofod 2003). Rapporten "Færdigmad til pensionister" analyserede makronæringsstofsammensætningen af forskellige kostformer i 10 køkkener, der leverer og serverer mad til ældre på plejehjem og hjemmepleje (Hansen & Beck 2005). Hakket kost og blendet kost lever kun sjældent op til de officielle anbefalinger for energiindhold og fedtenergiprocent, og begge indeholder for lidt protein i dagskosten, og for lidt energi i mellemmåltiderne i forhold til det anbefalede. Konklusionen var, at maden med den nuværende sammensætning næppe medvirker til at forbedre ældres ernæringstilstand og dermed deres trivsel.

På hospital
Dokumentationen af patientens vanskeligheder med at spise ved udskrivelsen fra hospitalets apopleksiafsnit til primærsektoren er mangelfuld, hvilket kan få konsekvenser for det videre rehabiliteringsforløb. Der findes i dag ikke dokumentation for, at der sker en systematisk identifikation af vanskeligheder med at spise hos borgere med apopleksi (Zielke Schaarup et al. 2013).

5.2.3 Interventioner i forhold til dysfagi og indtaget af mad og drikke

På plejehjem
I august 2012 godkendte Center for Kliniske Retningslinjer en ny retningslinje for anbefalinger om modificeret kost og væske til voksne (Andersen et al. 2012). Baggrunden var, at der ikke kun i Danmark, men også internationalt, manglede evidens for guidelines for forskellige typer af modificeret kost og væske. Disse skal sikre personer med dysfagi sufficient ernæring og hydrering med lavest mulig risiko for fejlsynkning. Der gennemførtes en systematisk litteratursøgning for at besvare følgende spørgsmål:

- Hvilken evidens er der for, at man signifikant kan reducere aspiration hos voksne med øvre dysfagi ved anvendelse af modificeret kost og væske?

- Hvilken evidens er der for, at voksne med øvre dysfagi opnår signifikant bedre ernærings- og væskeindtag med modificeret kost og væske end med almindelig mad og drikke?
- Hvilken evidens er der for, at voksne med øvre dysfagi, der får modificeret kost og/eller væske, opnår en signifikant bedre ernæringstilstand (vægt og BMI) end ved almindelig mad og drikke?
- Hvilken evidens er der for, at voksne med øvre dysfagi, der får modificeret kost og/eller væske får signifikant færre aspirationspneumonier end med almindelig mad og drikke?

16 artikler blev omfattet i den kliniske retningslinje (10 randomiserede kontrollerede, 4 systematiske review og 2 kohortestudier). I mange var det uklart, hvilken mad og drikke deltagerne egentlig havde fået, så det var kun muligt at give specifik anbefaling vedrørende type af mad og væske til ældre på plejehjem for at forbedre ernæringsindtaget og ernæringstilstanden: Specielfremstillet og ernæringsberiget modificeret kost (blød og puré i form af timbaler) og væske (nektar-, honning- og budding-konsistens) plus valgmuligheder kan anbefales til ældre personer med kronisk dysfagi. Anbefalingen var baseret på et enkelt randomiseret studie, som var nedgraderet, fordi det ikke opfyldte en del af kriterierne ved kvalitetsvurderingen (Andersen et al. 2012). Det var ikke muligt at drage nogle konklusioner med hensyn til patientrelevant effektmål, i dette tilfælde aspirationspneumoni.

I hjemmepleje og på hospital
Der er ikke identificeret randomiserede kontrollerede studier.

5.2.4 Gode eksempler

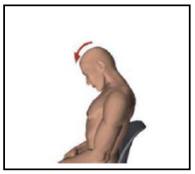
Københavns Kommune har i deres mad- og måltidspolitik "Appetit på livet" formuleret et mål om, at "der skal udvikles et koncept for konsistensjusteret mad; herunder vurdering af borgerens tygge-synke-funktion" (citat). Der er derfor igangsat et tværfagligt projekt, som kombinerer de pleje- og terapeutfaglige kompetencer, herunder vurdering af tygge-synke-evne, med de køkkenfaglige kompetencer, bl.a. modificering af konsistensen af mad og drikke, så den tilpasses den enkelte borgers behov. Et yderligere perspektiv på konsistensjusteret mad er at arbejde med madens sensoriske kvalitet, dvs. have fokus på, at også den konsistensjusterede mad tager sig indbydende ud samt smager og dufter godt (Diætisten 2013).

I Ålborg Kommune har man etableret et tværfagligt samarbejde om maden til ældre med dysfagi, der involverer visitation, hjemmepleje, diætist, ergoterapeut og Ålborg madservice, og der er iværksat efteruddannelse af forskellige faggrupper samt et tæt samarbejde med sygehuset (Diætisten 2013).

5.2.5 Officielle danske anbefalinger

Den kliniske retningslinje (Andersen et al. 2012) har formuleret følgende anbefalinger (figur 5.1):

Bilag 6 Evidensbaserede anbefalinger ift. personens stadie af dysfagi

Akut dysfagi	Kronisk dysfagi
Individuelle råd og løbende vejledning samt justering af modificeret væske og kost i samarbejde med klinisk diætist og ergoterapeut I undersøgelses- og træningssituationer kan fx benyttes konsistenstrappen fra Anbefalinger for den danske institutionskost (11)	Chin down procedure og tynde væsker Desuden selvvalgt kostkonsistens  Til ældre plejehjemsbeboere bør der være et tilbud om forskellige valgmuligheder af tygge-/synkevenlig kost i form af hhv. blød kost, purékost og gratinkost (se 11)

Figur 5.1

Tygge- og synkeproblemer er en af de risikofaktorer, der indgår i Socialstyrelsens Ernæringsvurderingsskema (EVS), dvs. at det anbefales at være opmærksom på denne risikofaktor og sætte ind herfor.

Der findes officielle danske anbefalinger for de forskellige typer af tygge-/synkevenlig kost. Disse er beskrevet i Anbefalinger for den danske institutionskost (Pedersen og Ovesen 2009) og i den nationale kosthåndbog (http://www.kostforum.dk/)

5.2.6 Flaskehalse

Det er vigtigt, at personalet er opmærksomt på risikoen for dysfagi for at kunne iværksætte en indsats. Risikofaktoren indgår i EVS, men det synes alligevel at være en udfordring at erkende problemet.

Dysfagi indgår ikke i den metode, der anvendes til at vurdere indlagte patienters ernæringsmæssige risiko (Sundhedsstyrelsen 2008), hvorfor der er risiko for, at personalet overser problemet.

Patientombuddet påpeger, at en af problemstillingerne er, at personalet ikke kan genkende og adskille de forskellige typer tygge-/synkevenlig kost (Patientombuddet 2012). I forbindelse med udarbejdelsen af den kliniske retningslinje for modificeret kost og væske til personer med dysfagi var det ligeledes meget vanskeligt at afdække, hvilken type tygge-/synkevenlig kost deltagerne egentlig fik i de enkelte studier. Problemet med at genkende og adskille de forskellige typer tygge-/synkevenlig kost er ikke kun et dansk

problem, og der er iværksat et internationalt initiativ med henblik på at opnå konsensus på området, se nærmere her http://iddsi.org/.

5.2.7 Her mangler vi viden

Der er meget begrænset viden om effekten af modificeret kost og væske til personer med dysfagi. Der mangler især viden om mulighederne for at optimere tilbuddet af de tygge-synkevenlige kostformer, når det gælder næringsstofsammensætning, smag, variation og udseende.

Keller har peget på en række relevante forsknings- og udviklingsmuligheder (Keller et al. 2012):
- Hvor udbredt er brugen af tygge-/synkevenlig kost i forskellige settings?
- Hvad er indikationerne for anvendelsen af tygge-/synkevenlige kostformer?
- Hvilke barrierer eksisterer der i forhold til anvendelsen af tygge-/synkevenlige kostformer?
- Kan ordination af en specifik tygge-/synkevenlig kost have en positiv effekt på ernæringstilstand og patientrelevante effektmål?
- Opfylder de anvendte opskrifter anbefalingerne for makronæringsstofsammensætning?
- Hvilke smagsmæssige oplevelser har størst betydning for personer med dysfagi?

5.2.8 Sådan kommer vi videre

Afsnittet ovenfor beskriver en række punkter, som kommende forskningsprojekter kan søge afdækket.

5.2.9 Referencer

Andersen UT et al. Klinisk retningslinje for modificeret kost og væske til voksne (≥18 år) personer med øvre dysfagi, Center for Kliniske Retningslinjer 2012. Publiceret i: Andersen UT, Beck A, Hansen T, Kjærsgaard A, Poulsen I. Systematic review and evidence based recommendations on texture modified foods and thickened fluids for adults (≥18 years) with oropharyngeal dysphagia. e-SPEN online June 2013

Beck A. Weight loss, mortality and associated potentially modifiable nutritional risk factors among nursing home residents – a Danish follow-up study. J Nutr Health Aging 2015; 19: 96-101

Beck A & Kofod J. Måltidsservice på plejecentre. Fødevarerapport 2003; 04

Bommersholdt ME. Utilsigtede hændelser giver brugbar viden om forebyggelse af fejlsynkning. Diætisten 2013; 125: 10-12

Diætisten. Temanummer om dysfagi. Diætisten oktober 2013

Hansen K & Beck A. Færdigmad til pensionister. Danmarks Fødevareforskning, marts 2005

Keller H, Chambers L, Niezgoda H, Duizer L. Issues associated with the use of modified texture foods. J Nutr Health Aging 2012; 16: 195-200

Patientombuddet. "Temarapport om dysfagi – om faren ved fejlsynkning". Patientombuddet, 2012

Pedersen A, Ovesen L (red.). Anbefalinger for den danske institutionskost. Fødevarestyrelsen 2009

Socialstyrelsen. Cost-effektiveness studie af tværfaglig ernæringsindsats hos skrøbelige underernærede ældre. Socialstyrelsen 2014

Sundhedsstyrelsen. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Sundhedsstyrelsen 2008

Sørbye LW, Schroll M, FinneSoveri H, Jonsson PV, Topinkova E, Ljunggren G, Bernabei R. Unintended weight loss in the elderly living at home: the aged in Home Care Project (AdHOC). J Nutr Health Aging. 2008; 12: 10-6

Zielke Schaarup S et al. Identifikation af vanskeligheder med at spise hos patienter/borgere (>65 år) efter apopleksi med henblik på at iværksætte en målrettet indsats. Center for Kliniske retningslinjer 2013

5.3 TYGGEPROBLEMER HOS ÆLDRE I HJEMMEPLEJE, PLEJEBOLIG OG PÅ HOSPITAL

5.3.1 Derfor er det vigtigt

Tab af tænder er ikke en naturlig del af alderdommen. Med den rigtige tandhygiejne kan man derfor bevare egne tænder hele livet. Dog mister mange enten alle tænder og har derfor protese, eller taber enkelte tænder. Tandproblemer gør det sværere at bide og tygge rigtigt. Tandtab kan desuden være årsag til, at den ældre ikke vil spise. Protesen kan give problemer, akkurat som utilstrækkelig mundhygiejne.

5.3.2 Tyggeproblemers betydning for indtag af mad og drikke

I hjemmepleje og på plejehjem
Der er høj forekomst af tandsygdomme hos ældre i hjemmepleje og på plejehjem og et udækket behov for hjælp til den daglige hjemmetandpleje. Blandt beboere på svenske plejecentre i 2009 havde 78 % behov for hjælp til mundpleje, men kun 7 % modtog den nødvendige hjælp (Hede et al. 2014). Det bekræftes af en dansk undersøgelse blandt ældre beboere, hvor - ifølge plejepersonalets dokumentationer - kun 20 % af beboerne havde tyggeproblemer, og kun 5 % havde problemer med mundhygiejne (Beck 2015). I Socialstyrelsens cost-effekt studie, hvor EVS blev brugt, blev tygge-/synkebesvær kun markeret hos henholdsvis 18 %, 12 % og 24 % på de tre deltagende plejehjem (Socialstyrelsen 2014). Her var kun 5 % af deltagerne fra hjemmepleje og plejebolig henvist til omsorgstandpleje.

Tandsygdomme og mangelfuld mundhygiejne medvirker ved udvikling af alvorlige almenlidelser hos ældre. Flere undersøgelser konkluderer, at dårlig mundstatus svækker svage ældres livskvalitet betydeligt (Hede et al. 2014).

Tygge- og synkeproblemer er en af risikofaktorerne i Socialstyrelsens Ernæringsvurderingsskema (EVS), fordi der er påvist nær sammenhæng mellem tygge- og synkeproblemer og øget risiko for vægttab blandt ældre på plejehjem i henholdsvis en 6 og 12 måneders opfølgningsperiode (Beck 2015).

I et europæisk studie blandt ældre i hjemmepleje, hvori Danmark indgik, var der klar sammenhæng mellem mundproblemer og vægttab (Sørbye et al. 2008).

I rapporten "Måltidsservice på plejecentre" var de hyppigst tilbudte tygge-/synkevenlige kostformer hakket kost (8 %) og blendet kost (2 %) (Beck & Kofod 2003). Rapporten "Færdigmad til pensionister" analyserede makronæringsstofsammensætningen af forskellige kostformer i 10 køkkener, der leverer og serverer mad til ældre på plejehjem og hjemmepleje (Hansen & Beck 2005). Hakket kost og blendet kost lever kun sjældent op til de officielle

anbefalinger for energiindhold og fedtenergiprocent, og begge indeholder for lidt protein i dagskosten samt for lidt energi i mellemmåltiderne i forhold til det anbefalede. Konklusionen var, at maden med den nuværende sammensætning næppe medvirker til at forbedre de ældres ernæringstilstand og hermed deres trivsel.

På hospital
En dansk undersøgelse blandt geriatriske patienter fandt klar sammenhæng mellem mundproblemer og dårlig ernæringstilstand (Poulsen et al. 2006).

5.3.3 Interventioner overfor dårlig tandstatus og indtag af mad og drikke

Alle tre settings
Der er også fra danske studier dokumentation for, at effektive mundplejeprogrammer kan forebygge mange lungebetændelser på plejecentre (Hede et al. 2014). I disse studier har fokus været på tandbørstning m.m., og der har således ikke været indsats i forhold til mad og måltider. Data om deltagernes kostindtag m.v. foreligger ikke, men nogle studier har fundet positiv effekt på forskellige ADL-funktioner, hvilket indikerer, at der også kan have været en positiv effekt på ernæringstilstanden

På plejehjem
I et studie omfattende i alt 121 danske beboere på plejehjem og med en varighed på 11 uger interveneredes på flere måder: Chokolade, energirige drikke, træning, og tandpleje 1-2 gange om ugen ved tandplejer. Studiet fandt positiv effekt på de ældres ernæringstilstand, muskelstyrke, balance og sociale funktionsevne (Beck et al. 2008; Beck et al. 2010). Der var dog problemer med kompliance til tandplejeindsatsen, især fordi beboerne ikke var klar, når tandplejeren kom, og der observeredes ikke færre plaks (Beck et al. 2009). Forekomsten af lungebetændelser indgik ikke som effektmål.

I hjemmepleje og på hospital
Der er ikke identificeret interventionsstudier blandt ældre i hjemmepleje eller indlagt på hospital.

5.3.4 Officielle danske anbefalinger

Tygge- og synkeproblemer indgår som risikofaktor i Socialstyrelsens Ernæringsvurderingsskema (EVS), dvs. at denne risikofaktor anbefales det at være opmærksom på og sætte ind overfor.

5.3.5 Flaskehalse

Ifølge de officielle anbefalinger skal man ved kost til småtspisende ikke spare på de søde sager, ligesom det er vigtigt at satse på mellemmåltider, ikke mindst de sene (Pedersen & Ovesen 2009). I praksis viser det sig, at netop tilbuddet om mellemmåltider i form af energirige drikkevarer er særdeles effektivt til at øge de ældres indtag af mad og drikke. Men i forsøget på at forbedre de ældres ernæringstilstand ved at servere en sukkerholdig godnatdrik forværrer man måske et andet stort problem, nemlig tandstatus (Kragelund & Beck 2004).

Langt færre end dem med behov herfor tilbydes omsorgstandpleje, ligesom der kan være barrierer hos personalet i forhold til at tilbyde mundhygiejne (Klebak 2014).

5.3.6 Her mangler vi viden

Der er god dokumentation for, at dårlig mund- og tandstatus har en negativ betydning for ernæringstilstanden. Det er også vist, at det er muligt at forbedre mund- og tandstatus ved en systematisk indsats af tandplejer og tandlæge. Der mangler dog studier, der har set på, om den forbedrede mund- og tandstatus så også resulterer i en bedre ernæringstilstand.

Desuden mangler der viden om mulighederne for at optimere tilbuddet af de tygge-synkevenlige kostformer, når det gælder næringsstofsammensætning, smag, variation og udseende.

Samt viden om effekten af at kombinere en indsats, der fokuserer på både mundhygiejne samt mad og måltider.

5.3.7 Sådan kommer vi videre

Afsnittet ovenfor beskriver en række punkter, som kommende forskningsprojekter kan søge afdækket.

5.3.8 Referencer

Beck A. Weight loss, mortality and associated potentially modifiable nutritional risk factors among nursing home residents – a Danish follow-up study. J Nutr Health Aging 2015; 19:96-101

Beck A, Damkjær K, Beyer N. Multifaceted nutritional intervention among nursing home residents has a positive influence on nutrition and function. Nutrition 2008; 24: 1073-80

Beck A, Damkjær, Sørbye LW. Physical and social functional abilities seem to be maintained by a multifaceted randomized controlled nutritional intervention among old (65+ y) Danish nursing home residents. Arch Gerontol Geriatr 2010; 50: 351-355

Beck A, Damkjær K, Tetens I. Lack of compliance of staff in an intervention study with focus on nutrition, exercise and oral care among old (65+ y) Danish nursing home residents. Aging Clin Exp Res 2009; 21: 143-9

Beck A & Kofod J. Måltidsservice på plejecentre. Fødevarerapport 2003; 04

Hansen K & Beck A. Færdigmad til pensionister. Danmarks Fødevareforskning, marts 2005

Hede B et al. Shared Oral Care – evaluering af et mundhygiejneprogram på fem plejecentre. Tandlægebladet 2014; 118: 980-986

Klebak A. Bedre mundhygiejne på plejecentre kan redde liv. Tandlægebladet 2014; 12: 1012

Kragelund I & Beck A. Et sødt smil. Sygeplejersken 2004; 22: 38-41

Pedersen A, Ovesen L (red.). Anbefalinger for den offentlige institutionskost. Fødevarestyrelsen 2009

Poulsen I et al. Nutritional status and associated factors on geriatric admission. J Nutr Health Ageing 2006; 10: 84-90

Socialstyrelsen. Cost-effektiveness studie af tværfaglig ernæringsindsats hos skrøbelige underernærede ældre. Socialstyrelsen 2014

Sørbye LW, Schroll M, FinneSoveri H, Jonsson PV, Topinkova E, Ljunggren G, Bernabei R. Unintended weight loss in the elderly living at home: the aged in Home Care Project (AdHOC). J Nutr Health Aging 2008; 12: 10-6

6 MÅLTIDSOPLEVELSE (MEALTIME EXPERIENCE)

Dette kapitel består af to afsnit, der begge omhandler forhold af betydning for måltidsoplevelsen. Dels et afsnit om nedsat appetit og dermed nedsat indtag af mad og drikke. Dels et afsnit om spisemiljøet og de sociale rammer.

6.1 NEDSAT APPETIT OG INDTAGELSE AF MAD OG DRIKKE HOS ÆLDRE PÅ PLEJEHJEM OG HJEMMEPLEJE

6.1.1 Derfor er det vigtigt

Med alderen bliver den fintmærkende appetitregulering mindre følsom, således at energiindtagelsen ikke automatisk tilpasses energibehovet. Dette viser sig ofte ved negativ energibalance førende til et vægttab, som har alvorlige konsekvenser for den ældres fysiske, psykiske og sociale funktionsevne, trivsel og livskvalitet. Konsekvenserne for den enkelte er alvorlige, ligesom dårlig ernæringsstilstand har store samfundsmæssige følger.

6.1.2 Viden om indtagelse af mad og drikke

Der indsamles ikke systematisk data om ældre beboere og klienters kostindtag, da disse grupper ikke omfattes af de landsdækkende DTU's kostundersøgelser. Det følgende baseres derfor på informationer indsamlet i forbindelse med forskellige forskningsprojekter.

I en ældre dansk undersøgelse lå energiindtagelsen hos henholdsvis ældre på plejehjem og i hjemmepleje over det estimerede behov med en beregnet PAL-værdi på 1,4-1,5. (PAL er et mål for det fysiske aktivitetsniveau). Alligevel var en del ældre deltagere undervægtige (Beck & Ovesen 2002).

I et nyere dansk studie blandt ældre på plejehjem lå energiindtagelsen lidt lavere med en beregnet PAL-værdi på 1,2 (Beck et al. 2008, Beck et al. 2010). I dette interventionsstudie øgede deltagerne i kontrolgruppen ikke deres energiindtag undervejs, men holdt vægten, hvilket afspejler, at energiindtaget var tilstrækkeligt. Også her var nogle deltagere dog undervægtige.

Ovenstående fund illustrerer formodentlig den udfordring, som mange ældre har med tilbagevendende perioder med nedsat energiindtag pga. forskellige ernæringsmæssige risikofaktorer, som ofte er sygdomsrelaterede, skyldes manglende appetitregulering etc. Efter en periode med nedsat energiindtagelse begynder de ikke automatisk at spise mere, modsat hvad der sker i yngre aldersgrupper (Ingerslev et al. 2002). Dermed når de kun langsomt eller slet ikke op på det oprindelige energiindtag, inden en ny periode med nedsat appetit indtræder.

6.1.3 Interventioner for at øge indtagelsen af mad og drikke

Dette afsnit har fokus på interventioner for at øge energiindtagelsen ved hjælp af mad og drikke, men ikke med appetitstimulerende midler eller andet.

Systematiske litteraturgennemgange over effekten af ernæringsintervention blandt ældre i dårlig ernæringstilstand baseres oftest på en intervention med industrielt fremstillede energi- og proteinrige drikke. Den største med 62 studier, herunder meta-analyser, er et Cochrane review om effekten af ernæringsindsats til ældre i eller i risiko for dårlig ernæringstilstand, herunder ældre på plejehjem og i hjemmepleje (Milne et al. 2009). Konklusionen var en positiv effekt på deltagernes vægt, og tendens til en positiv effekt på overlevelsen, mens der ikke påvistes effekt på fysisk og mental funktionsevne eller livskvalitet, primært pga. manglende data.

Samme konklusion drages i en nyere systematisk litteraturgennemgang med fokus på industrielt fremstillede energi- og proteinrige drikke (Cawood et al. 2012). Den seneste systematiske gennemgang fra det svenske SBU (Swedish Council on Health Technology Assessment), der kun rummer 10 studier pga. andre inklusionskriterier, konkluderer ligeledes, at der mangler dokumentation for en positiv effekt på patientrelevante effektmål (SBU 2014).

En systematisk litteraturgennemgang inddrog tre randomiserede kontrollerede studier, hvor der var foretaget en tilpasning af maden i form af henholdsvis tilbud om snacks og fritagelse for diæt (Abbott et al. 2013). Meta-analysen fandt ikke ændringer i deltagernes ernæringstilstand.

Under Socialstyrelsens udarbejdelse af "Faglige anbefalinger og beskrivelse af god ernæringspraksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab" gennemførtes en systematisk litteratursøgning for at identificere randomiserede kontrollerede studier over effekten på funktionsevne, bl.a. ældre udskrevet fra sygehus med eller uden en plan for genoptræning, ældre som visiteres til kommunal genoptræning, samt ældre i hjemmepleje og plejebolig (Socialstyrelsen 2015). Der identificeredes 15 studier blandt ældre på plejehjem og 8 studier blandt ældre i hjemmepleje.

To studier blandt ældre på plejehjem fokuserede på optimering af den tilbudte mad. I det ene fik beboere med BMI under 18,5 energirige måltider tilsat fløde m.m. og hjemmelavede energi- og proteinrige drikke gennem 12 uger til i alt 41 deltagere (Leslie et al. 2012). I interventionsgruppen sås en ikke-signifikant, men dog positiv vægtstigning. Patientrelevante effektmål vurderes ikke, men der syntes at være positiv effekt på overlevelsen (5 % vs. 26 % døde), hvad forfatterne dog ikke kommenterer på.

I det andet studie fik beboere i ernæringsmæssig risiko (Mini Nutritional Assessment (MNA) ≤ 23,5) energi- og proteinrige måltider og snacks tilsat fløde, proteinpulver m.m. i 12 uger (Smoliner et al. 2008). Blandt de 52 deltagere (22 i interventionsgruppen) var der efter 12 uger ingen forskel i indtagelsen og heller ingen forskel i vægt, livskvalitet og funktionsevne (ADL).

Ingen studier blandt ældre i hjemmepleje fokuserede på at optimere den tilbudte mad.

Se i øvrigt også afsnittet om henholdsvis demens og om fysisk funktionsevne, hvor andre interventionsstudier er beskrevet.

6.1.4 Gode eksempler

Figur 6.1 er fra Socialstyrelsen. National Handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen. 2013.

Ældrecenter Kastaniehaven

På Ældrecenter Kastaniehaven i Give har man erfaringer med at arbejde med mad, måltider og ernæring som del af den samlede indsats. Maden produceres i den enkelte boenhed med størst mulig inddragelse af beboerne. SOSU-personalet, som står for indkøb og madlavning, støttes både køkkenteknisk og ernæringsfagligt af den køkkenfaglige leder af dagcentrets café. Lederen af dagcentrets café har det overordnede ansvar for kvaliteten af menuerne og egenkontrollen. Ældrecentrets sygeplejerske sikrer, at der bliver udarbejdet handleplaner i forhold til beboere, der er i særlig ernæringsmæssig risiko. Dermed planlægges og tilberedes måltiderne med inddragelse af den ældre såvel som forskellige faggrupper.

Figur 6.1

6.1.5 Officielle danske anbefalinger

Der findes officielle danske anbefalinger for mad og drikke til ældre i hjemmepleje og på plejehjem. Disse er beskrevet i "Anbefalinger for den danske institutionskost" (Pedersen og Ovesen 2009) og i "Den nationale kosthåndbog" (http://www.kostforum.dk/).

Nedsat kostindtag er en risikofaktor i Socialstyrelsens Ernæringsvurderingsskema (EVS), som det anbefales at være opmærksom på og sætte ind overfor.

På vej er Socialstyrelsens "Faglige anbefalinger og beskrivelse af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab", hvor fokus bl.a. lægges på ernæringsindsatser til ældre i hjemmepleje og plejebolig (Socialstyrelsen 2015, i høring).

Sundhedsstyrelsens "Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring" beskriver, hvordan man tidligt kan blive opmærksom på ændringer i borgerens fysiske funktionsniveau og ernæringstilstand (Sundhedsstyrelsen 2013).

Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) varetager forskellige indsatser, der skal sikre henholdsvis øget information, tilgængelighed og lokal forankring af "Værktøjer til tidlig opsporing af uplanlagt vægttab" samt bedre samarbejde og kommunikation mellem almen praksis og kommuner. Arbejdet med dette værktøj vil kunne understøtte ernæringsindsatsen i henholdsvis hjemmepleje og plejebolig (Sundhedsstyrelsen 2013).

6.1.6 Flaskehalse

En flaskehals er, at en ernæringsindsats tager ekstra tid at screene de ældre, ligesom der skal bruges tid på uddannelse og bistand af klinisk diætist (NICE 2006). Den anvendte tid til selve indsatsen, fx servering af mellemmåltider og ernæringsdrikke, er dog minimal.

Socialstyrelsens cost-effekt studie har ligeledes regnet på den anvendte tid til den tværfaglige ernæringsindsats og ligeledes medtaget tid til screening, uddannelse, og bistand af klinisk diætist m.fl., men ikke til serveringen af mad og drikke m.v. (Socialstyrelsen 2014). Konklusionen var, at den ekstra tid var givet godt ud, idet den øgede livskvalitet hos de ældre deltagere betød, at indsatsen var cost-effektiv.

