

Københavns Kommune
Sundhedsforvaltningen
Sundhedsstaben

April 2005

Evaluering af kostpolitikens modelprojekter – april 2004 til marts 2005

Indledning	2
Resume	2
Evaluering af kostpolitikens modelprojekter	3
1. Fællesspisning i nærmiljøet	3
1.2 Udviklingsområder	3
1.3 Fællesspisning i cafeer på plejehjem	4
1.4 Fællesspisning hvor borgerne er med til at forberede måltidet	4
1.5 Flere deltagere end forventet	4
1.6 Deltagernes udbytte af fællesspisning	5
1.7 Fællesspisning fremmer ældres sociale netværk	5
1.8 Hvem appellerer fællesspisningen til.....	5
1.9 Økonomi i fællesspisningstilbud	6
1.10 Oversigt over spisetilbud for ældre borgere i Københavns Kommune.....	7
1.11 Markedsføring og rekruttering.....	8
1.12 Kun få deltagere skal ledsages til og fra fællesspisning	8
1.13 Inddragelse af frivillige	8
1.14 Sammenfatning på fællesspisningen.....	8
1.15 Anbefalinger	9
2. Visitation og ernæringsterapi	9
2.1 Udviklingsområder	10
2.2 Resultater fra projektet.....	10
2.3 Vægtøgning og stabiliseret vægt	11
2.4 Ernæringsterapi og Madservice a la Carte - menu til småtspisende	12
2.5 Sammenhæng mellem vægt og ernæringsterapi.....	12
2.6 Brugertilfredshedsundersøgelse i Bispebjerg og Brønshøj-Husum.....	12
2.7 Generel tilfredshed med både hoved- og mellemmåltider	13
2.8 Emballagen kan være vanskelig, når man selv anretter maden.....	13
2.9 Utilfredshed med maden og for små portioner.....	13
2.10 Økonomi.....	14
2.11 Sammenfatning på visitation og ernæringsterapi	14
2.12 Anbefalinger	15
3 Projekt kost til småtspisende i Valby	15
3.1 Resultater af projektet	15
3.2 Løbende evaluering.....	15
4. Forbedret ernæringsindsats i hjemmeplejen Brønshøj-Husum	15
4.1 Resultater fra projektet.....	16
4.2 Evaluering af samarbejdsmodel.....	16
4.3 Sammenfatning på projekt Kost til småtspisende i Valby og forbedret ernæringsindsats i hjemmeplejen i Brønshøj-Husum.....	16
4.4 Anbefalinger	17
5. Kvalitet i måltidet på plejehjem	17
5.1 Resultater fra kortlægningen	17
5.2 Anbefalinger	17

Indledning

Ernæringstilstanden er en god parameter på en persons trivsel uanset alder, og derfor bør for lav vægt og vægttab gøres til genstand for særlig opmærksomhed. Hovedparten af de københavnske ældre over 65 år er velfungerende og klarer sig i eget hjem og for denne gruppe, er der ikke umiddelbart nogen ernæringsmæssig risiko. Undersøgelser har dog vist, at omkring 30% af ældre i hjemmeplejen og endnu flere på plejehjem er i dårlig ernæringstilstand og dermed risikerer at udvikle alvorlige helbredsmæssige problemer som følge af mangelfuld ernæring.

Vægttab, undervægt og lavt energiindtag medfører øget træthed, nedsat fysisk funktionsevne, nedsat hukommelse, depression og øget sygelighed med reduceret trivsel og livsmod til følge. Det betyder, at ældre med dårlig ernæringstilstand bliver langt mere plejekrævende end ældre med god ernæringstilstand. Modsat er der fundet positive sammenhænge mellem god ernæring og vedligehold af funktionsevne hos ældre; faktorer der for den enkelte bidrager til et mere aktivt liv med bedre trivsel og øget livskvalitet. Og det betyder samtidig, at tidspunktet for behovet for afhængighed af andre og forskellige ressourcekrævende ydelser udskydes.

Måltidet er et af dagens højdepunkter så det handler ikke alene om at tilbyde de ældre en ernæringsmæssig sufficient kost, men også et tilbud om god og veltillavet mad, der kan indtages i rare omgivelser i selskab med andre.

Når der således er betydelige fordele forbundet med god ernæring og rare måltidsoplevelser giver det god mening at styrke indsatsen overfor ældre, som er i ernæringsmæssig risiko. Kostpolitikken modelprojekter retter sig netop mod ældre som enten allerede er i ernæringsmæssig risiko, eller som er i fare for at komme det. Mere specifikt er målgruppen for kostpolitikken ældre i plejebolig, ældre i hjemmeplejen samt ældre, der modtager forebyggende hjemmebesøg.

Resume

Ældre som er i risiko for eller som allerede er i ernæringsmæssig risiko er en svag gruppe, overfor hvem det kan være svært at opnå positive resultater i form af øget eller stabiliseret vægt. Sundhedsforvaltningen har med kostpolitikken modelprojekter, formået at skabe nogle indsatser, som både appellerer til svage ældre og formår at øge eller stabilisere vægten hos ældre i ernæringsmæssig risiko og der er således betydeligt forebyggelsespotentiale i de evaluerede projekter.

Fællesspisning i nærmiljøet er et tilbud til ældre, om at spise sammen med andre og evt. deltage i forberedelser omkring madlavningen. Evalueringen viser, at tilbuddet om fællesspisning tiltrækker en gruppe ældre, som adskiller sig markant fra den øvrige københavnske ældrebefolkning. Deltagerne i fællesspisningen er således markant svagere målt på parametre som alder, at leve alene, være modtager af hjemmehjælp osv. At deltagerne i fællesspisningen skiller sig så meget ud fra de øvrige ældre, skal bl.a. ses i lyset af, at tilbuddet synes at appellere til ”ældre” ældre, ¾ af deltagerne er således over 80 år. Yderligere appellerer fællesspisningen til en stor andel mandlige deltagere, dels sammenlignet med deres faktiske andel af den samlede ældrebefolkning, men også sammenlignet med andre kommunale projekter rettet mod ældre. Endelig viser evalueringen, at fællesspisningen styrker de ældres lyst til at indgå i nye sociale sammenhænge. Hele 78% af deltagerne erklærer således, at fællesspisningen har animeret dem til at deltage i andre aktiviteter.

Visitation og ernæringsterapi i lokalområde Bispebjerg, og de to lignende projekter i Valby og Brønshøj-Husum, retter sig mod en gruppe ældre, som enten allerede er undervægtige eller i fare for at blive det. Indsatsen, som dels består af særlig energiberiget kost og dels ernæringsterapi, viser sig at have en positiv indflydelse på deltagerne vægt, idet over halvdelen af de ældre enten øger eller

stabiliserer deres vægt. Et flot resultat når al evidens viser, at det kan tage lang tid at bremse et væggtab og få den ældre til at tage på igen. Evalueringen af disse tre projekter har yderligere vist, at alle de deltagende ældre, har været kendt af hjemmeplejen i forvejen og at undervægt ser ud til at være et omfattende problem blandt ældre i hjemmeplejen.

Med kostpolitikken modelprojekter er der også på plejehjemmene kommet mere fokus på sammenhængen mellem ernæring og trivsel. Mad og måltider er blevet prioriterede områder og flere af de københavnske plejehjem ønsker nu at arbejde mere målrettet med maden, spisemiljøet og de ernæringsmæssige problemstillinger.

