

Spidsen: Mad og måltider til svage ældre

Karin Naldahl, sygeplejerske og MHH, har tidligere forestået implementering af et praksisudviklingsprojekt om mad og måltider til demenslidende ældre. Spidsen bringer nogle kritiske refleksioner fra hendes masterprojekt i 2006.

Den seneste tids interesse for kost og måltider til svage ældre er en umiddelbar positiv og "sund" udvikling, men det er også en tendens, der afspejler en snæver medicinsk forståelse af sundhedsbegrebet.

I Folkesundhedsprogrammet 1999-2008 udtrykker den daværende regering sine overordnede sundhedspolitiske målsætninger for befolkningen, og der sættes fokus på sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse i forhold til specifikke risikofaktorer, aldersgrupper og miljø. Programmet retter sig bl.a. direkte mod mad- og måltidspraksis hos underernærede og plejeafhængige ældre i hjemmepleje og plejebolig – med det formål *at nedbringe antallet af underernærede så meget som muligt*. Sundhedsstyrelsen og Veterinær- og Fødevarerdirektoratet skal herefter udbrede viden til raske og selvhjulpne ældre om en god kost i forbindelse med sygdoms- og svækkelsesperioder. Hjemmepleje og plejeboligpersonale indskræpes tidlig opsporing og intervention i forhold til ernæringsproblemer hos svage ældre, ligesom styrket samarbejde mellem forskellige aktører på kostområdet efterlyses (Sundhedsstyrelsen 1999).

Sundheds- og madforståelser

Folkesundhedsprogrammet kan anskues som en storstilet statslig strategi og et dannelsesprojekt, der igangsætter en række tiltag inden for sundhedsforskning og sundhedsformidling. På madområdet formuleres bl.a. flere statslige kost- og måltidspolitikker, og der publiceres informations- og undervisningsmateriale rettet både mod ældre generelt og mod aktører i ældreom-

sorgen specifikt. I omsorgsinstitutionerne påvirker den ny viden aktørerne (påvarende, tværfagligt personale og i nogen grad også svage ældre selv) til *en sund og energitæt kostpraksis*. Det er min påstand, at denne ernæringspolitik hovedsaglig baserer sig på et medicinsk forståelsesgrundlag, hvilket jeg vil **uddybe** i det følgende.

1. Sundhed kan i en snæver biomedicinsk forståelse handle om at gøre folk raske. Denne forståelse bygger på en tænkning om direkte relation mellem årsag og virkning, hvor der er fokus på forebyggelse og behandling.

2. Sundhed kan også i en bredere humanistisk forståelse handle om at bidrage til en bedre livskvalitet - ud fra en tænkning om livet som meningsfuld helhed set i den enkelte persons eget perspektiv.

Vi kan også tale om to forståelser af mad. Mad som *kost*; ernæring eller biologisk nødvendig substans. Her anvender vi en biologisk og medicinsk sprogbrug, og i den sammenhæng spiser vi sundt for at bevare kropslig funktion. Eller vi kan tale om mad som *måltid* med de varierede kulturelle og sociale betydninger, som madlavning og måltider antager (Haastrup 1997). I sidstnævnte forståelse kan selve måltidet og deltagelsen i madlavning og fællesmåltider anskues som grundlæggende elementer i det gode dagligliv for svage ældre.

Sundhed handler m.a.o. både om at tage vare på *den robuste krop* og på *det gode liv*, og det er balancen imellem de to forståelser, jeg finder problematisk. I sin yderste konsekvens kan en domine-

rende medicinsk tænkning om eliminering af underernæring hos svage ældre medføre, at måltidet ikke blot bliver et middel til at få maden til at glide ned, men at den ældre også selv reduceres til et middel.