I en rundspørge foretaget i oktober 2013 til landets kommuner i forbindelse med udarbejdelsen af rapporten "Underernæring det skjulte samfundsproblem" svarede 65 af 98 adspurgte kommuner (Arla og Kost- og Ernæringsforbundet 2014). Kun 16 % af kommunerne prioriterer madens energitæthed, knap hver tredje har ikke en nedskrevet målsætning for maden til de ældre, knapt halvdelen følger de officielle anbefalinger for den danske institutionskost, 60 % foretager en systematisk ernæringsscreening, og 40 % har sikret muligheden for kost- og ernæringsvejledning.

6.1.7 Her mangler vi viden

Der mangler nyere viden om kostindtagelsen blandt ældre danske i hjemmepleje og på plejehjem.

Selvom der er gennemført mange interventionsstudier blandt ældre i dårlig ernæringstilstand, har de primært fokuseret på en indsat bestående af industrielt fremstillede energi- og proteinrige drikke, og der foreligger sjældent data om patientrelevante effektmål.

Der mangler viden om, hvorvidt optimering af maden til ældre på plejehjem og hjemmepleje kan have en positiv effekt på de ældres fysiske, psykiske og sociale funktionsevne, trivsel og livskvalitet samt på samfundsøkonomien.

6.1.8 Sådan kommer vi videre

Gennemførelse af studier baseret på ovenstående om manglede viden.

6.1.9 Referencer

Abbott RA et al. Effectiveness of mealtime interventions on nutritional outcomes for the elderly living in residential care: A systematic review and meta-analysis. Ageing Research Reviews 2013; 12: 967– 981

Arla og Kost- og Ernæringsforbundet. Underernæring – det skjulte samfundsproblem. Arla og Kost- og Ernæringsforbundet 2014 https://www.kost.dk/sites/default/files/uploads/public/underernaering-publikation.pdf

Beck A, Ovesen L. Body mass index, weight loss and energy intake of old Danish nursing home residents and home-care clients. Scand J Caring Sci 2002; 16: 86-90

Beck A, Damkjær K, Beyer N. Multifaceted nutritional intervention among nursing home residents has a positive influence on nutrition and function. Nutrition 2008; 24: 1073-80

Beck A, Damkjær, Sørbye LW. Physical and social functional abilities seem to be maintained by a multifaceted randomized controlled nutritional intervention among old (65+ y) Danish nursing home residents. Arch Gerontol Geriatr 2010; 50: 351-355

Cawood AL et al. Systematic review and meta-analysis of the effects of high protein oral nutritional supplements. Ageing Research Reviews 2012; 11: 278–296

Ingerslev J et al. Ernæring og aldring. Ernæringsrådet 2002

Leslie WS et al. Improving the dietary intake of under nourished older people in residential care homes using an energy-enriching food approach: a cluster randomized controlled study. J Hum Nutr Diet 2012; 26: 387–394

Milne et al. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD003288. DOI:10.1002/14651858.CD003288.pub3

NICE. Nutrition support in adults: oral supplements, enteral tube feeding and parenteral nutrition. Appendices 2006

Pedersen A, Ovesen L (red.). Anbefalinger for den danske institutionskost. Fødevarestyrelsen 2009

SBU. Kosttillägg för undernärda äldre. SBU november 2014

Smoliner C et al. Effects of food fortification on nutritional and functional status in frail elderly nursing home residents at risk of malnutrition. Nutrition 2008; 24: 1139–1144

Socialstyrelsen. National Handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen. Socialstyrelsen 2013

Socialstyrelsen. Cost-effektiveness studie af tværfaglig ernæringsindsats hos skrøbelige underernærede ældre. Socialstyrelsen 2014

Socialstyrelsen. Faglige anbefalinger og beskrivelse af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab Socialstyrelsen 2015. I høring

Sundhedsstyrelsen. Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring - sammenfatning af anbefalinger. Sundhedsstyrelsen 2013

6.2 DE SOCIALE RAMMER OG SPISEMILJØETS BETYDNING FOR LYSTEN TIL AT SPISE

Dette afsnit beskriver først de sociale rammer af måltidsoplevelsen og giver dernæst en beskrivelse af spisemiljøets betydning

Blandt de elementer, som overvejes i det følgende er, hvorvidt den ældres sanser og appetit vækkes og stimuleres, når der dufter af mad. Betydningen af, om spiselokalet er indrettet til at spise i, om man har fornemmelsen af at indtage måltidet i fællesskab med andre, om spisesituationen opfattes som behagelig for den enkelte, og hvad konsekvensen er af at få den nødvendige hjælp under måltidet.

6.2.1 Derfor er det vigtigt

Ældre mennesker trives bedre, når der sættes fokus på spisemiljøet og den sociale ramme i forbindelse med måltidet. Det gælder både et måltid i eget hjem, på plejehjem og i forbindelse med hospitalsindlæggelse.

Betingelserne for måltidets rammer er forskellige, alt efter om det drejer sig om et måltid for hjemmeboende ældre, ældre på plejehjem, eller ældre indlagt på hospital. Dels afhænger det af borgeren selv. Hvor selvhjulpen er vedkommende? Foregår måltidet hjemme hos en borger, der er alene og ensom? Foregår måltidet på plejehjemmet, hvor måltidet som udgangspunkt indtages sammen med andre, men hvor den ældre måske mere har lyst til at spise for sig selv? Foregår måltidet i en spiseklub for ældre? Spises maden i opholdsrummet eller i sengen på en hospitalsafdeling?

Uanset hvilken ramme måltidet indtages, så knytter de fleste mennesker måltidet til en social kontekst såsom at være sammen med ægtefælle, familie, venner eller kolleger. For ældre er det ikke anderledes, uanset om de indtager måltidet derhjemme, på et plejehjem, eller når de er indlagt. Erfaringer viser dog, at mange hjemmeboende spiser alene, at måltiderne på hospitalerne ikke bruges fokuseret i det helbredende arbejde, og at måltidet på plejehjem har fokus på alt muligt andet end at skabe en social ramme. Det kan få konsekvenser for de ældres sundhed og livskvalitet, at måltiderne ofte fungerer sådan, hvorfor det er vigtigt at vide, hvilke muligheder der ligger i at prioritere arbejdet med måltiderne på en anden måde.

6.2.2 Det betyder måltidets sociale ramme

Alle tre settings
Et studie (Kofod 2000) blandt brugere af offentlig kostforplejning i alle tre settings finder, at den væsentligste parameter for at opleve god måltidskvalitet er, at det sociale samvær følger brugernes ønsker. Det

forbedrer de ældres tilfredshed med menuerne og øger mængden af indtaget mad. Med andre ord er den sociale ramme her vigtigere, end hvad der lægges på tallerkenen.

De ældre lægger stor vægt på at sidde sammen med mennesker de kender, og som de selv har valgt at sidde sammen med. De ønsker ikke at sidde sammen med ældre, som spiser og drikker mindre pænt, fordi disse får mad og drikke med en anderledes konsistens i forhold til tygge- og synkefunktion, eller ikke får tilstrækkeligt med hjælp til spisningen (Fødevarestyrelsen 2002a). Det demonstrerer kompleksiteten i opfattelsen af et måltid, samt at det er en kompleks opgave at udvikle og gennemføre offentlige måltider.

Bevidstheden om ikke at spise pænt kan forringe ernæringstilstanden, og der er risiko for, at de omkringspisende mister appetitten. Tilsvarende er der behov for at fokusere på, at fysiske handicaps kan give ældre udfordringer med at spise og herved svække deres ernæringstilstand.

På plejehjem
På plejehjem kan ældre med demens, Parkinsons sygdom, slagtilfælde m.fl. have problemer med at kommunikere. Den ældre får derved sværere ved at deltage aktivt i det sociale fællesskab under måltiderne på plejehjem. Henvendelser fra andre vil ofte være begrænsede pga. den tilsyneladende manglende respons. Derfor føler ældre med sådanne lidelser sig nemt socialt isolerede. Nogle demente har perioder med forstyrrende adfærd såsom råben, overdreven mistænksomhed eller jalousi, vrangforestillinger og aggressivitet, som kan føre til social udstødning (Fødevarestyrelsen 2002b).

Den ældre kan opleve det som uværdigt ikke selv at kunne skære sin mad ud. I stedet for at bede om hjælp vælger nogle at spise alene.

Servering af mad og drikke med forkert konsistens kan resultere i, at den ældre med tygge- og synkeproblemer hober maden op i munden, savler, hoster, har smerter, spytter maden ud og kaster op. Resultatet er en dårlig måltidsoplevelse for både den ældre selv, samt for de øvrige vedkommnede sidder til bords med (Kofod 2000).

En dansk undersøgelse finder, at der blandt ældre på plejehjem med lav social tilknytning mellem beboerne indbyrdes var større andel af undervægtige (Beck, Ovesen 2003). Samtidig var der blandt de ældre, som havde valgt at spise alene, flere undervægtige, end blandt dem der spiste sammen med andre. Et interessant fund var, at de ældre, der havde valgt at spise alene, fungerede mentalt bedre end de øvrige beboere, og derfor måske netop af den grund ikke havde lyst til at spise sammen med mentalt dårligere fungerende beboere.

Social status og livshistorie har betydning for, hvem den ældre gerne vil sidde sammen med, og oplevelsen af måltidskvaliteten stiger, når beboeren kan sidde sammen med foretrukne medbeboere (Kofod 2000). Hvordan beboerne placeres ved måltidet er vigtigt, da ernæringstilstanden kan påvirkes negativt

af, at beboeren ikke bryder sig om det sociale samvær (Kofod, Birkemose 2004).

I et svensk studie gav beboerne klart udtryk for, at de ikke ønskede at sidde og spise sammen med andre for enhver pris. De var modvillige overfor at dele bord med beboere med forskellige spiseproblemer, hvilket plejepersonalet ellers anså for at være det bedste (Sidenvall et al. 1994).

Mange måltidsrelaterede konflikter kan løses tidligt, såfremt personalet har den fornødne opmærksomhed på betydningen af de sociale rammer (Kofod 2000, Beck et al. 2006). Rapporten "Fremtidens kost til ældre" (Beck & Kofod 2003) anbefalede derfor, at der i grunduddannelser og efteruddannelser af plejepersonalet sættes mere fokus på viden om, hvordan man skaber et samspil med beboere samt forebygger og løser konflikter, så de ikke belaster det sociale måltid (se også kapitlet om personalets kompetencer).

I hjemmepleje
Særligt for den enlige ældre kan tab af funktionsevne gøre det vanskeligt at opretholde et socialt netværk, herunder i forbindelse med måltider. Det kan få stor negativ betydning for den ældres appetit og dermed ernæringstilstand, idet et af de steder, hvor de sociale rammers betydning for oplevelsen af måltidskvalitet for alvor klinger igennem, er hos den enlige ældre modtager af madservice. Maden bliver ikke til et måltid, fordi det sociale samvær omkring maden helt mangler (Kofod 2000).

I forbindelse med projektet "Fremtidens kost til ældre" ønskede man at se nærmere på, hvorvidt enlige ældre i måltidsordning ændrede deres energiindtag, når de bl.a. blev tilbudt spisefællesskaber. Konkret var tanken, at hjemmehjælperen foruden at klargøre måltidet også spiste et mellemmåltid eller sin madpakke samt talte med den ældre under måltidet (Beck & Kofod 2003). Undersøgelsen blev imidlertid ikke gennemført, da der ikke kunne hverves nok deltagere. En potentiel deltager begrundede sit afslag med, at "jeg spiser grimt pga. lammelse i den ene arm".

Sidstnævnte årsag bekræftes af en svensk undersøgelse, hvor to ældre kvinder på en langtidsmedicinsk afdeling nægtede at deltage i de fælles måltider i spisestuen pga. svækkelse eller lammelse, idet de ikke følte at kunne leve op til egen standard for god bordskik (Sidenvall et al. 1994).

Der er forskellige mulige årsager til den ringe interesse i at deltage i forsøget. Bl.a. ønsker nogle borgere ikke at deltage i fælles måltider, fordi de pga. lammelser eller anden svækkelse ikke føler at leve op til egen standard for bordskik. Andre synes måske ikke, at hjemmehjælpen er attraktivt socialt selskab (Beck & Kofod 2003).

På hospital
Nogle ældre patienter har ikke mulighed for at tilvælge fællesskabet, fordi de er for dårlige til at komme ud af sengen eller stuen. Andre vil gerne fællesskabet, men har svært ved at finde ud af, hvem de kan "snakke fornuftigt med", fordi udskiftningen blandt patienterne er for stor. Andre

fravælger at spise sammen med andre, fordi de ikke har lyst til at blive identificeret med "de syge". En sidste gruppe fravælger fællesskabet, fordi de ikke føler sig friske og ikke kan lave op til normen om at spise pænt og socialisere (Kofod 2000).

6.2.3 Interventioner med hensyn til måltidets sociale rammer

På plejehjem

Et systematisk review med fokus på måltidsinterventioner til demente beboere på plejehjem fandt et enkelt kontrolleret interventionsstudie med fokus på de sociale rammer, der omfattede en gruppe beboere, som planlagde, tilberedte, spiste og ryddede op efter morgenmaden sammen, bistået af en ergoterapeut, hvilket forbedrede en række kognitive mål i forhold til kontrolgruppen (Whear R et al. 2014).

Et systematisk review identificerede et enkelt kontrolleret studie, hvor demente på et plejehjem spiste frokost sammen med plejepersonalet. Samtidig gjordes en indsats for at forbedre spisemiljøet. Det havde en positiv effekt på beboernes vægt efter tre måneder sammenlignet med beboere i en anden plejebolig (Abbott RA et al. 2013).

I hjemmepleje og på hospital

Der er ikke identificeret interventionsstudier med fokus på de sociale rammer.

6.2.4 Gode eksempler

Evalueringen af et projekt på Herlev Hospital viser, at måltidsværter fremmer småtspisende ældre patienters lyst til at spise (Lund LS. 2012). Måltidsværterne er personer med kendskab til mad og måltider, der indgår som understøttende personale for at give patienter lyst til at spise. Måltidsværterne har været med til at sikre øget fokus på den enkeltes kostindtag såvel som på måltidsoplevelsen. Endelig har de øget samarbejdet mellem det kostfaglige og øvrige personale samt reduceret madspild.

"Den nationale handleplan om måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen" beskriver, hvordan Ældre Sagen og Odense Kommune siden 2009 har samarbejdet om projektet Spisevenner målrettet modtagere af madservice i hjemmeplejen (Socialstyrelsen 2013). En spiseven fungerer ligesom en besøgsven, idet en frivillig fra Ældre Sagen spiser sammen med og holder den ældre med selskab. Ifølge de foreløbige erfaringer fremmer en frivillig spiseven både den ældres vægt, funktionsevne og humør. Blandt 25 ældre har 15 taget på i vægt, og heraf har de 10 opnået et højere funktionsniveau. Hver tredje deltager vurderer sin helbredsrelaterede livskvalitet som værende højere.

6.2.5 Spisemiljøets betydning

På plejehjem
Allerede i 2003 havde mange plejecentre fokus på optimering af spisemiljøet, ifølge en rapport baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt danske plejehjem (Beck & Kofod. 2003). Dog med plads til forbedring, for eksempelvis er bordene kun dækket inden spisningen på hvert fjerde plejehjem, og kun på en tredjedel uddeles der ikke medicin under spisningen. Disse forhold kan skabe uro og virke forstyrrende for de ældre beboere. Generelt er der ofte en livlig trafik af gående og kørestolsbrugere gennem spisesalen under måltidet samt en del støj fra selve spisningen.

I hjemmepleje
Der er ikke identificeret studier med fokus på spisemiljøet.

På hospital
I et studie fra Glostrup Hospital blandt ældre medicinske patienter blev der identificeret 11 temaer, som samlet påvirkede patienternes oplevelse af måltidet: Kommunikation, bestilling, klargøring af spisemiljø, rum, værtskab, nødning, afbrydelser, sociale rammer, organisering, mellemmåltider, mad.

Fx kunne der sagtens serveres gourmetretter eller skabes et nyt bestillingssystem, uden at det isoleret set forbedrede patientens samlede måltidsoplevelse. Bedre måltidsoplevelse som helhed kræver derfor, at man sætter ind over for mere end et enkelt tema (Glostrup Hospital 2012).

6.2.6 Interventioner med hensyn til spisemiljøet

Det følgende beskriver de fundne interventionsstudier.

På plejehjem
Et systematisk review identificerede tre randomiserede kontrollerede studier med fokus på spisemiljøet på plejehjem. I en meta-analyse fandt studierne ikke positiv effekt på de ældres energiindtag og vægt (Abbott et al. 2013).

Et studie fandt dog meget positive resultater på ernæringstilstand, fysisk funktionsevne og livskvalitet, når man i Holland søgte at efterligne typiske familiemåltider ved hjælp af fem elementer: Borddækning, madens servering, personalets rolle, borgerens rolle, samt måltidsrammer uden andre forstyrrende aktiviteter (Nijs et al. 2006).

I hjemmepleje
Der er ikke identificeret interventionsstudier med fokus på spisemiljøet blandt ældre i hjemmepleje.

På hospital

Et skoping review med fokus på måltidsinterventioner generelt på plejehjem og blandt ældre på langtidsmedicinske afdelinger omtaler et ældre svensk studie med et før-efter design, hvor ændring af spisestuen til 1940-indretningsstil forbedrede deltagernes energiindtag (Vucea et al. 2014).

Et skoping review om ernæringsindsatser til indlagte patienter, herunder effekten af såkaldte beskyttede måltider, fandt otte studier, men ingen var kontrollerede (Cheung et al. 2013). Studierne har ofte fokus på at undgå forstyrrelser under måltidet, hvilket har været vanskeligt at implementere i praksis i en del tilfælde. Når det lykkedes, tyder resultaterne på, at det har en positiv betydning for energiindtagelsen.

Se også kapitlet om demens, hvor forskellige interventioner i forhold til spisemiljøet beskrives for den målgruppe.

6.2.7 Gode eksempler

På Ålborg hospital har man sat fokus på spisemiljøet i forbindelse med projektet "MOORE" og i samarbejde med arkitekter gennemført forskellige forbedringer af patientspisestuerne. Indsatsen var en af mange indsatser, herunder implementering af ernæringsteams, og optimering af maden til patienterne. Patienterne var i gennemsnit 65 år gamle, og resultaterne baseret på før og efter målinger fandt bl.a. positiv effekt på energi- og proteinindtagelsen (Holst et al.2014).

6.2.8 Sammenfattende om spisemiljøets betydning

I forhold til de tre settings - egen bolig, plejehjem og hospital - har ovenstående undersøgelser og forskningsprojekter i relation til måltidssituationen primært haft personalet på plejehjem som fokusområde. Hospitalssettingen har modsat plejehjemssettingen mere midlertidig karakter, men alligevel er der paralleller mellem plejehjemsbeboernes og patienternes behov, som personalet kan facilitere. Det kan være behov for at blive skærmet og hjulpet i spisesituationen, et ønske om at spise sammen med andre, eller en forventning om at blive mødt af en ambassadør, såsom en måltidsvært som på Herlev Hospital. I forhold til hjemmeboende ældre er der ligeledes opmærksomhedspunkter omkring personalets rolle, idet den ældre kan have behov for hjælp til indkøb, madlavning og spisesituationen i eget hjem, samt for at fastholde færdigheder. Det uddybes i kapitlet om den ældres livsmestring.

Forskning og undersøgelser i forhold til plejehjemssettingen peger udover fællesskabet omkring måltidet på andre relevante sociale faktorer, som kræver opmærksomhed for at skabe bedre sociale rammer (Kofod 2000). Den viden kan formentlig i nogen grad overføres til hospitalssettingen.

Samlet set er der indikationer på at sociale rammer kan have betydning for ældres lyst til at spise i alle tre settings.

6.2.9 Officielle danske anbefalinger mht. spisemiljø og måltidets sociale rammer

Ovennævnte resultater er i vid udstrækning indarbejdet i Socialstyrelsens anbefalinger til kommuner og regioner, herunder "National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen" (Socialstyrelsen 2013). Socialstyrelsen har i projektet "God mad – godt liv" skabt praktiske redskaber i form af publikationer til at kvalitetsudvikle madområdet til hjemmeboende ældre og ældre på plejehjem.

"Idekatalog: Idéer til gode måltider - i plejeboliger og ældres eget hjem" (Servicestyrelsen 2009) sætter fokus på måltidets sociale betydninger, herunder at menuerne markerer identitet, og at de ældres ønsker om hvor og med hvem de gerne sidder sammen med skal respekteres. Ideerne er udviklet til inspiration på plejecentre og omhandler bl.a. fællesspisning, borddækning og servering, de fysiske rammer, mad og appetit, stemning omkring måltidet, samtalen under måltidet, og måltidets præsentation.

Specifikt for ældre i hjemmepleje beskriver Idekataloget, at udfordringen er anderledes. Det kan være svært at skabe rammer om et måltid hos de aleneboende ældre, som ofte mangler en social sammenhæng at indgå i. Derfor er det vigtigt at undersøge, hvorvidt den ældre ønsker at indgå i måltider sammen med andre, eller hvorvidt vedkommende ønsker at spise alene, og på den baggrund skabe de ønskede rammer for den enkelte.

Omkring de fysiske rammer beskriver Servicestyrelsen: "Rammerne omkring måltidet betyder meget for, hvor længe man har lyst til blive siddende ved bordet, og jo længere man sidder, desto mere spiser man. Derfor er det en god idé at afsætte en smule tid til grundlæggende at optimere de fysiske rammer, så de bliver hyggelige, bekvemme og intime at spise i. For at skabe lidt afveksling kan det være en god idé at skabe lidt forandring ind imellem, så beboerne får noget nyt at se på og tale om" (citat fra Idékatalog: Idéer til gode måltider - i plejeboliger og ældres eget hjem. Servicestyrelsen 2009).

Omkring samtalen under måltidet anfører Servicestyrelsen: "Et godt måltid mad er ofte forbundet med godt selskab og masser af snak, men som vi ældes, bliver det sværere for de fleste at følge helt med i en hurtig samtale mellem flere personer. Hvis beboerne dertil ikke kender så meget til hinanden pga. løbende udskiftning, kan det være svært for dem at spørge ind til hinanden og dermed indlede og vedligeholde en samtale. Derfor er det vigtigt, at plejepersonalet sørger for at indlede en fælles samtale, der inddrager alle beboerne. Dette kan gøres ved at have forberedt nogle gode samtaleemner inden måltidet eller ved at tage udgangspunkt i de enkelte personer omkring bordet." (citat fra Idékatalog: Idéer til gode måltider - i plejeboliger og ældres eget hjem. Servicestyrelsen 2009).

Måltidsbarometeret (Socialstyrelsen 2010) er et kvalitetsevalueringsværktøj til at skabe overblik over de lokale forudsætninger for at levere gode måltider til ældre samt give indblik i, hvor det er muligt at styrke kvaliteten. Måltidsbarometeret kan give den kommunale forvaltning, køkkener, plejecentre og hjemmeplejedistrikter status på den kvalitet, hvormed de i fællesskab leverer måltider til de ældre borgere, samt anbefale yderligere tiltag til at styrke kvaliteten ved at sætte fokus på hele processen fra madens produktion til selve måltidet.

6.2.10 Flaskehalse

På plejehjemmene i en hollandsk undersøgelse efterlignedes "familiemåltidet" som middel til at sikre de bedst mulige rammer (Nijs et al. 2006). Men er man hjemmeboende ældre modtager af madservice, er familiemåltidet ikke længere indenfor rækkevidde. Der mangler en naturlig social ramme at lade måltidet indgå i. Kofod 2000 peger på, at hjemmeboende ældre ikke opfatter det at få madservice og spise alene som et "rigtigt måltid". Samtidig er de ernæringsmæssigt mere udsat pga. nedsat appetit. "Det at spise hænger på en skrøbelig vane" (Kofod, 2000). De hjemmeboende ældre, der spiser med på plejecentret en eller flere gange om ugen, oplever derimod et betydningsfuldt fællesskab omkring måltidet.

Udfordringen er, at mange ældre modtagere af madservice fortsat er eller bliver underernærede. Flaskehalsene kan være:

- Personalet er i praksis ikke klædt godt nok på til opgaven med at sikre spisemiljøet og de sociale rammer. I et feltstudie omkring måltidet på plejehjem overværedes 60 måltider (Kofod, 2012). Observationer og interviews viste, at måltidet ikke opfyldte beboernes behov, og at personalet var frustreret over ikke at kunne inddrage beboerne i en samtale. En udfordring er, at plejehjemsbeboerne har ændret sig, bl.a. med flere demente, hvilket kræver noget andet af personalet end tidligere. "Måltidet er en pædagogisk øvelse, som de ikke er klædt særligt godt på til." (Holm-Petersen, 2012).

- Der mangler forståelse for måltidets vigtighed set i relation til resten af plejen samt de forebyggende og rehabiliterende perspektiver. Som konsekvens heraf prioriteres måltidet ikke på det enkelte plejehjem, i hjemmeplejen og på hospitalet. Et eksempel herpå er, når hjemmeboende ældre borgere i Faaborg-Midtfyn Kommune får vakuumpakkede smørrebrød til en uge af gangen. Ifølge Socialudvalgsformanden Herdis Hanghøj "var det et spørgsmål om at skære, hvor det gjorde mindst ondt, og frede den direkte pleje og omsorg, så der fx ikke bliver længere imellem rengøring og hjælp til bad" (Johansen, Morgenavisen Jyllandsposten, 5. oktober 2014).

6.2.11 Her mangler vi viden

De fundne studier med spisemiljøet som fokus er ikke overbevisende, og der er behov for yderligere forskning. Der er enkelte forsigtige indikationer på, at spisemiljøet kan have indflydelse på spiseadfærden. Som hjemmeboende ældre kan det være en udfordring selv at sørge for gode fysiske rammer i forhold til måltidssituationen. Spørgsmålet er også, hvor meget ekstra fokus på de fysiske rammer kan ændre spiseadfærden i den ældres egen bolig, hvor man har sine egne rutiner og traditioner. I de to andre settings på plejehjem og hospitalet kan der gøres meget for at sikre optimale fysiske rammer omkring måltidet.

Der er meget lidt dokumentation fra randomiserede kontrollerede studier om betydningen af de sociale rammer og spisemiljøet, og den eksisterende dokumentation stammer fra studier på plejehjem. De systematiske litteraturgennemgange har dog identificeret en række ikke-kontrollerede studier, der peger på, at eksempelvis spiselokalets indretning, dufte, farver, musik, serveringsmåde m.fl. har indflydelse på, hvor meget den ældre spiser. Det giver inspiration til fremtidige studier på området. For at sikre øget offentligt fokus på måltidets sociale og fysiske rammer kan man sætte ind flere steder:

- Mere systematisk, gerne dansk, forskning i, hvilken effekt måltidet, herunder de fysiske og sociale rammer, har på ældres trivsel, både hjemmeboende, på plejehjem og under indlæggelse.

- Hvor mange plejehjem, hjemmeplejer og hospitaler arbejder ud fra Socialstyrelsens inspirationsmateriale? Hvilken effekt har det?

- Mere systematisk viden om, hvorvidt disse tiltag fra Socialstyrelsen virker i praksis og bidrager til borgerens trivsel, samt om der direkte kan måles en effekt.

- Hvad måltidets rammer betyder for vægtudvikling, medicinforbrug mm. i alle tre settings.

6.2.12 Sådan kommer vi videre

- Opstille forskningsprojekter sammen med kommunerne for at demonstrere, hvad en indsats på måltidsværtskabet betyder for ældres livskvalitet og ernæring. Forskningsprojekterne bør sikres en høj grad af forskningsmæssig tværfaglighed, så hele kompleksiteten i måltidet belyses.

- Understøtte den kommunale implementering af Socialstyrelsens "God mad – godt liv" samt støtte supplerende forskning.

- Udvikle økonomiske beregninger på, hvad besparelsen bliver ved at prioritere måltidet som en del af plejen i hjemmeplejen, på plejehjem og hospital.

