

Kostpolitik for ældreområdet

Baggrund

Kostpolitikken for ældreområdet tager afsæt i ældrepolitikens målsætning nr. 1, som lyder:

Ældre er forskellige. Tilbudene til ældre skal derfor være mangfoldige og sammenhængende. Tilbudene skal respektere borgernes forskellige livsformer, og de skal understøttes i at vælge og leve efter den livsform, de foretrækker.

Udarbejdelsen af en kostpolitik tager desuden afsæt i forslag 3 fra Rådgivende Ældreforum om genindførelse af køkkenfunktioner på plejehjem.

Beslutningen om at udarbejde en kostpolitik for ældreområdet er begrundet i et ønske om at øge opmærksomheden på mad og måltider, som en vigtig del af omsorgen og plejen for at fremme trivsel og livskvalitet for ældre. Maden og måltiderne har ofte stor betydning som dagens højdepunkter. Samtidig er maden og miljøet omkring måltiderne noget, de fleste ældre stadig kan have en mening om og ønske indflydelse på. De ældres forventninger til og glæde ved mad og måltider skal afspejle sig i en synlig prioritet af maden og måltidet, både for ældre i plejebolig og for ældre i hjemmeplejen. Samtidig skal de ældres egne ressourcer i høj grad medtænkes og udnyttes i relation til mad og måltider på ældreområdet.

Kostpolitikken for ældreområdet understøtter Sundhedsforvaltningens mission om at bidrage til at skabe vilkår for et godt, sundt og langt liv for københavnere med respekt for det enkelte menneske. Med kostpolitikken bliver kommunens prioritet af de ældres sundhed og velbefindende synliggjort både internt i organisationen og eksternt for borgere og samarbejdspartner.

Centrale fokusområder

Et centralt fokusområde i kostpolitikken er spisemiljøet forstået som de rammer og den atmosfære, der omgiver måltidet. Nogle ældre foretrækker at spise alene, mens andre gerne vil deltage i et spisefællesskab. Dette aspekt er vægtet i kostpolitikken for at sikre,

at der etableres valgmuligheder, som imødekommer de forskellige ønsker og behov, som forskellige ældre har.

Planlægning og tilberedning af maden og måltidet er også vigtige i forhold til den samlede måltidsoplevelse. Men planlægningen og tilberedningen er blevet usynlige for mange ældre, idet deres deltagelse er reduceret til den konkrete indtagelse af mad og drikke. Med kostpolitikken ønskes et brud med vanetænkning og en revurdering af præmisserne for maden og måltiderne på ældreområdet. Udgangspunktet må være at vægte de elementer ved maden, måltidet og spisemiljøet, som de ældres selv peger på kan fremme deres appetit og velvære.

Godt halvdelen af de 63 plejehjem i kommunen har eget produktionskøkken. De øvrige har modtagekøkken, hvor mad produceret i et andet plejehjemskøkken eller centralkøkken modtages, evt. genopvarmes og udportioneres. Nogle modtagekøkkener modtager fuld døgnkost udefra, mens andre modtager dagens varme hovedret og selv står for tilberedningen af døgnets øvrige måltider. På 2/3 af plejehjemmene er der køkkener på afdelingerne, som er godkendt til tilberedning af delkomponenter til måltider, så som bagning, kogning, tilberedning af saucer og lign. Halvdelen af disse er også godkendt til at håndtere ferske råvarer. Nogle fungerer i praksis som tekøkkener, andre som modtagekøkkener, hvor færdigtilberedt mad udportioneres og/eller anrettes umiddelbart før servering. Potentialet i at flytte dele af tilberedningen af maden og måltiderne tættere på de ældre er indlejret i kostpolitikens mål. Ændringer her kan højne den gastronomiske kvalitet og åbne for aktiviteter og oplevelser for de ældre og personalet i tilknytning til afdelingskøkkenerne, som i dag ikke bliver udnyttet.