Holdninger i praksis

I praksis stræber det tværfaglige personale efter at omsætte sundhedsbudskabet, fx i plejeboligregi. Det kostfaglige personale opfatter sund kost til ældre som mad, der er energitæt, konsistentilpasset, æstetisk og hygiejnisk. Man tager udgangspunkt i den slags mad, som de ældre selv kender og i de tilberedelsesmåder, som de ældre selv har anvendt. Til småtspisende beboere beriger kostpersonalet frikadellerne med proteinpulver og saucen med piskefløde, ligesom mængden af grove grøntsager og frugt ofte begrænses, da de *fylder* i maven. Smørrebrødet har tandsmør og godt med pålæg eller tykke skiver fuldfed ost. Den energitætte kost står hermed på flere måder i modsætning til den mad, som befolkningen i dag almindeligvis betragter som sund. Dette gælder ikke mindst de ældre, der selv var husmødre i 1980'erne, hvor man lærte at reducere fedtet i maden. Andre ældre er opvokset i en nøjsomhedskultur, hvor tandsmør og højt belagt smørrebrød betragtes som fråds. Atter andre synes, at kreative, appetitstimulerende nyskabelser i menuerne er spændende og interessante, mens nogle fravælger *det ny-modens*, fordi måltidet bliver uigenkendeligt for dem. Samme mangel på genkendelighed gør sig gældende, hvis pleje- og omsorgspersonalet i misforstået iver efter at konsistentilpasse maden, blander hele måltidet sammen



til én grå ubestemmelig masse. Problemet er, at måltidet mister væsentlige symbolske og nydelsesmæssige dimensioner, hvis bestræbelserne på at få maden til at glide ned i *sufficient mængde*, overser de kulturelle og individuelle normer for madens sammensætning og udseende.

Pleje- og aktivitetspersonalets sundhedsfremmende bestræbelser kan afspejle forskellige forståelsesgrundlag ift. begrebet *sundhed*. Den medicinske orienterede plejeperson tænker og handler i forlængelse af det kostfaglige personale. Hun er opmærksom på de ældres tidligere kostvaner med henblik på at servere "lokkemad". Hun observerer og evaluerer de ældres næringsindtagelse, vægt og body mass index (BMI) og tager kontakt til de pårørende med henblik på nye kost- og måltidsforslag, der kan øge energiindtagelsen. Til beboere med spiseproblemer har hun fokus på hjælpeteknikker (guidning, spejling, stimulering af synkereflex

osv.) med det formål at få maden til at glide ned. Den helhedsorienterede plejeperson benytter samme metoder, men for hende er de blot et middel til at minimere beboernes spisevanskeligheder med den gode måltidsoplevelse som mål.

For det medicinske orienterede aktivitetspersonale kan måltidet være middel til sygdomsudredning og træning af daglige færdigheder, hvor en del af træningen fx er tilberedning af et måltid eller guidning under måltidet. For den helhedsorienterede aktivitetsperson har målet, i lighed med målet hos hendes helhedsorienterede plejefaglige kollega, fokus på det gode og meningsfulde dagligliv for beboerne. Begge disse tværfaglige kollegaer stræber efter at udvikle samværsformer og metoder, der kan fastholde og optimere det gode måltid. Fx ved at sætte fokus på omsorgsgiverens værtinderolle, beboerens livshistorie, mad som reminiscens eller identitetsstyrkende fællesmåltider og madlavningsaktiviteter. Med disse til-

gange forsøger pleje- og aktivitetspersonalet at inddrage beboernes egen kulturelle baggrund.

Det dominerende medicinske forståelsesgrundlag

Sundhedspraktikere har en faglig og moralsk pligt til at forsøge at få de to forståelsesgrundlag, det medicinske og det helhedsorienterede, til at være i balance. Den konkrete hverdag i omsorgsinstitutionerne er forskellig og beror bl.a. på praktiske og ideologiske forhold (om institutionen har eget køkken eller maden leveres udefra, om det er et leve-bomiljø eller et mere "traditionelt plejehjem", på ledelsen osv.). De sundhedsmæssige bestræbelser i praksis afhænger i høj grad også af, hvilke aspekter (ernæringstilstand og fysisk funktion eller livsformer, vaner og ønsker), som praktikerne primært sætter fokus på. Dette gælder både for den enkelte praktiker og for gruppens praksis som sådan.