- Afdække ideelle samarbejdsformer, ansvars- og arbejdsdeling mellem plejepersonale og køkkenfagligt personale i forhold til spisemiljøet.

6.2.13 Referencer

Abbott RA et al. Effectiveness of mealtime interventions on nutritional outcomes for the elderly living in residential care: A systematic review and meta-analysis. Ageing Research Reviews 2013; 12: 967– 981

Beck A, Ovesen L,. Influence of social engagement and dining location on nutritional intake and body mass index of old nursing home residents. J Nutr Elder 2003; 22: 1-11

Beck A, et al. Anbefalinger for udvikling af Den attraktive måltidsservice til ældre. Danmarks Fødevareforskning, 2006

Beck & Kofod. Fremtidens kost til ældre. Fødevarerapport 2003; 03

Beck & Kofod. Måltidsservice på plejecentre. Fødevarerapport 2003

Cheung G et al. Dietary, Food Service, and Mealtime Interventions to Promote Food Intake in Acute Care Adult Patients. Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics 2013; 32: 175-212

Fødevarestyrelsen Uden mad og drikke…del 1. Fødevarerapport 2002; 14 (2002a)

Fødevarestyrelsen. Uden mad og drikke…del 2. Fødevarerapport 2002; 15 (2002b)

Glostrup Hospital. Projekt Måltidsoplevelser: Forbedring af ældre småtspisende patienters måltidsoplevelse på Glostrup Hospital. Glostrup Hospital 2012

Holm-Petersen K,. Har du brug for at komme på toilettet, kære? Socialforskning 2012; 4

Holst M et al. Multi-modal intervention improved oral intake in hospitalized patients. A one year follow-up study. Clin Nutr 2014; May 10. pii: S0261-5614(14)00132-0

Johansen M, Gaardmand NG. "Velbekomme morfar" Indblik. Morgenavisen Jyllandsposten, 5. oktober 2014

Kofod J, Birkemose A. Meals in nursing homes. Scand J Caring Sci 2004; 18: 128-34

Kofod J. Du er dem du spiser sammen med – et brugerperspektiv på den offentlige måltidsservice. Fødevarerapport 2000; 09

Lund LS. Projekt: Måltidsværter. Herlev Hospital, Region Hovedstaden 2012

Måltidsbarometeret (www.maltidsbarometeret.dk)

Nijs K, et al. "Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial." BMJ 2006; 332: 1180-1184

Servicestyrelsen. Idekatalog: Ideer til gode måltider. i plejboliger og ældres eget hjem. Servicestyrelsen 2009

Sidenvall B, Fjellstrom C. The meal situation in geriatric care-intentions and experiences. J Adv Nurs 1994; 20: 613-621

Socialstyrelsen. Introduktion til måltidsbarometeret, Et redskab til vurdering af kvaliteten af måltidssituationer for ældre borgere og med anbefalinger til forbedringer. Socialstyrelsen 2010

Socialstyrelsen. National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen. Socialstyrelsen 2013

Vucea V et al. Interventions for improving mealtime experiences in long-term care. J Nutrition Gerontol Geriatr 2014;33:294-324

Whear R et al. Effectiveness of Mealtime Interventions on Behavior Symptoms of People With Dementia Living in Care Homes: A Systematic Review. JAMDA 2014; 15: 185-193

7 BORGEREN (RESIDENT)

Kapitlets fire afsnit omhandler madens indflydelse på den fysiske funktionsevne samt betydningen af henholdsvis demens, hospitalsindlæggelse og livsmestring for fødeindtagelsen.

7.1 MADENS BETYDNING FOR FYSISK FUNKTIONSEVNE HOS ÆLDRE PÅ PLEJEHJEM OG I HJEMMEPLEJE

7.1.1 Derfor er det vigtigt

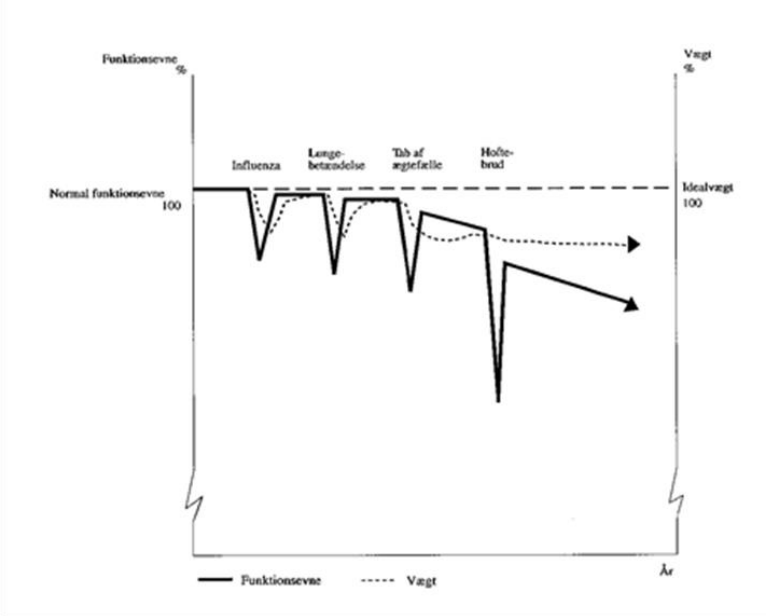
Ældre borgere ønsker at fortsætte med de aktiviteter, der har betydning for dem. Mange almindelige daglige begivenheder såsom at gå på trapper, rejse sig fra eller sætte sig på en stol, eller gå omkring indendørs, kræver en vis muskelstyrke. Almindelige og nødvendige funktioner i det daglige, som ikke giver anledning til besvær hos yngre, kan kræve mobilisering af hele muskelstyrken hos ældre. Afhængighed af andres hjælp pga. nedsat funktionsevne frygtes af mange ældre og kan svække selvstændighedsfølelsen. En god ernæringstilstand er med til at vedligeholde fysisk funktionsevne og nedsætte behovet for hjælp.

7.1.2 Mad og drikkes betydning for den fysiske funktionsevne

I hjemmepleje og på plejehjem
Ikke-planlagt vægttab og tab af muskelmasse og muskelstyrke følges tæt ad, og vægttab øger derfor risikoen for nedsat funktionsevne, fysisk aktivitet og formåen. Et fald i fysisk funktionsevne ses allerede efter et ganske lille uplanlagt årligt vægttab i størrelsesordenen 1 % (figur 7.1).

Vægttabet øger behovet for hjælp til almindelige dagligdags færdigheder. Ældre borgere i henholdsvis plejebolig og i hjemmepleje, der er i dårlig ernæringstilstand, har brug for mere hjælp til almindelig daglig levevis (ADL) end ældre borgere i god ernæringstilstand. I en dansk undersøgelse, der fulgte 450 ældre beboere på plejehjem gennem et år, havde beboere, som tabte i vægt uanset dets størrelse, brug for mere hjælp af plejepersonalet til forskellige dele af ADL sammenlignet med beboere, der holdt vægten (Beck et al. 2012). I et svensk studie var plejetyngden, målt på en skala fra 1-7 (7 er tungest), i gennemsnit 2 hos borgere i beskyttet bolig i god ernæringstilstand, men 5 hos borgere i dårlig ernæringstilstand (Olin et al. 2005). Et tilsvarende norsk studie fandt, at borgere i hjemmepleje, der tabte i vægt, fik 1,5 gange flere besøg af hjemmepleje og hjemmesygepleje, end borgere som ikke tabte i vægt (Sørbye et al. 2008).

En væsentlig udfordring er, at den ældre ofte ikke når at genvinde sin vægt og funktionsevne, før der indtræffer en ny periode med nedsat appetit som følge af forskellige risikofaktorer, jf. figur 7.1 (Ingerslev et al. 2002).



Figur 7.1. Eksempel på samspillet mellem sygdom, social begivenhed og vægt-/funktionstab (fra Ingerslev et al. Ernæring og aldring. Ernæringsrådet 2002).

7.1.3 Interventioner til at forbedre indtaget af mad og drikke samt fysisk funktionsevne

Alle tre settings
En systematisk litteratursøgning omkring forekomsten og effekten af interventioner på sarkopeni finder en generel høj forekomst af sarkopeni blandt ældre – især på plejehjem - og at fysisk træning synes at have positiv effekt, men det er vanskeligt at vurdere, om en samtidig ernæringsindsats giver yderligere effekt (Cruz-Jentoft et al. 2014). Et af de medtagne interventionsstudier har benyttet klinisk diætist, men ingen studier har haft specifik fokus på at optimere den tilbudte mad.

En systematisk litteratursøgning, som inkluderer flere meta-analyser, har afdækket, om proteinsupplement (primært som valle eller kasein) bidrager positivt til effekten af træning (Cermak et al. 2012). Det synes at være tilfældet for raske "yngre-ældre" (>50-72 år), men der mangler studier blandt skrøbelige "ældre-ældre". Ingen af de medtagne interventionsstudier har benyttet sig af at optimere selve maden.

I hjemmepleje og på plejehjem
I forbindelse med Socialstyrelsens arbejde med at udarbejde anbefalinger for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab er der gennemført en systematisk litteratursøgning for at identificere randomiserede, kontrollerede studier blandt forskellige grupper af ældre, hvor effekten på funktionsevnen er blevet vurderet (Socialstyrelsen 2015). Målgruppen var bl.a. ældre udskrevet

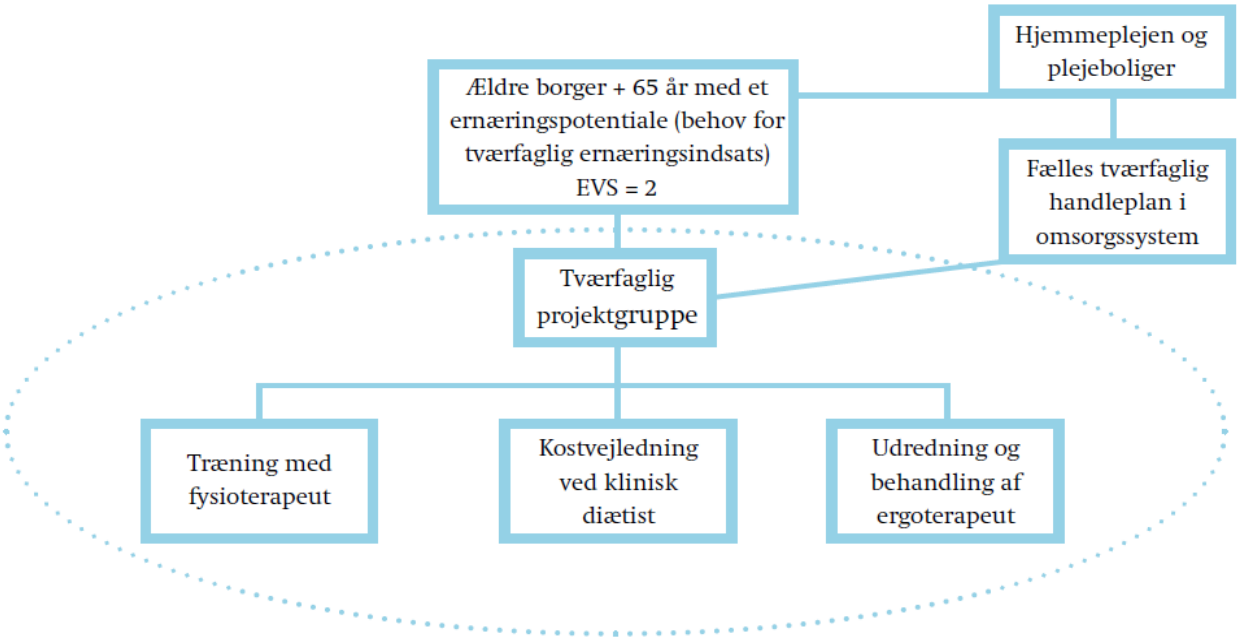
fra hospital med eller uden en plan for genoptræning, ældre visiteret til kommunal genoptræning, samt ældre i hjemmepleje og på plejehjem. Kun enkelte af de identificerede studier blandt ældre i hjemmepleje og på plejehjem har benyttet en multidisciplinær indsats, der har omfattet en optimering af den tilbudte mad.

Det første studie omfattede 121 beboere på danske plejehjem og varede 11 uger (Beck et al. 2008; Beck et al. 2010). Interventionen bestod af følgende:

- 25 g chokolade pr. dag
- 450 ml varm chokolade pr. uge
- 600 ml hjemmelavet energi- og proteinrig drik pr. uge
- Tygge- og synkevenlig kost
- Holdtræning (moderat intensitet) 45-60 min. 2 gange om ugen ved fysioterapeut
- 150 ml træningsdrik (kakaomælk og piskefløde) 2 gange om ugen efter træning
- Tandpleje 1-2 gange om ugen ved tandplejer

Interventionen havde positiv effekt på de ældre beboeres ernæringstilstand, styrke, balance og sociale funktionsevne.

Det andet studie omfattede 95 danske ældre fra plejehjem eller hjemmepleje med 2 point i Ernæringsvurderingsskemaet (Socialstyrelsen. EVS) og varede 11 uger. Inden studiets start gennemgik udpegede nøglepersoner en kompetenceudvikling. Formålet var at afdække, om interventionsgruppen opnåede forbedret livskvalitet, funktionsevne og ernæringstilstand, og om indsatsen dermed var økonomisk rentabel. Den undersøgte metode var en ny model for tværfaglig ernæringsintervention, uafhængig af en indledende visitation, havde tilknyttet en klinisk diætist, og formaliserede det tværfaglige samarbejde mellem klinisk diætist, ergoterapeut og fysioterapeut, se figur 7.2 (Socialstyrelsen 2014).



Figur 7.2. Ny model for tværfaglig ernæringsintervention. Indsatsen går via de forskellige faggrupper tilknyttet studiet. Den stiplede linje symboliserer, at der er et løbende tværfagligt samarbejde angående hver enkelt borger mellem de forskellige tilbud (Socialstyrelsen 2014).

Den nye model for ernæringsintervention udviste særdeles god kompliance, og resultaterne viste at:

- Interventionsgruppen opnåede positiv effekt af indsatsen på deres fysiske funktionsevne.
- Interventionsgruppen fra hjemmeplejen opnåede positiv effekt på deres livskvalitet.
- Vægtøgning hang tæt sammen med øgning i livskvalitet.

De økonomiske analyser viser, at ernæringsinterventionen var omkostningseffektiv og dermed klart acceptabel som en ny intervention (Socialstyrelsen 2014).

En målrettet rehabiliteringsindsats overfor skrøbelige ældre forventes at forbedre funktionsevnen, og rehabilitering er derfor de senere år blevet udbredt på ældreområdet. Der er i satspuljeaftalen (2012-2013) afsat midler til at arbejde med at kvalificere, dokumentere og udbrede en rehabiliteringsmodel i kommunerne med fokus på social, fysisk og psykisk funktionsevne på baggrund af den aktuelt bedste viden. I forlængelse heraf har Socialstyrelsen gennemført en systematisk litteraturgennemgang, der afdækker evidensen for effekten af rehabilitering for ældre med nedsat funktionsevne. Desværre har ernæring ikke været blandt de anvendte

søgekriterier, og det er derfor ikke muligt at konkludere om betydningen heraf for rehabiliteringsindsatsen (Socialstyrelsen 2013a).

7.1.4 Gode eksempler

Figur 7.3 er fra Socialstyrelsen. National Handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen. 2013 og fra Kbh. Kommune. Der kan læses mere om madklippekortet her http://www.kk.dk/da/borger/omsorgogsaerligstoette/hjemmehjaelp/mad-og-maaltider-til-aeldre

■ Det Gode Køkken – Holstebro Kommune

I Holstebros kommunale centralkøkken – Det Gode Køkken – arbejder de med at imødekomme ældres ønsker til mad, måltider og ernæring. Alle ældre, der er tilknyttet hjemmeplejen og modtager madservice, får et besøg fra Det Gode Køkken med henblik på, at støtte den ældre i at tilberede sine egne måltider, så vidt det er muligt. Det er kommunens økonomaer, der tager ud til borgeren. I samarbejde med borgeren beskrives dennes ernæringstilstand, behov og ønsker. Herefter tilrettelægges tilbuddene i menukataloget ud fra bevidstheden om, at ældre i hjemmeplejen ofte ikke har mulighed for selv at købe ind. Det vil sige, at tilbuddene dækker alle dagens behov. SOSU-personalet kommer desuden på besøg i køkkenerne og får mulighed for at smage på maden og høre om, hvordan den bør håndteres i hverdagen. På den måde får plejepersonalet mere kendskab til, hvad de serverer for borgeren. Støtte til tilberedning af egne måltider er en del af hverdagsrehabilitering.

MADKLIPPEKORT

- informationspjece til dig der gerne vil have madklippekort

Figur 7.3

7.1.5 Officielle danske anbefalinger

"National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen" beskriver, at ernæringsindsatsen skal indtænkes i det forebyggende og rehabiliterende arbejde, som det fremgår af følgende citat (Socialstyrelsen 2013c):

"Da en stor del af de ældre i hjemmeplejen og plejeboligen mv. som nævnt er underernærede, har de gavn af en ernæringsscreening og efterfølgende ernæringsindsats, der kan hjælpe til, at den ældre bevarer eller genvinder sin funktionsevne og livskvalitet. Det er vigtigt at indtænke ernæringsindsatsen i det forebyggende og rehabiliterende arbejde, da det kan have betydning for borgerens livskvalitet og evne til i højere grad at være mere selvhjulpen. Med den store fokus på fysisk træning i forbindelse med rehabiliteringsindsatser på ældreområdet og med viden om, at sammensætningen af næringsstoffer har betydning for, at muskelmassen genopbygges og bevares, er det væsentligt at have fokus på mad, ernæring og måltider i relation til forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Når muskelmassen genopbygges øges den fysiske funktionsevne. Meget tyder derfor på, at man kan opnå gavnlig effekt ved at tænke ernæringsindsatser ind i rehabiliteringsindsatser. Herudover tyder meget som nævnt på, at den største effekt opnås ved en tværfaglig ernæringsindsats, dvs. en indsats, hvor der fx også er fokus på træning, spisemiljø, sociale rammer og tandstatus. Dette har en virkning for selv meget skrøbelige beboere. DTU Fødevareinstituttet anbefaler, at deltagelse i madlavning med fordel bør bruges til at vedligeholde færdigheder."

På vej er desuden "Faglige anbefalinger og beskrivelse af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab" fra Socialstyrelsen, hvor fokus bl.a. er på ernæringsindsatser til ældre med tab af fysisk funktionsevne (Socialstyrelsen 2015) (er aktuelt i høring).

7.1.6 Flaskehalse

Studiet med de 121 plejehjemsbeboere viste, at kompliance til de iværksatte indsatser var god under forudsætning af, at indsatsen blev tilbudt til de ældre. Hyppigste årsag til manglende kompliance var således, at plejepersonalet ikke tilbød chokolade, hjemmelavede energidrikke og proteinrige drikke til interventionsgruppen trods aftale herom (Beck et al. 2009). Variationen var dog stor mellem de syv deltagende plejehjem, hvilket kan skyldes forskellige interesseniveauer for ernæring.

Studiet fra Socialstyrelsen med ældre borgere, der modtog madservice, afdækkede i den indledende fase problemer med det eksisterende madservicetilbud, der fra den private leverandør var fastlagt i forhold til gældende kravspecifikation og kvalitetsstandard for madservice, hvorfor det ikke var muligt at optimere madservicetilbuddet (Socialstyrelsen 2014). Det var en uforudset barriere i studiet, men afspejler den virkelige verdens udfordringer. Det kan være relevant for andre kommuner, der ønsker at

optimere madservicetilbuddet, at vide, at ændringer kan forudsætte nye kravspecifikationer.

Ifølge forskellige lovgivninger er kommunerne forpligtet til:

- At tilbyde et korterevarende rehabiliteringsforløb, før man vurderer borgerens behov for hjemmehjælp. Tilbuddet gives, hvis man vurderer, at et sådant forløb kan forbedre borgerens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjemmehjælp.
- At tilbyde borgere med nedsat funktionsevne genoptræning for at opnå samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne. Kommunerne har ansvaret for al genoptræning, der ikke foregår under indlæggelse på sygehus.
- At tilbyde borgere vedligeholdelsestræning, dvs. målrettet træning for at forhindre tab af funktionsevne og for at fastholde sine hidtidige færdigheder.

Af disse lovgivninger fremgår imidlertid ikke, at rehabiliterings- og træningsindsatsen skal kombineres med en ernæringsindsats.

I forbindelse med ovennævnte satspuljeaftale (2012-2013) har Socialstyrelsen kortlagt kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet. Heraf fremgår, at kun få kommuner har tænkt madens optimering med i rehabiliteringsindsatsen (Socialstyrelsen 2013b).

7.1.7 Her mangler vi viden

Der mangler en systematisk gennemgang af, hvad optimering af mad og måltider betyder for rehabiliteringsforløbet. Som det fremgår ovenfor, er der gennemført en række interventionsstudier for at forbedre både funktionsevne og ernæringstilstand. Selvom kun få har fokuseret på optimeringen af mad og måltider, så kan de give inspiration til fremtidige studier på området.

I forlængelse af indsatserne ved rehabiliteringsforløb kan det være relevant at tænke madservice ind. Eksempelvis undersøge, om madservice kan understøtte kommunernes arbejde med rehabilitering inden for ældreområdet. det kunne fx være ved at levere komponenter til dagens måltider til borgere i hjemmepleje, således at måltidets tilberedning indgår i rehabiliteringen, og at ydelsen ernæring bliver en ydelse, som borgeren i samarbejde med medarbejdere kan træne (Socialstyrelsen 2014b).

Af rapporten fra Socialstyrelsen fremgår, at "det som opfølgning ville være relevant at lave en Mini-MTV (medicinsk teknologivurdering), som er et godt redskab som udgangspunkt for beslutningstagen blandt ledelse og politikere i kommunerne. For at kunne lave en Mini-MTV kræves der viden om teknologien, borgernes oplevelse, organisering af indsatsen og økonomi. Fra det aktuelle CES-studie er der viden om teknologien (dvs. en nye model for ernæringsintervention), borgeraspekt (dvs. den gode kompliance til den nye model) og økonomi. Med hensyn til organiseringen af ernæringsindsatsen

syntes en model med udpegning og kompetenceudvikling af ernæringsnøglepersoner på plejehjem også velegnet. I forhold til at gøre tilsvarende for hjemmeplejen så mangler der her fortsat viden om, hvordan en optimal organisering af ernæringsindsatsen ser ud. Endvidere - selvom resultaterne tyder på at den nye model for ernæringsintervention er effektiv, så har deltagerantallet været relativt lavt, og der er fortsat så vidt det vides kun lavet meget få studier af effekten af en ernæringsindsats blandt ældre i hjemmepleje". (Citat fra Socialstyrelsen 2014).

7.1.8 Sådan kommer vi videre

Afsnittet ovenfor beskriver en række punkter, som kommende forskningsprojekter kan søge afdækket.

7.1.9 Referencer

Beck A, Damkjær K, Beyer N. Multifaceted nutritional intervention among nursing home residents has a positive influence on nutrition and function. Nutrition 2008; 24: 1073-80

Beck A, Damkjær K, Simmons SF. The relationship between weight status and the need for health care assistance in nursing home residents. J Aging: Res Clin Pract 2012; 2: 173-8

Beck A, Damkjær, Sørbye LW. Physical and social functional abilities seem to be maintained by a multifaceted randomized controlled nutritional intervention among old (65+ y) Danish nursing home residents. Arch Gerontol Geriatr 2010; 50: 351-355

Beck A, Damkjær K, Tetens I. Lack of compliance of staff in an intervention study with focus on nutrition, exercise and oral care among old (65+ y) Danish nursing home residents. Aging Clin Exp Res 2009; 21:143-9

Cermak NM et al. Protein supplementation augments the adaptive response of skeletal muscle to resistance-type exercise training: a meta-analysis. Am J Clin Nutr 2012; 96: 1454–64

Cruz-Jentoft AJ et al. Prevalence of and interventions for sarcopenia in ageing adults: a systematic review. Report of the International Sarcopenia Initiative (EWGSOP and IWGS). Age Aging 2014; 43: 748–759

Ingerslev J et al. Ernæring og aldring. Ernæringsrådet 2002

Olin AÖ, Koochek A, Ljungqvist O, Cederholm T. Nutritional status, well-being and functional ability in frail elderly service flat residents. Eur J Clin Nutr 2005; 59: 263-70

Socialstyrelsen. Evidensen for effekten af rehabilitering for ældre med nedsat funktionsevne. Socialstyrelsen, juni 2013 (Socialstyrelsen 2013a)

Socialstyrelsen. Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet. Socialstyrelsen maj 2013 (Socialstyrelsen 2013b)

Socialstyrelsen. National Handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen. Socialstyrelsen 2013 (Socialstyrelsen 2013c)

Socialstyrelsen. Cost-effektiveness studie af tværfaglig ernæringsindsats hos skrøbelige underernærede ældre. Socialstyrelsen 2014

Socialstyrelsen. Faglige anbefalinger og beskrivelse af god ernæringspraksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab; Socialstyrelsen 2015; januar, i høring (Socialstyrelsen 2015)

Socialstyrelsen. EVS. http://www.socialstyrelsen.dk/aeldre/forebyggelse-og-sundhed/mad-og-maltider-1/ernaeringsscreening

Sørbye LW, Schroll M, FinneSoveri H, Jonsson PV, Topinkova E, Ljunggren G, Bernabei R. Unintended weight loss in the elderly living at home: the aged in Home Care Project (AdHOC). J Nutr Health Aging 2008; 12:10-6

7.2 DEMENS HOS ÆLDRE PÅ PLEJEHJEM, I HJEMMEPLEJE OG PÅ HOSPITAL

7.2.1 Derfor er det vigtigt

Den ældre med demens kan udvikle modvilje mod at spise, som dels har alvorlig betydning for ernæringstilstanden, dels kan have negativ indflydelse på dennes samt medspiseres måltidsoplevelse.

Ud over demens øger en række andre kroniske sygdomme for dårlig ernæringstilstand hos ældre, herunder depression, Parkinsons sygdom, slagtilfælde, kræft, kronisk obstruktiv lungesygdom, kronisk hjertesygdom, leddegigt, mave-tarm problemer og osteoporose. De ernæringsmæssige problemstillinger i forhold til disse tilstande beskrives ikke her, og der henvises til Fødevarestyrelsens publikation "Uden mad og drikke" del 2 fra 2002 (Fødevarestyrelsen 2002).

7.2.2 Betydningen af demens for indtag af mad og måltider

Alle tre settings
Vægttab er særdeles udbredt blandt ældre demente. Ofte starter vægttabet allerede inden diagnosen og forværres, mens sygdommen udvikler sig. Konsekvenserne er ligeså alvorlige som ved andre tilstande (ADI 2014). Problemet forværres af, at der ved fremskreden sygdom opstår uvilje mod at spise både som direkte og indirekte påvirkning.

Den indirekte påvirkning af spisningen kan vise sig ved reflektorisk modstand mod at spise og drikke, så den demente holder hænderne for munden, skubber mad og drikke væk, ikke vil have hjælp m.m. Apraksi med manglende evne til at bruge bestik, skære maden ud osv. er en anden indirekte påvirkning. Apraksi viser sig også ved, at den demente ældre roder med mad og drikke uden at spise noget, taler under måltidet, forlader spisebordet gentagne gange, samt spiser ting der ikke kan spises.

Den direkte påvirkning af spisningen pga. tygge- og synkeproblemer kan vise sig ved et selektivt valg, så den ældre foretrækker drikkevarer frem for mad eller ønsker særlige mad, som måske siden alligevel ikke spises. En anden direkte påvirkning er, at evnen til selv at finde ud af at spise og drikke er reduceret pga. manglende muskel-nervekoordination. Den demente åbner ikke munden, når hun hjælpes med at spise og drikke, eller tunge og mund bevæges konstant, så mad og drikke tabes ud af munden. Den ældre vil gerne spise og drikke, men har svært ved at synke mad og drikke, bider fast i bestikket, så maden ikke kan komme ind i munden, eller accepterer at få mad og drikke ind i munden, for så at spytte den ud. Disse symptomer optræder primært i de sene stadier af demens, så det er meget forskelligt, hvilken indsats der skal iværksættes (ADI 2014; Fødevarestyrelsen 2002).