Men gryder i kog og duft af mad på afdelingerne er i sig selv ingen garanti for en bedre mad- og måltidsoplevelse og derfor ej heller for bedre ernæringstilstand, øget livskvalitet og flere gode leveår for kommunens ældre. Madens ernæringsmæssige, gastronomiske og fødevarerhygiejniske kvalitet skal være i orden. Flytninger af dele af tilberedningen af mad og måltider ud i afdelingskøkkenerne vil forudsætte tættere samarbejde og øget videndeling mellem køkkenpersonale og plejepersonale. Sådanne tiltag vil understøtte, at mad og måltider integreres i forebyggelse, omsorg, pleje og behandling.

Et andet centralt fokus i kostpolitikken er forebyggelse af dårlig ernæringstilstand hos ældre. Der findes ingen opgørelser over antallet af ældre i dårlig ernæringstilstand i Københavns Kommune. Nationale og internationale undersøgelser peger på, at ca. 30% af ældre i plejebolig og ældre i hjemmeplejen er i dårlig ernæringstilstand, mens stort set alle vurderes at være i ernæringsmæssig risiko¹.

¹ Ernæringsmæssig risiko dækker over en lang række faktorer, der kan påvirke almentilstanden og ernæringstilstanden hos ældre, som fx ensomhed, dårlig tandstatus, tygge- og synkeproblemer, depression, konfusion, demens, nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, stort medicinforbrug, akutte infektioner, kroniske sygdomme og hospitalsophold.

Generelt er ældre visiteret til hjælp i hjemmet (praktisk hjælp, personlig hjælp og/eller madservice) i større ernæringsmæssig risiko end ældre, som klarer sig selv i eget hjem.

Dårlig ernæringstilstand har alvorlige konsekvenser for ældre. Nedsat appetit og øget træthed er med til at reducere livskvalitet og livsmod. Vægttab, undervægt og lavt energiindtag kan medføre nedsat fysisk funktionsevne, nedsat hukommelse, depression og øget sygelighed. Det betyder, at ældre med dårlig ernæringstilstand bliver langt mere plejekrævende end ældre i god ernæringstilstand. God ernæring og gode mad- og måltidsvaner kan udsætte tab af funktionsevne og bidrage til bedre trivsel og øget livskvalitet.

Forebyggelse af dårlig ernæringstilstand forudsætter en kombination af opmærksomhed på ældres almentilstand samt indtagelse af mad og drikke og regelmæssig kontrol af vægt og BMI². Disse informationer giver tilsammen gode muligheder for tidligt at opspore dårlig ernæringstilstand og iværksætte ernæringsterapi³. Og netop tidlig opsporing af dårlig ernæringstilstand er vigtig for at kunne reducere forekomsten af undervægt blandt ældre. Selv lange studier af ernæringsterapi til ældre undervægtige kan kun påvise vægtstigninger på 1 – 2 kg. Her kan ernæringsterapi bremse vægttabet, stabilisere en undervægtstilstand og forebygge yderligere underernæring og svækkelse. Terapien forbedrer almentilstand og øger livskvaliteten for de ældre, men store vægttab er nærmest umulige at genoprette. Ældre i dårlig ernæringstilstand eller i risiko herfor har således behov for hurtigt at få tilbudt energi- og proteinrig mad og ekstra omsorg i forbindelse med måltiderne.

Målgruppe

Målgruppen for kostpolitikken er ældre i plejebolig, ældre i hjemmeplejen samt ældre der modtager forebyggende hjemmebesøg.

Sundhedsforvaltningen har ansvaret for, at ca. 10.000 ældre dagligt får serveret eller bragt mad. Af disse bor omkring 6.000 i plejebolig⁴, mens ca. 4.000 i eget hjem er visiteret til madservice. Omkring 16.000 modtager hjemmehjælp i form af praktisk hjælp og/eller personlig hjælp. Forebyggende hjemmebesøg tilbydes 2 gange om året til alle ældre over 75 år, som bor i eget hjem. Denne gruppe udgør ca. 30.000 borgere. Betegnelsen ”ældre” bliver i det følgende anvendt for borgere i målgruppen.

² BMI = Body Mass Index. Udregnes som vægt i kg divideret med højde i meter gange højde i meter.

