



SOCIALSTYRELSEN

National handlingsplan for

MÅLTIDER OG ERNÆRING TIL ÆLDRE I HJEMMEPLEJEN OG PLEJEBOLIGEN



Forsidebillede:

Hver onsdag kommer grønt- og blomsterhandleren forbi Plejecenter Munke Mose med friske varer.



Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
E-mail: socialstyrelsen@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Layout: KreativGrafisk
Fotos: Emil Ryge og Johnny Wichmann
Location: Plejecenter Munke Mose, Odense
Tryk: Rosendahls
Oplag: 2.000 stk.

ISBN 978-87-93052-14-7

Download eller se sti til rapporten på www.socialstyrelsen.dk.
Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse af kilde.

Maj 2013

INDHOLD

Forord	4
Indledning	6
Definition af måltider og ernæring	9
De 5 anbefalinger	10
Gevinster	11
Anbefaling nr. 1 – om betydningen af en mad- og måltidspolitik	12
Læs mere	16
Anbefaling nr. 2 – om ernæringsbehov	18
Læs mere	26
Anbefaling nr. 3 – om at tage udgangspunkt i den ældres ønsker til måltidet	28
Læs mere	32
Anbefaling nr. 4 – om tværsektorielt samarbejde	34
Læs mere	36
Anbefaling nr. 5 – om kompetenceudvikling og tværfagligt samarbejde	38
Læs mere	42
Referencer	44

FORORD

Den rette ernæring er medvirkende til, at vores funktionsevne og livskvalitet bevares og genopbygges. *Den nationale handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen* imødekommer de udfordringer, der er forbundet med at opfylde ernæringsbehov og -ønsker til måltidet hos ældre, der har behov for madservice.

Handlingsplanen er udarbejdet i 2012. Den er blevet til på baggrund af ekspertise og erfaringer fra en arbejdsgruppe bestående af forskere og fagpersoner med stor indsigt i mad, måltider og ernæring på ældreområdet. Arbejdsgruppens medlemmer skal have stor tak for deres indsats.

Fødevarestyrelsen, og KL har – som medlemmer af projektets styregruppe – været med til at kvalificere handlingsplanen, og de takkes ligeledes for samarbejdet. Sundhedsstyrelsen takkes for at gennemlæse og kvalificere handlingsplanen.

Den nationale handlingsplan kan indgå i arbejdet med at styrke den enkeltes ernæringstilstand, funktionsevne og livskvalitet – uanset om der er tale om ældre i plejebolig mv. eller i hjemmeplejen. Det er Socialstyrelsens forhåbning, at kommunerne vil tage handlingsplanen i brug, så den bliver omsat til gavn for den enkelte borger.



Knud Aarup
Direktør, Socialstyrelsen, 2012



Arbejdsgruppemedlemmer

BDOK	Birgitte Højlund
Center for anvendt kommunal forskning	Eigil Boll Hansen
Det Danske Madhus	Helle Scheller
EPOS	Jette Bang Jensen
Esbjerg Kommune	Lilja Snorraddottir
Frederiksberg Kommune	Birthe Stenbæk Hansen
Frederiksberg Kommune	Irene Brandt
Fødevarestyrelsen	Helle Køngerskov
Fødevarestyrelsen	Tove Vestergaard
Herlev Hospital	Anne Marie Beck
Holstebro Kommune	Anne Marie Nielsen
Kerteminde Kommune	Pia Elisabeth Hansen
Kommunernes Landsforening	Flemming Hansen
Kolding Kommune	Inge Nielsen
Kost- og Ernæringsforbundet	Ghita Parry
KRAM-Madservice	Michael Nielsen
Københavns Kommune	Pernille Hansted
Københavns Madhus	Mine Sylow
Madkulturen	Bjørn Henrichsen
Madkulturen	Malis Ravn
Mariagerfjord Kommune	Hanne Virkman
Odense Kommune	Jette Eggers
Rigshospitalet	Jens Kondrup
SFI, Det nationale forskningscenter for velfærd	Jens Kofod
Aalborg Universitet	Nenna Maria Brinck
Aalborg Universitet	Niels Heine Kristensen
Aalborg Universitetshospital	Henrik Højgaard Rasmussen
Aalborg Universitetshospital	Mette Holst
Aarhus Universitetshospital	Mette Borre





INDLEDNING

Mad og måltider rummer et stort potentiale i forhold til at skabe livskvalitet, holde os raske og bevare vores evne til at klare de daglige gøremål – også når vi bliver ældre. Mad og måltider skal dække de individuelle ernæringsbehov, og så skal de give appetit – også på livet.

Det er derfor vigtigt at sikre en høj kvalitet og effekt af den kommunale madservice til ældre borgere. Den forhenværende regering og Dansk Folkeparti besluttede derfor, at der skulle udformes en national kosthandlingsplan. Kosthandlingsplanen, der er gennemført i regi af Socialstyrelsen i 2012, har fokus på den kommunale mad- og måltidsindsats.

Formålene med nærværende nationale kosthandlingsplan er følgende:

- At øge opmærksomheden på måltidets betydning for de ældres sundhed og livskvalitet
- At give kommunerne en række konkrete anbefalinger til madservicetilbud, der kommer ældre til gavn
- At anvise, hvilke kommunale indsatser, der understøtter kvaliteten af madservice og ernæringsindsatsen til ældre i plejebolig mv. og som modtager hjemmehjælp

Tidligere initiativer

Der er tidligere sat fokus på mad, ernæring og måltider blandt ældre i 2001 med den daværende regerings initiativ: Bedre mad til ældre¹. Initiativet blev fulgt op i 2006 af rapporten *Anbefalinger for udvikling af "Den attraktive måltidsservice til ældre"* fra Ministeriet for Familie- og Forbrugsanliggender. Rapporten indeholder en række anbefalinger, som dækker områderne: politik, ernæring, måltidets rammer². Satspuljepartierne afsatte i 2007 mid-

ler til projekt God mad – godt liv, der havde til formål at styrke kvaliteten af madservice til ældre. Projektet blev gennemført i regi af Socialstyrelsen 2007-2010.

Denne nationale kosthandlingsplan hviler derfor på et grundlag af tidligere rapporter og undersøgelser og skal være med til at styrke og fastholde fokus på mad, måltider og ernæring til ældre, der har behov for madservice.

Målgruppen

Målgruppen for handlingsplanen er politiske og administrative beslutningstagere og kostfaglige miljøer. Målgruppen for indsatserne er ældre, der har behov for en ernæringsindsats samt støtte til madlavning og madservice efter servicelovens § 83. Det vil sige, at målgruppen også omfatter ældre, der ikke allerede modtager madservice eller støtte til indkøb og madlavning, men som har et behov for det. Dette fremgår af anbefaling nr. 2, der opfordrer til, at alle ældre, der modtager hjemmepleje eller bor i plejebolig mv., får vurderet deres evt. behov for ernæringsindsats.

Handlingsplanens tilblivelse

Handlingsplanen er blevet til på baggrund af ekspertise og erfaringer fra en arbejdsgruppe bestående af forskere og fagpersoner med stor indsigt i mad, måltider og ernæring på ældreområdet.

Arbejdsgruppen, som blev nedsat af Socialstyrelsen for perioden maj 2012 – september 2012, har identificeret og udarbejdet beskrivelser af national og international forskningsbaseret viden samt praksiserfaringer inden for madserviceområdet.

Gruppen har ydermere påpeget diverse udfordringer og har anvist, hvilke metoder, der for nuværende er de mest effektfulde.

Fødevarestyrelsen og Kommunernes Landsforening (KL) har, som styregruppe, været med til at kvalificere den nationale kosthandlingsplan. Endvidere har Sundhedsstyrelsen kvalificeret handlingsplanen.

Socialstyrelsen har på baggrund af arbejds- og styregruppens anvisninger samlet og bearbejdet forslagene til 5 anbefalinger.

Handlingsplanens vidensfundament

De 5 anbefalinger i handlingsplanen hviler på den aktuelt bedste viden inden for mad, ernæring og måltider, herunder praksisbaserede erfaringer og forskningsbaseret viden.

Der er stor variation i det eksisterende vidensgrundlag inden for de enkelte anbefalinger og temaer. Nogle anbefalinger baserer sig på forskning, mens andre understøttes af praksiserfaringer fra social- og sundhedsområdet.

I handlingsplanen er der ikke foretaget prioritering mellem anbefalingerne eller vidensgrundlag.

Antal personer, der anvender madservice

Ifølge en opgørelse fra Danmarks Statistik fra 2011 modtager 44.302 borgere madservice. 29.347 borgere modtager denne madservice fra en kommunal leverandør, mens de resterende 14.955 modtager madservice fra en privat leverandør³.

Hvad siger serviceloven?

I servicelovens § 83 fastslås, at kommunalbestyrelsen har pligt til at tilbyde personlig og praktisk hjælp og madservice i hjemmet til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver.

Den kommunale myndighed skal efter servicelovens § 88 træffe sin afgørelse om hjælp efter servicelovens § 83 på baggrund af en konkret og individuel vurdering af ansøgerens behov for denne hjælp og med udgangspunkt i det kommunalt fastsatte serviceniveau, som dette fremgår af kommunens kvalitetsstandard, jf. servicelovens § 139. Ved vurderingen af behovet for hjælp skal kommunalbestyrelsen tage stilling til alle anmodninger om hjælp fra ansøgeren.