Af Ernæringsrådet rapport Ernæring og aldring fremgår, at "sondeernæring i sygdommens slutstadier intet formål tjener. Det tilbageværende (store) problem er således i den enkelte situation at finde det rette tidspunkt for at ophøre med ernæringssupervision og –intervention" (citat fra Ingerslev et al. 2002).

7.2.3 Interventioner i forhold til indtag af mad og drikke ved demens

Alle tre settings
Et systematisk review gennemgår effekten af forskellige indsatser på demente ældres uvilje mod at spise (Liu et al. 2013). Dette review inkluderer 22 interventionsstudier, heraf 9 randomiserede kontrollerede, med seks forskellige typer interventioner: Industrielt fremstillede energi- og proteinrige drikke; træning af de ældre/uddannelse af personalet; spisemiljø (brug af musik, farver, servering på fade); hjælp til spisning; samt blandede (hjælp til spisning og spisemiljø; træning og spisemiljø). Generelt var der problemer med studiernes kvalitet. Industrielt fremstillede energi- og proteinrige drikke var den eneste indsats med tilsyneladende positiv effekt på ernæringstilstanden, mens træning/uddannelse syntes at have en positiv effekt på behov for hjælp til at spise. Generelt var der begrænset dokumentation for en effekt på de patientrelevante effektmål mental og fysisk funktionsevne.

Når demens skrider frem, og energiindtagelsen bliver utilstrækkelig trods diverse indsatser, er sondeernæring normalt næste skridt. Et Cochrane review fandt ingen randomiserede studier, men syv observationsstudier, og konkluderede, at der ikke sås positiv effekt på overlevelsen (Sampson et al. 2009). Ingen studier undersøgte livskvaliteten, der var ikke evidens for en positiv effekt på ernæringstilstand eller forekomst af tryksår, og der manglede data om eventuelle negative effekter af indsatsen.

På plejehjem
En systematisk litteratursøgning over effekten af måltidsinterventioner på demente ældres uvilje mod at spise inkluderede 11 studier med fire forskellige slags interventioner: Musik; ændring af den tilbudte mad og drikke; spisemiljø; og gruppesamtaler (Whear et al. 2014). Ingen af studierne var randomiserede, og generelt var der problemer med kvaliteten, hvilket gjorde det svært at drage en samlet konklusion på trods af, at alle interventioner syntes at have en positiv effekt på de demente ældres uvilje mod at spise.

7.2.4 Officielle danske anbefalinger

I den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af demens anbefales det, at ernæringstilstanden hos demente bevares (Sundhedsstyrelsen 2013). Følgende antages at have positiv effekt på vægt- og ernæringsstatus trods stadigt sparsomt evidensgrundlag: Uddannelse af

pårørende; vægt- og ernæringsscreening i hjemmeplejen og på plejehjem; individuel kostplanlægning; og individuelt tilpasset støtte og hjælp til spisning.

Socialstyrelsens idekatalog giver forslag til indsatser i forhold til demens (Servicestyrelsen 2009). Det samme gælder Fødevarestyrelsens publikation "Uden mad og drikke" del 2 (Fødevarestyrelsen 2002).

7.2.5 Flaskehalse

Baggrunden for uviljen mod at spise er kompleks hos demente ældre, og derfor er det nødvendigt med en individuel indsats og et tæt samarbejde mellem flere faggrupper såsom køkkenpersonale, klinisk diætist, ergoterapeut og fysioterapeut. Et sådan formaliseret samarbejde er dog ikke altid praktisk muligt.

7.2.6 Her mangler vi viden

En række studier med fokus på optimering af den tilbudte mad og måltiderne i alle tre settings er gennemført. Selvom de forskellige indsatser synes at have en positiv effekt, er studierne ofte af dårlig kvalitet, hvilket gør det svært at drage egentlige konklusioner. Der er derfor brug for at teste, om de positive tendenser kan bekræftes i egentlige randomiserede kontrollerede studier.

7.2.7 Sådan kommer vi videre

På trods af at demens er en alvorlig sygdom, hvor ernæringstilstanden forværres samtidig med, at sygdommen skrider frem, så påviser en systematisk gennemgang af litteraturen, herunder meta-analyser, en gavnlig effekt af industrielt fremstillede energi- og proteinrige drikke på demente ældres vægt og mentale funktionsevne, samt en tendens til en positiv effekt på overlevelsen (Allen et al. 2013). Det er således meget relevant at rette op på den dårlige ernæringstilstand. Der mangler dog viden om, hvorvidt samme positive effekt kan opnås via optimering af maden og måltiderne, og der bør derfor iværksættes forskning på dette område.

7.2.8 Referencer

ADI (Alzheimer Disease International). Nutrition and dementia. Alzheimer's Disease International, London. February 2014

Allen VJ et al. Use of nutritional complete supplements in older adults with dementia: Systematic review and meta-analysis of clinical outcomes. Clin Nutr 2013; 32: 950-957

Fødevarestyrelsen. Uden mad og drikke – del 2. Fødevarerapport 2002; 15

Ingerslev J et al. Ernæring og aldring. Ernæringsrådet 2002

Liu W et al. Interventions on mealtime difficulties in older adults with dementia: A systematic review. Int J Nurs Stud 2014; 51: 14–27

Sampson EL et al. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD007209. DOI: 10.1002/14651858.CD007209.pub2.

Servicestyrelsen. Idekatalog – ideer til gode måltider til ældre i plejebolig og eget hjem. Servicestyrelsen 2009

Sundhedsstyrelsen. National kliniske retningslinje for udredning og behandling af demens. Sundhedsstyrelsen 2013

Whear R et al. Effectiveness of Mealtime Interventions on Behavior Symptoms of People With Dementia Living in Care Homes: A Systematic Review. JAMDA 2014; 15: 185-193

7.3 NEDSAT INDTAGELSE AF MAD OG DRIKKE I FORBINDELSE MED HOSPITALSINDLÆGGELSER

7.3.1 Derfor er det vigtigt

Mange ældre har nedsat appetit pga. aldrings-anoreksi, der forværres yderligere ved sygdom. Allerede ved indlæggelsen er mange ældre patienter således i dårlig ernæringstilstand, ofte som følge af et nyligt vægttab, der typisk forværres yderligere under indlæggelsen med medfølgende tab af funktionsevne (Ingerslev et al. 2002). Populært sagt udløser 30 dage i hospitalssengen et tab på 30 år i funktionsevne, såfremt der ikke gøres en indsats (McGuire et al. 2010).

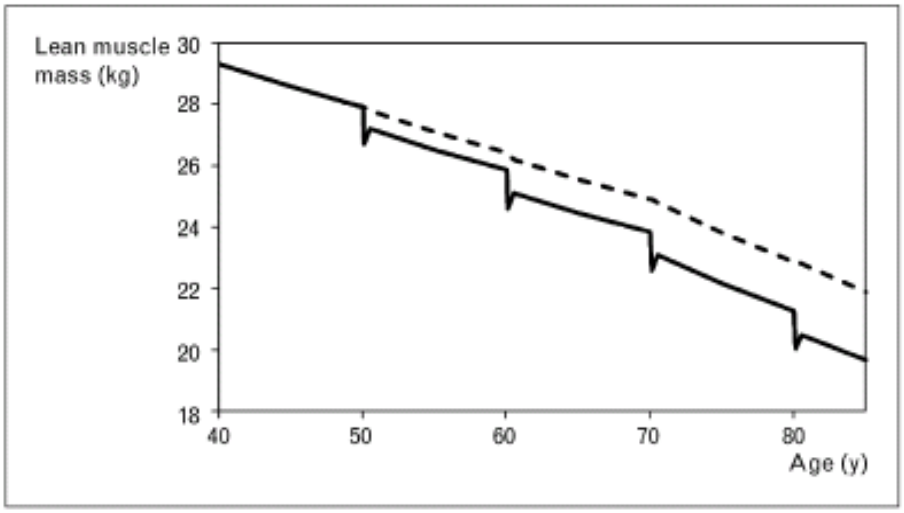
7.3.2 Indtagelsen af mad og drikke i forbindelse med hospitalsindlæggelser

Der indsamles ikke systematisk data vedrørende ældre patienters kostindtag, da disse grupper ikke omfattes af de landsdækkende kostundersøgelser hos DTU. Nedenstående baseres derfor på informationer indsamlet i forbindelse med forskellige forskningsprojekter.

Et dansk studie viser, at ældres kostindtagelse under indlæggelsen ofte er utilstrækkelig (Hansen et al. 2008). I et dansk interventionsstudie, hvor målgruppen ikke specifikt var ældre patienter, men hvor gennemsnitsalderen alligevel lå omkring 75 år, var særligt proteinindtagelsen for lav i kontrolgruppen, idet kun 30 % fik dækket behovet, mens 70 % fik dækket energibehovet (Munk et al. 2014).

Efter en tid medfører lavt kostindtag uundgåeligt et kritisk vægttab. Tal fra den geriatriske database viser, at 42 % af ældre indlagt i Danmark taber sig under indlæggelsen (Landsdækkende database for geriatri 2012). Mange ældre har sarkopeni og er derfor særdeles sårbare overfor sengeleje og får samtidig ikke tilstrækkeligt at spise og drikke. De mange timers sengeleje kombineret med det metaboliske stress under sygdom accelererer tabet af muskelmasse og dermed tabet af styrke samt funktionsevne, jf. figur 7.4. (English & Paddon-Jones 2010).

Figure 1 Proposed model of age-related muscle loss punctuated by episodes of acute illness or injury and characterized by accelerated muscle loss and incomplete recovery



(– –), Traditional sarcopenia model; (—), Catabolic crisis model.

Figur 7.4. Hypotetisk model af, hvordan det aldersrelaterede muskeltab påvirkes af accelereret muskeltab i relation til gentagne episoder med akut sygdom eller skade, når fuld restitution ikke opnås (efter English & Paddon-Jones 2010).

Selv korte hospitalsophold øger således ældres risiko for at tabe funktionsevne og ikke mere magte almindelige dagligdags gøremål efter udskrivelsen (Alley et al. 2010).

Udfordringen er, at ældre patienter typisk ikke selv tager initiativ til at snakke med personalet om manglende appetit og nedsat kostindtag. Først efter et betydeligt vægttab bliver patienten selv opmærksomme på problemet (Holst et al. 2011). Lavt energiindtag og dermed vægttab fortsætter ofte efter indlæggelsen, som det bl.a. er set i to nylig danske studier blandt ældre patienter i dårlig ernæringstilstand fulgt i tre måneder efter udskrivelsen (Beck et al. 2013; Beck et al. 2014). Mange når aldrig at genoprette deres tidligere funktionsniveau (Alley et al. 2010; Miller et al. 2006). En stor andel er i dårlig ernæringstilstand, når de starter i rehabiliteringsforløb (Kaur et al. 2008). Det er derfor vigtigt at ernæringsindsatsen fortsætter efter udskrivelsen (Ingerslev et al. 2002).

En nylig publiceret dansk undersøgelse dokumenterer en række barrierer i den forbindelse ved interview med personalet på henholdsvis hospital og i primærsektoren (Holst et al. 2013). Generelt var der enighed om, at mange flere patienter og borgere end tilfældet er bør tilbydes en ernæringsindsats.

Det skete ikke pga. manglende tid, uddannelse, viden, og ansvarsfordeling, hvilket er barrierer, som der er peget på gennem en længere årrække (Beck et al. 2006).

En audit fra sommeren 2013 fra to københavnske hospitaler fandt, at ingen plejeforløbsplaner indeholdt en ernæringsplan (Thal-Jantzen 2014). I en dansk spørgeskemaundersøgelse fra 2012 med 925 deltagere anførte kun 20 %, at oplysninger om ernæringstilstanden indgår som standard ved udskrivelsen (Holst et al. 2014).

7.3.3 Interventioner i forhold til at øge indtagelsen af mad og drikke i forbindelse med hospitalsindlæggelse

To store systematiske litteraturgennemgange, som inkluderer meta-analyser, finder god effekt af en ernæringsindsats med tilbud om industrielt fremstillede energi- og proteinrige drikke til ældre under indlæggelsen. Således sås en positiv effekt på de ældre patienters energi- og proteinindtagelse, vægt, komplikationsfrekvens, risiko for genindlæggelser og overlevelse (Milne et al. 2009; Cawood et al. 2012). I de medtagne undersøgelser var der tale om ældre patienter, som både var underernærede, samt havde akut sygdom eller forværring af en kronisk sygdom, dvs. patienter i ernæringsmæssig risiko.

Der er så vidt vides ikke publiceret en systematisk litteraturgennemgang af ernæringsindsatsstudier med fokus på energi- og proteinberigelse af maden til ældre indlagte patienter. En litteraturgennemgang vedrørende forskellige metoder til at optimere ældres energi- og proteinindtagelse omfatter dog også energi- og proteinberigelse af maden (Nieuwenhuizen et al. 2010). I en randomiseret kontrolleret afprøvning blandt ældre patienter indlagt på medicinsk eller ortopædkirurgisk afdeling fik interventionsgruppen foruden almindelig mad også tilbud om flødeskum til desserter samt kage eller ostesandwich som mellemmåltid, ligesom der tilsattes mælkepulver til supper m.m. (Gall et al. 1998). Det gav en positiv effekt på energiindtaget, men ikke på proteinindtagelsen. Patientrelevante effektmål blev ikke vurderet.

I den danske randomiserede kontrollerede undersøgelse af effekten af den energi- og proteinrige menu "Herlevs herligheder" på patienter i ernæringsmæssig risiko var målgruppen ikke specifikt ældre patienter, men gennemsnitsalderen for deltagerne var 75 år (Munk et al. 2014). I studiet fik interventionsgruppen udover den normale mad tilbudt et a la carte koncept bestående af små energi- og proteinberigede retter. Resultatet var en positiv effekt på energi- og proteinindtagelsen, mens der ikke sås en forskel på vægt, håndgribestyrke og længden af indlæggelsen.

I forhold til multidisciplinære indsatser har et systematisk review af Thorne & Baldwin ikke identificeret studier gennemført under indlæggelsen, der har været rettet mod at optimere den tilbudte mad kombineret med andre indsatser (Thorne & Baldwin 2014).

Under Socialstyrelsens udarbejdelse af "Faglige anbefalinger og beskrivelse af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab" gennemførtes en systematisk litteratursøgning for at identificere randomiserede kontrollerede studier over effekten på funktionsevne. Målgruppen var bl.a. ældre under og efter indlæggelsen (Socialstyrelsen 2015). Der blev ikke identificeret studier med fokus på optimering af den tilbudte mad.

En systematisk gennemgang af litteraturen inkluderede meta-analyser af effekten af interventioner med henblik på at forebygge og behandle dårlig ernæringstilstand hos ældre, der efter indlæggelse fortsætter til et rehabiliteringsophold (Collins & Porter 2014). Et af disse studier var en randomiseret kontrolleret undersøgelse, hvor interventionsgruppen fik tilbudt små energiberigede måltider, primært i form af ekstra smør, fløde og ost samt maltodextrin (Barton et al. 2000). Resultatet viste positiv effekt på energiindtaget, men ikke på proteinindtagelsen. Der blev ikke vurderet patientrelevante effektmål

I forhold til multidisciplinære indsatser har et systematisk review ikke identificeret studier gennemført under og efter indlæggelsen med fokus på optimering af den tilbudte mad sammen med andre indsatser (Thorne & Baldwin 2014).

7.3.4 Gode eksempler

På Herlev Hospital har hospitalsledelsen bevilliget penge til implementeringen af den energi- og proteinrige menu "Herlevs Herligheder" udviklet til patienter i ernæringsmæssig risiko på foreløbig fire af hospitalets afdelinger.

7.3.5 Officielle anbefalinger

Der findes, som tidligere nævnt, officielle danske anbefalinger for mad og drikke til ældre på hospital beskrevet i "Anbefalinger for den danske institutionskost" (Pedersen og Ovesen 2009) og i den nationale kosthåndbog (http://www.kostforum.dk/)

Den nationale handleplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen (Socialstyrelsen 2013) anbefaler, at det tværsektorielle samarbejde om den enkelte ældres ernæringsindsats styrkes gennem en klar ansvarsfordeling og retningslinjer for indsatsen.

På vej er "Faglige anbefalinger og beskrivelse af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab" fra Socialstyrelsen med fokus på bl.a. ernæringsindsatser til ældre, der udskrives fra hospital (Socialstyrelsen 2015, i høring).

7.3.6 Flaskehalse

I den danske kvalitetsmodel er der udarbejdet en standard for Ernæringsscreening, plan og opfølgning. I praksis har det betydet, at langt flere patienter end tidligere, nemlig 75 %, får foretaget en ernæringsscreening ved indlæggelsen. Halvdelen får også lavet en ernæringsplan og fuldt op på denne. Fortsat mangler der således en del, og den primære forklaring er manglede viden om området (Holst et al. 2014).

Den korte indlæggelsestid høres ofte som argument for manglende indsats. Underernærede patienter er dog ofte indlagt længere end andre patienter (Arla og Kost- og Ernæringsforbundet 2014), hvilket burde give tid nok til at igangsætte en ernæringsindsats, som så kan fortsætte ved udskrivelsen.

Det eksisterende DRG-system udløser ikke penge, når der iværksættes en ernæringsindsats, hvorfor der ikke er et økonomisk incitament i form af penge til afdelingen/hospitalet til at sætte ind. I andre lande findes denne mulighed, hvilket har vist sig at være en økonomisk gevinst (Boltong et al. 2013).

Patienterne anfører at være tilfredse med maden på hospitalerne, men taber sig alligevel under indlæggelsen (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 2014). Derfor er det vigtigt, at patienternes indtagelse af mad og drikke følges tæt, også selvom de udtrykker tilfredshed med tilbuddet.

Planer for op-ernæring indgår ikke som en del af Sundhedsloven eller de nuværende Sundhedsaftaler (2011-2014). Der er desuden ikke standardiserede felter til ernæringsstatus og ernæringsindsats i MedComs kommunestandarder vedrørende indlæggelse, plejeforløb, udskrivelse og genoptræning. Det vanskeliggør en fortsættelse af en ernæringsindsats ved overgangen mellem sektorer.

7.3.7 Her mangler vi viden

Der er kun gennemført få studier over effekten af at optimere den mad, som tilbydes ældre patienter under og efter indlæggelse. Resultaterne har været positive i forhold til at øge energiindtagelsen og i et enkelt også proteinindtagelsen. Der mangler dog viden om betydningen heraf for patientrelevante effektmål.

7.3.8 Sådan kommer vi videre

Gennemførelse af studier baseret på ovenstående om, hvilken viden der mangler.

7.3.9 Referencer

Alley DE, Koster A, Mackey D, et al. Hospitalization and change in body composition and strength in a population-based cohort of older persons. J Am Geriatr Soc 2010; 58: 2085-91

Arla og Kost- og Ernæringsforbundet. Underernæring – det skjulte samfundsproblem. Arla og Kost- og Ernæringsforbundet 2014 https://www.kost.dk/sites/default/files/uploads/public/underernaering-publikation.pdf

Barton AD et al. A recipe for improving food intakes in elderly hospitalized patients. Clin Nutr 2000; 19: 451-454

Beck A, Andersen UT, Leedo E, Jensen LL, Martins K, Quvang M, Rask KØ, Vedelspang A, Rønholt F. Does adding a dietician to the liaison team after discharge of geriatric patients improve nutritional outcome: a randomised controlled trial; Clin Rehab 2014 Dec 31. pii: 0269215514564700. [Epub ahead of print]

Beck A, Kjær S, Hansen BS, Storm RL, Thal-Jantzen K, Bitz C. Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge: a randomised controlled trial. Clin Rehab 2013; 27: 483-93

Beck A et al. Ældre patienter skal følges ordentligt hjem fra sygehuset! Diætisten 2006; 80: 5-8

Boltong AG, Loeliger JM, Steer BL. Using a public hospital funding model to strengthen a case for improved nutritional care in a cancer setting. Aust Health Rev 2013 37): 286-90

Cawood AL, Elia M, Stratton R. Systematic review and meta-analysis of the effects of high protein oral nutritional supplements Aging Res Rev 2012; 11: 278-96

Collins J & Porter J. The effect of interventions to prevent and treat malnutrition in patients admitted for rehabilitation: A systematic review with meta-analysis. J Hum Nutr Diet 2014; doi. 10.1111/jhn.12230

English KL & Paddon-Jones D. Protecting muscle mass and function in older adults during bed rest. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2010; 13: 34-9

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. Patienters oplevelse af maden. Region Hovedstaden 2014

Gall MJ et al. Effect of providing fortified meals and between-mealsnacks on energy and protein intake of hospital patients. Clin Nutr 1998: 17: 259-264

Hansen MF, Nielsen MA, Bitz C, et al. 2008 Catering in a large hospital-does serving from a buffet system meet the patients' needs? Clin Nutr 2008; 27:666-9

Holst M, Rasmussen HH, Laursen BS. Can the patient perspective contribute to quality of nutritional care? Scand J Caring Sc. 2011; 25: 176-84

Holst M, Rasmussen HH. Nutrition Therapy in the Transition between Hospital and Home: An Investigation of Barriers. J Nutr Metab. 2013;463751. doi: 10.1155/2013/463751. Epub 2013 Dec 29

Holst M, Staun M, Kondrup J, Bach-Dahl C, Rasmussen HH. Good nutritional practice in hospitals during an 8-year period: The impact of accreditation. E-SPEN 2014, 9: e155-160

Ingerslev J et al. Ernæring og aldring. Ernæringsrådet 2002

Kaur S et al. Nutritional status of adults participating in ambulatory rehabilitation. Asia Pac J Clin Nutr 2008; 17: 199-207

Landsdækkende database for Geriatri, årsrapport 2012

McGuire DK, Levine BD, Williamson JW, Snell PG, Blomqvist. A 30-year follow-up of the Dallas Bedrest and Training Study: I. Effect of age on the cardiovascular response to exercise. Circulation 2001, Sep 18; 104(12): 1350-7

Miller MD, Crotty M, Whitehead C, et al. Nutritional supplementation and resistance training in nutritionally at risk older adults following lower limb fracture: a randomized trial. Clin Rehab 2006; 20: 311-23

Milne AC., Potter J, Vivanti A, et al. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition (Review).Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009; Issue 2. Art. No.: CD003288. DOI: 10.1002/14651858.CD003288.pub3.

Munk T et al. Positive effect of protein-supplemented hospital food on protein intake in patients at nutritional risk: a randomized controlled trial. J Hum Nutr Diet 2014; 27: 122-32

Nieuwenhuizen WF et al. Older adults and patients in need of nutritional support: Review of current treatment options and factors influencing nutritional intake. Clin Nutr 2010; 29: 160–169

Pedersen A, Ovesen L (red.). Anbefalinger for den danske institutionskost. Fødevarestyrelsen 2009

Socialstyrelsen. Den nationale handleplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen. Socialstyrelsen 2013

Socialstyrelsen. Faglige anbefalinger og beskrivelse af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab; Socialstyrelsen 2015, i høring

Thal-Jantzen K. Diætister styrker den tværfaglige kommunikation om undervægtige ældre. Kost, Ernæring & Sundhed 2014. www.kost.dk

Thorne F & Baldwin C. Multimodal interventions including nutrition in the prevention and management of disease-related malnutrition in adults: A systematic review of randomised control trials. Clin Nutr 2014; 33: 375-84

7.4 LIVSMESTRINGENS BETYDNING FOR ÆLDRES LYST TIL AT SPISE

Ældres livsmestring påvirker lysten til at spise. Mestring fordrer styrkelse af borgerens råderum og kontrol over eget liv og nævnes ofte i forbindelse med rehabiliteringsbegrebet, idet rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk, så borgeren, som har eller er i risiko for betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering, der baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger, består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats (Marselisborgcentret 2004).

Disse forhold peger både på et forebyggende og et genoptrænende potentiale.

Livsmestring afhænger af en række forhold, herunder den ældres viden om aldring og alderdom samt om mad og måltider, hvilke færdigheder i hverdagen der er vigtige for vedkommende i forhold til mad og måltider, om den ældre kan få den nødvendige hjælp til at mestre sit eget liv herunder måltidet, om der er tilstrækkelig dialog mellem den ældre og fagpersoner, samt hvilken rolle de pårørende har.

7.4.1 Derfor er det vigtigt

Livsmestring har formodentlig stor betydning for, hvordan den ældre prioriterer måltidet og for vedkommendes lyst til at spise. Det være sig måltider i eget hjem, på plejehjem, eller i forbindelse med en hospitalsindlæggelse. Det betyder grundlæggende, at den ældre selv er herre over, hvad man spiser, med hvem, og hvornår.

I hverdagen er måltiderne i alle settings væsentlige tids- og taktfaste ritualer, der flere gange dagligt forberedes, indtages, og følges af oprydning. Selv at være involveret i måltidet og dets gøremål kan fremme, at der spises mere, hvilket understøtter livskvaliteten samt både kroppens fysiske tilstand og sociale og psykiske trivsel. Vi tror, at denne mestring motiveres af at have selvbestemmelse og medindflydelse på udformningen af sin dagligdag og tilværelse.

Mestringens anden side er at opretholde den ældres færdigheder. Det giver livskvalitet at kunne klare hverdagen indenfor rammen af sin formåen. Da måltiderne udfylder meget i de daglige rutiner, er det naturligt, at gøremålene omkring disse bidrager til at opretholde ældres færdigheder i alle settings. Det være sig at handle ind, skrælle kartofler, folde servietter, dække bord mv.

7.4.2 Generelt om mestring og rehabilitering

Rehabilitering fylder meget i kommunernes strategier for ældre i hjemmepleje og på plejehjem. Et forståeligt fokus, der både sparer kommunerne for ressourcer, hvis de ældre bliver mere selvhjulpne, samt potentielt kan styrke de ældres livskvalitet. Man kan rejse spørgsmålet, om ældreplejen også kan øge den forebyggende indsats overfor andre ældre, og hvad en sådan indsats potentielt kan betyde i forhold til, at den ældre kan mestre eget liv i længere tid.

Mad og måltider er del af genstandsfeltet for rehabilitering, og gøremålene omkring måltidet kan indgå i rehabiliteringsforløbet. "Genstandsområdet for rehabilitering er borgerens aktiviteter i hverdagen og deltagelse i samfundslivet, og der fokuseres i processen på individorienterede helhedsløsninger, hvor borgerens og de pårørendes ressourcer er afgørende elementer. Processen gennemføres koordineret og sammenhængende set ud fra borgerens situation" (citat fra Marselisborgcentret 2004).

Grundlæggende sætter borgeren rammerne for mestringen i forhold til, hvor vigtigt det er "for hans eller hendes aktuelle livsførelse" (Marselisborgcentret 2004). Indsatserne skal være nyttige i det daglige liv for at skabe en sundhedsfremmende eller rehabiliterende effekt.

Fælles for ældre i de tre settings – eget hjem, plejehjem, og hospital – er, at den ældre står overfor en omstillingsproces i forhold til at acceptere, at man har brug for hjælp af kortere eller længere varighed. Afhængighed af professionel omsorg og pleje i eget hjem kan opleves som en form for institutionalisering, der direkte forhindrer borgerens mulighed for at udtrykke egen identitet (Grøn og Andersen. 2014).

Det kan være svært at acceptere, at man er blevet svækket eller i risikogruppen herfor som følge af aldringens fysiologiske konsekvenser. Overgangen fra uafhængighed til kortvarig eller varig afhængighed af hjælp kan betyde et identitetstab og deraf følgende livskrise. "En rehabiliteringsproces indebærer ofte, at borgeren må reorientere sig i og reorganisere sit hverdagsliv, og at borgeren må finde sine egne ben i forhold til en ny livsførelse, der formentlig indebærer en ændret deltagelse og forståelse af sig selv og andre." (citat fra Marselisborgcentret 2004).