Sundhedspraktikere taler alle om

sundhed, men taler ikke om det samme på samme måde (Haastrup 1997, s.127).

Det medicinske forståelsesgrundlag, som drejer sig om tidlig opsporing, forebyggelse og nedbringelse af ernæringsmæssige problemer hos plejeafhængige ældre, har en stærk position i praksis. Det er et forståelsesgrundlag, som sætter fokus på det objektive, kvantificerbare og målelige. En rigid efterlevelse af dette grundlag, hvor principper om antal måltider pr. døgn og disses energiindhold dominerer (med henblik på at øge vægt og BMI og minimere forekomsten af underernæring hos ældre) kan reducere måltidet til et middel.

Dette får flere konsekvenser for de ældre. Måltidet som betydningsfuld social situation, hvor der bl.a. knyttes bånd mennesker imellem, er ikke et selvstændigt mål i det gode liv på plejehjemmet. Tendensen til at skabe en ureflekteret sammenkobling mellem ernæringstilstand, krop, funktion og livskvalitet kan endvidere få mere krænkende konsekvenser for svage ældre. Det skaber risiko for, at de ældre ikke mødes på deres egne præmisser, men

transformeres til midler for "sund kostpraksis", hvor samtlige aktører (sundhedspolitikere, -forskere, -formidlere og -praktikere) jagter og behandler vægttab og underernæringsproblemer.

Mere humanistisk sundhedsforskning

Det er positivt, når Folkesundhedsprogrammet understreger, at alder ikke må hindre forebyggelse og forsøg på rehabilitering. Men det er et problem, at der intetsteds påpeges vigtigheden af at skabe balance mellem over- og underbehandling af ernæringsproblemer eller af over- og underoptimisme på de svage ældres vegne. Bestræbelser på kostintervention hos gamle mennesker må aldrig dominere over et mål om at støtte de gamle til at bevare livsomsættigheder, som de selv finder betydningsfulde, og som giver deres liv kvalitet. Det kunne fx være at spise det, de selv finder sundt og rigtigt eller selv at beslutte, under hvilke rammer måltidet skal foregå. Balancen mellem at nøde og presse eller at lokke og manipulere er hårfin og kalder på refleksion. Dette understreges yderligere af, at der hersker en del uenighed om betydningen af vægttabets størrelse

for de ældres velfærd og sundhedstilstand. Endvidere synes indsatsen for plejeafhængige ældres energiindtagelse, fysiske og mentale kapacitet (herunder sygelighed og dødelighed) at have begrænset effekt (Beck, Pedersen og Schroll 2005).

Vi skylder m.a.o. de svageste ældre borgere også at optimere den spirende humanistiske sundhedsforskning og praksisudvikling på madområdet - med henblik på at (gen)skabe balancen mellem de to sundheds- og madforståelser.

Referencer

- Beck, AM., Pedersen, A., Schroll, M. (2005). Undervægt og utilsigtet vægttab hos ældre på plejecentre og i hjemmepleje – problemer, der bør gøres noget ved. *Ugeskrift for læger*, Videnskab og praksis. Januar. 167 årg. Nr. 3 Pp 272-274.
- Haastrup, L. (1997). Kostvaner eller madkulturer? H.P. Hansen og P. Ramhøj (Red.). *Tværviden-skabelige perspektiver på sundhed og sygdom*. København: Akademisk Forlag. Pp. 112-130.
- Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008. (1999). Sundhedsstyrelsen, København.

Det medicinske forståelsesgrundlag, som drejer sig om tidlig opsporing, forebyggelse og nedbringelse af ernæringsmæssige problemer hos plejeafhængige ældre, har en stærk position i praksis. Det er et forståelsesgrundlag, som sætter fokus på det objektive, kvantificerbare og målelige