³ Ernæringsterapi omfatter: energi- og proteinbehov beregnes ud fra vægt og hensyntagen til sygdom, stress, fysisk formåen etc., ”Kost til småtspisende” eller ”Tygge-/synkevenlig kost” tilbydes og der følges løbende op med vejledning, omsorg og kostregistrering.

⁴ I betegnelsen plejeboliger indgår følgende boligtyper: Plejehjemsboliger, beskyttede boliger, plejehjemslignende beskyttede boliger og plejehjemslignende ældreboliger samt aflastningsboliger og akutboliger/træningsboliger.

Formål

Kostpolitikken skal bidrage til øget livskvalitet og flere gode leveår for kommunens ældre. Kostpolitikken skal tydeliggøre, at mad og måltider er en fælles opgave og et fælles ansvar for alle faggrupper på ældreområdet, så ældre oplever, at maden og måltiderne prioriteres højt i dagligdagen. Samarbejde om mad og måltider skal integreres i forebyggelse, omsorg, pleje og behandling, dels for at nedbringe antallet af ældre i dårlig ernæringstilstand, dels for at fremme god almentilstand og vedligehold af funktionsevner.

Kostpolitikens mål er tematiseret i følgende tre afsnit:

- Mål for mad og måltider integreret i forebyggelse, omsorg, pleje og behandling
- Mål for varieret mad- og måltidstilbud
- Mål for kvalitet

De tre temaer og alle mål er ligeværdige og sammenhængende. I en implementering af kostpolitikken vil flere af målene således forudsætte hinanden.

Mål for mad og måltider integreret i forebyggelse, omsorg, pleje og behandling

Et styrket samarbejde mellem faggrupper samt mellem personale og ældre skal integrere mad og måltider i forebyggelse, omsorg, pleje og behandling.

1. Mad og måltider prioriteres som et af dagens vigtigste højdepunkter.

Begrundelse for mål: For ældre er dagens højdepunkter ofte forbundet med måltiderne. Det er derfor vigtigt, at forventninger til og glæde ved måltiderne understøttes af personalet og ledelsen, så tilrettelæggelsen af dagens øvrige aktiviteter afspejler en tydelig prioritering af måltiderne og samværet ved måltiderne.

2. Positive relationer mellem ældre fremmes og støttes ved måltiderne.

Begrundelse for mål: Forskning har vist, at den gode måltidsoplevelse bliver styrket, når ældre selv har indflydelse på, hvem de sidder og spiser sammen med. Personalets opmærksomhed på ønsker om, hvem man har lyst hhv. ikke lyst til at sidde og spise sammen med er væsentlige forudsætninger for en god måltidsoplevelse for ældre i plejebolig.

3. Ældre tilbydes den nødvendige hjælp ved måltiderne samt tilstrækkelig tid og ro til at spise og drikke.

Begrundelse for mål: Nedsat eller manglende appetit, tab af funktionsevner og fysiske handicap betyder, at ældre kan have behov for lang tid til at spise og drikke. De fleste kroniske sygdomme medfører gener eller funktionstab i mund og svælg, som kan gøre det svært at spise og drikke. For at afhjælpe spiseproblemer og understøtte den gode måltidsoplevelse skal ældre have tid og ro til at spise, ligesom specifikke behov for tilpasset kost, hjælp eller hjælpemidler til spisning skal imødekommes.

Spiseproblemer er forbundet med tab af selvværd og værdighed hos ældre, ligesom spiseproblemer ofte leder til ubehag og manglende appetit hos dem, der spises sammen med. En konsekvens af dette kan være fravalg eller udstødelse af spisefællesskabet. Hvis personale på plejehjem tager naturlig del i måltiderne, kan de motivere det sociale samvær om maden og måltidet, de kan støtte småtspisende i at spise, og de kan observere evt. behov for at få justeret kosten og hjælpemidler til spisning.

I hjemmeplejen er plejepersonalets omsorg og hjælp ved måltiderne samt opmærksomhed og afrapportering af ændringer i den ældres mad- og måltidsvaner og spiseproblemer af central betydning for at kunne forebygge dårlig ernæringstilstand.