For at mestre bedst muligt omkring hvad og hvor meget der spises, bør den ældre have forståelse for sit eget behov for mad, væske og måltider, samt formå at håndtere sin egen forplejning i dagligdagen. Fysiologiske og mentale forandringer kan nedsætte appetitten og dermed ændre hverdagsmadens optimale energisammensætning, fordi den ældre spiser mindre samlet set. Det har betydning for, hvilke fødevarer og måltider der er ideelle at spise. Typisk er det nødvendigt at prioritere protein- og fedtholdige fødevarer, hvilket kan være en kulinarisk og tilberedningsmæssig udfordring, såfremt personen eksempelvis hidtil har foretrukket hverdagsmad med lavt fedtindhold.

I hjemmepleje

Ældre hjemmeboende er en mangfoldig gruppe. Nogle helt friske og ressourcestærke kan fortsat ved egen prioritering og aktiv indsats bevare et godt fysisk og mentalt helbred. Andre har behov for mindre hjælp, mens en tredje gruppe har omfattende og komplekse plejebehov (Hjemmehjælpskommissionen 2013).

I forhold til den daglige mad- og måltidssituation er det relevant at kigge på mestring af alt fra dialog om madplaner til indkøbslister, indkøb, tilberedning, borddækning, afrydning og opvask. Mestring kan også handle om at dække sociale behov såsom at indtage nogle måltider med andre, eksempelvis spiseklubber. Ved visitation til madservice kan måltidet komme delvist færdiglavet, såkaldt komponentmad, som den ældre støttes i at få et varmt velsmagende måltid ud af. Både den ældre, hjemmehjælpen og de pårørende har en rolle i at sikre mestringen hos den enkelte.

På plejehjem
Ældre på plejehjem er ofte svækkede og afhængige af andres hjælp, men har stadigvæk mulighed for at bestemme, hvordan hverdagen skal se ud, herunder tøj, mad, sengetider mv. (Kommissionen om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem 2012). Et eksempel på en god oplevelse er måltidet, der "emmer af hjemmelighed og hygge", og at beboeren kan deltage i madlavningen, hvis der er et køkken. Andre muligheder for inddragelse i forbindelse med mad og måltider kan være menuplanlægning, borddækning og samtaler omkring bordet.

På hospital
Den ældre, der indlægges på hospitalet, er ofte underernæret (Beck et al. 2013) og rives desuden ud af sine vante rammer. I en interviewundersøgelse gives udtryk for, at hospitalsopholdet er "noget der skal overstås", og at der bruges meget energi på at tænke "sygdomstanker". En typisk hospitalsdag beskrives som: "Først spiser jeg morgenmad, så venter jeg på stuegang. Ja så er der undersøgelser, og man venter selvfølgelig også på at komme ind til undersøgelse, når man er blevet kørt derned. Tilbage på stuen. Ja man venter på frokosten, så på kaffe og endelig på besøg og aftensmad" (citater fra Kofod, 2000). Mulighederne for selvbestemmelse og fastholdelse af færdigheder er begrænset til at vælge maden på buffeten, og om man vil spise sammen med nogen.

7.4.3 Visitationspraksis vedrørende hverdagsliv, mad og måltider i det kommunale plejetilbud til ældre borgere

Formålet med hjælp (§ 83, Lov om social service) er at fremme den enkelte borgers mulighed for at klare sig selv, eller lette den daglige tilværelse og forbedre borgerens sundhed og livskvalitet (skema 7.1).

Skema 7.1. På baggrund af helhedsvurdering af borgerens livssituation, funktionsniveau og hverdagsliv tildeles borgeren indsatser i form af personlig og praktisk bistand til hverdagsliv, mad og måltider.

Pleje og omsorgsydelser vedrørende mad, væske og måltider. Borgere 65+			
Sundhedstilstand	Arena	Den enkelte borgers livsmestring/omsorgsbehov i forhold til mad, væske og måltider	Ex. På hjemmepleje og omsorgsindsatser som vedrører hverdagsliv, mad og måltider – indenfor rammer og vilkår i Lov om social service § 83 Tildeling af indsatser/ydelser sker på baggrund af visitation der vurderer borgerens træningspotentiale, boligens indretning, borgerens netværk og familiemæssige forhold[2]
Rask borger	Eget hjem	Ingen behov for professionel omsorg. Borgeren og evt. pårørende varetager alle opgaver i forhold til egenomsorg.	Ingen hjemmeplejeindsats og omsorgsydelser.
Svækket borger	Eget hjem. Visiteret til hjemmepleje	Delvist behov for professionel omsorg i forhold til praktiske og personlige opgaver vedrørende mad, væske og måltider.	Praktiske opgaver Indkøb: Skrive indkøbsseddel. Hente indkøbsseddel, Indkøb ved indkøbsordning, Indkøb via personale Mad Madservice med levering

[2] At spise, drikke, bade, vaske sig, pleje kroppen, klæde sig af og på, toiletbesøg, færdes i egene bolig, sikre indkøb af hverdagens varer, lave mad, gøre rent, vaske tøj og linned, færdes udendørs, anvende kollektive transportmidler, flytte sig, forebygge forværring af sygdom/ tab af funktionsevne, sikre sammenhæng i hverdagens aktiviteter..

			Rydde op og vaske op efter måltider Personlige opgaver Personlig hygiejne: Mundpleje Pleje af sonder Indtagelse af mad og drikke Tilberedning og anretning af mad og drikkevarer Servering af Mad og drikkevarer Indtagelse af mad og drikke
Svækket borger	Plejehjem	Øget behov for professionel pleje og omsorg i forhold til praktiske og personlige opgaver, og i forhold til borgerens hverdagsliv på plejehjem, herunder også evt. behov for samvær, meningsfuld beskæftigelse og livsindhold.	Praktiske opgaver og personlige opgaver + indsatser vedrørende hverdagslivet på plejehjem fx Socialt samvær Daglige gøremål og pligter Gåture inden og udendørs Pynte op til højtider og mærkedage Madlavning og bagning Musik, film og højtlæsning Spil og leg Udflugter
Svækket borger i rehabilitering	Eget hjem/ plejehjem	Periodisk behov for professionel pleje og omsorg.	Evt. periodisk hjemmepleje indsats
Stærkt svækket/syg borger	Plejehjemsplads	Behov for professionel omsorg hele døgnet.	Døgnpleje

7.4.4 Livsmestringens betydning for ældres lyst til at spise og prioritere måltidet

I hjemmepleje

For ældre i eget hjem udgør måltiderne og madens tilberedning ofte en væsentlig del af dagens indhold (Kofod 2000). En svensk undersøgelse havde fokus på hjemmeboende ældre, hvoraf nogle var raske kvinder, mens andre var svækkede af gigt, Parkinsons sygdom eller slagtilfælde (Gustafsson et al. 2003). Undersøgelsen påviste et stort behov for selvbestemmelse og uafhængighed omkring madlavning og måltidet. For nogle kvinder har madlavning traditionelt været en meget central del af dagligdagen, og for andre bare én af deres forpligtelser. For mange er madlavning en kilde til glæde, især det at lave mad til andre. At spise regelmæssigt og med familien anses også som værdifuldt.

Madens tilberedning er en måde at udtrykke sin identitet på, og behovet for selvbestemmelse og uafhængighed er en måde at fastholde eller nytænke identiteten på. Raske ældre gifte kvinder anså madlavning for at være essentielt og lavede ofte traditionelle retter (Gustafsson et al. 2003). Raske ældre enlige kvinder så mere måltidet som en forpligtelse og simplificerede arbejdsgangen omkring madlavningen, der dog stadigvæk var hjemmelavet. De angav bl.a., at det var kedeligt at lave mad kun til sig selv. Ældre kvinder med Parkinsons sygdom opfattede stadigvæk det at lave hjemmelavet mad for væsentligt, men havde simplificeret madlavningen, og nogle kombinerede den med madservice. De kvinder, der ikke længere var i stand til at lave mad selv eksempelvis efter et slagtilfælde, følte sig uafhængige ved dog at kunne tage i supermarkedet efter færdiglavede retter og selv bestemme, hvornår de spiste den.

Den svenske undersøgelse (Gustafsson et al. 2003) identificerede tre mestringsstrategier, som ældre hjemmeboende kvinder brugte for at fastholde uafhængighed: kommunal støtte, selvhjælp, og tilpasning.

Kommunal støtte omfattede bl.a. medicin, hjælpemidler og transportservice. Selvhjælp bestod bl.a. i omorganisering af køkkenskabe for at kunne nå hvad hun havde behov for, køb af mikroovn og kogning af gulerødder i stedet for at rive dem, at handle flere gange om ugen i små mængder hun selv kunne bære, og spise med ske eller skære maden ud og spise med hånden. Tilpasningen kunne være led i sygdomsaccepten, så ambitionen til madlavningen mindskedes, og tingene blev gjort, så det passede med hendes humør og sygdom. Simplificering af måltidet var en anden måde at tilpasse sig og kunne være at købe skåret brød, færdiglavede kødboller mv. Social tilbagetrækning var en tredje tilpasningsmulighed, som betød, at den ældre ikke længere havde lyst til at spise sammen med andre, eller ikke ønskede at gå på gaden af bekymring for at møde andre, som hun skulle forklare sin sygdom overfor.

En svensk undersøgelse fandt tilsvarende, at madlavning samt at opretholde færdighederne omkring selve tilberedningen opleves som væsentligt i forhold til at kunne udtrykke egen identitet (Sidenvall 2001). En anden svensk undersøgelse viste, at mange af de ældste kvinder (80+) og de enlige ældre kvinder var berørte af forandringer i familien såsom tabet af en ægtefælle og kroppens dalende styrke. Sådanne faktorer kan betyde, at de heller ikke får nok at spise (Sidenvall 2001).

I en svensk undersøgelse (Medin et al. 2010) af ældre menneskers oplevelse og mestring af spisesituationen havde to ud af tre stadigvæk handicap seks måneder efter et slagtilfælde. Hyppigste spiseudfordringer var, at mange kun spiste ¾ af maden på tallerkenen eller mindre, havde problemer med at håndtere maden på tallerkenen, samt med at føre maden op til munden. Dette til trods for at spisepræstationen faktisk kan forbedres ved den rette træning, selv efter flere års vanskeligheder.

I et studie, hvori indgik 104 deltagere boende i eget hjem, konkluderede man, at alle deltagerne udtrykte ønske om gerne igen at kunne mestre spisesituationen (Medin et al. 2010) For dem med behov for hjælp til at spise blev mennesker omkring dem enten opfattet som facilitatorer eller omvendt som kilde til at gøre det sværere for deltagerne at mestre spisesituationen, især fremmede. Det kan generelt være svært at spørge om hjælp og spise sammen med andre, når man ikke mestrer spisesituationen.

På plejehjem
For ældre på plejehjem med nedsat funktionsevne har det betydning selv at kunne præge sin mad, eksempelvis med grønt drys, ekstra fløde i sovsen, og flere krydderier (Kofod 2000).

I forhold til at inddrage ældre i madlavningen på plejehjem finder spørgeskemaundersøgelser blandt køkkenerne på landets plejehjem, at beboeres involvering i måltiderne var begrænset (Beck et al. 2006). På hver fjerde plejehjem blev beboerne ikke inddraget, ofte med den bemærkning, "at de var for dårligt fungerende". Erfaringer fra forskellige projekter i samme periode peger på, at personalet oplever det som svært at inddrage de ældre. "Det var primært mindre ting som at komme med ideer til menuplanlægning, at dække bord eller deltilberedningen som eksempelvis at stege fiskefiletter eller hakkebøffer, som de ældre deltog i" (citat fra Beck et al. 2006). Projekterne fandt også stor forskel på, hvordan fagpersonalet gik til opgaven. Nogle steder opfattedes det ikke som en aktivitet, at den ældre rørte i gryden, mens det andre steder var en aktivitet, at den ældre var i afdelingens køkkenet og kunne dufte maden. Andre steder igen skrællede den ældre kartofler og ordnede grøntsager. Svækkede ældre sad med og fik ifølge personalet hermed del i oplevelsen. Det fremgår ikke, om de ældre blev taget med på råd, men personalet har dog overvejet, hvad den enkelte ældre kunne få ud af at være med.

På hospital
I forbindelse med "Projekt Måltidsværter" (med måltidsværter tilknyttet Afdeling O, Infektionsmedicinsk og Lungemedicinsk afsnit, Herlev Hospital) understøttedes den enkeltes selvbestemmelse i forhold til måltidet. En ældre patient, der i længere tid havde fået sondemad og var ernæringstruet, begyndte nu at spise suppe, og et par uger efter var patienten i synlig bedring "Det er dem (måltidsværterne), der spørger mig, hvad jeg kan tænke mig, og det spørger de om hele tiden, og så får jeg lyst til at spise" (citat fra Søgaard Lund 2012).

7.4.5 Interventioner i forhold til ældres livsmestring og lyst til at spise og prioritere måltidet

På hospital
En undersøgelse fra Herlev Hospital viser, at der var en positiv effekt på funktionsevne (mobilitet) og ernæringsstatus (vægt, energi og protein indtag) af tre hjemmebesøg af en diætist i løbet af tre måneder efter udskrivelse af ældre patienter i ernæringsmæssig risiko. Det havde dog ingen effekt på risikoen for genindlæggelser og dødelighed (Beck et al. 2013). I forhold til mestring af mad og måltider er det relevant at nævne, at andelen, der fik madudbringning, faldt i interventionsgruppen, og at særligt de mandlige deltagere ved diætistens hjælp fandt ud af, at de godt kunne lave mad selv.

I et ældre dansk studie sås, at aktiv involvering af de ældre patienter i den tilbudte ernæringsindsats øgede deres indtag af mad og drikke (Pedersen 2005).

I hjemmepleje og på plejehjem
Der er ikke identificeret nogle interventionsstudier blandt ældre i hjemmepleje og indlagt på hospital

7.4.6 Gode eksempler

Roskilde Kommune har i 2013 afprøvet Madværksteder som tilbud til ældre borgere på fire daghjem og lokalcentre. Madværksteder er et sammenhængende aktivitetsforløb med det formål at styrke og vedligeholde borgerens færdigheder, så også lysten til madlavning i eget hjem fastholdes og øges. Madværksteder giver samtidig den ældre mulighed for gode og meningsfulde oplevelser sammen med andre.

Forløbet bestod af seks Madværksteder, hvor op til fem borgere med vejledning fra en kulinarisk vejleder og daghjemmets personale lavede mad og spiste sammen. I pilotprojektet deltog borgere med forskellige behov og forudsætninger, eksempelvis borgere med diabetes eller demens (Madkulturen 2014).

Erfaringerne fra Madværkstederne viser bl.a., at
- Mad og måltider kan skabe grobund for stærke fællesskaber.
- Selv små evner i køkkenet kan opleves som et stort bidrag til et fælles måltid.
- Mad vækker minder.
- Alle har lyst til at lære.
- Mad giver anledning til at tale om andre emner, såsom over- og undervægt, ensomhed og alderdom.
- Øvelser styrker færdigheder i køkkenet uanset alder.

I 2015 udbredes Madværksteder til alle daghjem og lokalcentre i Roskilde Kommune med fokus på at klæde personalet på til at afholde Madværksteder på egen hånd.

7.4.7 Officielle danske anbefalinger

Rapporten "Anbefalinger for udvikling af den attraktive måltidsservice til ældre" udgivet af Danmarks Fødevareforskning anbefaler, at deltagelse i madlavningen bør benyttes til at vedligeholde færdigheder (Beck et al. 2006). Desuden anbefales det at mad, ernæring og måltider tilrettelægges med udgangspunkt i den enkelte ældres ønsker og behov i "Den nationale handleplan om måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen" (Socialstyrelsen 2013).

7.4.8 Flaskehalse

- Der mangler forståelse for, hvordan maden og måltidet kan anvendes i rehabiliteringen af den hjemmeboende, den ældre på plejehjem og den indlagte ældre, og dermed bidrage positivt til den ældres livsmestring.

- Der mangler fokus på at gøre maden og måltiderne til genstand for rehabilitering. Det indebærer, at den ældre skal indgå aktivt i plejens aktiviteter. Eksempelvis hjælpe med at dække bord, skrælle kartofler og smøre rugbrød.

- Generelt arbejdes der ikke med differentierede løsninger, når hjemmeboende ældre visiteres til madservice, hvilket betyder, at alle modtagere af madservice får det samme tilbud, selvom der er stor forskel på, hvad de fysisk og færdighedsmæssigt er i stand til at håndtere.

7.4.9 Her mangler vi viden

- Hvordan og i hvilket omfang anvender kommuner mad og måltider i den rehabiliterende indsats i forhold til ældre i de tre settings?

- Hvilken effekt har det på de ældres mestring, livskvalitet og fysiske rehabilitering, at de involveres i aktiviteter omkring maden og måltiderne?

- Der mangler cases og anbefalinger til, hvordan arbejdet med mad og måltider kan anvendes i en individualiseret rehabiliterende indsat målrettet den enkelte ældre. Eksempelvis er det nærliggende at forestille sig, at visiterede ældre til madservice selv kan varetage dele af madlavningen såsom at koge kartofler.

- Der mangler viden om, hvorvidt sociale indsatser og "ikke-madaktiviteter" indirekte understøtte appetit og vægtfastholdelse hos den ældre, som ikke ønsker at deltage i plejehjemmets sociale måltider?

7.4.10 Sådan kommer vi videre

Kortlægge hvilke aktiviteter og tilbud, der allerede eksisterer, og hvilken effekt disse har på livsmestring og kvalitet.

Forskning i, hvilken effekt forskellige aktiviteter, redskaber, rutiner m.fl. har på livsmestring, funktionsevne, sygelighed og livskvalitet.

- Udvikle tids- og alderssvarende guidelines for nyindretning af ældreboliger og plejehjem, der fremmer ældre borgeres muligheder og stimulerer lysten til at klare så meget som muligt i egen husholdning.

7.4.11 Referencer

Beck A et al. Anbefalinger for udvikling af den attraktive måltidsservice til ældre. Danmarks Fødevareforskning, 2006

Beck A et al. Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge: a randomized controlled trial. Clin Rehab 2013; 87: 483-93

Grøn L, Andersen, CR. Sårbarhed og handlekraft i alderdommen. Et etnografisk feltarbejde blandt fagpersoner og ældre i Horsens og omegn. KORA 2014

Gustafsson K, et al. Older Women's Perceptions of Independence Versus Dependence in Food-Related Work. Public Health Nursing 2003; 20: 237-247

Hjemmehjælpskommissionen, Sekretariatet. Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats 2013

Kofod, J. Du er dem du spiser sammen med – et brugerperspektiv på den offentlige måltidsservice. Fødevarerapport 2000; 09

Kommissionen om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem, Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem, 2012

Madkulturen. Madværksteder for ældre. Planlægning og praktik. Madkulturen 2014
http://madkulturen.dk/fileadmin/user_upload/madkulturen.dk/dokumenter/projekter/madvaerksteder/mk_drejebog_aeldre_final.pdf

MarselisborgCentret. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. MarselisborgCentret, Århus. 2004

Medin J, et al. Elderly persons' experience and management of eating situations 6 months after stroke. Disability & Rehabilitation 2010; 32: 32: 1346-1353

Pedersen PU. Nutritional care: the effectiveness of actively involving older patients. J Clin Nurs 2005; 14: 247-55

Sidenvall B et al. Managing food shopping and cooking: the experiences of older Swedish women. Ageing Society 2001; 21: 151-168

Socialstyrelsen. Den nationale handleplan om måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen. Socialstyrelsen 2013

Søgaard Lund L. Projekt måltidsværter. Herlev Hospital, Region Hovedstaden 2012

8 PERSONALE OG FAGLIGE KOMPETENCER (HOME)

Kapitlet beskriver betydningen af de faglige kompetencer hos plejepersonalet og køkkenpersonalet i prioriteringen og gennemførsel af måltiderne.

8.1 FAGLIGE KOMPETENCERS BETYDNING FOR PRIORITERING OG GENNEMFØRSEL AF MÅLTIDER

Blandt de spørgsmål, der umiddelbart melder sig, er: Hvordan er plejepersonalets og køkkenpersonalets viden om ældres ernæringsbehov og måltidssituationen? Er der dialog og tværfagligt samarbejde mellem fagpersonale omkring maden og rammerne? Hvordan er måltidet ledelsesmæssigt prioriteret i forhold til den øvrige pleje? Er der politik på området, som kan sikre sammenhæng og retning for arbejdet?

8.1.1 Derfor er det vigtigt

Det er altafgørende for prioritering og gennemførsel af måltidet til den ældre, at den faglige kompetence er tilstede til at understøtte og styrke borgerens handlekompetencer. Den faglige kompetence i mad og måltidsituationen skal spille op imod en klar ledelsesmæssig prioritering og ansvarsfordeling mellem køkken- og plejepersonale. Det være sig et måltid i eget hjem, på plejehjem, eller i forbindelse med en hospitalsindlæggelse. Den faglige kompetence skal sikre, at der tages hånd om den ældres ernæringsmæssige behov og livskvalitet.

Et konkret eksempel på behovet for tværfaglig dialog mellem køkkenpersonale og plejepersonale handler om madens konsistens. "Servering af mad og drikke med den forkerte konsistens vil endvidere ofte resultere i, at beboere med tygge- og synkeproblemer hober mad op i munden, savler, hoster, har smerter, spytter maden ud og kaster op. Resultatet er en dårlig måltidsoplevelse for både de ældre selv og for dem, de sidder til bords med" (citat fra Kofod 2000).

Et andet eksempel handler om plejepersonalets kompetencer i forhold til at sikre socialt samvær omkring måltidet for ældre med forskellige funktionsnedsættelser. "På plejehjem vil ældre med fx demens, Parkinsons sygdom og slagtilfælde kunne have problemer med at kommunikere. De kan derfor have svært ved at deltage aktivt i det sociale fællesskab ved måltiderne på plejehjem"(citat fra Kofod 2000).

8.1.2 Faglige kompetencers betydning for prioritering og gennemførsel af måltider

Alle tre settings
Personalet har en rolle i at bryde de mulige negative og/eller positive forventninger de ældre borgere stiller til måltidet (Beck et al. 2006). Det kan overføres til alle tre settings: I eget hjem kan den ældre have en negativ forventning til maden, fordi den på den ene side er leveret, og på den anden side skal spises alene, hvorfor mange ikke betragter den som et rigtigt måltid

(Kofod 2000). På hospitalet kan den ældre patient have negative forventninger til maden, fordi det er "hospitalsmad".

I hjemmepleje
Der er ikke fundet undersøgelser om plejepersonalets faglige kompetencers betydning for forhold til mad og måltider hos hjemmeboende ældre.

På plejehjem
Et dansk studie konkluderede, at selvom en stor del af personalet på plejecentre har fået undervisning i ældres mad, måltider og ernæring, er der fortsat behov for mere undervisning (Becket al. 2006). Det gælder både med hensyn til viden om mad og måltider), plejepersonalets rolle før og under måltidet (Beck et al. 2006; Kofod. 2012), samt deres evner til at skærme og tilgodese udsatte enkeltindivider med særlige behov (Sidenvall et al. 1994; Sidenvall et al. 1996).

En interviewundersøgelse af 136 plejepersonaler ansat på 15 tilfældigt udvalgte plejecentre i Århus Amt fandt, at personalet havde begrænset viden om ældres ernæring, Sygeplejerskerne vidste ikke mere end personale med kortere basisuddannelse. Samtidig var indtrykket, at ældres ernæring var lavt prioriteret (Beck et al. 2006).

Der er ligeledes et misforhold mellem plejehjemspersonalets rolle og deres redskaber og tilgang til selve måltidet. Kofods observationer og interviews viste, at der var langt fra politikere og plejehjemslederes intentioner om et hyggeligt måltid til virkeligheden. "En del beboere fortalte, at de følte sig forlegne ved det fælles bord og i blandt forlod det, så hurtigt som de kunne, efter endt måltid. Hvorfor? Mange ansatte fortalte om frustrationer, når det mislykkedes for dem at drage beboerne ind i hyggelige samtaler omkring måltidet." (citat fra Kofod 2012). Kofod peger på, at sosuassistenterne mangler pædagogiske færdigheder til at understøtte måltidet.

Personalet omkring måltidet har desuden en rolle som medspiser, hvilket især kommer til udtryk hos demente, der spejler andres adfærd i måltidssituationen (Beck et al. 2006).

Personalet skal ydermere kunne skærme enkeltpersoner, der spiser grimt, både af hensyn til den enkelte og til de omkringspisende. Bevidstheden om, at man ikke spiser pænt, kan svække ernæringstilstanden, ligesom der er risiko for, at omkringspisende mister appetitten (Beck et al. 2006).

På hospital
Sygdomsbetinget underernæring er et væsentligt problem blandt ældre hospitalspatienter, og i 2002 pegede Europarådet på fem centrale barrierer for at sikre ernæringsmæssig omsorg på europæiske hospitaler (Council of Europe 2002):

- Mangel på klart definerede forpligtelser i planlægning og styring af ernæringsmæssig omsorg.
- Mangel på tilstrækkelig ernæringsuddannelse i alle medarbejdergrupper

- Mangel på indflydelse og viden hos patienten.
- Mangel på samarbejde mellem forskellige personalegrupper.
- Mangel på involvering fra hospitalsledelsen.

Foruden de ledelsesmæssige barrierer er der utilstrækkelig fokus på måltider og ernæring i alle medarbejdergruppers uddannelser samt dårligt samarbejde mellem de enkelte personalegrupper. Personalet skal blive bedre til at inddrage patienten og informere om vigtigheden af ernæring og måltider. Der er behov for ernæringsmæssig efteruddannelse af alt personale, samt for meget tættere dialog og samarbejde mellem de enkelte personalegrupper, herunder læger, sygeplejersker, diætister og madservicepersonale for at optimere den ernæringsmæssige omsorg.

Studier peger på, at opdagelse og erkendelse af sygdomsbetinget underernæring blandt ældre patienter volder problemer (Suominen et al. 2009; Ross et al. 2011). Sygeplejerskerne er ikke klædt på til at opdage underernæring blandt de ældre patienter, og således blev kun 15 % af de ældre erkendt underernærede vurderet vha. Mini Nutritional Assessment (MNA) i et finsk studie, selvom der var tale om underernæring hos over 60 % af de indlagte ældre (Suominen et al. 2007a). Et australsk studie konkluderede, at der manglede en koordineret tilgang til og viden om ernæringsindsatser, samt tværfaglig kommunikation og opfattelsen af et fælles ansvar. Medarbejderne oplevede, at det ønskede ernæringsfokus konkurrerede med mange andre aktiviteter (Ross et al. 2011).

Den danske kvalitetsmodel, hvor ernæring er en af indikatorerne, har skabt mere fokus på ernæring under indlæggelsen, primært ved at flere ernæringsscreenes, mens opfølgende handling fortsat mangler. (Holst et al. 2014). Dertil har en nylig dansk undersøgelse dokumenteret, at der findes en række barrierer mod at fortsætte ernæringsindsatsen efter udskrivelsen fra hospitalet (Holst et al. 2013). Bl.a. mangel på tid, uddannelse, viden, og ansvarsfordeling.

8.1.3 Interventioner med hensyn til de faglige kompetencer

I hjemmepleje
Der er ikke fundet interventionsstudier med specifik fokus på uddannelse af personalet, der arbejder i hjemmepleje.

På plejehjem
Et systematisk review med fokus på måltidsinterventioners virkning på ernæringstilstanden blandt ældre på plejehjem inddrog uddannelsen af plejepersonalet (Abbott et al. 2013). Der indgik ingen randomiserede kontrollerede studier i reviewet. Resultaterne indikerer dog, at ernæringsmæssig uddannelse af personalet har en positiv betydning for de ældre beboeres ernæringstilstand.