Evaluering af kostpolitikken modelprojekter

I maj 2003 godkendte Sundheds- og Omsorgsudvalget en kostpolitik på ældreområdet. Udvalget godkendte også, at Sundhedsforvaltningen skulle arbejde videre med en plan for implementering af kostpolitikken. Efter godkendelse af kostpolitikken blev der bevilliget 5 mio. kr. til at igangsætte, implementere og evaluere;

- Fællesspisning i lokalområdet
- Visitation og ernæringsterapi, herunder Kost til småtspisende i Valby

Derudover er projektet Forbedret ernæringsindsats i hjemmeplejen i Brønshøj-Husum igangsat i 2004 med midler fra Sundhedsstyrelsen Ydermere er projekt Kvalitet i måltidet på plejehjem påbegyndt med henblik på at kortlægge, hvordan der arbejdes med kostpolitikken målsætninger på plejehjemmene. Det foreliggende evalueringsnotat kommer rundt om alle fire projekter dog med overvejende fokus på de to projekter, der har fået kommunale midler.

De to modelprojekter er forløbet i to faser – en forberedende fase fra januar 2004 - 1.maj 2004 og en interventionsfase fra 1. maj 2004 til 31. juni 2005. En midtvejsstatus for projekterne er gennemført i oktober 2004. Det foreliggende notat udgør en samlet evaluering af projekterne og skal danne baggrund for justeringer i forhold til den videre implementering af kostpolitikken.

Den foreliggende evaluering er udarbejdet på baggrund af delrapporter og andet materiale fra de forskellige projekter.

1. Fællesspisning i nærmiljøet

Projektet ”Fællesspisning i nærmiljøet” udspringer af kostpolitikken målsætning om at give ældre københavnere mulighed for at spise og eventuelt tilberede deres måltider sammen med andre uden for hjemmet. Fællesspisning er et forebyggende tilbud og formålet med projektet er at understøtte og vedligeholde sociale, mentale og fysiske færdigheder hos de ældre i forbindelse med mad og måltider. Projektet gennemføres i seks af kommunens syv lokalområder i et samarbejde mellem ældrekontorerne og Folkesundhed København.

1.2 Udviklingsområder

Udover det samlede sæt af mål i projektbeskrivelsen, som evalueringen refererer til, har projektet på baggrund af midtvejsstatus i oktober 2004 arbejdet med en række udviklingsområder nemlig:

- En vurdering og afklaring af, hvem der skal være tilbudets primære målgruppe.

- Markedsføring og rekruttering, herunder tættere kontakt til hjemmepleje, praktiserende læge, forebygger, visitator, rehabiliterings-steder og træningscentrene, der skal orientere de ældre om tilbudet.
- Inddragelse af frivillige

1.3 Fællesspisning i cafeer på plejehjem

Ud af de 12 fællesspisningsprojekter i Københavns Kommune, foregår de ni i caféer på plejehjem med eget produktionskøkken. Tilrettelæggelsen af fællesspisningen sker typisk ved, at deltagerne henter deres mad ved serveringsdisken og sidder ved mindre borde med 1-8 personer. De fleste steder er der etableret netværk, hvor deltagerne har faste pladser eller sidder i faste grupper. Det varierer, om det er personalet eller de ældre selv, der har fokus på at introducere nye deltagere til fællesskabet¹.

For at styrke måltidsoplevelsen og appetitten, gøres der også noget ud af at indrette stedet efter de ældres ønsker. De ældre, der bruger disse tilbud, lægger vægt på, at de netop ikke behøver at deltage i madlavningen og borddækningen. Muligheden for at tage pårørende med værdsættes af deltagerne og de steder, hvor der er mulighed for at vælge mellem flere menuer, er der tilfredshed her med. Endelig er der også tilfredshed med at kunne købe en ret med hjem de steder, hvor det er muligt.

1.4 Fællesspisning hvor borgerne er med til at forberede måltidet

I dette tilbud om fællesspisning er hensigten, at de deltagende ældre, skal være med til at planlægge og tilberede maden. Deltagerne er således med til at købe ind, lave mad og tilberede selve måltidet. Samværet giver appetit og de ældres selvtilid styrkes, når de støttes til at være med i køkkenet, og de ældre er glade for muligheden for at lære nyt om madlavning.

Denne model understøtter kostpolitikens mål om at give midlertidig støtte til ældre, sætte fokus på spisemiljøet og de sociale rammer om måltidet, samt sikre vedligeholdelse af ældres funktionsevner via aktiv deltagelse i planlægning og tilberedning af måltidet.

Selve fællesspisningen foregår ved større eller mindre borde, hvor maden serveres fra fade. De fleste kender hinanden, men der er generelt ikke faste pladser og fasttømrede grupper, og der er fokus på, at nye deltagere skal bydes velkommen og lempes ind i gruppen, bl.a. ved at frivillige og personale, yder de nye særlig opmærksomhed. Denne type fællesspisningstilbud er ofte kendetegnet ved en større andel af fysisk svage deltagere, og derfor også et større forbrug af personaleressourcer.

Resultater fra projektet

I nedenstående gennemgås de væsentligste resultater fra evalueringsindsatsen

1.5 Flere deltagere end forventet

Som et led i evalueringen, er det opgjort hvor mange deltagere, der er, et år efter åbningen i marts 2004. Målet var 400 deltagere, men optællingen viser, at der nu er 570 tilmeldte. Fremmødet pr. åbningsdag lå i januar 2005 på 155 personer og er således stort set uændret sammenlignet med midtvejsstatus i oktober 2004. Her lå det gennemsnitlige antal deltagere pr. åbningsdag på 153 personer².

¹ Enkelte steder har dog en serveringsform (fadserving), der lægger sig mere op ad den anden model med fælles forberedelse af måltidet.

² Jf. bilag 2

1.6 Deltagernes udbytte af fællesspisning

Som et led i evalueringsarbejdet er der gennemført en spørgeskemaundersøgelse med 220 deltagere fordelt på de 12 fællesspisningssteder. Undersøgelsen er gennemført med henblik på at lave en karakteristik af deltagerne og spisestederne men også for at indkredse deltageres motivation for at deltage i fællesspisningen. Ved midtvejsstatus i efteråret 2004 blev gennemført en række kvalitative undersøgelser, som afdækkede både deltageres og personalets oplevelse af fællesspisningen. Undersøgelserne viste, at deltagerne var tilfredse med maden og glade for det sociale samvær. Personalet oplevede i høj grad fællesspisning som et forebyggende tilbud, og som et tilbud, der tiltrækker flere mænd end andre kommunale tilbud.

1.7 Fællesspisning fremmer ældres sociale netværk

40% af deltagerne i fællesspisningen er mænd. Gennemsnitsalderen for deltagerne er 79 år – den yngste er 50 år og den ældste 98 år³. Gruppen af ældre på 80 år og opefter udgør hele 58% af deltagerne, heraf udgør dem over 85 år 27%. En tredjedel af deltagerne bor i ældrebolig og næsten alle (94%) lever alene. Hovedparten af deltagerne kommer til fællesspisning både for at spise og møde andre (73%), mens resten af deltagerne først og fremmest kommer for at spise. Flere kvinder end mænd svarer, at de både kommer for at spise og for at møde andre (82% mod 63%).

Fællesspisningen synes at have motiveret rigtig mange af deltagerne til også at deltage i andre aktiviteter. Således angiver et stort flertal af deltagerne (78%), at de er begyndt at deltage i andre aktiviteter efter, at de er begyndt til fællesspisning og over halvdelen af respondenterne ses med nogen de har mødt ved fællesspisningen i andre sammenhænge (62%). Hvis der ikke var fællesspisning ville 55% spise deres mad hjemme, 12% ville spise mad fra kommunens madordning⁴ og 20% ville spise ude et andet sted. Flere kvinder end mænd ville spise hjemme.