Det følger af servicelovens § 88, stk. 2, at tilbudene om hjælp efter § 83 skal bidrage dels til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder, dels til at afhjælpe væsentlige følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Tilbuddene skal løbende tilpasses modtagerens behov.



Definition af måltider og ernæring

Der er mange måder at omtale og beskrive mad, måltider og ernæring til ældre på. I den nationale handlingsplan defineres begreberne som følger:

Begrebet **KOST** er et udtryk for, hvor meget og hvilken type mad samt drikkevarer en person indtager over en nærmere bestemt periode⁴.

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. Når ældre borgeres ernæringsbehov opgøres, er der altså tale om en beregning af, hvor mange af de forskellige næringsstoffer borgeren har brug for i forhold til sit fysiske funktionsniveau og helbred⁵.

DE 5 ANBEFALINGER

Den nationale handlingsplan indeholder anbefalinger til arbejdet med mad, måltider og ernæring til ældre i plejeboligen mv. og hjemmeplejen i kommunerne:

1

Det anbefales, 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.

2

Det anbefales, at der løbende gennemføres en ernæringsvurdering af ældre, der modtager hjemmepleje eller bor i plejebolig mv., for at sikre, at den enkelte ældres ernæringsbehov kendes og imødekommes.

Det anbefales desuden, at mad, måltider og ernæringsvurdering indgår som centrale elementer i forebyggende og rehabiliterende indsatser i hjemmeplejen og plejeboliger mv.

3

Det anbefales, at mad, ernæring og måltider tilrettelægges med udgangspunkt i den enkelte ældres ønsker og behov.

4

Det anbefales, at det tværsektorielle samarbejde om den enkelte ældres ernæringsindsats styrkes gennem klar ansvarsfordeling og retningslinjer for indsatsen.

5

Det anbefales, at alle personalegrupper omkring den ældre har viden om, hvilken betydning mad, måltider og ernæring har for den enkelte ældres livskvalitet og funktionsevne.

Det anbefales desuden, at der sikres tværfagligt samarbejde mellem personalegrupperne.

GEVINSTER

Gevinsterne ved at arbejde med mad, måltider og ernæring er mange. Her opsummeres de væsentligste grunde til udvikling og kvalitetssikring af området:

- 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
- Den enkeltes potentiale for en ernæringsindsats afdækkes bedst ved systematisk at vurdere den ældres ernæringstilstand. Dermed bliver det også muligt at måle effekten af indsatsen.
- Den rette ernæring har stor betydning i forhold til sygdomsforebyggelse og rehabilitering. Med den rette ernæringsindsats – eventuelt sammen med en træningsindsats – genvindes og bevares en højere grad af funktionsevne og livskvalitet.
- Måltidets rammer har stor betydning for appetitten. Det er derfor vigtigt at have gode rammer for måltidet – også når det drejer sig om ældre, der bor alene.
- Den ældre oplever i højere grad at blive anerkendt som den person, vedkommende er, når hans eller hendes ønsker imødekommes i tilrettelæggelsen af måltidet.
- Med tværfagligt samarbejde omkring mad, måltider og ernæring til ældre, der bor i plejebolig mv. og som modtager hjemmepleje øges mulighederne for, at den rette ernæringsindsats iværksættes på rette tidspunkt. Det øger desuden sandsynligheden for, at plejepersonalet bliver bedre rustet til at skabe nogle gode rammer for måltidet, fordi de får en bedre forståelse for tilberedning og indhold.
- Ved løbende at vurdere den ældres ernæringstilstand og risikofaktorer for underernæring skabes den bedste mulighed for samtidig at vurdere, hvilke behov for hjælp til at spise, den ældre har – så maden også bliver spist.
- Et samarbejde mellem sektorer sikrer, at der i sektorovergange bliver fulgt op på screeninger og iværksatte indsatser.



Vigtigt at vide, når der udarbejdes en mad- og måltidspolitik:

- En mad- og måltidspolitik danner grundlag for kommunens indsats i forhold til mad og måltider samt kvaliteten i 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.

Anbefaling nr. 1

OM BETYDNINGEN AF EN MAD- OG MÅLTIDSPOLITIK

1

Det anbefales, 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.

Hvorfor en mad- og måltidspolitik?

Ernæring er et basalt behov, og mad er derfor essentielt for vores eksistens. Mad og måltider er måske så basalt, at vi nogle gange overser vigtigheden af maden og de potentialer, som maden rummer, og dermed ikke giver området berettiget opmærksomhed.

Mad, måltider og ernæring rummer et stort potentiale i forhold til at skabe livskvalitet, holde os raske og bevare evnen til at klare de daglige gøremål – også når vi bliver ældre.

Mad og måltider skal dække de individuelle ernæringsbehov, og de skal give appetit.

Samtidig er området fagligt set et komplekst felt med mange faggrupper med hver sin faglige tilgang til, hvad der er centralt for indsatsen. Dette indebærer en risiko for, at der opstår tvivl om, hvem der har ansvar for at skabe sammenhæng i indsatsen.

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, bliver truffet 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.

At have klare rammer for mad og måltider til ældre

En klar og velformuleret mad- og måltidspolitik med ansvars- og opgavefordeling kan sikre, at alle personalegrupper, der er i berøring med maden lige fra screening over planlægning af mad, måltider og ernæring til værtskab, får en fælles ramme. Dette sikrer også, at de relevante fagprofessionelle kompetencer er til stede, så kommunen kan levere den rigtige mad til den rigtige borger på det rette tidspunkt i det rette miljø.

Målbare mål – og retningslinjer

Hvis der ikke systematisk følges op på kvaliteten og effekten af indsatsen, har man som beslutningstager svært ved

at måle kvaliteten af den mad og de måltider, der leveres til borgerne. Dermed har man heller ikke grundlag for at styrke kvaliteten af indsatsen. Medarbejdernes engagement og motivation øges, når kvaliteten og effekten af at arbejde med måltider og ernæring synliggøres gennem opfølgning. Ligeledes giver opfølgning mulighed for at udpege områder, hvor indsatsen med fordel kan styrkes.

Handlingsplanen anbefaler således at mad – og måltidspolitikken bør indeholde klare, målbare mål og retningslinjer for, hvordan der følges op på indsatsen. Med målbare mål opnår kommunen retning, fremdrift, fastsættelse af serviceniveau og sammenhæng i indsatser samt en dokumentation af kvaliteten.

En god indsats på måltids- og ernæringsområdet forudsætter således, at der fra starten skabes de rette rammer, der kan sikre kvaliteten af den leverede madservice. Her er formuleringen af en mad- og måltidspolitik central. En politik udstikker en retning for, hvilke indsatsområder, der skal prioriteres og føres ud i livet.

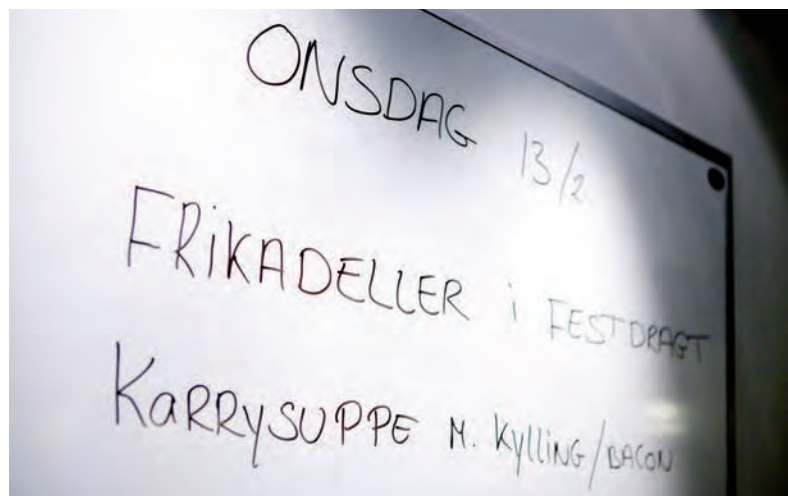
Med en mad- og måltidspolitik opnås prioritering af mad, måltider og ernæring. Den politiske beslutning skaber bevågenhed både på det politiske og ledelsesmæssige niveau, således at mad, måltider og ernæring prioriteres i driften. Kommunale erfaringer viser, at et politisk besluttet område prioriteres såvel ressource- som styringsmæssigt.

Viden og erfaring – hvad ved vi?

Eksisterende viden om udarbejdelse og medfølgende gevinster af en mad- og måltidspolitik beror i høj grad på best practices.

Praksiseksempel

Praksiserfaringer fra Københavns Kommune viser således, at udarbejdelse af en mad- og måltidspolitik, gør det nemmere at prioritere området. En mad- og måltidspolitik skaber rammerne for kommunens indsats i forhold til mad, måltider og ernæring samt kvaliteten af disse tilbud til ældre borgere. Politikken giver borgerne mulighed for at få indsigt i, hvilke muligheder og tilbud kommunen har på området, og den sætter en fælles retning for de medarbejdere, der arbejder med mad, måltider og ernæring til ældre.



Implementering

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 ældreområdet⁷.