Et skoping review over måltidsinterventioner generelt på plejehjem identificerede ingen randomiserede kontrollerede studier (Vucea et al. 2014). Konklusionen var, at der syntes at være en vis effekt af uddannelse af plejepersonalet på opsporing af ældre i risiko for dårlig ernæringstilstand, samt på at gøre en indsats for at forbedre de ældres ernæringstilstand.

I forbindelse med et dansk initiativ; "God mad Godt Liv" finansieret af satspuljemidler og gennemført af Socialstyrelsen konkluderede en litteraturgennemgang af tre studier, heraf ét randomiseret kontrolleret, at efteruddannelse, der kombinerer ernæringsfaglig teori og praksis, har en positiv afsmittende effekt på ældre beboeres ernæringstilstand (Servicestyrelsen, 2010).

På hospital
Et skoping review vurderede ernæringsindsatsen til indlagte patienter (Cheung et al. 2013). Ingen identificerede studier fokuserede udelukkende på personalets uddannelse.

8.1.4 Gode eksempler

På plejehjem
Forstander Bo Pedersen på Bryggergårdens plejehjem på Vesterbro påbegyndte i samarbejde med køkkenleder Jytte Jensen i 2006 en større forandring af arbejdet med maden og måltiderne, der gav en markant kvalitetsforbedring af den kulinariske kvalitet, et mere fokuseret arbejde på at styrke de sociale rammer, og mere målrettede tværfaglige aktiviteter omkring arbejdet med maden og måltiderne. Processen var meget involverende og har medvirket til at ændre arbejdskulturen om maden og måltiderne på Bryggergården (Madkulturen 2013).

På hospital
I 2010-2012 indgik ernæringsassistenter i centralkøkkenet på Herlev Hospital i Projekt Måltidsværter, der tilknyttede måltidsværter til hospitalsafdelinger for at understøtte det daglige arbejde på afdelingerne (Lund 2012). Måltidsværterne varetog nogle af de opgaver, som plejen ellers havde taget sig af, fx vejledning vedrørende menuvalg, anretning og serveringen af måltider. Projektet konkluderede, at:

- Plejen og sygeplejen oplevede aflastning på et område, som de ellers ikke havde tid til at prioritere.
- Der kom større fokus på den enkelte patients kostindtag.
- Der var større fokus på patienternes mad og måltidsoplevelse.
- Patienten fik mere lyst til at spise.
- Måltidsværter oplevede deres funktion på afdelingen som meningsfuld.
- Der blev et øget samarbejde mellem det kostfaglige personale og det øvrige personale på hospitalsafdelingerne.
- Madspild blev reduceret.

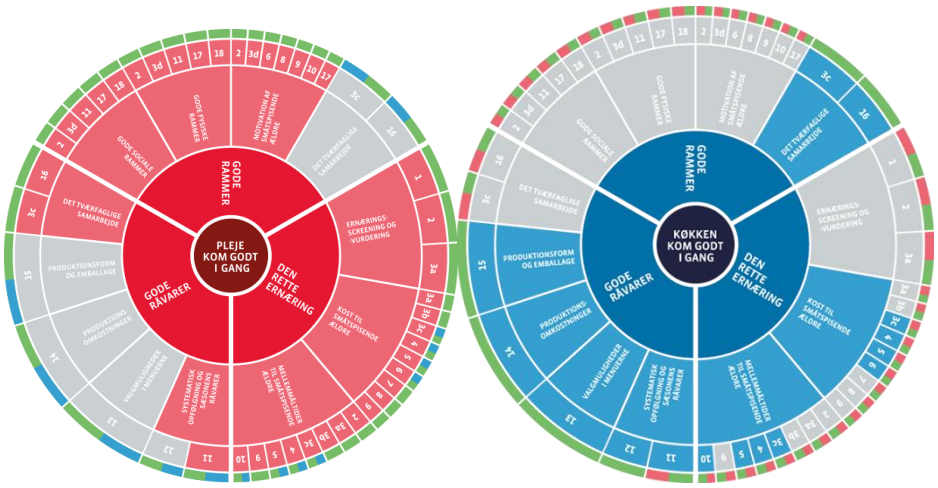
- Det var en udfordring for måltidsværterne (ernæringsassistenterne) at finde platformen for en professionel værtsrolle på afdelingerne.
- Plejen og sygeplejens fokus på aflastning vægtedes højere end patienternes tilfredshed og forbedrede indtag af mad og drikke.

8.1.5 Officielle danske anbefalinger

Socialstyrelsens "National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen" (2013) anbefaler, at:

- Alle personalegrupper omkring den ældre har viden om, hvilken betydning mad, måltider og ernæring har for den enkelte ældres livskvalitet og funktionsevne.
- Der sikres tværfagligt samarbejde mellem personalegrupperne.

Socialstyrelsens projekt "God mad - godt liv" (2011) anbefaler kompetenceudvikling af ledere, køkken og plejepersonalet i forbindelse med implementering. Socialstyrelsen har udviklet implementeringsmodellen "Veje til god mad og godt liv for ældre borgere - Implementeringsguide til indsatser i plejen omkring mad og måltider" med tre indgange for fagpersoner: Kommunal forvaltning, plejen og køkkenet. I hver indgang er der råd i forhold til implementering på fokusområder såsom Den rette ernæring, Gode råvarer, og Gode rammer for måltidet (se figur 8.1 herunder).



Figur 8.1

I forbindelse med Socialstyrelsens projekt "God mad - godt liv" (2011) er der udviklet AMU-kurser for at efteruddanne social og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og kostfagligt personale.

8.1.6 Flaskehalse

- Europarådets rapport fra 2002 peger på utilstrækkelig ernæringsuddannelse i alle medarbejdergrupper samt dårligt samarbejde mellem de enkelte personalegrupper (Council of Europe 2002)

8.1.7 Her mangler vi viden

Hvordan indgår mad og måltider i de forskellige uddannelser, der uddanner personale til ældreområdet?

Hvilken betydning har det for de ældres ernæringsstatus, funktionsevne og livskvalitet, at personalet i de tre settings har den fornødne uddannelse/efteruddannelse versus ikke har det?

Tilsvarende studier bør igangsættes før/efter implementering af de nødvendige fag i eksisterende uddannelser.

8.1.8 Referencer

Abbott RA et al. Effectiveness of mealtime interventions on nutritional outcomes for the elderly living in residential care: A systematic review and meta-analysis. Ageing Research Reviews 2013; 12: 967– 981

Beck A, , et al. Anbefalinger for udvikling af den attraktive madservice til ældre. Danmarks Fødevareforskning, 2006

Cheung G et al. Dietary, Food Service, and Mealtime Interventions to Promote Food Intake in Acute Care Adult Patients. Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics 2013; 32: 175-212

Council of Europe. Report and recommendations of the Committee of Experts on Nutrition, Food Safety and Consumer Protection. Health protection of the consumer. Council of Europe Publishing 2002

Holst M, Rasmussen HH. Nutrition Therapy in the Transition between Hospital and Home: An Investigation of Barriers. J Nutr Metab. 2013;463751. doi: 10.1155/2013/463751. Epub 2013 Dec 29

Holst M, Staun M, Kondrup J, Bach-Dahl C, Rasmussen HH. Good nutritional practice in hospitals during an 8-year period: The impact of accreditation. E-SPEN 2014, 9: e155-160

Kofod, J. Du er dem du spiser sammen med – et brugerperspektiv på den offentlige måltidsservice. Fødevarerapport 2000;09

Kofod,J. Food, Culture and Society: An International Journal of Multidisciplinary Research, 2012; 15: 665-78

Lund, LS. Projekt måltidsværter, Herlev Hospital, Region Hovedstaden 2012

Madkulturen 2013. Bryggergården. Den lange rejse - Bryggergården omlægger til økologi. Film. http://www.kbhmadhus.dk/servicenavigation/om-os/materialer/filmarkiv/den-lange-rejse-bryggergaarden-omlaegger-til-oekologi

Ross LJ et al. Everyone's problem but nobody's job: staff perceptions and explanations for poor nutritional intake in older medical patients. Nutrition & Dietetics 2011; 68: 41-46

Servicestyrelsen. Baggrundsmateriale til kvalificering af en måltidspolitik. Servicestyrelsen 2010
Servicestyrelsen. "God mad - godt liv," Social Fokus Ældre, juni 2011

Socialstyrelsen. National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen, Socialstyrelsen 2013

Suominen, MH et al. "How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients." Eur J Clin Nutr 2009; 63: 292-96

Vucea V et al. Interventions for improving mealtime experiences in long-term care. J Nutrition Gerontol Geriatr 2014; 33: 294-324

9 POLITIK (GOVERNMENT)

Dette kapitel består af to afsnit. Det første beskriver betydningen af de økonomiske og organisatoriske rammer. Det andet omhandler betydningen af en mad- og måltidspolitik m.v.

9.1 ØKONOMISKE OG ORGANISATORISKE RAMMERS BETYDNING FOR MAD OG MÅLTIDER

Spørgsmålet om økonomi i relation til ældrebespisning kan dels rettes imod størrelsen af den samlede ressourceramme for bespisningen. Dels imod, hvordan de økonomiske ressourcer indenfor en given ressourceramme udnyttes. Det følgende beskæftiger sig hovedsageligt med den sidstnævnte type problemstilling.

Især to økonomiske forhold i relation til ældrebespisning vurderes at spille en væsentlig rolle:

1. Betydningen af ældres ernæringsmæssige tilstand for omkostningerne til ældreservice og ældrepleje.

2. Betydningen af kommunernes udnyttelse af de økonomiske rammer for udbuddet af mad og måltider til ældre.

De to punkter beskrives hver for sig i det følgende.

9.2 BETYDNINGEN AF ÆLDRES ERNÆRINGSMÆSSIGE TILSTAND FOR OMKOSTNINGERNE TIL ÆLDRESERVICE OG ÆLDREPLEJE

De økonomiske aspekter af de ældres ernæringstilstand har overvejende indirekte karakter. Udover at ernæringstilstanden er vigtig for de ældres helbred og fysiske og mentale velbefindende, og dermed for deres livskvalitet, så nedsætter ældre ved godt helbred også omkostninger til sygdomsbehandling, ligesom de ofte selv klarer en større del af de daglige opgaver såsom personlig pleje, rengøring m.v. Det indebærer, ud fra en gennemsnitsbetragtning, færre offentlige omkostninger til bl.a. hjemmepleje og hjemmehjælp.

9.2.1 Derfor er det vigtigt

De mulige økonomiske gevinster ved god ernæringstilstand hos de ældre kommer ikke udbyderne af ældremåltiderne direkte til gode. Denne uklare sammenhæng mellem omkostninger og gevinster ved en god ældrebespisning udgør en potentiel barriere for ældremåltider af tilstrækkelig ernæringsmæssig og gastronomisk kvalitet. En mere klar sammenhæng mellem omkostningerne til bespisning og de økonomiske gevinster ved forbedret ernæringstilstand kan potentielt styrke de økonomiske incitamenter til at højne ældremåltidernes kvalitet og i sidste ende øge funktionsevne, ernæringsstatus og livskvalitet hos de ældre borgere.

9.2.2 Det betyder utilstrækkeligt indtag af mad og drikke for omkostningerne til ældreservice og ældrepleje

Alle tre settings
Et hollandsk systematisk review har set på udgifter forbundet med sygdomsbetinget underernæring (Freijer et al. 2013). Målgruppen var personer over 18 år i dårlig ernæringstilstand, herunder ældre på plejehjem, i hjemmepleje, og på hospital. Konklusionen var, at der i 2011 var en merudgift på 1,9 milliarder EURO svarende til 5 % af de samlede udgifter til det hollandske sundhedsvæsen. Specifikt sås de største udgifter blandt personer over 60 år.

På plejehjem
En hollandsk undersøgelse beregnede, hvad udgiften var for at forbedre dårlig ernæringstilstand hos ældre borgere på plejehjem (Meijers et al. 2012). Der var en merudgift på 10.000 euro/år per ældre beboer i dårlig ernæringstilstand pga. den påkrævede indsats for at rette op på problemet, herunder tilknytning af klinisk diætist, tilbud om industrielt fremstillede energi- og proteinrige drikke, og tidsforbrug til vejning og opfølgning.

I hjemmepleje

Livingston et al. (1997) undersøgte plejeomkostninger for ældre i London-området med forskellige lidelser (demens, depression, begrænsninger på fysisk aktivitet, samt angstdiagnoser), og så på forskellige typer plejeomkostninger. Analysen fandt, at den gennemsnitlige månedlige omkostning til personlig pleje og praktisk hjælp er 150-500 % højere for ældre med disse lidelser end for raske ældre. En væsentlig del af disse omkostninger vedrørende personlig pleje knytter sig direkte til de pågældende lidelser, men også omkostningerne til praktisk hjælp er gennemsnitligt højere (2-300 % – og op mod 700 % højere for demente) end for raske ældre. Forskellen skyldes især, at raske ældre bruger en del af disse funktioner langt mindre end ældre med de nævnte lidelser. Undersøgelsen tyder således på en betydelig variation i omkostningerne i forbindelse med madudbringning til ældre og hjælp til at spise maden, en variation som også kan være nyttig at undersøge i dansk sammenhæng.

De ovennævnte betydelige omkostningsforskelle til bespisning mellem raske ældre og eksempelvis depressive eller fysisk svækkede ældre kan endvidere indikere et potentiale for omkostningsbesparelser på længere sigt, i det omfang at en højere mad- og måltidskvalitet kan bidrage til at forebygge eller udskyde depression og/eller fysisk svækkelse hos de ældre.

9.2.3 Interventioner til forbedring af indtag af mad og drikke og betydningen for omkostningerne til ældreservice og ældrepleje

Alle tre settings
I et systematisk hollandsk review har man kigget på den økonomiske betydning af en ernæringsindsats blandt hospitalspatienter over 18 år, og ældre i hjemmepleje og på plejehjem (Freijer et al. 2014). Ernæringsindsatsen har typisk bestået af udlevering af industrielt fremstillede drikke evt. i samarbejde med en klinisk diætist. Resultaterne, som var baseret på studier af høj kvalitet, var, at ernæringsindsatsen enten medførte økonomiske besparelser (tre studier), var udgiftsneutral (et studie), eller var dyrere end standardindsats, men stadig inden for et acceptabelt niveau sammenlignet med andre udgifter i sundhedsvæsenet (fire studier).

Et tidligere hollandsk studie så specifikt på den økonomiske betydning af en ernæringsindsats til ældre (Freijer et al. 2012). Omdrejningspunktet var ældre patienter, men herunder regnes også ældre i hjemmepleje og på plejehjem. Konklusionen var, at en ernæringsindsats i form af industrielt fremstillede ernæringsdrikke var økonomisk rentabel, især pga. færre hospitalsindlæggelser. En sådan reduktion er specifikt set i tre studier omhandlende en ernæringsindsats med ernæringsdrikke til ældre patienter, der udskrives fra hospital.

I hjemmepleje og på plejehjem
Sahyoun og Vaudin (2014) har givet en oversigt over den videnskabelige litteratur vedrørende de ernærings- og sundhedsmæssige effekter af udbragt

mad til ældre i USA og finder, at madordningerne fremmer brugernes ernæringstilstand og reducerer behovet for at flytte i egentlige plejeboliger.

Et nyligt dansk studie (Socialstyrelsen, 2014) viste også, at det er muligt at tilrettelægge en omkostnings-effektiv ernæringsintervention i forhold til skrøbelige underernærede ældre. Dette studie undersøgte en intervention, som inddrog et formaliseret samarbejde med ekspertise fra henholdsvis kliniske diætister, ergo- og fysioterapeuter, og interventionen havde positive effekter på deltagernes fysiske funktionsevne og livskvalitet. Resultaterne viste desuden, at vægtøgning hang tæt sammen med en forbedret livskvalitet. Undersøgelsen peger på, at det formaliserede samarbejde mellem de forskellige ekspertise-områder var en væsentlig faktor bag interventionens effektivitet. Det blev i studiet beregnet, at omkostningen i denne intervention var 64.000 kr. pr. QALY (Quality Adjusted Life Years), hvilket er lavt, sammenlignet med omkostninger ved at nå tilsvarende resultater i andre dele af sundhedsvæsenet, hvor rapporten angiver 200.000 kr./QALY som en relevant benchmark.

Kretser et al. (2003) har undersøgt forskellen mellem effekterne af to alternative koncepter for udbragt mad på brugernes grad af selvhjulpethed: Enten ét udbragt måltid pr. dag fem dage om ugen (pris 5,50 $ pr dag, inkl. transport, udbragt varm og anbefales indtaget umiddelbart efter modtagelsen), eller udbragt fuldkost syv dage om ugen (tre måltider og to mellemmåltider pr. dag – 11 $ pr dag, udbringes frossen en gang om ugen). Deltagerne på udbragt fuldkost havde større vægtøgning og forbedret ernæringstilstand sammenholdt med deltagerne på ét dagligt udbragt måltid. Men graden af selvhjulpethed hang i højere grad sammen med deltagernes BMI, end om de modtog den ene eller anden type udbragt mad. I fuldkost versionen rapporterede 52 %, at de ikke spiste op hver dag, fordi mængden var for stor. Brugerne var godt tilfredse med programmet, inklusiv muligheden for at vælge retter, smag og ugentlig levering, hvilket gav større fleksibilitet i forhold til spisetider. Ready-to-drink drikkevarer blev i højere grad indtaget end drikke, som krævede forberedelse. Frosne retter, som var udviklet til målgruppen, fik den højeste rating.

På hospital

Beregninger af Lassen et al. (2005) og Pedersen (2009) tyder på, at underernæring blandt medicinske patienter årligt koster den danske hospitalssektor i størrelsesordenen 144 mio. kr. (opgjort i 2003-prisniveau). En rapport udarbejdet af Arla og Kost- og Ernæringsforbundet (2014) har med udgangspunkt i en hollandsk undersøgelse (Freijer et al. 2013) forsøgt at beregne de samfundsøkonomiske konsekvenser af ældres underernæring, hvor der udover et højere antal indlæggelsesdage på hospitaler for underernærede ældre medicinske patienter også indregnes øgede plejeomkostninger på plejehjem, hjemmehjælp og hos alment praktiserende læger. Deres beregning tyder på, at underernæring koster den danske offentlige sektor i omegnen af 6 mia. kr. årligt, at 1,5-2 mia. kr. kunne spares ved en målrettet behandlingsindsats af disse patienters underernæring, og at denne besparelse ville være mere end tilstrækkelig til at dække omkostningerne ved en sådan målrettet indsats. Beregningerne kunne tyde

på, at der kunne være samfundsøkonomiske gevinster at hente ved at inddrage kost og ernæring mere aktivt i selve sygdomsbehandlingen (indenfor sundhedslovgivningens bestemmelser) af underernærede medicinske patienter, fremfor at "aflevere" patienterne "for tidligt" til den normale ældrepleje og madservice.

Allison (1995) har set på kostens betydning for rehabilitering af syge ældre i en hospitalssammenhæng. Han fandt, at en indsats for at motivere de ældre til at spise samt et højt energiindhold i kosten fremmer rehabiliteringen. Omkostninger for forskellige kosttyper er angivet: Standard hospitalsmad kostede 20,00 £ pr. uge, og høj-energi hospitalsmad kunne leveres til en begrænset meromkostning. Tilføjelse af snacks eller energi- og proteinrige drikke til oral indtagelse (1 MJ/dag) øgede den daglige omkostning med 12-18 % Sondemad/enteral og intravenøst/parenteral ernæring (8 MJ/dag) var henholdsvis 3-4 og 15-25 gange så bekostelig som standard hospitalsmad. Disse omkostningstal peger således på, at en tidlig indsats i forhold til underernæring kunne være omkostningseffektiv, hvis man derved kunne undgå en del af de tilfælde, som på et senere tidspunkt vil kræve enteral eller parenteral næring.

9.2.4 Gode eksempler

I Danmark har der på Herlev Hospital været eksperimenteret med omlægning af centralkøkkenet til det Nordiske Køkken med fokus på sund og lækker mad, hvor bl.a. en gourmetkok har været involveret i udviklingen af opskrifter. Angiveligt koster maden det samme at lave som almindelig hospitalsmad (Munk T. Politiken 31. marts 2014).

9.2.5 Flaskehalse

Ifølge Servicelovens § 83 skal kommunalbestyrelsen tilbyde personlig hjælp og pleje, samt hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og madservice til "personer, som pga. midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver". For patienter, som er i sygdomsforløb eller rehabiliteringsforløb efter sygdom, gælder derimod Sundhedslovgivningens bestemmelser, hvorefter ydelserne udbydes af autoriserede sundhedspersoner, som ifølge autorisationsloven er selvstændigt ansvarlige for, at den sundhedsfaglige behandling lever op til almindeligt anerkendte faglige standarder.

Hvis patienter i sygdomsforløb eller rehabiliteringsforløb efter sygdom modtager kostforplejning efter Sundhedslovgivningens bestemmelser, har de adgang til sundhedsvæsenets klage- og erstatningssystemer, hvilket i højere grad forpligter udbyderne end tilfældet er for madservice i den almindelige ældrepleje. Sådanne forpligtelser kunne give udbyderne et stærkere

incitament til at sikre, at madtilbuddet virkede fremmende på den ældres ernæringstilstand. Omkostningerne til kostforplejning i behandlingsøjemed må imidlertid formodes at være noget højere end i almindelig madservice i henhold til Serviceloven, hvilket kunne være en barriere for at foreskrive særlig kostforplejning i henhold til sundhedslovgivningen.

Der kan også være et økonomisk incitamentsproblem for de enkelte instanser – fx mellem sundhedssektoren og de enkelte kommuner – hvor fx de økonomiske gevinster ved en forbedring af de ældres kost opstår det ene sted, mens omkostningerne ligger det andet sted. Sådanne incitamentsproblemer kan have konsekvenser for instansernes indbyrdes koordinering af indsatsen med at inddrage ernæringstiltag i rehabiliteringen af underernærede ældre patienter.

9.2.6 Her mangler vi viden

Mere attraktive madtilbud og måltidssituationer kan som omtalt bidrage til at forbedre ernæringstilstanden – og dermed den almindelige helbredstilstand og graden af selvhjulpenhed – hos en del ældre, hvilket må antages at kunne indebære økonomiske gevinster for den offentlige sektor, og for samfundet som helhed. Der er imidlertid behov for videnskabelige undersøgelser af, hvor store disse økonomiske gevinster vil være i en dansk sammenhæng i henholdsvis hjemmepleje, plejeboliger og på hospital

Derudover er der behov for øget viden om incitamentsstrukturer i forhold til kvaliteten af ældremåltider med henblik på at sikre, at udbyderne af kostforplejning har tilstrækkelige økonomiske incitamenter til at levere måltider, som brugerne har lyst til at spise.

9.2.7 Sådan kommer vi videre

Det foreslås at gennemføre en systematisk indsamling af eksisterende viden om direkte og indirekte omkostninger i forbindelse med ældres kost og ernæringstilstand i henholdsvis hjemmepleje, plejeboliger og på hospital Herigennem kan også forskellige aktørers økonomiske incitamenter afdækkes.

På baggrund af denne viden foreslås etableret en videnssyntese, som giver mulighed for foreløbige vurderinger af de økonomiske potentialer ved en forbedret måltidskvalitet i ældrebespisningen.

I forlængelse af en sådan videnssyntese kan der initieres ny forskning med henblik på at undersøge de faktiske omkostningsforhold i en dansk sammenhæng, herunder identifikation af væsentlige determinanter for disse omkostninger.

9.2.8 Referencer

Se afsnit 9.3.8

9.3 BETYDNINGEN AF KOMMUNERNES UDNYTTELSE AF DE ØKONOMISKE RAMMER FOR UDBUDDET AF MAD OG MÅLTIDER TIL ÆLDRE

Tilrettelæggelsen af måltidsproduktionen i de enkelte kommuner afspejler de økonomiske, organisatoriske og politiske rammebetingelser for denne produktion. Dette afsnit belyser kommunernes og hospitalernes muligheder for måltidsproduktionen til ældre under disse betingelser, indenfor rammerne af konkrete organisatoriske enheder, hvor omkostningerne direkte kan henføres til sådanne enheder med selvstændige budgetter.

9.3.1 Derfor er det vigtigt

Omkostninger opfattes som en væsentlig barriere for levering af nærende og appetitlig mad til de ældre. Samtidig er der betydelig variation i omkostningerne til produktion og distribution af maden, bl.a. mellem kommunerne. Øget forståelse af disse omkostningsforskelle er central i forhold til at reducere de økonomiske barrierer for god madservice til de ældre.

9.3.2 Organiseringens betydning for det økonomiske aspekt

På plejehjem
Der kan sondres mellem tre produktionssystemer i forsyningen med mad til de ældre på plejehjem: frost, køle/vakuum og varm. Her er køle/vakuum-formen den dyreste med 4.090 kr. i månedlige produktionsomkostninger, mod 3.615 kr./måned for varm mad og 3.866 kr./måned for frostmad, iflg. Kommunernes Landsforening og Velfærdsministeriet (2008). Varm mad er således billigst.

En undersøgelse gennemført af Danmarks Radio (www.dr.dk, offentliggjort d. 30. september 2014) tyder på, at ca. 40 % af kommunernes plejehjem tilbereder dagens varme hovedmåltid helt fra bunden, og at ca. 25 % af plejehjemmene er gået bort fra at tilberede den varme mad selv i løbet af de seneste 10 år. Tendensen til mere centraliseret fremstilling af ældremåltiderne kunne tyde på økonomiske stordriftsfordele i måltidsfremstillingen.

I hjemmepleje
Blandt 88 danske kommuner i 2008 indgik frost mad som produktionsform i 16 kommuner, 67 kommuner anvendte køle/vakuumpakket mad som produktionsform i udbragt mad, og i 58 kommuner indgik varmholdt mad (se Tabel 1). 37 af kommunerne anvendte kun én af disse tre produktionsformer, og blandt disse var den gennemsnitlige omkostning 1.589 kr./måned for frostmad, 1.773 kr./måned for køle/vakuum mad og 2.041 kr./måned for varmholdt mad. Mens madtilbuddet på plejehjem som oftest vedrører fuld kostforplejning, så vedrører madtilbuddet i hjemmepleje som udgangspunkt

kun "det varme måltid"(Kommunernes Landsforening og Velfærdsministeriet 2008)

Kvalitetskontrol og optimering af sensorisk kvalitet
Som Tabel 1 viser, bliver de fleste måltider udbragt som kølet/vakuum eller varmholdt. Samtidig er der en stor volumen af viden om de kemiske of fysiske kvalitetsændringer af fødevarer som bliver genopvarmet eller holdt varme over en længere periode. Det er henholdsvis kogt/stegt kylling og kalkun, som hurtigt danner afsmag og en den friskbagte kødsmag ændres sig mærkbart (Byrne og Bredie 2002). Desuden vil mange smagsstoffer fordeler sig over måltidets ingredienser, hvis måltider er sammensæt inden udbringningen. Det er ikke altid klar om der føres en systematisk sensorisk kvalitetskontrol af den mad når den bliver fremstillet og når den bliver spist hos den ældre i hjemmet. Men der forventes relative store afvigelser mellem ønsket sensorisk kvalitet og sensorisk kvalitet hos "kunden".

Det skal desuden anføres, at varmholdt udbragt mad giver brugeren forholdsvis ringe fleksibilitet i forhold til valg af spisetidspunkt. Hensynet til kapacitetsudnyttelsen i udbringningen (og evt. hjælp til spisning) kunne således medføre spisetider, som ville være ubekvemme for en del brugere og i dårlig overensstemmelse med deres appetit.

Tabel 9.1. Produktionsformernes andele i kommunerne

Andel af portioner	Frost	Køle/vakuum	Varmholdt
	- - - - - - - - - - - - - Antal kommuner - - - - - - - - - - - - - - - - - -		
100 %	3	24	12
75-99 %	0	6	20
50-74 %	3	7	14
25-49 %	1	13	9
1-24 %	9	17	3
0 %	72	21	30
I alt	88	88	88

Kilde: Kommunernes Landsforening og Velfærdsministeriet 2008

Til trods for at omkostningerne er lavest for frostmad, så anvendes produktionsformen kun i relativt begrænset omfang i ældremad til udbringning fra kommunerne. Ca. 40 % af kommunerne anvender køle/vakuum produktionsformen i mere end halvdelen af deres udbragte portioner, mens 35 % af kommunerne ikke udbringer varmholdt mad, jf. Tabel 9.1 (Kommunernes Landsforening og Velfærdsministeriet 2008).