4. Der indføres metoder til vurdering af ernæringstilstand ved visitation og årlig revisitation til madservice. Dokumentation herfor føres.

Begrundelse for mål: Indførelse af en valideret metode til brug ved visitation og revisitation til madservice for brugere i plejebolig og i hjemmeplejen giver øget sikkerhed for, at mad- og måltidstilbudet løbende tilpasses den enkelte ældres ernæringsmæssige behov og ønsker. Det kan fx være tilpasning af kostform grundet forringet eller forbedret spisefunktion. Udover årlig revisitation tilbydes revisitation til madservice, når en bruger udskrives fra hospital til hjemmepleje eller plejebolig, efter akut sygdomsperiode, når kronisk sygdom forværres, ved vægttab samt når andre observationer taler herfor. Dokumentation for denne indsats indføres for 1) at sikre grundlag for videndeling mellem relevante faggrupper, 2) som dokumentation for metodevalg, 3) mulighed for tidligt at opdage ernæringsproblemer med efterfølgende mulighed for hurtig intervention 4) forbedrede muligheder for at inddrage brugere og evt. pårørende ved konstatering af ernæringsproblemer. Der er allerede udviklet validerede vurderingsredskaber⁵, som kan integreres i KOS⁶ og følge implementeringen af dette.

⁵ Fødevarerdirektoratet og Ernæringsrådet anbefaler ”Kostskema til ældre” og ”Minivurdering af ernæringstilstand” (MNA). Begge redskaber (korte spørgeskemaer) kan bruges til opsporing af ældre i dårlig ernæringstilstand eller i risiko herfor.

⁶ KOS er forkortelsen af Københavns OmsorgsSystem, der er en fælles elektronisk omsorgsjournal, som over en flerårig periode fra 2001 implementeres i hjemmepleje, plejehjem og på træningsområdet.

5. Ernæringsterapi tilbydes ernæringstruede ældre.

Begrundelse for mål: Utilsigtet vægttab hos ældre er altid et advarselstegn, da det medfører risiko for underernæring og tab af muskelvæv. Ved at iværksætte ernæringsterapi forebygges underernæring og yderligere svækkelse. Ernæringsterapi skal tilbydes, når indsatsen vurderes at føre til øget livskvalitet og forbedret funktionsevne. Døende vil derimod ofte kun have beskedne ønsker til mad og drikke i form af små mængder af en yndet spise. Her bør nøje overvejes om ernæringsterapi skal erstattes af andre tilbud. Ekstra pleje og omsorg i forbindelse med indtagelse af mad og drikke vil ofte kunne bidrage til en god måltidsoplevelse for selv de svageste ældre.

6. Ældre kan visiteres til midlertidig hjælp til madlavning i eget hjem eller i tilknytning til nærspisning⁷.

Begrundelse for mål: Akut sygdom, udskrivning fra hospital eller omstilling til tilværelse som enke/enkemand er eksempler på hændelser, der kan betyde, at ældre midlertidigt ikke kan klare indkøb og madlavning selv. Det kan skyldes tab af funktionsevne, depression eller manglende kompetencer i madlavning. Midlertidig hjælp til madlavning i eget hjem eller i forbindelse med nærspisning kan være den indsats, som kommunen skal yde for at hjælpe den ældre til fortsat at klare sig selv i eget hjem. Gennem hjælp til madlavning i en tidsbegrænset periode evt. kombineret med træningstilbud understøttes den ældre i at udnytte og vedligeholde sine funktionsevner - som er fundet at hænge tæt sammen med forbedret livskvalitet. Dermed udskydes tidspunktet for behovet for varige ressourcekrævende ydelser og afhængighed af hjælp fra andre.

7. Objektiv vurdering af tandsættets funktion og evt. fejlfunktioner i mundhule/svælg foretages ved visitation og revisitation til madservice.