Erfaringsopsamling

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". Rejseholdet 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 måltidspolitikker⁸. 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 måltidspolitik⁹. Det er sandsynligt, at tilsvarende effekt kan opnås på ældreområdet.



Læs mere

Eksempler på initiativer

■ Værsgo?

Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning har udviklet en mad- og måltidsguide, som hedder 'Værsgo?'. 'Værsgo?' kan give inspiration til, at plejehjemmene får fastlagt en struktur og organisering af arbejdet med ernæring, mad og måltider. Det kan fx være at der træffes beslutning om, hvordan der arbejdes målrettet med måltiderne, hvordan køkken- og plejepersonale samarbejder, og hvordan der samarbejdes med beboerne. Det vil sige, at der er tale om inspiration til udarbejdelse af en lokal "politik" med operationelle tiltag, der er målrettet den enkelte institutions behov og kultur¹⁰.

■ Velbekomme?

Hertil har Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning udviklet et redskab til plejehjemmenes selvevaluering af borgernes tilfredshed med mad og måltider. Redskabet hedder 'Velbekomme?' og består af en guide til observation, analyse og evaluering, observationsskemaer til brug ved målingen/observationen samt elektroniske Excel-ark med henblik på at taste egne data ind. Dette redskab giver det enkelte plejehjem mulighed for at vurdere tilfredsheden med maden og måltiderne på den enkelte afdeling samt give inspiration til, hvilke tiltag der kan sættes i værk for at optimere brugertilfredsheden¹¹.

■ Køkkenløftet

Det er vigtigt at fastsætte mål og skabe rammer for udvikling for at styrke kvaliteten. Københavns Madhus har udviklet *Køkkenløftet*, der har som mål at medvirke til

at sætte en forandringsdagsorden for de offentlige måltider. Det centrale i indsatsen er, at den enkelte institution kan se sine egne specifikke udviklingsbehov, uanset om det handler om råvarer, kulinarisk kvalitet, måltidet, køkkenets indretning, organisering eller økonomi. Se yderligere på www.kbhmadhus.dk.

■ Mad- og måltidspolitik

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. Se yderligere på www.socialstyrelsen.dk/måltider-tilældre/udgivelser

■ Måltidsbarometeret

Socialstyrelsen har i samarbejde med Københavns Madhus udviklet *Måltidsbarometeret* med udgangspunkt i redskabet *Køkkenløftet*. *Måltidsbarometeret* er et elektronisk kvalitetsevalueringsredskab, som giver produktionskøkkener, plejeboliger mv. og hjemmeplejedistrikter i kommunen en indikation af, hvor gode de er til i fællesskab at levere måltider af høj kvalitet til ældre borgere. Kommunerne og kommunernes leverandører på ældreområdet kan bruge *Måltidsbarometeret* til at vurdere, hvor gode forudsætninger der er til stede, for at levere måltider af høj kvalitet til ældre borgere. Samtidig giver *Måltidsbarometeret* anbefalinger til, hvilke tiltag der kan iværksættes for at forbedre kvaliteten. Se yderligere på <http://www.maltidsbarometeret.dk/>





Vigtigt at vide i forhold til ernæringsbehov:

- Mad, ernæring og måltider har stor betydning for, at den enkelte kan bevare eller genvinde sin funktionsevne.

Gevinster ved at opfylde den enkeltes ernæringsbehov:

- Muskelmasse bevares og genopbygges med den rette ernæring, og den enkelte har derfor mulighed for at genvinde sin funktionsevne og livskvalitet.

Anbefaling nr. 2

OM ERNÆRINGSBEHOV

2

Det anbefales, at der løbende gennemføres en ernæringsvurdering af ældre, der modtager hjemmepleje eller bor i plejebolig mv., for at sikre, at den enkelte ældres ernæringsbehov kendes og imødekommes.

Det anbefales desuden, at mad, måltider og ernæringsvurdering indgår som centrale elementer i forebyggende og rehabiliterende indsatser i hjemmeplejen og plejeboliger mv.

Prævalensen af undervægtige ældre

15-20 % af de 176.917 ældre¹², der bor i plejebolig mv. eller modtager hjemmepleje har BMI (Body Mass Index) lavere end 18,5 – dvs. er undervægtige. Op til halvdelen af ældre, der bor i plejebolig eller modtager hjemmepleje lider af uplanlagt vægttab. Denne gruppe betegnes ofte som småtspisende og undervægtige ældre.

For danske ældre i plejebolig mv. ved vi, at næsten 35 % har BMI 25+ og at knapt 11 % har BMI 30+¹³. Og i et europæisk studie blandt ældre i hjemmepleje, er det fundet, at ca. 4 % har BMI 35+¹⁴. Et højt BMI forekommer dermed næsten lige så hyppigt som hos andre ældre. Som hos andre ældre ses der også her en høj forekomst af fedme-relaterede sygdomme (bl.a. diabetes og hjertekarsygdomme)^{15 16}.

Gevinster ved at opfylde den ældres ernæringsbehov

I takt med at alderen stiger, mindskes muskelmassen, og appetitten kan svigte. For at bevare funktionsevnen som ældre, er det vigtigt at bevare muskelmassen ved at være fysisk aktiv og få dækket sit ernæringsbehov. Bevægelse

giver bedre kondition, stærkere muskler samt mere styrke og smidighed. De energigivende næringsstoffer i maden er fedt, kulhydrater og protein. Den rette ernæring sammensættes ud fra den enkeltes behov for de forskellige næringsstoffer. Protein er kroppens byggesten. Det er derfor nødvendigt at sammensætte maden med det rette proteinindhold – for at vedligeholde og genopbygge musklerne og dermed bevare funktionsevnen og livskvaliteten. Kulhydrater er kroppens største energikilde. Bl.a. tilføres musklerne energi fra kulhydrater. Fedt er et nødvendigt næringsstof for kroppen. Det er vigtigt som energikilde og som depot for opbevaring af energi. Hvis man ikke får nok af de rette næringsstoffer, tærer kroppen på muskelmassen¹⁷.

De 8 kostråd

Fødevarerstyrelsen er afsender af de 8 officielle kostråd¹⁸. Kostrådene bygger på forskning, der afdækker behovet for næringsstoffer, og hvilken mad der forebygger livsstilssygdomme¹⁹. Kostrådene er målrettet raske borgere, herunder også raske ældre med normal appetit. Energibehovet falder med alderen – som følge af den



ændrede kropssammensætning og et nedsat fysisk aktivitetsniveau. Da behovet for vitaminer og mineraler ikke mindskes med alderen, stilles der krav til høj næringsstofthæthed i maden. Ud over de officielle kostråd har Fødevarestyrelsen en række anbefalinger til befolkningsgrupper, som har særlige behov, herunder småtspisende ældre²⁰.

De officielle kostråd gælder primært for raske og derfor ikke for undervægtige ældre. Overvægtige ældre, der ligeledes kan være i dårlig ernæringstilstand, kan derimod følge kostrådene, men bør også være opmærksomme på at spise mindre portioner samt at være fysisk aktiv. Er der behov for større vægttab, anbefales det at få en henvisning fra egen læge til en klinisk diætist^a. De 8 kostråd er ikke slankeråd, men kan være fornuftige at følge foruden at fokusere på at spise frugt, grøntsager og fuldkorn²¹.

a En klinisk diætist er sundhedsuddannet personale med specialviden om kost til specifikke målgrupper. Kliniske diætister har gerne en professionsbachelor i ernæring og sundhed.



De småtspisende ældre – en risikogruppe

Småtspisende ældre skal ikke spise groft, grønt og fedtfattigt, som det anbefales yngre og raske. Derimod har de brug for at tage på eller stabilisere vægten og skal derfor spise mad med højt indhold af energi og protein. De har brug for at spise energitæt og proteinrigt. Anbefalingerne til småtspisende kan opsummeres til følgende²²:

- Spis 6-8 energirige små måltider om dagen
- Tilpas de enkelte retters konsistens individuelt
- Drik energirige drikke som drikkeyoghurt, juice, maltøl, kakao med flødeskum, koldskål og sødmælk
- Spis mellemmåltider i form af energirige drikke som koldskål, kakao, hjemmelavede eller industrielt fremstillede energi- og proteindrikke samt forret (suppe) eller dessert (is, budding, fromage, frugtgrød med fløde) i forbindelse med aftenmåltidet
- Bevæg dig og få mere appetit



Risikofaktorer for underernæring

Ældre, som modtager hjemmepleje, bor i plejebolig mv. eller er indlagt på sygehus er svækkede af forskellige årsager og derfor i særlig risiko for at komme i dårlig ernæringstilstand på grund af forkert ernæring og vægttab. Underernæring er fortsat et udbredt og omfattende problem blandt ældre, der modtager hjælp i hjemmepleje og i plejebolig mv.²³

Sygdomsforløb

Under og efter såvel somatiske og/eller psykiske sygdomsforløb har ældre ofte mistet muskelmasse på grund af sengeleje, og derfor har kroppen efterfølgende særligt brug for træning og øget energi- og proteinindtag²⁴. Vægttab og lav vægt har alvorlige konsekvenser for den enkelte ældre, idet det medfører nedsat funktionsevne²⁵. Vægttab hos ældre øger desuden risikoen for sygdom, tidlig indlæggelse og død²⁶. Småtspisende ældre er i risiko for øget hyppighed af fald, forlænget sengeleje og flere indlæggelser, mindre selvhjulpethed, nedsat immunfunktion og dårlig sårheling^{27 28 29 30}. Vægttab hænger tæt sammen med tab af muskelmasse og øger derfor risikoen for yderligere