Som udgangspunkt omfatter madservicetilbuddet det varme måltid, bestående af en varm hovedret samt en biret (forret eller dessert). Ikke alle brugere vælger at benytte madservicetilbuddet hver dag. Der mangler systematisk viden om, hvor disse brugere får mad fra de øvrige dage, og hvad de spiser, fx om de laver mad selv, om de får mad fra familie og bekendte, om de deltager i spisefællesskaber osv. Dermed foreligger der heller ikke solid viden om deres samlede kost.

Mindel et al. (1986) har undersøgt hjemmeboende ældre amerikaneres (Ohio) anvendelse af personlige services, fordelt på henholdsvis formaliserede/professionelle (offentlig sektor og organisationer, mv.) og uformelle (familie, naboer, osv.) udbydere. I undersøgelsen opgøres brugen af en række forskellige serviceydelser, herunder madrelaterede ydelser som måltidsservice eller hjælp til indkøb af varer, men også hjemmehjælp, transporthjælp, personlig pleje, sundhedspleje, mv. i monetære enheder, hvilket muliggør visse sammenligninger på tværs af ydelser. I undersøgelsen foretages opdeling efter race (hvid/sort) og efter indkomstniveau. Ifølge undersøgelsen modtog 20-30 % af de ældre måltidsservice, heraf dog hovedparten fra ikke-formaliserede "leverandører" som familie, venner mv., og cirka lige så mange modtog hjælp til indkøb af dagligvarer. Sorte amerikanere modtog i højere grad madrelaterede serviceydelser end hvide amerikanere, men den ikke-formaliserede del heraf var også noget højere for de sorte amerikanere. Undersøgelsen peger således på, at betydningen af ikke-formaliserede serviceydelser som madlavning og måltider kunne være ganske stor – og også at der kan være betydelig variation heri mellem forskellige befolkningsgrupper. Her er det naturligvis vigtigt at være opmærksom på de institutionelle forskelle mellem det amerikanske samfund og forholdene i fx Danmark, hvor den formaliserede del af ældreservice må formodes at være højere end i USA.

På hospital
Revisions- og rådgivningsfirmaet BDO har i sommeren 2014 lavet en forholdsvis detaljeret økonomisk afdækning af hospitalskøkkenerne i Region Hovedstaden (BDO, 2014). Rapporten viser, at der er op til 65 % forskel i de samlede omkostninger pr. kostenhed (en normalkost bestående af tre hovedmåltider og tre mellemmåltider udgør i alt 1,6 kostenheder pr. dag) mellem hospitalerne med henholdsvis de højeste og de laveste omkostninger. Prisen varierer således fra knap 55 kr. per dag til knap 90 kr. per dag (BDO 2014). Omkostningsforskellene kan dog henføres til en række forhold, herunder kostkoncept, serviceniveau, produktionsmetoder og effektiv produktionstilrettelæggelse. Eksempelvis suppleres den producerede mad fra hospitalskøkkener med kolonialvarer i forskellig grad, når patienterne skal tilbydes døgnforplejning, hvilket alt andet lige bidrager til at reducere omkostningerne pr. kostenhed. Men selv når der tages højde for andelen af kolonialvarer finder rapporten ganske markante forskelle i omkostningsniveauerne på de forskellige hospitaler.

9.3.3 Interventioner for omkostnings-effektiv madbestilling og madservice

I hjemmepleje
Aberg (2006) skitserer et måltidsplanlægningssystem til ældre, hvor den ældre planlægger sin kost under hensyntagen til smag, pris, tilberedningsforhold, varieret kost, kostmæssige restriktioner, ernæringsmæssige behov og egenskaber, samt udvalg af tilgængelige fødevarer. Systemet synes primært at være tiltænkt ældre, som selv skal lave

mad, men kan måske også danne grundlag for mere fleksible udbringningsordninger og derigennem muliggøre en mere målrettet og omkostnings-effektiv madservice, som i højere grad imødekommer brugernes ønsker og behov.

Siira og Häikiiiö (2007) beskriver ligeledes et it-baseret bestillingssystem til ældremåltider (Near-Field Communication). Sidstnævnte system ser dog ud til at være udviklet før udbredelsen af smartphones, ipads mv., hvorfor det nok kun i mindre grad kan spille en rolle i Danmark.

Forskellige studier, heraf flere fra de nordiske lande, forsøger at udvikle koncepter til at løse nogle af de logistiske udfordringer med udbringning af ældremad. Bräysy et al. (2009a, 2009b) har udviklet en optimeringsmodel til minimering af omkostningerne ved madudbringning til ældre, og appliceret den på en kommune i Finland. I 2005 havde kommunen 827 brugere, og gennemsnitligt udbragtes 262 måltider pr. dag sv. t. 95.625 måltider om året. Prisen på et måltid var 8 €. Udbringningen var organiseret i 9 udbringnings-linjer, og i 2006 var den totale udbringningsomkostning 174.999 €. Som udgangspunkt udbringes maden varm, men kan også udbringes kold, hvilket dog ikke giver forskel i udbringningsomkostninger, da begge udbringes på de samme ture. Forfatterne har udviklet en optimeringsmodel til at fastlægge udbringningsruterne på den billigst mulige måde, målt i henholdsvis arbejdstid og transportafstand. Analyserne tyder på, at der kan opnås besparelser på mellem 20 og 50 % af transportomkostningerne ved en optimeret tilrettelæggelse af transportruter, sammenlignet med udgangspunktet. Da udbringningstiden for varm mad af fødevaresikkerhedshensyn ikke må overstige 2 timer (iflg. de finske myndigheder), opnås de største besparelser, hvis maden udbringes kold og opvarmes hos brugeren, fordi det giver mere fleksibilitet i forhold til ruternes længde og dermed ruternes tilrettelæggelse. Hertil kommer omkostninger til evt. ekstra hjælp af plejepersonale til at håndtere maden hos de ældre.

De ovennævnte tre interventionstyper repræsenterer forskellige teknologiske og organisatoriske ("bottom-up") løsninger til at øge omkostnings-effektiviteten i madproduktion og -udbringning på konkrete punkter. Der er også erfaringer med mere "top-down" prægede interventioner, hvor det forsøges at motivere til effektiviseringer gennem regulering af de økonomiske eller politiske rammer for produktionen. Konkurrenceudsættelse af den offentlige madservice eller regulering af priserne på madservice er eksempler på sådanne "top-down" interventioner.

I Finanslovsaftalen fra 2009 blev der således vedtaget et loft på betalingen for maden på plejehjem og i hjemmepleje. I 2010 var loftet på 3.000 kr./måned for mad på plejehjem og på 45 kr. for en udbragt hovedret. Loftet reguleres årligt, og satserne er i 2014 på henholdsvis 3.324 og 49 kr. Kommunerne må derudover ikke opkræve mere, end det koster at producere maden. Ifølge Økonomi- og Indenrigsministeriets kommunale nøgletal har fastsættelsen af disse maksimumssatser indebåret, at en række kommuner, som før 2010 havde satser højere end loftet, nu har nedsat priserne for madservice. Samtidig har der været rejst spekulationer om, at andre kommuner, som på

forhånd opererede med satser, som var lavere end loftet, har benyttet loftet som grundlag for at hæve deres satser (Morgenavisen Jyllandsposten 17.10.2014). En foreløbig undersøgelse af Økonomi- og Indenrigsministeriets kommunale nøgletal tyder dog ikke på, at denne tendens til at skrue satser opad har været særligt udtalt. Ganske vist er de kommunale takster for mad på plejehjem steget fra 2009 til 2010 i halvdelen af landets kommuner (og i 10-12 kommuner for madservice i egen bolig), men når der tages hensyn til den almindelige løn- og prisudvikling i samfundet, så har takststigningen været beskeden i de fleste af disse kommuner. Antallet af kommuner med takster under loftet har også været stabilt siden indførelsen af lofterne.

Prisloftet for udbragt mad gælder kun for en hovedret, mens der ikke er fastsat prislofter for biretter (forret, dessert eller mellemmåltider). Konstruktionen af prisloftet indebærer således, at der skal specificeres separate priser for hovedret og biretter. Dette kan videre indebære, at småtspisende brugere kan være tilbøjelige til at fravælge biretter for at spare penge. Den separate prisfastsættelse af de forskellige retter giver på den ene side brugeren en fleksibilitet i forhold til at vælge mellem biretter fra madservice-udbyderen og fra andre kilder, fx besøgende pårørende, i det omfang brugeren har adgang til sådanne andre forsyningskilder. Da de udbudte måltider ofte er sammensat ud fra ernæringsværdien af kombinationen af hovedret og biret, kan sådanne fravalg imidlertid være uheldige, navnlig for svagelige og underernærede ældre. Eksempelvis kunne en dessert give et værdifuldt energitilskud til en undervægtig bruger med lav appetit.

Ifølge kortlægningen fra Kommunernes Landsforening og Velfærdsministeriet (2008) kan kontraktformen for madudbringningen have betydning for omkostningerne, hvor kontraktformen "udbud indenfor godkendelse" (hvor borgeren kan vælge én blandt de af kommunen godkendte leverandører indenfor en fastsat prisramme) indebærer ca. 3% lavere månedlige omkostninger (brugeres egenbetaling plus tilskud) end gennemsnittet og ca. 4% lavere end "godkendelses"-formen, hvor kommunen vælger leverandører. Der skal dog gøres opmærksom på, at antallet af kommuner, som anvender "udbud indenfor godkendelse" var beskedent, hvorfor disse omkostningsforskelle er behæftet med betydelig usikkerhed.

I forbindelse med udbragt mad ligger der forskellige udfordringer, dels i forhold til at holde udbringningsomkostningerne nede (hvilket stiller krav til tilrettelæggelsen af udbringningen), og dels i forhold til at levere en kvalitet, som lever op til brugernes ønsker og forventninger (hvilket stiller krav til dels kommunikationen mellem brugere og leverandører og dels tilrettelæggelsen af udbringningen). Konkurrenceudsættelse af måltidsservicen kan tilsyneladende være et virkemiddel til at opnå et forbedret forhold mellem pris og kvalitet i nogle kommuner. De fleste af de hidtidige erfaringer med udbud ser ud til fortrinsvis at være kommet til udtryk i lavere omkostninger uden nævneværdig forringelse af kvaliteten (ifølge kommunerne), men det er et spørgsmål, om udbuds-instrumentet alternativt kunne anvendes til at højne måltidernes kvalitet indenfor de givne omkostningsrammer.

Fødevaresikkerhed er også en væsentlig faktor i relation til udbringningsform. En høj fødevaresikkerhed har stor betydning, især for undervægtige og småtspisende ældre med svækket immunsystem, hvor infektioner med fødevarebårne patogener kan være meget alvorlige eller endog livstruende. Hensynet til fødevaresikkerhed spiller således også en rolle i relation til afvejningen mellem omkostninger på den ene side, og egenskaberne ved de leverede måltidsløsninger på den anden side – måske navnlig for omkostningerne til udbragt mad. Hensynet til fødevaresikkerhed stiller krav til transportfaciliteterne og de dermed forbundne udfordringer og omkostninger, og hensynet kan derigennem have betydning for, hvilke typer måltidsløsninger (varmholdt, kølet, frosset), der tilbydes.

På plejehjem
Revisions- og rådgivningsselskabet Deloitte har undersøgt de økonomiske rationaliseringspotentialer ved centralisering eller outsourcing af madproduktionen på større produktionscentre og vurderer, at sådanne tiltag kan give omkostningsbesparelser på 20-45 % sammenholdt med det gennemsnitlige omkostningsniveau på undersøgelsestidspunktet (Deloitte, 2013). Undersøgelsen fokuserer på omkostningerne i madproduktionen og forholder sig kun i begrænset omfang til kvaliteten af den producerede mad, og brugernes mulighed for at få indflydelse på maden. En øget centralisering af madproduktionen må umiddelbart formodes at betyde, at en større andel af de producerede måltider udbringes i kølet/vakuumpakket eller frossen form, og en mindre del som varm mad. Mens Deloittes undersøgelse har et forholdsvis stærkt fokus på mulighederne for omkostningsbesparelser i kommunerne, så kunne det identificerede potentiale på 20-45 af de nuværende produktionsomkostninger alternativt tænkes udnyttet til kvalitetsforbedrende tiltag, fx i valget af råvarer eller tilberedningsmetoder.

Kristensen (2014) giver et overblik over erfaringer med udbud af serviceydelser til ældre, baseret på data fra www.udbudsportalen.dk. Oversigten giver et noget blandet billede af erfaringerne. I hovedparten af de viste cases angiver kommunerne, at de har sparet omkostninger som følge af udbuddet. I nogle kommuner (bl.a. Høje-Taastrup, Ballerup) er man helt eller delvist gået fra varmholdt til kølet mad i forbindelse med udbuddet, i andre kommuner (Fredericia) har man opnået økonomiske besparelser ved uændret leveringsform efter udliciteringen. De fleste case-kommuner angiver, at kvaliteten af maden og leveringen har været mindst lige så god efter udbuddet som før.

På hospital
Ifølge føromtalte rapport fra Region Hovedstaden (2014) har en række af regionens hospitalskøkkener fokus på tiltag til dels at udvikle kvaliteten og dels at øge omkostningseffektiviteten i madfremstilling. På omkostningssiden nævnes eksempelvis reduktion af madspild som fokusområde i 2014 på hospitalerne i Gentofte, Glostrup og Herlev, og på andre hospitaler som indirekte fokusområde gennem optimeret udportionering. "Effektivisering" og "optimeret drift" nævnes også som indsatsområde på et par hospitaler, mens "mere madlavning fra bunden" var et fokusområde i 2014 på flere af Hovedstadsregionens hospitaler - uden at det dog fremgår klart af rapporten,

om det dette sker ud fra økonomiske motiver. De nævnte tiltag var som nævnt fremhævet som udviklingsområder i fokus for hospitalerne i 2014, men der foreligger ikke tilgængelige opfølgninger på effekterne af disse tiltag.

Generelle økonomiske udfordringer i forhold til interventioner
Madspild er et anerkendt problem i forhold til ældrebespisning, og et vist omfang af madspild kan næppe undgås. Der vurderes imidlertid at være forhold omkring indretningen af madordninger, som bidrager til at øge madspildet, og hvor en indsats kunne bidrage til at reducere omfanget af madspild. For det første kan et utilstrækkeligt match mellem egenskaberne ved den mad der leveres (smag, konsistens, udseende, temperatur, osv.), og de egenskaber som brugerne efterspørger og forventer, betyde, at brugeren ikke har lyst til at spise så meget af maden, som hvis der var et bedre match. Her er det væsentligt i videst muligt omfang at udnytte generel viden om bl.a. fysiologiske og sensoriske aspekter af madoplevelsen hos de ældre, men samtidig i størst mulig grad at udvikle leveringssystemer, som tager hensyn til individuelle præferencer og ønsker.

Systemet med brugerbetaling pr. måltid bidrager formentlig også til det relativt store madspild. Når brugeren betaler for et måltid, ligger der også en forventning om at "få noget for pengene", og en lav risiko "for ikke at blive mæt". For at undgå sådanne problemer og deraf følgende utilfredshed og dårligt image, og samtidig holde håndteringsomkostningerne nede, vil udbydere formentlig have et incitament til at tilbyde "one size fits all", som er rigeligt store i forhold til gennemsnitsbrugeren.

9.3.4 Gode eksempler

Forudsat at kvaliteten af de ældres måltider i nogen grad er underlagt budgetmæssige begrænsninger, så vil en højnelse af kvaliteten sandsynligvis indebære meromkostninger til råvarer og tilberedningsprocesser. Undersøgelser fra OPUS-projektet (finansieret af en bevilling fra Nordea Fonden) viser, at råvareudgiften til en Ny Nordisk Hverdagskost baseret på nordiske og økologisk producerede råvarer, og som overholder de Nordiske Næringsstofanbefalinger for voksne er i størrelsesordenen 15 % højere end for den nuværende gennemsnitlige danske hverdagskost (Jensen, Poulsen, 2013). Selv om ernæringsanbefalingerne for ældre kan afvige fra de generelle ernæringsanbefalinger, så vurderes 15 % at være et overkantsskøn for meromkostningerne til råvarer i en fuld kost, idet en stor del af disse merudgifter kan henføres til valg af økologiske råvarer frem for konventionelle. Hertil kommer, at en forbedret ernæringsmæssig og kulinarisk kvalitet af måltiderne i et vist omfang vil kræve ændrede tilberedningsmetoder, evt. med ændret arbejdsindsats, ligesom en højere grad af hensyntagen til individuelle behov og ønsker i måltidstilbuddet vil kunne kræve øget arbejdsindsats. Erfaringer fra Københavns Madhus og Herlev Hospital tyder dog på, at omstilling af storkøkkener til mere madlavning-fra-bunden kan lade sig gøre uden at øge omkostningerne dramatisk.

9.3.5 Flaskehalse

Produktion og udbringning af varmholdt mad er dyrere end kølet/vakuumpakket eller frossen mad, formodentlig fordi varmholdning kræver isolerende emballering, som fylder mere i bilerne og dermed forringer kapacitetsudnyttelsen i udbringningen, og måske også fordi udbringning af varmholdt mad er begrænset til et kortere tidsinterval på dagen, hvilket indebærer risiko for ringere kapacitetsudnyttelse i udbringningen sammenholdt med kølet eller frosset mad.

I relation til udbringning af mad til ældre synes udbringningsomkostningerne derfor at udgøre en væsentlig flaskehals eller barriere, ikke mindst hvis maden skal udbringes tæt på brugerens ønskede spisetid.

Selv ved optimering af logistikken omkring leveringen må det vurderes, at der vil være højere kapacitetsomkostninger i forbindelse med varm madudbringning.

Umiddelbart vurderes fødevaresikkerhed at være en mindre udfordring i forhold til udbringning af kølet/vakuumpakket eller frossen mad, forudsat at leveringen kan ske uden brud på "kølekæden", mens udfordringen kan være større ved varmholdt mad, samtidig med at udbringningsomkostningerne formentlig også er lavere ved kølet/frosset mad, fordi udbringning ikke behøver at ske på daglig basis. Udbringning af kølede/vakuumpakkede eller frosne måltider med lav frekvens (fx en gang om ugen) kan dog indebære fødevaresikkerhedsudfordringer i forhold til måltidernes holdbarhed hos brugeren. Der er imidlertid behov for mere viden om sammenhængene mellem udbringningsomkostninger og fødevaresikkerhed for alternative typer måltider og alternative koncepter for udbringning.

9.3.6 Her mangler vi viden

Der stilles undertiden spørgsmålstegn ved den ernæringsmæssige og kulinariske samt sensoriske kvalitet af de måltider, som tilbydes i den nuværende madservice til ældre. Der er imidlertid behov for egentlige analyser af sammenhængen mellem fremstillingsomkostninger og kvalitet, variation og individualisering af måltidstilbuddene til ældre. Desuden er der behov for en forskningsindsats til at udvikle kvalitetssikringssystemer for optimering af måltidernes friskhed og smagskvalitet i relation til sensorisk holdbarhed igennem hele madservices distributionskæden fra produktionsenheden til tallerken hos "kunden".

En central udfordring i relation til problemet med madspild er afvejningen mellem fordelene ved en større fleksibilitet i betalings- og leveringssystemerne (i forhold til individuel appetit og præferencer) på den ene side, og meromkostningerne på den anden side. Eksempelvis kunne en ændret

betalingsstruktur, hvor brugeren ikke betaler den fulde pris i brugerbetaling, sandsynligvis bidrage til at give en differentiering af portionsstørrelser større legitimitet, fordi brugerne så ikke "betaler for noget, som de ikke får".

Ikke-formaliseret madservice til ældre, fx i form af hjælp fra de ældres familie, naboer eller venner til indkøb og madlavning kunne eventuelt nyttiggøres i forbindelse med udvikling af nye koncepter til at højne mad- og måltidskvaliteten hos de ældre (fx at yde tilskud til råvareindkøb til både den ældre og den pårørende, mod at den pårørende hjælper med tilberedningen). Der er i den forbindelse behov for belysning af omfanget af og omkostningerne til sådan ikke-formaliseret madservice til ældre i Danmark, såvel i et nutids- som i et fremtidsperspektiv, ligesom der er brug for mere viden om udviklingen i rammevilkårene for sådanne modeller, herunder bl.a. udviklingen i butiksstrukturen og dermed de lokale indkøbsmuligheder i de områder, hvor de ældre bor.

Der er behov for mere opdateret og systematisk viden om omkostningerne i ældrebespisningen i Danmark. Således er der behov for mere viden om niveauet for omkostninger, sammensætningen af omkostningerne (råvarer, køkkenpersonale, udbringningsomkostninger, lokaler/inventar, transportmidler, osv.) i forbindelse med alternative produktions- og udbringningsmodeller for madlevering til ældre, eksempelvis modeller med mere centraliseret produktion, modeller med en større del af den endelige tilberedning hos brugerne, alternative kosttyper, økologisk mad, alternative udbringningsmodeller (varmholdt, kølet eller frosset), transport af ældre til fællesspisning, mv.

Der er behov for mere viden om styrker og svagheder for alternative modeller for ledelse og økonomisk styring af madproduktionen i forskellige produktions- og udbringningsmodeller, fx tillidsbaseret, incitamentsbaseret, detailstyring, osv.

Der er behov for mere viden om kosten hos de borgere, som er visiteret til madservice, men som tilsyneladende delvis er i stand til at klare sig uden. Der er også behov for viden om, hvad der motiverer disse brugere til ikke at bruge måltidstilbuddet fuldt ud, herunder om det skyldes prisen, madens kvalitet, portionsstørrelse (så man fx deler én dags portion ud på flere dage), praktiske omstændigheder som fx at de ikke har behov for madservice visse ugedage pga. aktiviteter, at der findes et begrænset antal attraktive alternativer (fx færdigretter i supermarkederne), at man gerne selv vil bestemme menuen en gang imellem, mv.

Madservice omfatter som udgangspunkt kun det varme måltid, mens borgernes skal sørge for de kolde måltider på anden vis, enten ved selv at købe ind eller evt. at få hjælp til indkøb. Der må formodes at være betydelige forskelle på de ældres muligheder for selv at købe ind, bl.a. afhængig af om man bor i en by med dagligvarebutikker eller på landet. Der foreligger imidlertid kun sparsom viden om disse forhold, og der er behov for yderligere viden herom.

Der er desuden behov for mere viden om kostvanerne og kost-mulighederne for ældre, som er for selvhjulpne til at blive visiteret til madudbringning, men som bor i tyndt befolkede områder og ikke kører bil, og derfor står med udfordringer i forhold til indkøb osv.

9.3.7 Sådan kommer vi videre

De ovenstående betragtninger peger på en række alternative typer løsninger på de omkostningsrelaterede problemstillinger i forbindelse med kvaliteten af ældrebespisning. Blandt sådanne løsningsmuligheder kan være:

- Udnytte rationaliseringer mere målrettet til kvalitetsforbedringer, frem for til omkostningsbesparelser, fx ved ændrede arbejdsgange, ændret organisering mv.

- Udvikle nye finansieringsmekanismer i relation til den offentlige økonomiske involvering i ældrebespisning, fx således at de økonomiske gevinster ved en forbedre ernæringstilstand i en eller anden grad kanaliseres tilbage til madserviceudbyderne.

- Udvikle nye og mere fleksible koncepter for fremstilling af ældremad, fx gøre det mere økonomiske attraktivt for naboer, venner og familie at hjælpe med madlavning og deltage i spisning

- Udvikle kvalitetskontrolsystemer for madudbringningen. Sådan værktøj skal anvendes til monitorering af den kvalitet af maden i storkøkkener inden den bliver bragt ud og den sensoriske kvalitet når den bliver spist hos den ældre i hjemmet. Dermed at skabe et grundlag for at sikre en optimal kvalitetsføring igennem hele distributionskæden.

9.3.8 Referencer (til afsnit 9.2 og 9.3)

Aberg J. Dealing with Malnutrition: A Meal Planning System for Elderly, AAAI Spring Symposium: Argumentation for Consumers of Healthcare, page 1-7. AAAI, 2006

Allison S.P. Cost-effekt of nutritional support in the elderly, Proc Nutr Soc 1995; 54, 693-699

Arla, Kost- og Ernæringsforbundet. Underernæring – det skjulte samfundsproblem. Arla, Kost- og Ernæringsforbundet 2014 (https://www.kost.dk/sites/default/files/uploads/public/underernaering-publikation.pdf)

Bräysy O., Nakari P., Dullaert W., Neittaanmäki P. An optimization approach for communal home meal delivery service: A case study, J Computational Applied Mathematics 232, 46-53 (2009a)

Bräysy O., Dullaert W., Nakari P. The potential of optimization in communal routing problems: Case studies from Finland, JTransport Geography,2009; 17, 484-490 (2009b)

Byrne, D.V. and Bredie, W.L.P. Sensory meat quality and warmed-over flavour - a review. In: Research advances in the quality of meat and meat products, Toldra, F. (ed.). Research Signpost, 2002; 95-121.

Deloitte Foranalyse af stordriftspotentiale i kommunerne, januar 2013

Freijer K, Nuijten MJ, Schols JM. The budget impact of oral nutritional supplements for disease related malnutrition in elderly in the community setting. Front Pharmacol 2012; 4; 3: 78

Freijer K, Tan SS, Koopmanschap MA, Meijers JM, Halfens RJ, Nuijten MJ. The economic costs of disease related malnutrition. Clin Nutr 2013; 32: 136-41

Freijer K, Bours MJ, Nuijten MJ, Poley MJ, Meijers JM, Halfens RJ, Schols JM. The economic value of enteral medical nutrition in the management of disease-related malnutrition: a systematic review.
J Am Med Dir Assoc 2014; 15: 17-29

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om kommunal rehabilitering. 2011

Jensen J.D., Poulsen S.K. The New Nordic Diet – Consumer Expenditures and Economic Incentives Estimated from a Controlled Intervention, BMC Public Health, 2013; 13: 1114

Johansen M. Flere kommuner kræver toppris for ældremad. Morgenavisen Jyllandsposten. 17.10.2014
http://jyllands-posten.dk/indland/ECE7121618/Flere-kommuner-kr%C3%A6ver-toppris-for-%C3%A6ldremad/

Kommunernes Landsforening og Velfærdsministeriet (2008) Kortlægning af egenbetaling, produktionsomkostninger, organisering mv. af madserviceordninger efter §83 i serviceloven
(http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_28432/cf_202/Kortl-gning_af_madserviceomr-det.PDF)

Kretser A.J., Vos T., Kerr W.W., Cavadini C., Friedmann J. Effects of two models of nutritional intervention on homebound older adults at nutritional risk. JADA 2003, 103, 329-336

Kristensen N. Økonomisk effektivitet blandt private og offentlige udbydere af ældrepleje: Metodiske overvejelser og empiriske resultater, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning 2014

Lassen K.Ø., Olsen J., Grinderslev E., Melchiorsen H., Kruse F., Bjerrum M. (2005) Medicinske patienters ernæringspleje – en medicinsk teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen

Livingston G., Manela M., Katona C. Costs of community care for older people, Br J Psychiatry, 1997; 171: 56-59

Meijers JM, Halfens RJ, Wilson L, Schols JM. Estimating the costs associated with malnutrition in Dutch nursing homes. Clin Nutr 2012; 31: 65-8.