Begrundelse for mål: Dårlig funktion af tandsæt og fejlfunktioner i mundhule/svælg kan have afgørende betydning for den ældres indtagelse af mad og drikke. Øget opmærksomhed på tandsættets funktion samt udredning og behandling af evt. fejlfunktioner skal sikre, at ældre afhjælpes gener og ubehag foresaget af dårlig tandstatus og fejlfunktioner, samt at de ikke visiteres unødigt til fx hakket kost. Ældre med vægttab har øget risiko for at få problemer med hel- eller delproteser. Løbende opmærksomhed på optimal funktion af tandsæt er en vigtig forudsætning for at spise og drikke. Ved uregelmæssigheder skal brugeren henvises til omsorgstandpleje og ved fejlfunktioner evt. også til ergoterapeut.

8. Ved de forebyggende hjemmebesøg tilbydes vurdering af mad og måltidsvaner. Dette suppleres med relevant information om sundhed og ernæring for ældre.

Begrundelse for mål: Gode mad- og måltidsvaner er en vigtig forudsætning for at forblive selvhjulpne i eget hjem. Der er fundet positiv sammenhæng mellem de ældres energiindtagelse og deres funktionsevne, som igen er forbundet med trivsel og livskvalitet. Opmærksomhed på egne mad- og måltidsvaner er derfor et væsentligt emne at styrke fokus på i samtalen ved de forebyggende hjemmebesøg.

⁷ Ordet "nærspisning" er inspireret af nærgymnastik for ældre. Nærspisning er fællesspisning uden for eget hjem i lokalområdet, der har til formål at styrke det sociale aspekt af måltidet, og de ældres sociale netværk samt motivere til fysisk aktivitet i hverdagen i forbindelse med transport til og fra spisestedet.

Der er i dag ikke fastlagt retningslinier for samtale om mad og måltider. Samtidig er der store forskelle på hjemmebesøgenes kostfaglige viden og dermed forudsætninger for at tale om mad og måltider med et sundhedsfremmende sigte. Retningslinier for vurdering af ernæringstilstand vil sikre ensartethed i kommunens forebyggende tilbud.

Mål for varieret mad- og måltidstilbud

Mad- og måltidstilbudet skal være et varieret tilbud, som rummer mulighed for at tilgodese forskellige livsformer og specifikke ernæringsmæssige behov og ønsker samt vedligeholde og styrke funktionsevner.

9. Mad- og måltidstilbudet afspejler samfundsudviklingen og er tilpasset brugerønsker, traditioner, kultur og højtidere. Dette gælder også indretning af spisemiljøer, spisetidspunkter og menusammensætning.

Begrundelse for mål: Mange vaner og traditioner i forbindelse med mad og måltider er generationsbestemte, og der vil derfor ofte kunne findes en fællesnævner for mad og måltider til ældre. Men samtidig er ønsker til mad og måltider en spejling af den enkeltes identitet, vaner og sociale liv. Kommunens mad- og måltidstilbud skal derfor med afsæt i fællesskabets værdier rumme valgmuligheder, der også kan imødekomme individuelle behov og ønsker.

10. Mad- og måltidstilbudet rummer relevante muligheder for valg og inddragelse.

Begrundelse for mål: Alle muligheder for valg og inddragelse skal være begrundet i en viden om, hvad de ældre kan forholde sig til, ønske indflydelse på og formå at deltage i. Muligheder for til- og fravalg, inddragelse og medbestemmelse skal være relevante og vedkommende i indhold, tid og sted. Nogle ældre vil foretrække at blive inddraget på et tidligt tidspunkt i menuplanlægning, indretning af spisemiljøer etc. ved at deltage i brugerråd eller kostudvalg. Nogle vil hellere have mulighed for at være med til at tilberede og anrette maden. Andre igen vil foretrække at deltage i borddækning og afrydning. For de svageste ældre i plejebolig vil konkrete valg i selve spisesituationen være mest reelt, fx om kartoflerne skal være hele eller mosede, valg mellem forskelligt grønt tilbehør og/eller sovs etc. Flexibilitet med hensyn til spisetidspunkter kan ligeledes være en relevant valgmulighed for brugere i plejebolig. En sådan flexibilitet er i dag integreret i "Madservice a la carte" til de hjemmeboende samt på nogle plejehjem.