1.8 Hvem appellerer fællesspisningen til

Et væsentligt formål med spørgeskemaundersøgelsen var ligeledes at få belyst, om fællesspisningen appellerer til ”ressourcesvage” ældre. Da ressourcer er et bredt og u håndgribeligt begreb med mange aspekter, fokuserer evalueringen for overskuelighedens skyld på fysiske ressourcer. For at operationalisere ”fysisk svage” er der udvalgt fire indikatorer⁵, der tilsammen kan være med til at belyse andelen af fysisk svage i fællesspisningen.

Et flertal af deltagerne (64%) går selv hen til fællesspisningen eller tager bussen. 23% går selv men med rollator⁶. 10% benytter stedets kørselsordning og 3% bliver fulgt til og fra fællesspisning. Fællesspisningen når således to målgrupper; de der stadig kan transportere sig selv (flertallet), og de som er så fysisk svage, at de skal have hjælp/hjælpemiddel for at kunne komme til og fra fællesspisningen. To tredjedele af deltagerne (66%) angiver, at de har hjemmehjælp hver 14. dag eller oftere og 18% har hjemmehjælp hver uge eller hyppigere. Kun en lille del af deltagerne (8%) får mad fra kommunens madordning en eller flere gange om ugen.

Sammenligner man deltagerne i fællesspisningen med ældrebefolkningen i Københavns Kommune generelt, fremkommer det, at deltagerne på flere områder afviger markant fra den øvrige ældrebefolkning. Som det fremgår af nedenstående tabel 1, er der en større andel af deltagerne i fællesspis-

³ Ikke alle har besvaret rubrikken ”køn”, så procenten er af dem der har besvaret rubrikken. Det gælder for alle procentangivelser, med mindre andet opgives, at det er procent af de besvarede.

⁴ 8% oplyser, at de i forvejen får mad fra kommunen

⁵ Disse indikatorer er; mobilitet, hjemmehjælp, mad fra kommunens madordning og alder

⁶ Svarmuligheden ”jeg går selv med rollator” var ikke med på 42 indsamlede pilotskemaer ved Kirsebærhavens plejehjem, men svarmuligheden blev indført netop fordi vi her så, at der var mange der brugte rollator, så det kunne være en god indikator på fysisk aktivitetsniveau. Der er således lidt flere rollator-brugere i alt end undersøgelsen viser.

ningen, som er over 80 år, der er flere mænd, flere enlige og flere, der modtager hjemmehjælp sammenlignet med ældre københavnere generelt.

Fællesspisningen har således fat i og appellerer til en gruppe ældre, der må karakteriseres som fysisk svage, og som det umiddelbart er svært at nå med kommunale tilbud. Yderligere er det værd at bemærke, at andelen af mandlige deltagere er meget høj. Hele 40% af deltagerne er mænd. Det er mere end mændenes andel af hele den københavnske ældrebefolkning. Samtidig er 40% en meget høj andel mandlige deltagere sammenlignet med andre kommunale tilbud rettet mod ældre. F.eks. har projekter som Walk & Talk og Nærgymnastikken vist en betragtelig mindre andel mandlige deltagere⁷ end fællesspisningen. At deltagerne i fællesspisningen afviger så markant fra det københavnske gennemsnit, understøttes også af en sammenligning med Sundhedsforvaltningens ældre-sundhedsprofil fra 1999/2000.

I førnævnte sundhedsprofil angiver 9% af respondenterne, at de bruger gangstol/ rollator som hjælpemiddel i det daglige. For deltagerne i fællesspisning ligger andelen, som bruger rollator, på 23%.

Tabel 1 Deltagerne i Fællesspisning sammenlignet med den øvrige ældrebefolkning i kommunen

	Fællesspisning jan 2005	Den københavnske ældrebefolkning 2003 ⁸
Gns. alder	79 år	-
Deltagere over 80 år	58%	37% (65+)
Deltagere over 85 år	27%	19% (85+)
Mænd	40%	32% (65+)
Lever alene	94%	72% (65+)
Modtager hj. hjælp	74%	31% (67+) / 43%(80-84 år) / 65% (85+)

1.9 Økonomi i fællesspisningstilbud

Projekterne har opgjort omkostninger pr. måltid mad i de forskellige tilbud uden omkostninger til ledsagelse og kørsel. I prisen indgår udgifter til råvarer og personale. Opgørelsen viser en stor forskel på projekterne:

Pris ca. 50 kr./måltid	Bryggergården, Nybodergården, Plejebo, Sølund, Kirsebærhaven, Valby Sogn
Pris ca. 130 kr./måltid	Peder Lykke, Håndværkerforeningen, Gl. Kloster
Pris ca. 245 kr. eller over	Utterslevgård, Træningscenter Nørrebro, Dagcenter Svanemøllen

De 6 billigste steder står for 78% af måltiderne. De 3 dyreste har den største andel fysisk svage ældre blandt deltagerne og bruger 27% af projektmidlerne og står for 8% af måltiderne. Prisen er afhængig af behov for personaleressourcer i forhold til deltagernes fysiske og mentale formåen, volumen i forhold til åbningsdage og om stedet har eget produktionskøkken med eller og uden café-drift.

De meget individorienterede fællesspisningstilbud når ikke ret mange borgere set i forhold til, hvad det koster at drive dem. Der bør derfor sættes på de mere generelle fællesspisningstilbud, som giver mulighed for at flere kan få gavn af tilbudet.

⁷ Evaluering af Nærgymnastikken og Walk & Talk, SUF, marts 2002, RPS og AB

⁸ Københavns bydele 2003, bind 3, Københavns Kommune Statistisk Kontor

De tilbud, der ligger på en pris fra 50-130 kr. pr måltid, vil som udgangspunkt være fornuftige at drive videre. De billigste steder må forvente, at skulle revurdere deres tilbud, hvis de skal leve op til målsætningerne i fællesspisning om fokus på at tilgodese det sociale fællesskab i forbindelse med måltidet. De dyreste tilbud må enten lukke eller rette tilbudet ind efter en fælles økonomisk ramme/takst. De store udsving i prisen pr. måltid nødvendiggør, at der i 2005 udarbejdes en fælles og ensartet beregningsmodel for den økonomi, et fællesspisningstilbud kan få tildelt.

1.10 Oversigt over spisetilbud for ældre borgere i Københavns Kommune

For at undgå, at man fra centralt hold etablerer nye tilbud tæt på allerede eksisterende spisetilbud, har det i forbindelse med evalueringen været et centralt ønske at få overblik over københavnske spisesteder for ældre i eget hjem. Nedenstående tabel 2 illustrerer antallet af spisesteder med minimum en ugentlig åbningsdag i de syv lokalområder. Yderligere viser tabellen også antal brugere og fordelingen mellem åbne og "lukkede" tilbud⁹. De kommunale spisetilbud kan, foruden fællesspisningen, opdeles i 3 kategorier, der fremgår af nedenstående tabel 2¹⁰.