Mindel C.H., Wright R., Starret R.A. Informal and Formal Health and Social Support Systems of Black and White Eldersly: A Comparative Cost Approach, The Gerontologist, 1986; 26: 279-285

Offentlig kostforplejning i Danmark, bind I – Betænkning fra udvalget om offentlig kostforplejning 1997

Region Hovedstaden Afdækning af økonomi samt service- og kostkoncept for hospitalskøkkener i Region Hovedstaden 2014

Sahyoun NR, Vaudin A. Home-Delivered Meals and Nutrition Status among Older Adults, NCP , 2014; 29: 459-465

Siira E., Häikiö J. Experiences from Near-Field Communication (NFC) in a Meal Service System. RFID Eurasia, 2007 1st Annual

Socialstyrelsen. Cost-effektivenss studie af tværfaglig ernæringsintervention blandt skrøbelige underernærede ældre. Socialstyrelsen 2014

Økonomi- og Indenrigsministeriet, Kommunale Nøgletal (http://www.noegletal.dk/, hentet d. 10. december 2014)
Munk, Tina. Annette elsker Herlev Hospitals Herligheder: »Min favorit er forloren hare med vildtsauce«. Politiken 31. marts 2014. http://pol.dk/2250090

9.4 POLICY – MAD OG MÅLTIDSPOLITIK

9.4.1 Derfor er det vigtigt

En mad- og måltidspolitik danner grundlag for kommunens indsats i forhold til mad og måltider samt kvaliteten af disse tilbud til ældre borgere. Gevinster ved at udarbejde en mad- og måltidspolitik:
- At have klare rammer for mad og måltider til ældre
- At få defineret og fastlagt standarder for kvaliteten af madservice.
- At have en kobling mellem politiske mål, kvalitetsstandarder og aftaler med leverandører.

Ved at prioritere mad, måltider og ernæringsindsatser i kommunen skabes rammerne for at sikre, at ældre, der har behov for madservice, får dækket deres ernæringsbehov.

Med centrale mål for en indsats vedrørende mad, måltider og ernæring for ældre, som har behov for madservice, kan man opnå enighed om, i hvilken retning man skal arbejde.

Det mindsker risikoen for, at beslutninger om hvilken indsats der skal iværksættes og prioriteres, træffes på baggrund af individuelle betragtninger. Samtidig skaber en politik større klarhed blandt de forskellige personalegrupper om, hvad rammerne for indsatsen er. Det kan medvirke til, at området prioriteres (citeret fra Socialstyrelsen 2013).

9.4.2 Betydningen af mad- og måltidspolitik for de ældres ernæringstilstand

Alle tre settings
I 2002 pegede Europarådet på fem centrale barrierer for at sikre ernæringsmæssig omsorg på europæiske hospitaler (Council of Europe 2002):
- Mangel på klart definerede forpligtelser i planlægning og styring af ernæringsmæssig omsorg.
- Mangel på tilstrækkelig ernæringsuddannelse i alle medarbejdergrupper
- Mangel på indflydelse og viden hos patienten.
- Mangel på samarbejde mellem forskellige personalegrupper.
- Mangel på involvering fra hospitalsledelsen.

I 2009 pegede Europarådet på de samme barrierer i forhold til at sikre ernæringsmæssig omsorg for ældre i hjemmepleje og på plejehjem (Arvanitakis et al. 2009).

Alle disse forhold kan styrkes ved at have en mad- og måltidspolitik.

På hospital

I en dansk Medicinsk Teknologi Vurdering (MTV) om ældre patienters ernæringspleje blev forskellige faggrupper og ledelsesrepræsentanter på tre medicinske sengeenheder henholdsvis på et universitetshospital, et hospital under Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) og et lokalt sygehus interviewet om deres funktioner og arbejde med relation til ernæringsplejen. Som baggrund for interviewene indsamledes viden om sygehusejernes og sygehusledelsernes tiltag på ernæringsområdet samt om driften på sengeafdelingerne og i produktionskøkkenerne. Udgangspunktet for dataindsamlingen var at sammenholde praksis i ernæringsplejen på de tre sygehuse med de officielle anbefalinger om kost til syge. I organisationsanalysen blev der identificeret forhold, der henholdsvis fremmede og hæmmede en optimal ernæringspleje. Resultaterne fremgår nedenfor i skema 9.1 (Lassen et al. 2005).

Skema 9.1. Fremmende henholdsvis hæmmende forhold for en optimal ernæringspleje ud fra sygehusledelsens, sengeafdelingens og produktionskøkkenets perspektiv (Lassen et al. 2005).

Fremmende forhold	**Hæmmende forhold**
Sygehusledelsens perspektiv	
Klar tilkendegivelse fra ledelsesniveau om vigtigheden af optimal ernæringspleje	Svag eller mangelfuld udmelding fra ledelsesniveau om betydningen af ernæringspleje
Adgang til ledelsesværktøjer til kvalitetssikring, understøttelse og vurdering af ernæringsplejen	Manglende ledelsesværktøjer til at tilegne sig indsigt til at vurdere den udførte ernæringspleje på afdelingsniveau
Ressourcer til opfølgning og understøttelse af implementering af retningslinjer på ernæringsområdet	
Sengeafdelingens perspektiv	
En faglig uddannet person arbejder aktivt med ernæringsplejen og har tiden til i praksis at påtage sig det konkrete arbejde hermed	Manglende tid til ernæringsplejen og en heraf følgende nedprioritering
Tilstedeværelse af nøglepersoner/ildsjæle	Ansvaret for det praktiske udførelse af ernæringsplejen er kollektivt placeret, men få er engagerede
Sengeafdelingen har tilbud om mad til rådighed på afdelingen alle døgnets 24 timer, og personalet serverer disse tilbud til patienterne	Det overordnede ansvar er formelt placeret hos lægegruppen, som sjældent involverer sig i ernæringsspørgsmål
Tværfaglige retningslinjer for opsporing af risikopatienter og for udførelse af ernæringspleje af forskellige patientkategorier	De kliniske diætisters kompetence anvendes i begrænset omfang
	Plejepersonalet mangler kosttilbud til patienter uden for de faste måltider
Produktionskøkkenets perspektiv	
Hyppig kontakt til plejepersonale og	Manglende kontakt til plejepersonale

patienter	og patienter
Følger og kontrollerer den leverede mad helt frem, til den serveres for patienterne	Ingen føling med og indflydelse på serveringen
Øget synlighed i organisationen og dermed mulighed for øget kendskab og respekt fra andre faggrupper omkring køkkenpersonalets arbejde	Ikke synlig i organisationen og deraf manglende viden hos øvrige faggrupper om fagområdet
	Manglende økonomisk råderum

På plejehjem og i hjemmepleje
I Socialstyrelsens cost-effek studie blev der gennemført interviews af plejepersonalet og ledelsen undervejs i projektet med henblik på at vurdere den ernæringsindsats i henholdsvis de deltagende hjemmeplejer og plejehjem. Baseret på disse interviews og studiets resultater i øvrigt konkluderes følgende i forhold til at sikre implementeringen af en effektiv ernæringsscreening og efterfølgende ernæringsindsats (Socialstyrelsen 2014):

- Det er en fordel at have ernæringsnøglepersoner, som har gennemgået et kompetenceudviklingsforløb vedrørende brugen af Ernæringsvurderingsskemaet (EVS), og som kan supervisere og vejlede ved udfyldelsen af skemaet.

- Det er en fordel, at der i forhold til kompetenceudvikling tænkes relevante tværfaglige samarbejdspartnere ind i efteruddannelsesforløbene – eksempelvis klinisk diætist, fysioterapeut, ergoterapeut og omsorgstandpleje.

- Det er en styrke, bl.a. i forhold til udarbejdelse af handleplaner, at det er muligt for plejepersonalet at få bistand fra en ernæringsfaglig ekspert såsom en klinisk diætist

- Ved implementering i daglig drift er der brug for en ansvarlig person med overblik, som tager initiativ til og følger op på, at relevante borgere screenes, og at der i en daglig praksis er en person, som er ansvarlig for, at borgerne vejes som foreskrevet. Det er således alt i alt en forudsætning for en systematisk ernæringsscreening af borgerne, at der er en tovholder med den nødvendige gennemslagskraft, som tager initiativ til og følger op på, at ernæringsscreeningerne og de opfølgende tiltag gennemføres

- Det er befordrende for implementeringen af en systematisk ernæringsscreening og opfølgende regelmæssige vejninger af borgere, at det udførende personale har en forståelse for, at opgaven giver et udbytte. Derudover er tid til eller prioritering af tid til at udføre opgaverne en anden væsentlig faktor for implementeringens succes.

I projektet "Udvikling af et redskab til ernæringsvurdering og behandling af ældre" (DTU Fødevareinstituttet og Servicestyrelsen 2011) blev der bl.a. kigget på betydningen af organiseringen af ernæringsindsatsen. I skema 9.2

nedenfor sammenholdes graden af efterlevelse af anbefalingerne for, hvordan en ernæringsindsats gennemført, i forskellige "Udvikling af Bedre Ældrepleje Puljen"- projekter (UBÆP), med andelen af ældre med en positiv effekt i form af vægtøgning. Til sammenligning anføres andelen, der spontant øger i vægt uden en særlig indsats (fra DTU Fødevareinstituttet og Servicestyrelsen 2011).

Skema 9.2. Graden af efterlevelse af anbefalingerne for, hvordan en ernæringsindsats gennemføres i forskellige Udvikling af Bedre Ældrepleje (UBÆP) projekter (blå kursiv), sammenholdt med andelen (andel med vægtøgning i %) af ældre, hvor der ses en positiv effekt på vægten. "Standard" er andelen, der spontant øger i vægt uden en særlig indsats (fra DTU Fødevareinstituttet og Servicestyrelsen 2011).

Projekt-kommune	Indsats	Effekt (andel i %)
Fåborg Midtfyn	Efteruddannelse (alle), mellemmåltider, sygeplejerske med ernæringsfaglig ekspertise	53
Egedal	Efteruddannelse (alle, nøglepersoner), Kost til småtspisende, screening, individuel behandlingsplan, ernæringsekspertise (i køkkenet)	66
Gladsaxe	Efteruddannelse (plejen), Kost til småtspisende, screening, individuel behandlingsplan, ernæringsekspertise (på afdelingen)	71
Køge	Efteruddannelse (nøglepersoner), Kost til småtspisende, screening, individuel behandlingsplan, sygeplejerske med ernæringsfaglig ekspertise	73
København II	Efteruddannelse (nøglepersoner), mellemmåltider, screening, individuel behandlingsplan, fokus på spisemiljø, klinisk diætist (på afdelingen)	90
København I	Efteruddannelse (alle), mellemmåltider, ernæringsfaglig ekspertise - deltid (i køkken)	50
Morsø	Kost til småtspisende, individuel behandlingsplan, klinisk diætist (i køkken)	43
Vejle	Efteruddannelse (plejen), Kost til småtspisende	31
Standard		30

Af skema 9.2 fremgår det, at en individuelt målrettet indsats i form af energi- og proteinrige menuer og mellemmåltider er mest effektiv til at sikre vægtøgning hos de ældre, der via ernæringsscreening vurderes til at være i (risiko for) dårlig ernæringstilstand. Det fremgår også, at det anbefalede samarbejde med klinisk diætist er mest effektivt, når den kliniske diætist er tilknyttet plejen (DTU Fødevareinstituttet og Servicestyrelsen 2011).

9.4.3 Interventioner med mad- og måltidspolitik

Alle tre settings
Der er ikke identificeret egentlige randomiserede kontrollerede interventionsstudier, hvor fokus har været på at måle effekten af at iværksætte en mad- og måltidspolitik på de ældres funktionsevne og livskvalitet.

På hospital
I forbindelse med udarbejdelsen af ovennævnte MTV blev der dog gennemført en evaluering af en organisationsmodel, hvor der var ansat en fagligt uddannet person, der udelukkende varetog ernæringsrelaterede opgaver på sengeafdelingen, med henblik på at indfri de fire fremmende punkter på afdelingsniveau (se skema 9.1): Personens arbejdstid anvendtes på individuel ernæringspleje, personen havde et indgående engagement i og kendskab til ernæringsområdet, personen havde overblik over og viden om produktionskøkkenets tilbud, og endelig kunne personen selv fremstille mellemmåltider og lign. på sengeafdelingen (Lassen et al. 2005). Resultaterne efter fem måneder, baseret på interview med personalet, viste, at faktorer som manglende tid og ansvarsforskydning i høj grad blev elimineret. Organisationsmodellen indebar endvidere, at der med det øvrige plejepersonale blev etableret et samarbejde, som byggede på en accept af og forståelse for ernæringens betydning i plejen og behandlingen. Samtidig sås en væsentlig reduktion i madspild (Lassen et al. 2008).

I hjemmepleje og på plejehjem
I Socialstyrelsens baggrundsmateriale til kvalificering af en måltidspolitik var formålet at afdække hvilke temaer der var gennemgående i en måltidspolitik og undersøge dokumentationen for betydningen af de forskellige temaer for de ældres ernæringstilstand (Servicestyrelsen 2010).

9.4.4 Officielle danske anbefalinger

I ''Anbefalinger for udvikling af den attraktive måltidsservice til ældre'' fremgår det, at der politisk administrativt bør formuleres en kostpolitik og fastlægges en ansvarsfordeling, samt at der bør ske en kvalitetssikring og -udvikling af ernæringspraksis (Beck et al. 2006).

I den nationale handlingsplan for måltider og ernæring anbefales det, at kommunalbestyrelsen i hver kommune udarbejder en mad- og måltidspolitik. Politikken bør være målrettet ældre, som har behov for madservice og indeholde klare, målbare mål, og retningslinjer for, hvordan der løbende følges op på indsatsen (Socialstyrelsen 2013).

Socialstyrelsen har udarbejdet en skabelon for, hvordan man kan udarbejde en mad- og måltidspolitik på ældreområdet. I skabelonen og den tilhørende guide kan kommunerne hente inspiration til arbejdet med at udvikle en mad-

og måltidspolitik på ældreområdet. I skabelonen findes forslag til, hvordan kommunen kan gennemføre processen fra beslutningsgrundlag til indhold, handleplaner og implementering af en god mad- og måltidspolitik. Guiden udpeger desuden en række temaer, som kan være relevante for kommunerne at formulere politiske mål for (Servicestyrelsen 2011).

9.4.5 Gode eksempler

Københavns Kommunes erfaringer med indførelse af en mad- og måltidspolitik på ældreområdet omfatter forskellige elementer. Politisk forankring har været med til at skabe sammenhæng i indsatser på måltids- og ernæringsområdet. Endvidere har det medført, at der er blevet afsat flere ressourcer til området. Erfaringerne viser også, at en kontinuerlig inddragelse af den øverste ledelse i driften er væsentlig for at sikre implementering i praksis. Implementering af politikken har medført udvikling af metoder, der bidrager til at forandre praksis. En væsentlig erfaring er, at politikken skal være integreret i eller skabe sammenhæng til andre politiske indsatser og mål i organisationen (eksempelvis sundheds-, inklusions-, økologi- og ældrepolitik mm.). Formålet med dette er at sikre, at mad, måltider og ernæring er en integreret del af indsatserne på ældreområdet (citeret fra Socialstyrelsen 2013).

Fødevarestyrelsen har indsamlet institutioners erfaringer med indførelse af mad- og måltidspolitikker på børn- og ungeområdet. Erfaringerne viser, at en politik kan synliggøre og medvirke til at fastholde personalets og forældrenes opmærksomhed på institutionernes praksis på området. En væsentlig erfaring har været kommunernes mulighed for gratis hjælp og støtte fra Fødevarestyrelsens eget rejsehold, der har ekspertisen til at klæde det pædagogiske personale på i forhold til viden, indflydelse og redskaber til at omsætte kommunernes politikker til den pædagogiske praksis i hverdagen med børnene. Fødevarestyrelsens erfaringer beror bl.a. på den seneste landsdækkende evaluering af, hvor langt kommunerne er i arbejdet med mad- og måltidspolitikker. Erfaringerne suppleres af undersøgelser, der viser, at børnehaver med en mad- og måltidspolitik er mere tilbøjelige til dagligt at servere mere varieret kost, sammenlignet med børnehaver der ikke har en mad- og måltidspolitik. Det er sandsynligt, at tilsvarende effekt kan opnås på ældreområdet (citeret fra Socialstyrelsen 2013).

9.4.6 Flaskehalse

Ovennævnte barrierer påpeget af Europarådet i henholdsvis 2001 og 2009 gælder formodentlig stadig.

9.4.7 Her mangler vi viden

Der mangler systematiske indsamlede data om effekten af at indføre en mad- og måltidspolitik på de ældres funktionsevne og livskvalitet.

Der mangler ligeledes systematisk indsamlede data om effekten på de barrierer, der aktuelt er hos personale og ledelse i forhold til at sikre en optimal ernæringsindsats hos ældre på plejehjem, i hjemmepleje og på hospital

9.4.8 Sådan kommer vi videre

Studier baseret på ovenstående om manglende viden

9.4.9 Referencer

Arvanitakis M, Coppens P, Doughan L, Van Gossum A. Clin Nutr. 2009; 28:492-6

Beck A, et al. Anbefalinger for udvikling af Den attraktive måltidsservice til ældre. Danmarks Fødevareforskning, 2006

DTU Fødevareinstituttet og Servicestyrelsen. Projekt "Udvikling af et redskab til ernæringsvurdering og behandling af ældre". DTU Fødevareinstituttet og Servicestyrelsen 2011

Lassen KØ, Olsen J, Grinderslev E, Melchiorsen H, Kruse F, Bjerrum M. Medicinske patienters ernæringspleje – en medicinsk teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen 2005

Lassen KØ, Grinderslev E, Nyholm R. Effect of changed organisation of nutritional care of Danish medical inpatients. BMC Health Serv Res. 2008;8:168

Servicestyrelsen. Baggrundsmateriale til kvalificering af en måltidspolitik. Servicestyrelsen 2010

Servicestyrelsen. Styr på kvaliteten - kom godt i mål med mad- og måltidspolitik. Servicestyrelsen 2011

Socialstyrelsen. National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen. Socialstyrelsen 2013

Socialstyrelsen. Cost-effectiveness studie af tværfaglig ernæringsindsats hos skrøbelige underernærede ældre. Socialstyrelsen 2014

10 KONKLUSION OG OPSAMLING

Stadig flere ældre bliver afhængige af madservice. Mange forhold har betydning for, at den ældre fortsat får en god måltidsoplevelse med fokus på måltidets kvalitet, tilgængelighed samt spisemiljø og social rammer. En høj andel af de ældre på plejehjem, i hjemmepleje og på hospital har nedsat appetit og taber i vægt.

Hvidbogens arbejdsgruppe har studeret den videnskabelige litteratur omkring mad og måltider til ældre med særlig fokus på randomiserede kontrollerede interventionsstudier af effekten på de ældres funktionsevne og livskvalitet, og giver på det grundlag et overblik over den aktuelle viden, nuværende og fremtidige udfordringer, flaskehalse, samt forslag til løsninger og videre forskning.

Aktuel viden

Uplanlagt vægttab kan have alvorlige konsekvenser for ældres fysiske, psykisk og sociale funktionsevne. Uplanlagt vægttab og undervægt øger behovet for hjemmehjælp, hjemmesygepleje, samt øger risikoen for nedsat livskvalitet, livsmestring, akut sygdom, indlæggelser, langvarig rehabilitering, øgede udgifter og tidlig død. Uplanlagt vægttab er særlig udbredt blandt ældre indlagt på hospital, men også blandt ældre borgere, der modtager hjemmepleje, eller bor på plejehjem. Alle tre grupper modtager madservice, som dermed spiller en væsentlig rolle for at rette op på ernæringstilstanden. Aktuelt synes madservicens potentiale ikke at blive optimalt udnyttet på hospitaler eller i kommunerne.

Nuværende og fremtidige udfordringer

Trods anbefalinger, idekataloger og handleplaner fra officiel side med henblik på at sikre de ældre en god måltidsoplevelse er en høj andel af ældre, der modtager madservice, i dårlig ernæringstilstand. Udfordringen nu og i fremtiden med den stigende andel af ældre i befolkningen bliver at omsætte disse anbefalinger m.v. til praksis.

Flaskehalse

Arbejdsgruppen har afdækket en lang række flaskehalse i forhold til at sikre de ældre en god måltidsoplevelse. Gennemgående barrierer er mangel på faglige kompetencer hos personalet, ledelsesopbakning, tværfagligt samarbejde, ansvarsfordeling, økonomisk incitament og inddragelse af de ældre selv med henblik på øget livsmestring.

Løsninger og videre forskning

Arbejdsgruppen giver sit bud på, hvordan der kan arbejdes videre med måltidets kvalitet, tilgængelighed og oplevelse, borgeraspektet, personalets faglige kompetencer, samt økonomiske og politiske aspekter.

Måltidets kvalitet
Måltidets kvalitet har betydning for den ældres appetit og spiseglæde og dermed for indtaget af føde. Med stigende alder falder appetitten, smag og lugtesans ændres, den sensoriske hukommelse falder, og modvilje mod nye fødevarer øges. Der mangler viden om, hvad disse faktorer betyder, herunder:

- Smags- og lugtesansens betydning for måltidsoplevelse og spiseglæde.
- Svækkelse af den sensoriske hukommelses betydning for den ældres fødevarevalg og livsglæde, og hvad der kan gøres til at fremme disse.
- Baggrunden for den ændrede madopfattelse, og hvilke løsninger der kan stimulere kostindtaget.
- Hvad der skaber præferencer for nye fødevarer og produktkategorier hos ældre, og om det kan udnyttes til at fremme fødevareindtaget.
- Hvorledes appetitten kan stimuleres med kulinariske og velsmagende måltider og mad-nudging.

Måltidets tilgængelighed
Problemer med fødeindtagelse, synkefunktion, tandstatus eller andre vanskeligheder med at spise og drikke (dysfagi) er associeret med vægttab, høj sygelighed og øget dødelighed, samt har store sociale og personlige omkostninger. Problemerne overses ofte, og der mangler viden om, hvordan indsatser målrettet disse funktionsevner kan nedsætte vægttab, sygelighed og dødelighed, herunder:

- De smagsmæssige oplevelser, som har størst betydning for ældre med spiseproblemer.
- Om måltider tilpasset ældres nedsatte tygge- og synkeevne har en positiv effekt på relevante effektmål.
- De nødvendige værktøjer for, at personalet kan identificere dysfagi og iværksætte en indsats.
- Betydning af omsorgstandpleje, herunder hvorvidt forbedret mund- og tandstatus resulterer i bedre ernæringstilstand.
- Hvorvidt uddannelse af personale og optimal udnyttelse af spisehjælpemidler kan forbedre fødeindtaget hos ældre, som skal hjælpes med at spise.

Måltidsoplevelsen
En parameter for at opleve god måltidskvalitet er, at det sociale samvær følger borgernes ønsker. Den ældre trives bedre, når spisemiljø og den sociale ramme i forbindelse med måltidet er i fokus. Både i eget hjem, på plejehjem og under indlæggelse. En god måltidsoplevelse kan formentlig fremme appetitten og fødeindtagelsen og dermed nedsætte sygelighed og dødelighed. Der mangler dog dokumentation på en række områder, herunder:

- Hvorvidt optimering af maden til ældre på plejehjem og hjemmepleje har positiv effekt på den fysiske, psykiske og sociale funktionsevne, på trivsel og livskvalitet, samt på samfundsøkonomien.
- Betydningen af de sociale rammer og spisemiljøet for funktionsevne, livskvalitet m.v. , især fra randomiserede, kontrollerede studier.
- Personalets betydning for at sikre et godt spisemiljø og de sociale rammer.
- Betydningen af at inddrage den enkelte ældre i forberedelser af måltidet, såsom indkøb, madlavning, og borddækning.
- Måltidets vigtighed for funktionsevne og livskvalitet, når det prioriteres på lige fod med den øvrige pleje samt dets forebyggende og rehabiliterende perspektiver.

Borgeren

En god ernæringstilstand er med til at vedligeholde fysisk funktionsevne og nedsætte behovet for hjælp. Sarkopeni (tab af muskelmasse) og demens er hyppigt blandt ældre. Desuden kan selv korte hospitalsophold øge risikoen for tab af funktionsevne og dermed vanskeliggøre almindelige dagligdags gøremål efter udskrivelsen. Der mangler fortsat viden om en række punkter, herunder:

- Hvorvidt kombineret ernæringsindsats med fokus på mad og måltider og fysisk træning har additiv positiv effekt på at modvirke sarkopeni.
- Hvorvidt optimeret mad i lighed med industrielt fremstillede energi- og proteinrige drikke har en gunstig effekt på fysisk og mental funktionsevne.
- Betydningen af optimering af mad og måltider på rehabiliteringsforløbet, herunder ved udskrivelse fra hospital.
- Effekten på de ældres livsmestring, livskvalitet og fysiske, mentale og sociale rehabilitering af, at de involveres i aktiviteter omkring maden og måltiderne.
- Om det selv at sammensætte måltidet øger spiseglæden og fremmer kostindtaget.
- Om sociale indsatser og "ikke-madaktiviteter" understøtter appetit og vægtfastholdelse hos den ældre.

Faglige kompetencer

Altafgørende for prioritering og gennemførsel af måltidet til den ældre er, at den faglige kompetence understøtter og styrker borgerens handlekompetencer, Foreløbige studier peger på, at ernæringsmæssig uddannelse af personalet har positiv betydning for de ældre beboeres ernæringstilstand og på opsporing af ældre i risiko for dårlig ernæringstilstand. Mere viden er nødvendig indenfor flere områder, herunder:

- Hvordan mad og måltider indgår i de forskellige uddannelser, der uddanner personale til ældreområdet.
- Betydning for de ældres ernæringsstatus, funktionsevne og livskvalitet, at personalet i de tre settings får den fornødne uddannelse/efteruddannelse.

Økonomi
Omkostninger opfattes som en væsentlig barriere for levering af nærende og appetitlig mad til de ældre. Men med betydelig variation mellem kommunerne. Øget forståelse af disse omkostningsforskelle kan reducere de økonomiske barrierer for god madservice til de ældre. Mere attraktive madtilbud og måltidssituationer kan bidrage til at forbedre ernæringstilstanden hos ældre, hvilket indebærer økonomiske gevinster for den offentlige sektor og samfundet som helhed. Der er behov for videnskabelige undersøgelser, herunder:

- Størrelsen af de økonomiske gevinster af forbedret ernæringstilstand hos ældre i henholdsvis hjemmepleje, på plejehjem og på hospital.
- De nødvendige økonomiske incitamenter til at sikre, at udbyderne af madservice leverer måltider, som brugerne har lyst til at spise.
- Sammenhængen mellem udbringningsomkostninger og fødevaresikkerhed for alternative typer måltider og alternative koncepter for udbringning.
- De faktiske omkostningerne i ældrebespisningen i Danmark. Således er der behov for mere viden om niveauet for omkostninger, sammensætningen af omkostningerne (råvarer, køkkenpersonale, udbringningsomkostninger, lokaler/inventar, transportmidler, osv.) i forbindelse med alternative produktions- og udbringningsmodeller for madlevering til ældre, eksempelvis modeller med mere centraliseret produktion, modeller med en større del af den endelige tilberedning hos brugerne, alternative kosttyper, økologisk mad, alternative udbringningsmodeller (varmholdt, kølet eller frosset), transport af ældre til fællesspisning, mv.
- Hvad der motiverer borgere visiteret til madservice til ikke at bruge måltidstilbuddet fuldt ud.
- Hvilke muligheder ældre har for selv at supplere med de måltider, der ikke er dækket af madservice, dvs. muligheder for selv at købe ind.

Politik
En mad- og måltidspolitik danner grundlag for kommunens indsats i forhold til mad og måltider samt kvaliteten af disse tilbud til ældre borgere. Det mindsker risikoen for, at beslutninger om hvilken indsats der skal iværksættes og prioriteres, træffes på baggrund af individuelle betragtninger. Samtidig skaber en politik større klarhed blandt de forskellige personalegrupper om, hvad rammerne for indsatsen er. Det kan medvirke til, at området prioriteres. Der mangler dog systematiske indsamlede data om:
- Effekten af at indføre en mad- og måltidspolitik på de ældres funktionsevne og livskvalitet.
- Effekten på de barrierer, der aktuelt er hos personale og ledelse i forhold til at sikre en optimal ernæringsindsats hos ældre på plejehjem, i hjemmepleje og på hospital.