11. Ældre tilbydes mulighed for spisefællesskab, der kan understøtte vedligehold af sociale, mentale og fysiske funktionsevner.

Begrundelse for mål: De fleste ældre har tidligere været del af en familie med tilhørende spisefællesskab. For mange ældre er måltider derfor tæt forbundet med socialt samvær - også efter, at de bliver alene. Forskning viser, at når ældre spiser sammen med nogle, de kender og synes om, så nyder de maden og måltidet mere, selvom de ikke nødvendigvis spiser mere. Undersøgelser viser ikke entydig sammenhæng med øget energiindtag og hyggeligt spisefællesskab. Derimod har ændringer i spisemiljøer, så de nærmer sig hjemlige omgivelser, vist sig at have positiv indflydelse på ældres ernæringstilstand. På plejehjem er

der gode muligheder for at etablere spisefællesskaber, og tilbudet om spisefællesskab kan gøres attraktivt for ved at indrette spise miljøer, hvor hyggelig indretning og god atmosfære danner rammen om måltidet. I hjemmeplejen får hovedparten af ældre visiteret til madservice leveret mad på hjemmeadressen. Denne ordning kan opfylde ernæringsmæssige behov, men ikke afhjælpe evt. ensomhed og manglende kontakt til andre. Forbedrede muligheder for, at brugere i eget hjem visiteret til madservice kan spise uden for hjemmet i form af nærspisning, kan styrke ældres sociale netværk. Det vil samtidig betyde, at de ældre i forbindelse med transport til og fra nærspisning får frisk luft og daglig motion.

Mål for kvalitet

Madtilbudet til ældre skal være af høj ernæringsmæssig, gastronomisk og fødevarehygiejnisk kvalitet.

Ernæringsmæssig kvalitet

12. Maden skal i energi- og næringsindhold følge retningslinierne for Kost til ældre jvf. anbefalinger fra Fødevaredirektoratet⁸. Der skal føres dokumentation herfor.

Begrundelse for mål: Med stigende alder falder energibehovet. Næringsbehovet falder derimod ikke, og det skærper kravene til næringsindholdet i den mad og drikke, som tilbydes ældre. Mange ældre i plejebolig og hjemmepleje er kronisk syge og/eller svækkede og som følge heraf ofte i dårlig ernæringstilstand eller i risiko for dårlig ernæringstilstand. Men kun den mad, der bliver spist, giver næring. Hvis ældre levner på tallerkenen, er der risiko for, at energiindtaget er for lavt. Det samme gør sig gældende ved tygge-/synkeproblemer og nedsat funktionsevne. Mad og måltidstilbudet skal derfor være tilpasset de ældres forudsætninger for at spise og drikke. Alle tilbud skal være energi- og næringsberegnet som dokumentation for, om maden opfylder den ernæringsmæssige kvalitet.

Gastronomisk kvalitet

13. Maden skal ved serveringen se indbydende ud, dufte godt, være velsmagende og have den rigtige konsistens og temperatur. Dokumentation herfor skal føres.

Begrundelse for mål: Mange ældre har nedsat appetit, glemmer at spise eller spiser kun lidt. Samtidig svækkes flere sanser gradvist med alderen. Farvevalg, tilsmagning og anretning skal derfor afstemmes de ældres sanser og præferencer. Madens gastronomiske kvalitet skal derfor være i top ved at være velkomponeret, se indbydende ud, dufte godt og smage godt, så sanserne stimuleres og appetitten skærpes. Køkkenet skal løbende indhente oplysninger om brugertilfredshed, som dokumentation for den gastronomiske kvalitet.

Fødevarehygiejnisk kvalitet

14. Fremstilling, levering og servering af maden skal ske i overensstemmelse med til enhver tid gældende fødevarelovgivning.

⁸ Her henvises til "Anbefalinger for den danske institutionskost." Udgivet af Fødevaredirektoratet, 2000 og "Uden mad og drikke ..." Udgivet af Fødevaredirektoratet, 2002.