Tabel 2 Oversigt over kommunale spisetilbud fordelt på lokalområde og type af tilbud

Lokalområde	Fællesspisning (åbent tilbud)	Åbne spisetilbud v/ plejeboliger, daghjem, dagcentre	Visiterede spisetilbud v/ plejeboliger, daghjem, dagcentre	Ældreklubber (for medlemmer)	I alt	Antal brugere pr. åbningsdag
Bispebjerg	2	1	1	3	7	147
Christianshavn/Amager	1	3	4	2	10	347
Indre By, Kgs. Enghave og Vesterbro	3	0	4	4	11	215
Nørrebro	2	2	1	2*	7	253
Valby	2	4	1	2*	9	190
Vanløse/Brønshøj/Husum	0	4	1	2	7	144
Østerbro	2	2	1	3*	8	245
I alt	12	16	13	18	59	1541

* Et af klubtilbudene i bydelen er åbent for alle

Tabel 2 viser, at der på Christianshavn/Amager og i Indre By/Kgs. Enghave/Vesterbro er en svag overvægt af lukkede tilbud, mens der for de resterende lokalområder er en nogenlunde lige fordeling eller overvægt af åbne tilbud. Christianshavn/Amager er det lokalområde i kommunen, hvor der bor flest ældre, hvilket evt. kan afspejles i det høje antal brugere pr. åbningsdag. Omvendt er Bispebjerg det lokalområde, der har færrest ældre borgere, hvilket også går igen i det lavere delta-gerantal. Fællesspisningsprojektets står for 7% af de illustrerede spisesteder og omfatter 10% af de daglige deltagere

Der er ikke foretaget en dybdegående analyse af de kommunale tilbud sammenlignet med de resultater vi har fra fællesspisningstilbuddene, hvorfor vi ikke kan konkludere, hvorvidt projekterne appellerer til samme eller forskellige målgrupper.

⁹ Der henvises til bilag for flere detaljer omkring de enkelte lokalområders spisetilbud.

¹⁰ De 4 kategorier; spisetilbud i tilknytning til plejehjem/plejeboliger, der er åbent for alle, spisetilbud i tilknytning til plejehjem/plejeboliger, der kræver visitation, spisetilbud i daghjem og dagcentre, der kræver visitation og spisetilbud i ældreklubberne, der kræver medlemskab.

1.11 Markedsføring og rekruttering

Markedsføringen har bestået af en række tiltag, herunder informationsfoldere, information om tilbuddet trykt på pensionsmeddelelser, pressemøder, artikler og annoncer, kampagnedage med gratis introspisning og intern information i forvaltningen og til samarbejdspartnere. Den intensiverede markedsføring overfor borgerne i form af kampagnedage og annoncering i lokalaviser gav flere tilmeldte nogle steder, men fik ikke det gennemsnitlige daglige deltagerantal til at stige.

I forhold til rekruttering er langt de fleste deltagere kommet til fællesspisningen af sig selv. De har hørt om tilbudet via "mund-til-mund" metoden, kender køkkenets ry og/eller har set foldere og opslag i opgange og supermarkeder. Der er tre projekter, der overstiger det forventede deltagerantal pr. gang, og som derfor i modsætning til de ni andre tilbud ikke har problemer med rekruttering. To af disse projekter er placeret i et område med mange ældreboliger og serverer mad fra plejehjemmets eget produktionskøkken.

Endelig er det i forbindelse med evalueringen også undersøgt, om fællesspisning kan være et fleksibelt tilvalg til borgere, der modtager madservice¹¹ fra kommunen. Kun 8% af deltagerne i fællesspisning får også madservice. Borgere, som får madservice, var fra starten indtænkt som en målgruppe for fællesspisningen, ud fra en forventning om, at flere madservicebrugere kunne have glæde af det sociale element i fællesspisningen. Det er ikke i ret høj grad lykkedes at nå ud til de borgere, der i forvejen modtager madservice, hvorfor der stadig er et udviklingspotentiale i at informere om tilbudet til denne gruppe.

1.12 Kun få deltagere skal ledsages til og fra fællesspisning

Et af målene i projektet har været at afdække behov for ledsagelse eller kørsel i forbindelse med deltagelse i fællesspisning. Det er imidlertid kun ganske få, der ledsages (7 af de 220 deltagere, der besvarede spørgeskemaet i februar 2005). Desuden har der været brug for kørsel af ca. 29 deltagere en gang om ugen.¹²

1.13 Inddragelse af frivillige

På Peder Lykke centret og på Valby Sogns plejehjem er der organiseret frivillige¹³ til fællesspisningen. I de øvrige projekter fungerer flere af deltagerne som frivillige, idet de støtter hinanden og hjælper, hvor de kan. I forhold til inddragelsen af frivillige har det vist sig vanskeligere end først antaget, hvor frivillige i fællesspisningen langt hen ad vejen stadig er "uopdyrket land". Der er dog i projektperioden opbygget en god platform og netværk i forhold til at arbejde videre med frivillighedsaspektet. Dog skal man være opmærksom på at brugen af frivillige også kræver en indsats og udgift, herunder pleje af korps og gratis spisning mv.

1.14 Sammenfatning på fællesspisningen

Evalueringen af fællesspisningen viser helt overordnet, at tilbudet om fællesspisning appellerer til og omfatter en gruppe ældre, som adskiller sig fra den gennemsnitlige københavnske ældrebefolkning ved at være markant "svagere" målt på parametre som alder, at leve alene, være modtager af hjemmehjælp osv.

Fællesspisningen formår at tiltrække 40% mandlige deltagere, hvilket både er mere end mændenes andel af den samlede ældrebefolkning men også "uhørt mange" i forhold til mændenes andel i andre

¹¹ Der er registreret 4.403 borgere i kommunen, der benytter sig af madservice, og der laves i alt 3.213 portioner hovedret pr. dag.

¹² De 29 der modtager kørsel er fra 3 fællesspisningssteder: Dagcentret Svanemøllen, Håndværkerforeningens Plejehjem og Træningscenter Nørrebro

¹³ Frivillige kan indgå i projekterne, så længe det ikke er driftsopgaver de skal varetage, da en frivillig ikke kan blive pålagt det ansvar, der er forbundet hermed.

frivillige kommunale tilbud. Gennemsnitsalderen for deltagerne er 79 år og 3/4 af deltagerne er over 80 år - fællesspisningen tiltrækker således primært en gruppe ældre, der er så gamle, at de har passeret den danske middellevetid for flere år siden – hele 27% af deltagerne er over 85 år. De 85+ årige udgør kun 19% af den samlede ældrebefolkning i København. Yderligere har fællesspisningen godt tag i de ældre, som lever alene, idet næsten alle deltagere falder i denne kategori. Tilbuddet om at spise sammen med andre er således faldet i god jord hos målgruppen.

Fællesspisning med eller uden deltagelse i forberedelsen synes at appellere til forskellige grupper af svage ældre og imødekommer forskellige behov, og der er således forebyggende potentiale i begge typer fællesspisning. Hvor det mere uforpligtende tilbud tiltrækker de stærkeste (af de svage ældre) tiltrækker det mere forpligtende og tids- og ressourcekrævende tilbud de svageste (af de svage ældre). Fællesspisning i caféerne på plejehjem er fysisk de største steder, de har flest deltagere og serverer flest måltider pr. uge. Sammenlignet med mindre produktionskøkkener, har de store køkkener vist sig at være mere fleksible i forhold til antal brugere pr. åbningsdag¹⁴.

Endelig viser evalueringen også, at der godt kan gøres mere i forhold til at rekruttere borgere til fællesspisningen, der hvor flere deltagere kan rummes og ikke mindst i forhold til gruppen af ældre som modtager madservice. På tre af spisestederne er deltagerantallet højere end forventet to af disse tilbud er placeret i områder med mange ældreboliger og serverer mad fra plejehjemmets eget køkken. Hvorvidt det er stedets ry, selve madtilbuddet, den tætte forekomst af ældre fra målgruppen, spisestedets tilgængelighed og/eller god markedsføring, der giver et højt antal spisende pr. åbningsdag vides ikke.