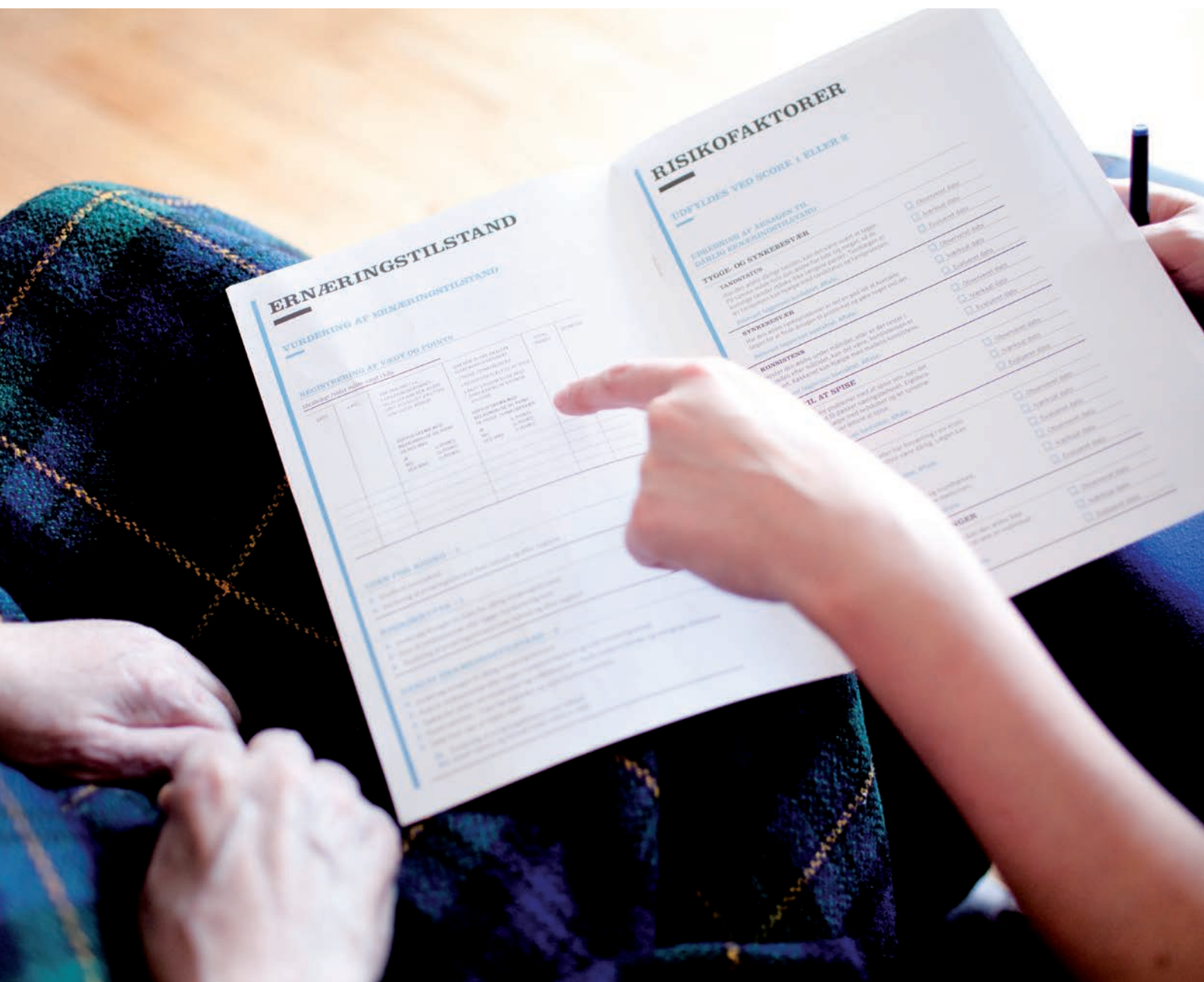


tab af funktionsevne og formåen³¹. Nedsat funktionsevne er derfor ofte ensbetydende med nedsat evne til at klare hverdagens gøremål³². Et vægttab for ældre i plejebolig mv. og hjemmepleje medfører derfor ofte et øget behov for hjælp fra personalet til almindelige dagligdags gøremål^{33 34 35}.

Risici ved overvægt

For både ældre som modtager hjemmehjælp og bor i plejebolig mv. har en lang række studier vist, at ældre med højt BMI ikke alene har den bedste overlevelse, men også den bedste livskvalitet, når der sammenlignes med ældre med lavt BMI^{36 37 38 39}. Det er på trods af den højere forekomst af sygdomme relateret til overvægt.

Blandt ældre indlagt på hospitalet synes det også at være en fordel at have et højt BMI, når det gælder muligheden for at overleve sin sygdom. Den præcise baggrund for hvorfor kendes ikke. Det har formentlig betydning, at ældre med lavt BMI også har mindre muskelmasse og dermed mindre mulighed for god funktionsevne og mindre modstandskraft, hvis sygdom og vægttab



ERNÆRINGSTILSTAND

VURDERING AF KILDEKVALITETSSTILSÆT

BESTYRELSE AF VÆGTE OG PUNTER

Udfyld denne tabel med vægte og punkter for de enkelte ingredienser.

INGREDIENS	VÆGT	PUNTER
1. HVIDT BRØD		
2. BRUNT BRØD		
3. HVIDT BRØD		
4. BRUNT BRØD		
5. HVIDT BRØD		
6. BRUNT BRØD		
7. HVIDT BRØD		
8. BRUNT BRØD		
9. HVIDT BRØD		
10. BRUNT BRØD		
11. HVIDT BRØD		
12. BRUNT BRØD		
13. HVIDT BRØD		
14. BRUNT BRØD		
15. HVIDT BRØD		
16. BRUNT BRØD		
17. HVIDT BRØD		
18. BRUNT BRØD		
19. HVIDT BRØD		
20. BRUNT BRØD		

RISIKOFAKTORER

UDFYLD ES VED SCORE (ELLER %) >= 10

SPRØDNING AF ANSAGTEN TIL DÅRLIG KILDEKVALITETSSTILSÆT

TYGGE- OG SYNKEBREV

TANDPAST

- Udbrugt dagligt
- Udbrugt 2-3 gange om ugen
- Udbrugt 1-2 gange om ugen
- Udbrugt 1-2 gange om måneden
- Udbrugt sjældent
- Udbrugt aldrig

SYRERISERET MÆLK

Udbrugt dagligt

- Udbrugt dagligt
- Udbrugt 2-3 gange om ugen
- Udbrugt 1-2 gange om ugen
- Udbrugt 1-2 gange om måneden
- Udbrugt sjældent
- Udbrugt aldrig

KORNSTÆV

Udbrugt dagligt

- Udbrugt dagligt
- Udbrugt 2-3 gange om ugen
- Udbrugt 1-2 gange om ugen
- Udbrugt 1-2 gange om måneden
- Udbrugt sjældent
- Udbrugt aldrig

SALT

Udbrugt dagligt

- Udbrugt dagligt
- Udbrugt 2-3 gange om ugen
- Udbrugt 1-2 gange om ugen
- Udbrugt 1-2 gange om måneden
- Udbrugt sjældent
- Udbrugt aldrig

indtræder. Et højt BMI er tilsyneladende gunstigt, når det er udtryk for et højt indhold af muskelmasse og dermed god funktionsevne⁴⁰.

Hvordan vurderes ernæringstilstanden blandt ældre?

Ifølge anbefalingerne fra Fødevarestyrelsen og Sundhedsstyrelsen sker vurderingen af ernæringstilstanden bedst ved hjælp af oplysninger om (ændring i) kostindtag og nylig vægtudvikling⁴¹. Konkret anbefaler Sundhedsstyrelsen, at ældre vejes ca. en gang om måneden og efter sygdom⁴². Herudover er det vigtigt at indsamle oplysninger om forekomsten af forskellige risikofaktorer, der også kan have en mulig negativ indflydelse på ernæringstilstanden. Blandt de vigtigste risikofaktorer er tygge- og synkeproblemer samt afhængighed af hjælp til at spise⁴³. Ved systematisk og regelmæssigt at screene for vægtændringer og andre risikofaktorer bliver det muligt at afdække den ældres ernæringstilstand og i tide iværksætte den rette ernæringsindsats på baggrund af en systematiseret, individuel vurdering^{44 45}.

I mange år har det været diskuteret, om BMI er et godt mål for ernæringstilstanden hos ældre. BMI er ofte uforandret ved tab af muskelmasse og muskelstyrke på trods af, at halvdelen af muskelmassen og muskelstyrken mistes i tidsrummet mellem, man er tidligt midaldrende og godt oppe i årene⁴⁶. Diskussionen har også handlet om de problemer, der kan være med at fastlægge højden, samt det ovenfor nævnte paradoks med den bedste overlevelse og funktion ved et højt BMI. Samtidig er et lavt BMI ikke velegnet til at sige noget om, hvorvidt ældre har gavn af en ernæringsindsats⁴⁷.