1.15 Anbefalinger

På baggrund af erfaringerne med og evalueringen af fællesspisningen anbefales det;

- at fællesspisningstilbudene videreføres, men at de dyreste steder lukkes eller revideres
- at der etableres 3 nye fællesspisningssteder
- at volumen øges i de eksisterende tilbud
- at der udarbejdes en takst pr. måltid, som alle fællesspisningssteder, skal køre efter i 2006
- at der defineres en indholdsmæssig ramme for, hvad fællesspisnings-tilbuddet skal indeholde
- at kvalitetsstandarden for ledsagelse til fællesspisning revideres, så det bliver muligt at deltage i fællesspisning én gang ugentlig
- at der informeres målrettet om fællesspisningstilbuddet til ældre, der modtager madservice

2. Visitation og ernæringsterapi¹⁵

Projektet er forankret i lokalområde Bispebjerg, i et samarbejde mellem hjemmeplejen, visitationen, centralkøkkenet i Bystævneparken og Bestillerstaben. Projektet har som hovedformål, at forbedre og forebygge dårlig ernæringstilstand¹⁶ hos ældre i risiko for/eller som er i dårlig ernæringstilstand. Overordnet har der været to væsentlige elementer i indsatsen nemlig på den ene side at udvikle standarder og redskaber til brug for projektet og på den anden side at få selve projektet sat i gang ved at udvikle menuer, ernæringscreenene og indlemmer relevante borgere.

I perioden frem til maj 2004 har målene været:

¹⁴ Der er dog ofte et vist spild forbundet med denne model, da man ikke ved, hvor mange der kommer fra dag til dag.

¹⁵ Ernæringsterapi går ud på at beregne den ældres behov for energi og næringsstoffer og lave en plan for, hvordan den ældre kan støttes omkring mad, måltider, tilberedning indkøb mm.. Borgerens vægt og indtag af mad bliver fulgt og registreret.

¹⁶ Ældre er i dårlig ernæringstilstand/ernæringsmæssig risiko når; BMI er under 24, der sker vægttab, mad levnes, OBS i vægtskema og påvirket almen tilstand.

- at der udarbejdes materiale til ernæringscreening
- at der udarbejdes en kvalitetsstandard for ernæring
- at der udvikles menu til småtspisende
- at medarbejderne kvalificeres til at opspore borgere i ernæringsmæssig risiko

Arbejdet frem til maj 2004 har bestået i at udarbejde faglige redskaber herunder kvalitetsstandard for ernæringsterapi og visitationskriterier samt andre faglige redskaber så som ernæringskemaer og rådgivning i forbindelse med indkøb, madlavning, opskrifter osv. Yderligere har der været fokus på at etablere relevante samarbejdsrelationer og information til vigtige samarbejdspartnere. Succeskriterier for det administrative og faglige materiale har været, at det lever op til eksisterende organisatoriske rammer, og at det kan anvendes i hele organisationen på sigt. De udviklede redskaber er løbende evalueret og revideret i projektperioden. For den samlede interventionsperiode er målene:

- at der ernæringsscreenes 100 borgere og tilbydes ernæringsterapi
- at ernæringstilstanden stabiliseres/forbedres hos de borgere der indgår i projektet

2.1 Udviklingsområder

I det følgende opsummeres udviklingsområder, som projektet har arbejdet med frem til evalueringen i marts 2005.

- Justering af procedurer og screeningsredskaber til opsporing af borgere i ernæringsmæssig risiko
- Motivering af borgerne til at modtage menu til småtspisende¹⁷ og ernæringsterapi
- Kompetenceudvikling hos relevante medarbejdere
- Revidere standard for ernæring og måltider i Ydelseskataloget således at der bliver sammenhæng med kostpolitikken

2.2 Resultater fra projektet

Langt størstedelen af de borgere, der er med projektet har vist sig at være kendt af hjemmeplejen i forvejen. Proceduren for opsporing af borgere til projektet er foregået ved, at projektsygeplejerskerne indledningsvis har undervist plejepersonalet for at sætte fokus på ernæringsmæssige problemstillinger. Den øgede opmærksomhed på problemstillingen har fået hjemmehjælpere, hjemmesygeplejersker og forebyggere at henvende sig i visitationen. Derudover er relevante samarbejdspartnere, som praktiserende læger, dagcentre, træningscentre m.v. orienteret om projektet.

Tabel 3 Opsporing af borgere i interventionsperioden

Opsporede borgere	163
Heraf er:	
Inkluderet i projektet	102
På venteliste til projektet	30
Ønsker ikke at deltage i projektet	31

I februar 2005 har der været visiteret 102 borgere til projektet. 31 borgere som opfylder visitationskriterierne har **ikke** ønsket at deltage i projektet. Derudover er der ca. 30 borgere, der efter en administrativ gennemgang opfylder visitationskriterierne, men som endnu ikke er kontaktet med henblik

¹⁷ Kost til småtspisende ældre består, til forskel fra normalkosten, i flere og mindre daglige måltider med en høj energitæthed. Menu til småtspisende i Københavns Kommune består pt. af et hovedmåltid og 3-4 mellemmåltider, hvoraf de 2 af mellemmåltiderne er inkluderet i prisen på Men til småtspisende.

på deltagelse i projektet. Det vil sige, at der i alt er opsporet ca. 163 borgere i forbindelse med projektet.

Tabel 4 Gennemsnitsalder og status på inkluderede borgere

	Inkluderet	Heraf udgået
Antal	102	45
Gennemsnitsalder	84 år ¹⁸	

Af de 45 borgere, som har forladt projektet har seks taget på og fire stabiliseret vægten. De øvrige 35 er udgået af projektet grundet indlæggelse, rehabiliteringsophold, flytning til plejebolig og dødsfald. Kun tre er udgået af projektet af ukendte årsager. Det er her væsentligt at pointere, at der ved midtvejsstatus i oktober 2004 var inkluderet 46 borgere i projektet. På under et halvt år er der således kommet mere en dobbelt så mange med i projektet og yderligere har man opsporet 30 personer, som umiddelbart opfylder visitationskriterierne men som endnu ikke er inkluderet i projektet. Da inkluderingen af borgere i projektet først begyndte i maj 2004, har man altså nået målet om i interventionsperioden at screene og inkludere min. 100 borgere indenfor en tidsperiode på bare 10 måneder.

2.3 Vægtøgning og stabiliseret vægt

Som det fremgår af nedenstående tabel, har lige knap halvdelen af projektdeltagerne (48%) taget på i vægt mellem 0,5–5 kg 7% har stabil vægt. 19% har tabt i vægt mellem 0,5–7 kg. Enkelte borgere har haft et dramatisk vægttab på 5-7 kg., som skyldes alvorlig cancersygdom. 26% har været så kort tid i projektet, at de indtil videre kun er vejlet én gang¹⁹.

Tabel 5 Vægtudvikling blandt inkluderede borgere

	Antal Borgere
Taget på i vægt	49
Stabil vægt	7
Tabt i vægt	19
Ved ikke	27
I alt:	102

Det vil sige, at 56 af borgerne, og dermed over halvdelen, har taget på i vægt eller har stabil vægt. Det tyder på, at intervention har haft en positiv effekt i forhold til vægtøgning/stabilisering af vægten for disse borgere.

I modsætningen til ved midtvejsevalueringen i oktober kan vi nu se, at der er borgere, der har så god effekt af interventionen, at de udgår af projektet med vægtøgning og stabil vægt. Det drejer sig godt nok kun om henholdsvis 6 og 4 borgere. Men sammenholdt med, at andelen af borgere der tager på i vægt og har stabil vægt, stort set er den samme nu som i oktober, er det formentlig tidsperspektivet der er afgørende for dette. Sagt med andre ord – i takt med at interventionen får tid til at gøre sin virkning, vil flere af de inkluderede borger kunne udgå af den intensive ernæringsterapi og overgå til normal kost grundet vægtøgning eller stabil vægt. Dokumentation af interventionen vil kunne tilpasses, så data fremover belyser tidsperspektivet.

¹⁸ Den yngste deltager er 60 år og den ældste er 98 år

¹⁹ Det skal bemærkes, at der kan være usikkerhed forbundet med det enkelte vægtmål, da vejning foregår på forskellige tidspunkter på dagen og påklædning kan være forskellig.

2.4 Ernæringsterapi og Madservice a la Carte - menu til småtspisende

Tabellen nedenfor viser, at 38 af projektdeltagerne modtager madservice dagligt. 24 modtager madservice 3-5 gange om ugen. 31 modtager ikke madservice og 9 ved vi ikke. Begrundelsen for ikke at modtage madservice dagligt, er den samme som ved midtvejsstatus nemlig, at de ældre synes, at maden er for dyr og/eller at de ikke bryder sig om maden.

Tablet 6 – Modtagere af menu til småtspisende i projektet

Daglig	38 (inkl. 4. almindelig fuldkost)
3-5 gange ugentligt	24 (inkl. 6. almindelig fuldkost)
Modtager ikke madservice	31
Ved ikke	9
Ialt	102

Det ser ud til, at der ikke er en entydig sammenhæng mellem vægtøgning og det at være modtager af madservice. En tendens, der fremkom allerede ved midtvejsevalueringen. Dette viser sig bl.a. ved, at der blandt de borgere, som har øget deres vægt er stort set lige så mange, der modtager madservice hver dag, som der er borgere, der slet ikke modtager madservice. Af de 49 borgere der har taget på i vægt, er der 17, der modtager madservice dagligt, 12 der modtager madservice 3-5 gange om ugen, og 18 der slet ikke modtager madservice. Flere faktorer synes at have betydning på hvorvidt den ældre øger eller stabiliserer sin vægt i interventionsperioden:

- Forskel i længden af interventionsperioden
- Vejledningen til de borgere der ikke modtager madservice dagligt, kan have været mere intensiv i et forsøg på at motivere borgere til at ændre spisevaner
- Fravalg af daglig madservice kan være udtryk for et generelt bedre funktionsniveau
- Generel usikkerhed om hvor meget mad den enkelte borger spiser²⁰
- Ernæringsterapi u. madservice ser ud til også at have en positiv effekt

2.5 Sammenhæng mellem vægt og ernæringsterapi

Ud over Menu til småtspisende, har borgerne modtaget ernæringsterapi. Det kan være vanskeligt at måle effekten af denne vejledning. Men da der jo som beskrevet i ovenstående ikke er nogen overbevisende sammenhæng mellem madtilbud og vægtøgning, kan det være et udtryk for, at den vejledning hjemmesygeplejersker og hjemmehjælpere giver også er med til at motivere til ændringer i mad- og måltidsvaner.

Evalueringen viser, at indsatsen med ernæringsterapi har effekt på mindst halvdelen af de borgere, som indgår i projektet. Det er vanskeligt at sige præcist hvilke aspekter af indsatsen, som virker, men meget tyder på, at det er den *samlede* indsats med Menu til småtspisende og vejledning, der har effekt. Evalueringen kan derimod ikke sige noget om, hvordan det ville være gået gruppen af borgere, der har tabt i vægt, hvis ikke de havde deltaget i projektet. Men holdt op imod målgruppen, kan man formode, at de havde tabt yderligere i vægt uden den intervention, som indsatsen repræsenterer.

2.6 Brugertilfredshedsundersøgelse i Bispebjerg og Brønshøj-Husum

Som en del af slutevalueringen er der gennemført en række telefoninterviews med borgere (27 personer), som modtager menu til småtspisende fra Bystævneparken. Yderligere er der gennemført telefoninterview med seks borgere, som har frasagt sig ordningen. Formålet med tilfredshedsunder-

²⁰ Det er ikke muligt i hjemmeplejen at foretage en nøjagtig registrering af, hvor meget den enkelte borger spiser i døgnnet.

søgelsen har været, at kaste lys over borgerens oplevelse af menu til småtspisende²¹. Størstedelen af respondenterne er kvinder, faktisk er der kun to mænd blandt de interviewede. Gennemsnitsalderen i respondentgruppen er stort set den samme som gennemsnitsalderen blandt alle inkluderede i projekterne.

2.7 Generel tilfredshed med både hoved- og mellemmåltider

Hovedparten af de adspurgte er tilfredse med hovedmåltiderne og vurderer den mad de får til at være god (22 ud af 27). Men den positive opfattelse af hovedmåltidet gælder ikke kun smagsoplevelsen, både madens udseende, portionsstørrelsen og konsistensen vurderes generelt meget positivt og mindst lige så positivt som smagsoplevelsen. Dog får madens konsistens enkelte negative kommentarer med på vejen så som, at kødet kan være for sejt, maden kan være noget fugtig (kondens), og kødet svømmer til tider i sovs. 18 ud af 27 adspurgte synes positivt om hovedmåltidets konsistens.

De generelt positive vurderinger går igen ved respondenternes oplevelse af mellemmåltiderne. Her er næste alle adspurgte enige om, at mellemmåltiderne er gode, både hvad angår smag, udseende, portionsstørrelse. Samlet betragtet (både hovedmåltid og mellemmåltider) er 20 ud af 27 adspurgte oftest tilfredse med den mad de får leveret, tre er neutrale og fire er oftest utilfredse.

På trods af, at respondenterne generelt vurderer både hovedret og mellemmåltider positivt, er det dog langt fra alle, som glæder sig til at modtage deres måltid. 15 ud af 27 glæder sig næsten altid til maden mens en tredjedel oplever det modsatte. I Bispebjerg er der lige mange, der erklærer, at de næsten altid glæder sig til maden eller næsten aldrig glæder sig til maden (syv i hver gruppe), mens 1 forholder sig neutralt. Lidt anderledes ser det ud i Brønshøj-Husum hvor flertallet ser frem til maden. At forventningens glæde begrænser sig til lidt mere end halvdelen af respondenterne, skal ses i sammenhæng med den svigtende appetit, som flere er ramt af. Af de 13 respondenter, som oplever at have mindre appetit, er der syv, som næsten aldrig glæder sig til maden. Der er ingen respondenter der oplever øget appetit og samtidig næsten aldrig glæder sig til maden.

Årsagerne til manglende appetit og dermed energioptagelse hos ældre er mange og spænder over somatiske, sociale og psykiske forklaringer. Der kan f.eks. være tale om depression, social isolation, påvirket smags- og lugtesans, dårlig tandstatus osv. eller om flere forklaringer i kombination med hinanden.

2.8 Emballagen kan være vanskelig, når man selv anretter maden

Næsten alle respondenter spiser deres mad umiddelbart efter modtagelsen - mens den stadig er varm. Enkelte spiser maden senere og et par stykker vælger ind imellem at dele maden over to dage. 22 af de adspurgte anretter selv deres mad og kun tre skal have hjælp af hjemmehjælperen. De fleste (20 ud af 27) anretter deres mad på tallerken, fem spiser den direkte fra bakken og to gør begge dele efter lyst og behov. Da stort set alle anretter deres mad selv, er emballagens håndterbarhed naturligvis relevant. Her erklærer over halvdelen nemlig 14 ud af 27, at de oplever, at emballagen er svær at have med at gøre.