Virksomme ernæringsindsatser – hvad siger evidensen og best practices?

Studier blandt ældre, der modtager hjemmepleje eller bor i plejebolig mv., har vist, at en forbedring af de ældres ernæringstilstand ofte også medfører en positiv effekt på den enkeltes funktionsevne og trivsel⁴⁸. En effektiv

måde at forbedre den ældres ernæringstilstand på er ved at iværksætte en ernæringsindsats⁴⁹. Det er en fordel at arbejde med en valideret metode til at afdække den enkelte ældres ernæringstilstand for at være sikker på at identificere de ældre, der har gavn af en ernæringsindsats⁵⁰. En valideret metode er fx at bruge redskabet ernæringsvurderingsskemaet udviklet af Socialstyrelsen i samarbejdet med DTU⁵¹.

Der er tvivl om, hvorvidt store planlagte såvel som uplanlagte vægttab hos overvægtige ældre, kan medføre tab af muskelstyrke og muskelmasse – og dermed øge risikoen for dødelighed. Indtil der foreligger dokumentation for at det ikke gør mere skade end gavn at sætte skrøbelige ældre på ”kur”, må det derfor frarådes⁵².

Den tværfaglige ernæringsindsats

En undersøgelse peger på, at tværfaglige ernæringsindsatser i plejeboliger – rettet mod forskellige ernæringsmæssige risikofaktorer – har en positiv betydning for ernæringstilstanden hos ældre beboere⁵³. Europarådet anbefaler ligeledes, at det er nødvendigt med en koordineret indsats fra alle de faggrupper, der omgiver den ældre⁵⁴. I Europarådets rapport fra 2009⁵⁵, blev det desuden anbefalet, at området for måltider og ernæring til ældre prioriteres, og at der gennemføres systematisk screening af ældre, der bor i plejebolig eller modtager hjemmehjælp, samt ældre, der er indlagt på sygehus.

Individuelle ernæringsindsatser

Specifikt er det påvist, at individuel ernæringsindsats – fx ved hjælp af klinisk diætist og med fokus på energi- og proteinrig mad og drikke – har en positiv effekt på ældres ernæringstilstand^{56 57 58}.

Nøglepersoner

Størst effekt ser ud til at nås, når screeningen og ernæringsindsatsen understøttes af eksempelvis nøglepersoner⁵⁹. Københavns Kommune har fx gode erfaringer med ansættelse af kostkonsulenter. De fungerer som vigtige

koblingspunkter mellem forvaltningen og praksis (dvs. hjemmepleje, plejehjem og rehabiliteringsafdelinger). Kostkonsulenterne sikrer koordination, fremdrift og udvikling af aktiviteterne på kostområdet for ældre.

Data fra plejecentre tyder på, at udpegning af nøglepersoner eller nedsættelse af ernæringsgrupper er fremmende i forhold til ernæringsindsatser. Ansvarsplacering, fx i form af nøglepersoner og/eller tværfaglige ernæringsgrupper, bør derfor tænkes ind i organiseringen af screening og ernæringsterapi. Tilsvarende bør nøglepersoner indtænkes ved dokumentation og kvalitetssikring⁶⁰.

Måltidsværter

Evaluering på Herlev Hospital viser, at måltidsværter fremmer småtspisende ældres lyst til at spise. Erfaringerne viser, at måltidsværterne har været med til at sikre øget fokus på den enkeltes kostindtag såvel som på måltidsoplevelsen. Endelig har det medført øget samarbejde mellem det kostfaglige og øvrige personale samt et mindre madspild⁶¹.

Mad- og måltidsstrategi

Nogle danske kommuner har erfaringer med at arbejde systematisk med en ernæringsindsats målrettet ældre, der har behov for at tage på i vægt⁶². På Plejecenter Fjordvang i Mariagerfjord Kommune er andelen af underernærede ældre faldet fra 70 % til 30 % på et år. Indsatsen bestod bl.a. i, at kommunen fik en mad- og måltidsstrategi, samarbejdet med ældre om gode kostvaner blev øget, og der blev foretaget kompetenceudvikling af medarbejderne. Alle beboerne blev ernæringscreenet, og der blev iværksat en ernæringsindsats. Desuden blev der afholdt inspirationsdage, der blev ansat økonoma, og dele af personale blev uddannet til ernæringshjælpere⁶³.

Indtænk ernæringsindsatsen i det forebyggende og rehabiliterende arbejde

Da en stor del af de ældre i hjemmeplejen og plejeboligen mv. som nævnt er underernærede, har de gavn af en ernæringscreening 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 selvhjulpne.

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^{64 65}. 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 aspekter og tandstatus. Dette har en virkning for selv meget skrøbelige beboere^{66 67 68}. DTU Fødevarerinstitutionen anbefaler, at deltagelse i madlavning med fordel bør bruges til at vedligeholde færdigheder⁶⁹.



Læs mere

Eksempler på initiativer

■ Ernæringsvurdering

At gennemføre en vurdering af den enkelte ældres ernæringstilstand er en central indsats for at sikre, at den enkeltes ernæringsbehov kendes og opfyldes. Socialstyrelsen har i samarbejde med DTU udarbejdet et ernæringsvurderingsredskab, der screener den enkelte ældres ernæringstilstand og vurderer, om den enkelte ældre har gavn af en ernæringsindsats. Ernæringsvurderingen gennemføres i hjemmeplejen og plejeboligen og er ligeledes relevant at gennemføre i forbindelse med iværksættelse af forebyggende og rehabiliterende indsatser. Det anbefales, at ernæringsvurderingen gennemføres i forbindelse med:

- Visitation
- Udskrivelse fra sygehus, hvis der ikke medgår vurdering foretaget på sygehuset
- Ved og efter sygdom
- Ændring i eller forværring af kronisk sygdom
- Uplanlagt vægttab
- Overvægt

Ernæringsvurderingsskemaet samt forslag til, hvordan en energi- og proteinrig ernæringsindsats kan tilrettelægges, findes på: www.socialstyrelsen.dk/måltidertilældre/udgivelser

■ Institutionskost

Fødevarestyrelsen og Sundhedsstyrelsen har i 2009 udarbejdet *Anbefalinger for den danske institutionskost*. Anbefalingerne er rettet mod personer, der har ansvaret for eller arbejder med kosten i institutioner, hvor bespisningen indgår som en del af institutionens funktion eller behandling. Anbefalinger for den danske institutionskost findes på: http://www.altomkost.dk/NR/rdonlyres/013632BB-1B95-412A-8888-D56F59301C59/0/SJ_Institutionskostpdf.PDF

For at sikre, at borgeren får dækket sit ernæringsbehov, er det vigtigt, at de tilberedte måltider opfylder Fødevarestyrelsens kostråd set i forhold til, om den ældre har normal appetit eller nedsat appetit. I Anbefalinger for den danske institutionskost beskrives anbefalinger til, hvordan kosten til henholdsvis raske og syge ældre bør sammensættes. Kosten til ældre, der bor i plejebolig mv., og som modtager hjemmepleje, bør som udgangspunkt være energi- og proteinrig. Behovet for indtagelse af energi falder med alderen, mens risikoen for nedsat appetit stiger med alderen og eventuelle diagnoser. Det er derfor væsentligt at afbalancere kostens energisammensætning i forhold til den enkelte ældres situation.

Ældre i plejebolig mv. har forskellige ernæringsmæssige behov. Dette afspejles i de kostformer, der bør tilbydes på plejehjem. Langt de fleste ældre på plejehjem vil dog være i en ernæringsmæssig risiko – dvs. være underernærede og/eller småtspisende samt præget af spiseproblemer og akutte sygdomsperioder.

Ifølge anbefalingerne til den danske institutionskost bør måltider til ældre, som modtager hjemmepleje:

- som udgangspunkt leveres alle ugens 7 dage
- ved levering af ét dagligt måltid bør energiindholdet i hovedretten svare til minimum 30% af energiindholdet i en hel dags menu
- energiprocentfordelingen i hovedretten svare til energiprocentfordelingen i en hel dags menu

Den ældres energiindtag bør følges løbende for at tage højde for eventuelle ændringer i ernæringstilstanden.

Anbefalinger til den danske institutionskost: http://www.altomkost.dk/NR/rdonlyres/013632BB-1B95-412A-8888-D56F59301C59/0/SJ_Institutionskostpdf.PDF

■ Information til ældre og pårørende

Det er vigtigt, at den ældre selv og de pårørende er bevidste om, hvilket ernæringsbehov den ældre har, og dermed hvilke fødevarer der skal indkøbes og spises for at få dækket ernæringsbehovene. Fødevarestyrelsen, Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen har sammen udarbejdet materiale målrettet de ældre og pårørende. Se yderligere på www.socialstyrelsen.dk/måltidertilældre/udgivelser

■ Småtspisende ældre

Det er vigtigt at have fokus på, at småtspisende ældre får mad med den rette næringssammensætning. DTU og Fødevarerdirektoratet har i 2002 udarbejdet en række anbefalinger til måltider og ernæring til småtspisende ældre i hjemmepleje eller plejebolig mv. Anbefalingerne er samlet i håndbogen *Uden mad og drikke*. Håndbogen henvender sig til pleje- og køkkenpersonalet samt de læger, ledere og administratorer, der har ansvaret for og arbejder med de måltider, der tilbydes ældre i hjemmepleje og plejebolig mv.