2.9 Utilfredshed med maden og for små portioner

Som beskrevet i ovenstående er der yderligere gennemført telefoninterview med seks ældre, som har frasagt sig Menu til småtspisende, Gennemsnitsalderen blandt de seks interviewede, der har frasagt sig ordningen, er 83 år. Den yngste er 73 år og den ældste 93 år, de er alle kvinder.

²¹ I forbindelse med midtvejsstatus i oktober 2004 blev der gennemført en lignende undersøgelse, som viste generelt tilfredshed med maden.

Fire ud af seks adspurgte angiver, at årsagen til at de har frasagt ordningen var utilfredshed med maden, og to angiver som hovedårsag, at portionerne var for små. En tilføjer som tillægsårsag, at maden var for dyr²². Maden beskrives af kritikerne som kedelig og ensformig og to angiver, at de simpelthen ikke blev mætte. Fire ud af de seks, der har frasagt sig ordningen, klarer pt. deres måltider selv og alle seks spiser primært hjemme (ingen af de seks synes således at benytte plejehjem, fællesspisning eller andre tilbud).

2.10 Økonomi

Det har vist sig at være en relativt prisbillig indsats, idet selve ydelsen til ernæringsterapi i gennemsnit kan holdes på 1.600 kr. i visiteret tid til borgeren (4 timer x 400 kr). Planen er derfor at gå i gang med en videre udrulning af modellen. I 2005 vil fire lokalområder komme med, og de sidste tre skal efter planen komme til i 2006.

Ud over udgifter til visiteret tid, er der også udgifter til at efteruddannelse af personale samt udvikling af diverse redskaber til ernæringsterapi og menuer til småtspisende. Der bruges i gennemsnit fire timer pr. borger til ernæringsterapi. Det betyder, at ernæringsterapi til samtlige potentielle borgere i kommunen vil koste omkring 4.800.000 kr. (4 timer x 400 kr. x 3000 borgere²³) at realisere.

I 2005 er det planen at tilbyde ernæringsterapi til 580 borgere fordelt på fire områder. Hvert område vil få tildelt midler til uddannelse i ernæringsterapi og et ½ årsværk, der skal forestå den lokale forankring. Det ½ årsværk placeres i ældrekontoret og opgaven bliver at forankre samtlige initiativer under kostpolitikken lokalt.

2.11 Sammenfatning på visitation og ernæringsterapi

Visitation og ernæringsterapi har haft to bærende elementer i det forgangne år. Dels har der været brugt ressourcer på at udvikle og tilpasse metoder, værktøjer og procedurer og dels har der været arbejdet med at få inkluderet og opsporet borgere og sætte projektet i gang. På ganske kort tid har projektet formået at leve op til de formulerede målsætninger i forhold til begge elementer i indsatsen.

Det er værd at bemærke, at borgerne i projektet har været kendt af hjemmeplejen i forvejen, uden at man har grebet ind overfor deres dårlige ernæringstilstand. Først med projekt Visitation og ernæringsterapi er der kommet fokus på problemet. De inkluderede borgere viser sig at profitere af indsatsen, idet hovedparten enten tager på eller stabiliserer deres vægt. Nogle borgere er faktisk nået så vidt, at de grundet bedring af deres ernæringsmæssige tilstand, er udtrådt af projektet. Pt. er det svært at sige, om det er Menu til småtspisende eller ernæringsterapien eller begge dele i et samspil, der har en gunstig indvirkning på deltagernes ernæringsmæssige tilstand. Umiddelbart ser det ud til at begge elementer har en vis effekt men evalueringen indkredser ikke dette nærmere. Under alle omstændigheder er projektets målgruppe en gruppe, der kræver tid og ressourcer idet vægtstabilisering eller øgning hos ældre, med et BMI der ofte ligger under 20, er en vanskelig og langvarig proces. Set i lyset af dette bliver resultaterne af projektet kun endnu mere interessante og værd at arbejde videre med.

Endelig viser evalueringen, at der blandt modtagerne af Menu til småtspisende er en generel tilfredshed med den mad, der bliver serveret. Tilfredsheden gælder både hovedretter og mellemmåltider og omfatter flere aspekter af måltidsoplevelsen, idet madens smag, udseende, konsistens og

²² Menu til småtspisende koster det samme som en normal menu nemlig 45 kr.

²³ Det skønnes at ca. 20% af de 15.000 ældre, som modtager hjemmepleje vil tage imod tilbuddet om ernæringsterapi

portionsstørrelser er belyst. Eneste lille men i brugerundersøgelsen var borgernes tilbagemelding på emballagen, som næsten halvdelen oplever som svær at håndtere.

2.12 Anbefalinger

På baggrund af erfaringerne med og evalueringen af visitation og ernæringsterapi anbefales det;

- at modellen danner grundlag for udrulning af ernæringsterapi i hjemmeplejen i 4 områder i 2005 og resten af byen i 2006
- at indarbejde projektets procedurer og redskaber i hjemmeplejen
- at erfaringerne fra projektet skal bidrage til at færdigudvikle standard for ernæring og måltider til brug i 2006
- at undersøge borgernes udbytte af selve ernæringsterapien
- at arbejde videre med dokumentation af indsatsen
- at videreudvikle Menu til småtspisende

3 Projekt kost til småtspisende i Valby

Kost til småtspisende er et tilbud til en mindre gruppe borgere i Valby. Tilbuddet har eksisteret siden 2000. I forbindelse med implementering af kostpolitik på ældreområdet, blev der afsat midler til at tilbuddet i Valby kunne fortsætte sideløbende med ”visitation og ernæringsterapi” i Bispebjerg. Projektet henvender sig, lige som bispebjergprojektet, til ældre som er i fare for at komme i ernæringsmæssig risiko samt borgere, der allerede er i en sådan risiko.

3.1 Resultater af projektet

Der er i forbindelse med slutevaluering lavet en profil af 29 borgere inkluderet i projektet. Størstedelen er kvinder og gennemsnitsalderen er 86 år. Der er tale om en svag gruppe, som i forvejen modtager hjemmehjælp en eller flere gange ugentligt. Godt halvdelen af de borgere som er med i projektet har været indlagt undervejs – 4 har endog haft flere indlæggelser i projektperioden. Dette til trods har flertallet af de inkluderede borgere formået at øge eller fastholde deres vægt, mens de har været tilknyttet projektet. 66% af deltagerne har øget eller stabiliseret deres vægt og den sidste tredjedel har tabt i vægt.

3.2 Løbende evaluering

Alle i tilbuddet er visiteret til månedlige evalueringer, og i løbet af projektet er der blevet foretaget flere evalueringer hos den enkelte borger. Det har været en styrke, at der lokalt har været en kostansvarlig, der har holdt fokus på kostevalueringerne og ernæringsterapi. Dog har der været hindringer undervejs, da der har været stor udskiftning af personale i hjemmeplejen. Slutevalueringerne i hjemmene har været vanskelige, da hjemmeplejen har været midt i en større omorganisering. Det har ikke været muligt under projektforsløbet, at evaluere samlet på funktionsniveau og trivsel hos den enkelte.