Håndbogen findes på: <http://www.foedevarestyrelsen.dk/Publikationer/Alle%20publikationer/2002014.pdf>

■ Faglige kvalitetsoplysninger om plejeboliger

I 2010 er der udviklet en række redskaber, der kan hjælpe med at systematisere udarbejdelsen af de faglige kvalitetsoplysninger. Redskabet til at systematisere viden om ældres ernæringstilstand omfatter materialerne: en vejledning, støttemateriale og registreringsskema. Konkret indebærer anvendelsen af materialerne en løbende vurdering af borgerens vægt og BMI, der baseres på registrering af borgerens højde og vægt. Det anbefales desuden, at kommunerne supplerer vurderingen af borgerens ernæringstilstand med anvendelse af et screeningsredskab.

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



Vigtigt at vide i forhold til at tage udgangspunkt i den ældres ønsker og behov til måltidet:

- Måltider er en del af vores identitet. Når ønsker til måltider imødekommes oplever den enkelte derfor i højere grad at blive anerkendt som den person, vedkommende er.

Gevinster ved at tage udgangspunkt i den ældres ønsker og behov til måltidet:

- Den enkelte oplever at blive imødekommet – gennem maden – som den vedkommende er.
- Ved at have indflydelse på den mad og de måltider, der serveres, øges appetitten.

Anbefaling nr. 3

OM AT TAGE UDGANGSPUNKT I DEN ÆLDRES ØNSKER TIL MÅLTIDET

3

Det anbefales, at mad, ernæring og måltider tilrettelægges med udgangspunkt i den enkelte ældres ønsker og behov.

De ældres ønsker og behov – hvad ved vi?

Ved at have mulighed for selv at bestemme, hvad, hvornår og under hvilke forhold man vil spise, oplever ældre i højere grad individualitet og selvbestemmelse. Mangel på mulighed for selv at vælge og sammensætte sin menu kan helt konkret resultere i nedsat appetit⁷⁰.

Flere forskningsresultater påpeger, at de præferencer, som ældre har i forhold til maden, er en del af deres identitet⁷¹. Således viser studier, at det er et udtryk for, at den enkeltes identitet anerkendes, når vedkommendes madpræferencer imødekommes. Med andre ord oplever den ældre via maden at blive imødekommet som den person, vedkommende er⁷².

Hvordan imødekommer og understøtter man ældres ønsker og behov til måltidet?

Omgivelsernes betydning

Et godt måltid er én af de ting, som kan øge livskvaliteten for den enkelte. Måltidet hører til blandt dagens vigtige begivenheder. Omgivelserne har betydning for, om måltidet bliver en positiv oplevelse. Når man samles om

måltidet, er det ikke kun for at få stillet sulten og slukket tørsten, men også for at få skabt nogle rammer for socialt samvær, der er vigtige for den ældres trivsel. Det sociale samvær har ligeledes betydning for appetitten, og undersøgelser viser, at der er tydelige indikationer på, at fællesskabet ved måltider er fremmende for livskvaliteten⁷³. Det kan være med til at styrke og bevare netværk – også for ældre, der bor alene.

Selvom forskning viser, at man oftest spiser større mængder, når man spiser i selskab med andre, er det vigtigt at imødekomme de ønsker, som ældre i hjemmepleje og plejeboliger mv. har til måltidet⁷⁴. Dette kan være en udfordring, når der er mange samlet med forskellige behov. Borgernes individuelle ønsker til, hvordan måltidet skal gennemføres, og hvem de spiser sammen med, kan være vanskelige at imødekomme.

I hjemmeplejen er udfordringen anderledes. Her kan det være svært at skabe rammerne om et måltid hos den gruppe af ældre, der bor alene, fordi de ofte ikke har 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 de ønsker at spise alene og på baggrund af denne viden skabe de ønskede rammer for den enkelte.

Undersøgelser viser, at nogle ældre i plejeboliger mv. føler skam ved ikke at være i stand til at leve op til normerne for bordskik. Manglende fysisk mulighed for at kontrollere kroppens bevægelser, som de tidligere kunne, opleves som et tab af kompetencer og manglende mulighed for at udtrykke identitet. Dette aspekt er særligt vigtigt, da det medfører, at nogle ældre søger at begrænse den tid, hvori deres ændrede manerer udstilles – ved at spise meget lidt ved måltiderne eller ved at spise alene⁷⁵. Problemstillingen kan være aktuel for ældre i eget hjem og plejebolig.



Personalets rolle

Personalet omkring de ældre har derfor en væsentlig rolle i forhold til at skabe måltider, der både imødekommer de ældres ønsker og behov og inddrager dem i tilrettelæggelsen af selve måltidet. Det kan have positiv indvirkning på den enkeltes funktionsevne og livskvalitet, når ønskerne til måltidet er udgangspunktet. Det er desuden tydeligt, at en god oplevelse for de ældre også er til glæde for personalet og giver forøget kvalitet i deres arbejde⁷⁶.

Enkelte undersøgelser har arbejdet specifikt med betydningen af personalets tilstedeværelse under måltidet på plejecenterafdelinger. Dette er vigtigt, da beboersammensætningen, herunder de relativt mange borgere med

demens, medfører, at beboerne ofte ikke af sig selv kan skabe gode måltidsoplevelser, herunder holde samtalerne i gang⁷⁷.

Det kan derfor være en udfordring for de enkelte medarbejdere i en travl hverdag med mange faglige opgaver at fastholde et fokus på mad, måltider og ernæring, såfremt det ikke er en prioritet fra politisk og ledelsesmæssig side i kommunen.

Hvis de ældre har behov for hjælp til at spise, skal personalet vurdere, hvilke behov for hjælp den ældre har, da hjælpen både kan være i form af konkrete hjælpemidler eller i form af personstøtte. Hjælp til at spise bør også ses i et udviklingsperspektiv og indtænkes i den rehabiliterende indsats, som styrker den ældres selvhjulpenhed, individualitet og selvbestemmelse.

Kulinarisk kvalitet

Oplevelsen af høj kvalitet hænger sammen med madens kulinariske kvalitet. Kulinarisk kvalitet er en vigtig del af oplevelsen af måltidet og måles på appetitligheden af det enkelte måltid samt på variationen i madens duft, udseende, smag, konsistens og råvarer fra dag til dag, men også i hvert enkelt måltid. Det er derfor et vigtigt indsatsområde, når der skal skabes måltider af høj kvalitet⁷⁸.

Vores appetit og appetitregulering mindskes ofte med alderen. Det betyder, at efter fx perioder med sygdom er der risiko for, at den ældre ikke spiser nok, medmindre, der bliver gjort en ekstra indsats.

Tilsvarende mindskes vores muskelmasse også med alderen. Dette betyder, at ældre ofte har stor risiko for at tabe sig hurtigt, hvis de ikke spiser nok, og derved kan de miste en stor del af deres modstandskraft. Derfor er det vigtigt at være opmærksom på også at stimulere de ældres appetit så godt som muligt gennem bl.a. kulinarisk kvalitet.

Kulinarisk kvalitet afhænger af, at maden produceres af friske, sæsonbaserede råvarer, så tæt på brugeren, som muligt og med kortest tid fra tilberedning, til maden spises. Det har desuden stor betydning, at den produceres af personale, der har kompetencer i forhold til tilsmagning og tilberedning.

Den ældres livshistorie

Ønsker til måltidet og madens rolle i den enkeltes liv kan afdekkes ved at inddrage den enkeltes livshistorie. Der er gennemført en række projekter med fokus på ældres livshistorier og livretter. Disse har haft fokus på, hvordan bestemte retter og minder om disse har en særlig betydning for de ældre. Det er vigtigt, at personalet omkring de ældre i hjemmepleje og i plejeboliger mv. lader disse indgå i menuplanlægningen.⁷⁹

Den fysiske indretning

Den fysiske indretning på plejecentrene har ligeledes betydning for, hvordan måltiderne opleves⁸⁰. Det er vigtigt at byde velkommen til måltiderne, og at rummet gøres levende med imødekomende lyde, lys og duften af mad, at der i store rum skabes ro ved at skabe privathed med skillevægge, indhak og lys over bordene, ligesom en god akustik er vigtig for at skabe den rette stemning, så rummet inviterer til spising.

Det rehabiliterende sigte

Madlavning og tilrettelæggelse af måltider er en del af hverdagen for alle. Gennem en rehabiliteringsindsats kan den ældre understøttes i at opretholde og genvinde sine evner til at deltage i madlavning og tilrettelægning af måltidet. At være med til at dække bord og spise selv er dele af den enkeltes selvbestemmelse og bidrager til at øge livskvaliteten.

Læs mere

Eksempler på initiativer

■ Ældre Sagen og Odense Kommune

Der er gode erfaringer med at udpege måltidsværter i forbindelse med måltiderne på plejecentrene. Ældre Sagen og Odense Kommune har siden 2009 arbejdet sammen om projektet Spisevenner, der er målrettet modtagere af madservice i hjemmeplejen. En spiseven fungerer ligesom en besøgsven. Spisevennen er en frivillig person fra Ældre Sagen, der spiser sammen med og holder den ældre med selskab. De foreløbige erfaringer viser, at en frivillig spiseven hjælper på både den ældres vægt, funktionsevne og humør. Resultaterne blandt 25 ældre viser, at 15 har taget på i vægt, og 10 af de 15 har fået et højere funktionsniveau. Hver tredje af de medvirkende ældre borgere vurderer endvidere egen helbredsrelaterede livskvalitet højere⁸¹.

■ 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.

■ 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 økonomi, der tager ud til borgeren. I samarbejde med borgeren beskrives dennes ernærings-tilstand, behov og ønsker. Herefter tilrettelægges tilbudene 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.

I **Idékatalog – Ideer til gode måltider** er der samlet en lang række forslag til, hvordan man kan styrke den samlede indsats omkring måltiderne. www.socialstyrelsen.dk/måltidertilældre/udgivelser

I guiden **Det gode måltid** er der gode råd og idéer til, hvordan man med små og billige ændringer kan skabe stor effekt i indretningen af et plejecenters spiseområder. www.socialstyrelsen.dk/måltidertilældre/udgivelser

Idekataloget **Høj madkvalitet i hverdagen** giver forslag til, hvordan man i hverdagen kan sikre den kulinariske kvalitet. Publikationen findes på www.socialstyrelsen.dk/måltidertilældre/udgivelser



Vigtigt at vide i forhold til tværsektorielt samarbejde:

- Samarbejde ved sektorovergange er med til at sikre, at der følges op på den ældres ernæringstilstand i forbindelse med sygdom, screeninger og iværksatte indsatser.

Gevinster ved at arbejde tværsektorielt:

- Flere ældre i dårlig ernæringstilstand eller i ernæringsmæssig risiko opspores og får iværksat den rette ernæringsindsats.
- Et godt tværfagligt samarbejde sikrer, at vigtig information overbringes.



Anbefaling nr. 4

OM TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE

4

Det anbefales, at det tværsektorielle samarbejde om den enkelte ældres ernæringsindsats styrkes gennem klar ansvarsfordeling og retningslinjer for indsatsen.

Ældres ernæringsrisiko og indlæggelser

Op mod 60 % af ældre og kronisk syge er i ernæringsrisiko ved indlæggelse. Underernærede ældre får hyppigere kroniske sygdomme og er indlagt dobbelt så ofte. Indlæggelsesomkostningerne er højere end for andre dele af befolkningen, fordi den ældre på grund af underernæring er indlagt i længere tid og har behov for mere behandling og pleje⁸².

Behandlingerne i forbindelse med hospitalsindlæggelse medfører ofte yderligere forværring i ernæringstilstanden. For ældre på sygehus medfører det vægttab, der ofte er en følge af indlæggelsen, alvorlige funktionstab⁸³. Det betyder bl.a., at rekonvalescens-perioden forlænges. Mange når således aldrig at genvinde funktionsevnen (og vægten) hverken under eller efter udskrivelsen, selvom de er blevet helbredt for deres sygdom^{84 85}.

Den nationale kosthåndbogs anbefalinger

Den nationale kosthåndbog⁸⁶ anbefaler, at der på sygehusene foretages en screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko ved at foretage en *primær screening* og en *sekundær screening*. Risikopatienter, der er indlagt kortere end tre dage, får beskrevet screeningsresultatet i en ernæringsplan med besked til primær sektor. Der udformes en behandlingsplan for risikopatienter, der er indlagt i mere end to dage.

Behandlingsplanen består af målsætning for behandling (vægtøgning eller -vedligeholdelse), skøn over behov, stillingtagen til kostform, monitorering af kostindtag og vægtudvikling. Screening for ernæringsrisiko og ernæringsindsats finder således sted under indlæggelsen, men den iværksatte ernæringsindsats er af længere varighed og skal fortsætte efter udskrivelsen⁸⁷.

Udfordringer efter indlæggelse

Imidlertid viser undersøgelser, at kommunikationen omkring udskrivelse af patienter med tilkendt ernæringsindsats er mangelfuld. Manglende information og kommunikation om mål for ernæringsindsatsen, metode til opnåelse af mål, samt hvem der har ansvar for monitorering og opfølgning, gør, at ernæringsindsatsen ofte ikke fortsætter efter udskrivelsen⁸⁸.

Sundhedsstyrelsen påpeger ligeledes i deres faglige oplæg til den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient, at der mellem afdelinger, sygehuse og sektorer er særlig stor risiko for, at information går tabt og patientforløbet ikke opleves som sammenhængende⁸⁹.

Det tværsektorielle samarbejde

Et samarbejde mellem sektorerne ved udskrivelses- og

modtagelsesprocesser for patienter i fortsat ernæringsrisiko, sikrer en effektiv indsats. Samarbejdet bør omfatte en tydelig og målrettet ernæringsplan samt personangivelse af, hvem der har ansvar for hvilke opgaver i henholdsvis sygehus, kommune og hos praktiserende læge.

En undersøgelse indikerer ligeledes, at der er behov for, at begge sektorer skal have kompetent uddannet personale og henvisningsmuligheder til fagpersoner for at kunne sikre ernæringsindsatsen på tværs af sektorer⁹⁰.

Studier har vist, at en ernæringsindsats, der påbegyndes på sygehuset i form af bl.a. individuel behandling af en klinisk diætist, har størst positiv effekt på den enkeltes funktionsevne, hvis den kliniske diætist fortsætter behandlingen efter udskrivelsen^{91 92 93}.

Det tyder derfor på:

- At ansvaret for at ernæringsplaner bør følge med borgeren – både ved indlæggelse på og udskrivelse fra sygehus.
- At kommunikationsvejene i sektorovergange skal være klare og efterleves.
- At der bør være mulighed for at henvende sig til eksperter, når der opstår behov for specialistbistand i forhold til den enkeltes aktuelle ernæringsindsats.

Som nævnt i anbefaling nr. 2 bør mad, ernæring og måltider være en del af helhedsindsatsen efter indlæggelse, idet det har betydning for den ældres ernæringstilstand, funktionsevne og livskvalitet. Fokuseres der fx kun på fysisk genoptræning efter et hospitalsophold uden en tilstrækkelig energiindtagelse, vil den fysiske træning ikke få den tilsigtede effekt. Det er således væsentligt, at der ikke kun foreligger en genoptræningsplan for fysisk træning, men også en plan for ernæringsindsatsen.

Et samarbejde mellem sygehus og primærsektor^b har betydning for en fortsættelse af den eventuelle intervention, der har fundet sted på sygehuset⁹⁴.

b. Primær sektor omfatter bl.a. praktiserende læge, hjemmepleje, plejebolig mv. og kommune, dvs. den sektor, der har den første kontakt til borgeren

Læs mere

Eksempler på initiativer

■ Forløbsprogrammer


Der er behov for en indsats med klare retningslinjer og med en klar ansvarsfordeling for at sikre borgeren den rette ernæringsindsats. Forløbsprogrammer for behandling og rehabilitering i forbindelse med hjertekarsygdomme og kroniske sygdomme er eksempler på indsatser, der indeholder klare ansvars- og opgavefordelinger^{95 96 97}.

Når det drejer sig om den ældres mad, ernæring og måltider, vil en klar ansvars- og opgavefordeling øge muligheden for, at de forskellige faggruppers kompetencer udnyttes optimalt. Derved overser man ikke fejlnæring hos den ældre, og vurderingen af den indsats, der skal foretages, bliver nuanceret og fyldestgørende.

■ Bedre mad til syge

Sundhedsstyrelsens indsats *Bedre mad til syge* fokuserer på bedre ernæring på sygehuset gennem hele patientforløbet og henvender sig til professionelle, der arbejder med bedre mad til syge på sygehuset. *Bedre mad til syge*-indsatsen omfatter en vejledning til sundhedspersonalet samt et netbaseret idekatalog, som Sundhedsstyrelsen har udarbejdet i samarbejde med Fødevarestyrelsen. I vejledningen gennemgås fremgangsmåde for screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. Se yderligere på: <http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Ernaering/Underernaering.aspx>





Vigtigt at vide i forhold til kompetenceudvikling og tværfaglighed:

- Når faggrupperne omkring den ældre, er opmærksomme på betydningen af måltider og ernæring øges mulighederne for at levere ernæringsrigtige og gode måltider.

Gevinster i forhold til kompetenceudvikling og tværfaglighed:

- Når faggrupperne omkring den ældre har kompetencer til at identificere dem, der har gavn af en ernæringsindsats øges kvaliteten og effekten af indsatsen.
- Borgeren oplever en forøget kvalitet af mad, måltider og hjælp til at spise.

Anbefaling nr. 5

OM KOMPETENCEUDVIKLING OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

5

Det anbefales, at alle personalegrupper omkring den ældre har viden om, hvilken betydning mad, måltider og ernæring har for den enkelte ældres livskvalitet og funktionsevne.

Det anbefales desuden, at der sikres tværfagligt samarbejde mellem personalegrupperne.

Personalegruppers viden og kompetencer

Det er vigtigt, at alle personalegrupper, der bidrager til professionel ernærings- og sundhedspleje forstår betydningen af måltider og ernæring. For at kunne levere ernæringsrigtig mad og gode måltider af høj kvalitet kræves det, at den enkelte medarbejder har viden om og kompetencer til at løfte opgaven. Ydermere skal der sikres koordination mellem de medarbejdere, der indgår i processen fra indkøb til produktion, tilberedning, levering, anretning og servering af måltidet.