4. Forbedret ernæringsindsats i hjemmeplejen Brønshøj-Husum²⁴

Projektets formål er at sikre flere borgere god ernæringsstatus gennem samarbejde mellem primær og sekundær sektor, som i dette tilfælde er hjemmeplejen i Brønshøj-Husum og Geriatrik Klinik på Bispebjerg Hospital (Klinik G). Derudover skal projektet:

²⁴ 2-årigt projekt finansieret med midler fra Sundhedsstyrelsen

- Udvikle, afprøve og evaluere en samarbejdsmodel mellem hospital og primær sektor omkring indlæggelse, udskrivning og opfølgning på ældre ernæringstruede borgere/patienter
- Foretage en 0-punkts screening af samtlige ældre i to hjemmeplejegrupper
- Implementere ernæringsterapi i hjemmeplejen
- Kompetenceudvikle personalet i hjemmeplejen og sikre bedre samarbejde med den kommunale madservice

4.1 Resultater fra projektet

I januar 2005 var der 201 borgere under de to deltagende hjemmeplejeenheder i Brønshøj-Husum. Nulpunktsscreeningen af beboerne viste, at 72 borgere har et BMI under 24, svarende til 44% af 162 faktiske deltagere i projektet. Som beskrevet indledningens vis, formoder man, at omkring 30% af alle ældre i plejebolig og i hjemmeplejen på landsplan er undervægtige. Nulpunktsscreeningen underbygger denne formodning og indikerer tilmed, at andelen af undervægtige kan være større endnu.

22 af de 201 borgere indgår nu aktivt i projektet ved, at de vejes, får rådgivning og vejledning og eventuelt modtager menu til småtspisende. De resterende 50 borgere er ligeledes i risikozonen, men skal motiveres yderligere til at deltage aktivt i projektet.

Præcis som i de to foregående projekter viser det sig, at flertallet af projektdeltagerne enten øger eller stabiliserer deres vægt når de bliver inkluderet i projektet. Således har 45 ud af de 66 borgere, der er data på enten øget eller stabiliseret deres vægt. Set i lyset af at kun 22 af deltagerne modtager menu til småtspisende, må det formodes at selve ernæringsterapien med rådgivning og vejledning omkring mad og måltider også har en effekt i sig selv i forhold til at stabilisere/øge deltageres vægt.

4.2 Evaluering af samarbejdsmodel

I samarbejdsmodellen er den primære udfordring fortsat at finde et fælles sprog i samarbejdet mellem Klinik G og hjemmeplejen og lette og forbedre kommunikationen. Et nyt udskrivningsbrev er taget i brug pr. 1. februar 2005, hvilket gerne skulle medføre forbedret epikrise ved udskrivning fra hospital. Dette overordnede initiativ i H:S vil styrke kommunikationen og afhjælpe et af de svage led i samarbejdsmodellen.

Med projektet har parterne fået viden om hinanden i primær og sekundær sektor. For Klinik G, har det bl.a. været nyttigt at lære BUM-modellen nærmere at kende, herunder skellet mellem visitation og hjemmepleje på den anden side har hjemmeplejen har haft stor nytte af at kunne trække på Klinik G's faglige ekspertise på kostområdet. Udfordringen er at sikre denne videndeling udover projektets levetid.

4.3 Sammenfatning på projekt Kost til småtspisende i Valby og forbedret ernæringsindsats i hjemmeplejen i Brønshøj-Husum

Resultaterne fra begge projekter ligger godt i tråd med resultaterne fra visitation og ernæringsterapi i Bispebjerg. Både i Brønshøj-Husum og Valby er der positive resultater i forhold til øgning/-stabilisering af vægten hos flertallet af projektdeltagerne. Resultater fra begge projekter indikerer også, at ernæringsterapien alene også synes at have en gavnlig effekt i forhold til at stabilisere/øge vægten hos de ældre.

Begge projekter kan dog på hver deres måde bidrage til en yderligere målretning af konceptet omkring visitation og ernæringsterapi. I Valby har projektet kørt i flere år, hvorfor man har gjort sig en del erfaringer løbende – f.eks. er der lavet en kvalitativ interviewundersøgelse blandt de deltagende ældre, som kan være med til at kaste lys over målgruppen og deres motivation for at deltage. I

Brønshøj-Husum er der lavet en nulpunktsscreening af borgerne i to hjemmeplejeenheder som i første omgang viser, at problemet med undervægtige ældre ikke kun er stort men måske også større end vi formoder

4.4 Anbefalinger

- at ensrette og systematisere projektet i Valby efter Visitation og ernæringsterapi
- at erfaringerne fra Brønshøj-Husum fortsat inddrages i implementeringen af kostpolitikken målsætninger

5. Kvalitet i måltidet på plejehjem

Projektet har koncentreret sig om at kortlægge, hvordan der arbejdes med kostpolitikken målsætninger på plejhjemmene. I forlængelse af denne kortlægning, som blev foretaget i efteråret 2004, blev der nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra ældrekontorerne samt plejhjemmene. Arbejdsgruppens opgave har været at udpege de fokusområder inden for mad, måltider og ernæring, der skal arbejdes videre med.

I det forløbne år har Sundhedsforvaltningen i samarbejde med Miljøkontrollen igangsat økologiprojekter på 8 plejehjem. Projektet har bl.a. lavet en interessant undersøgelse af dagskostens ernæringsmæssige indhold på de 8 deltagende plejehjem. En slutrapport for økologiprojektet og anbefalinger til det videre arbejde vil foreligge ultimo 2005.

5.1 Resultater fra kortlægningen

Kortlægningen i de syv lokalområder viser samstemmende med tilsynsrapporterne, at plejhjemmene allerede arbejder med mange af kostpolitikken målsætninger. Samtidig er der fremkommet mange idéer og ønsker til, hvordan man kan intensivere dette arbejde.

Udvalgte plejehjem har på eget initiativ undersøgt, hvordan ernæringstilstanden er blandt deres beboere. Undersøgelserne viser, at mellem 40-60% af beboerne har et BMI < 24, og der er således et stort behov for at få sat fokus på ernæringsterapi og på sammensætningen af den dagskost, plejhjemmene tilbyder deres beboere.

I forbindelse med økologiprojektet har man bl.a. set på madens indhold af energi og næringsstoffer. Undersøgelsen viser, at den mad der tilbydes flere steder falder midt mellem anbefalingerne for de småtspisende (hvilket mellem 40-50% af beboerne er) og for de normalspisende. Resultatet er således, at hverken den småtspisende eller den normalspisende får den mad og de måltider, som der er behov for.

5.2 Anbefalinger

Arbejdsgruppen har på basis af kortlægningen og økologiprojektets undersøgelse arbejdet med at identificere bedste praksis og komme med idéer til områder, der skal arbejdes videre med. Og hvordan man kan sikre en standard for ”fuldkostpakke”, som lever op til de officielle kostanbefalinger.

Ud fra arbejdsgruppens bidrag, er der ikke tvivl om, at plejhjemmene har stor interesse for at arbejde med kostpolitikken målsætninger. Nedenfor er kort skitseret nogle af de væsentligste områder, gruppen anbefaler for det videre arbejde.

- at der etableres lokale netværk, der kan fremme viden og samarbejdet. Lokale netværk kan være med til at få udviklingen til at gro nedefra i forhold til at implementere kostpolitikken målsætninger og samtidig give mulighed for at fastholde fokus på området. Kostsekretariatet

og de lokale kostressource skal støtte op om dette arbejde.

- viden er en forudsætning for at kunne handle, derfor skal pleje og køkkenpersonale tilbydes undervisning og inspireres til hvordan man arbejder med ernæringsterapi, måltidskvalitet og spisemiljøet og hvordan man skaber nærvær i og omkring måltidet
- de enkelte afdelinger skal have en fast køkken-kostansvarlig og køkkenpersonalet fra produktionskøkkenet skal i mere direkte kontakt med beboerne
- der skal udarbejdes anbefalinger til/standarder for, hvordan det afsatte beløb til en ”fuld-kostpakke” bør administreres for at kunne efterleve kostpolitikens målsætninger