Udfordringer

Når mad produceres til mange, og der i nogle tilfælde er flere led fra produktion til servering, kan det være en udfordring at bevare den kulinariske og ernæringsmæssige kvalitet, når den skal varetages af såvel køkken- som plejepersonale, der har forskellige fagligheder og kompetencer.

At beskæftige sig professionelt med mad, måltider og ernæring kræver både ernærings- og socialfaglighed, så

der er bevidsthed om at arbejde pædagogisk med måltiderne. Hvis personalet omkring måltidet i hjemmepleje eller plejebolig mv. ikke har de rette kompetencer og den rette indsigt til at understøtte betydningen af måltidet, kan det være vanskeligt at udføre opgaven fagligt professionelt, hvilket kan have betydning for den enkelte ældres livskvalitet og funktionsevne.

Et yderligere opmærksomhedspunkt er, at målgruppen af ældre ofte modtager madservice, fordi de har særlige behov i forbindelse med ernæring og måltider. Underernærede ældre i hjemmeplejen og plejeboliger mv. skal som nævnt ofte ikke følge de 8 kostråd, men skal i stedet have energi- og proteinrig kost. Samtidig har de behov for støtte til at vedligeholde eller genoprette en aftagende funktionsevne. Vurderingen af de individuelle behov og den efterfølgende indsats kræver den rette faglighed fra personalet – både i forhold til at blive opmærksom på behovene og i forhold til at følge op med den rette indsats.

Udfordringer ift. overvægt

Overvægtige ældre i hjemmepleje og plejebolig bør ikke sættes på kur i form af en energireduceret diæt. Der bør i hvert enkelt tilfælde ske en individuel vurdering af ernæringstilstand, forekomst af ernæringsmæssige risikofaktorer, fysisk funktionsevne og trivsel med henblik på eventuelt at iværksætte en individuel diætbehandling der også omfatter styrketræning⁹⁸.

Viden om måltidets kvalitet

Manglende samarbejde og viden om hinandens fagligheder mellem køkken- og plejepersonale kan betyde, at maden ikke får den rette sluttillberedning og sammensætning, inden den serveres. For eksempel er sluttillberedning, anretning, konsistenstilpasning og individuel tilpasning af mad nogle steder ikke et prioriteret kompetenceområde. Når maden nogle steder leveres i plejeenheder og hjemmepleje, er den ikke klar til at blive serveret. Det kræver viden at næringstilpasse, opvarme og anrette maden. Manglende samarbejde og viden om hinandens

fagligheder kan også betyde, at kosttilbuddet ikke opfylder den ældres ernæringsbehov, fordi køkkenpersonalet ikke har samme kendskab til behovene som plejepersonalet. Hertil kommer, at det kræver viden, for at skabe de rette rammer for et måltid, der øger appetitten og oplevelsen af et godt måltid.

Det er derfor vigtigt, at personalet har de rette kompetencer til at sikre måltidets kvalitet samt til at kunne imødekomme den enkelte ældres måltidsønsker og ernæringsbehov.

Kompetenceudvikling i en tværfaglig kontekst

Pleje- og køkkenpersonale har brug for viden om og kendskab til både mad, måltider og ernæring. Det er vigtigt, at der er en generel forståelse af måltidets betydning, herunder en forståelse af det tværfaglige samspil mellem de forskellige faggrupper, der varetager måltider og ernæringsbehov. Opgaverne kan kun løftes i et tæt tværfagligt samarbejde, uanset hvor og hvordan maden produceres.



Det betyder, at kompetenceudvikling for personalet altid bør tænkes ind i en tværfaglig kontekst.

De forskellige faggrupper bør have viden om og kendskab til både ernæring og måltider og betydningen af disse. Inden for ernæring er det bl.a. væsentligt at have viden om, hvordan kosten sammensættes, så den har den rette energisammensætning, der opfylder den enkelte ældres ernæringsbehov. Det er desuden vigtigt at have viden om, hvordan rammerne om måltidet spiller ind på den enkeltes oplevelse af måltidets kvalitet. Med fokus på værtskab og respekt for måltidet skærpes opmærksomheden i forhold til måltidets væsentlige rolle. Sammen med viden om ernæring og ernæringsvurderinger sættes mad og måltider ind i en professionel ramme, som er med til at give måltidet en højere status og større opmærksomhed.

Der er således behov for at sikre, at de rette ernæringsfaglige såvel som køkkentekniske og måltidskulturelle kompetencer er til stede hos det personale, der har opgaver

i forbindelse med ældres mad, måltider og ernæring. En vigtig erfaring er, at der skal sikres ledelsesmæssig opbakning og fokus på implementering og brug af den nyerhvervede viden for at skabe forandringen i praksis. Tværfagligt samarbejde mellem personalegrupper samt udnyttelse af hinandens faglige viden og kompetencer er forudsætning for, at indsatsen lykkes.

Kompetenceudvikling kan tilrettelægges på mange måder og kan ud over grund- og efteruddannelse til plejepersonale med fordel foregå som vidensdeling, jobbytte, sidemandsoplæring og tværfaglige netværk.

Den 11. marts 2013	
fredag 01-03-2013	Hvidkålsrouletter, brun sauce & grønt
lørdag 02-03-2013	Karbonader m. aspargesauce & blomka
søndag 03-03-2013	Flæskesteg m. rødkål & brunkartofler
mandag 04-03-2013	Forloren and m. majsblanding
tirsdag 05-03-2013	Stegt lever m. bløde løg
onsdag 06-03-2013	Gule ærter m. medister
torsdag 07-03-2013	Stegte sild m. løgsauce
fredag 08-03-2013	Frikadeller m. stuvet hvidkål
lørdag 09-03-2013	Millionbef m. mos
søndag 10-03-2013	Kogt oksebryst m. peberrod & carotter
mandag 11-03-2013	Farserede porrer
tirsdag 12-03-2013	Hakkebøf m. bløde løg
onsdag 13-03-2013	Rullesteg m. rødkål
torsdag 14-03-2013	Munke Moses fiskesfad
fredag 15-03-2013	Medister m. stuvet blomkål
lørdag 16-03-2013	Pan. kulelet m. champignons. & majsbl.
søndag 17-03-2013	Chilireceptsteg m. rodfrugter
mandag 18-03-2013	Forloren hare m. ribgøle & gulerod
tirsdag 19-03-2013	Quiltsch m. mos
onsdag 20-03-2013	Forloren hare m. ribgøle & gulerod



Læs mere

Eksempler på initiativer

■ Kurser

Kompetenceudvikling kan have mange former og forløb. Plejepersonalet får via deres grunduddannelser til SOSU-assistent og SOSU-hjælper viden om ernæring og måltider til målgruppen. Denne kompetenceudvikling kan følges op af efteruddannelsesforløb i form af relevante AMU-kurser til at styrke kompetencerne. EPOS^c udbyder følgende 3 relevante efteruddannelsesforløb: *Samarbejde med ældre om gode kostvaner, Værtskab og sociale rammer for ældres måltider* samt *Ernæringsscreening i ældreplejen*. Derudover udbydes kurset *Tværfagligt samarbejde om måltider til ældre* i tværfagligt samarbejde for køkken- og plejepersonale sammen. Se yderligere om kurserne på <http://www.epos-amu.dk/>

For køkkenpersonalet er der ligeledes en lang række efteruddannelses tilbud. Se yderligere på www.khr.dk.

■ Tværfagligt samarbejde

For at styrke kvaliteten af måltiderne og sikre sammenhæng i indsatsen er det vigtigt, at køkken- og plejepersonalet har kendskab til hinanden og kan samarbejde. Socialstyrelsen har udviklet en praktikordning *Tallerkenen rundt*, hvor produktionskøkken, plejecenter og hjemmepleje får indsigt i tværfaglige måltidssituationer ved at komme i praktik hos hinanden. Se yderligere på www.socialstyrelsen.dk/måltidertilældre/udgivelser

c. Efteruddannelsesudvalget for det Pædagogiske Område og Social- og Sundhedsområdet

■ Forandringscirkler

Metoder udviklet i forbindelse med Mere liv i gamles hverdag-projekterne har vist sig at være anvendelige til systematisk opfølgning og ledelsesstøtte⁹⁹. Når der arbejdes med kompetenceudvikling i en travl hverdag, er det vigtigt, at der arbejdes med små skridt, og at forandringer får tid til at rodfæstes. Input skal følges op af afprøvningsperioder med en systematisk opfølgning, og ledelsen skal skabe rum til fælles refleksion og fastholde det faglige fokus. I projektet arbejdede personalet med at afprøve, dokumentere og evaluere små forandringer i de daglige rutiner gennem såkaldte "Forandringscirkler"¹⁰⁰. Metoden er udviklet med udgangspunkt i metoder til medarbejderdrevet innovation og med inspiration fra gennembrudsmodellen, som i mange år har været anvendt til implementering af nye rutiner på sygehusafdelinger¹⁰¹.

Se yderligere på: <http://knudramian.pbworks.com/w/page/12751701/MereLiv>

■ Mere liv i gamles hverdag

I Mere liv i gamles hverdag-projekterne¹⁰² arbejdede man målrettet med bl.a. kompetenceudvikling for at styrke indsatsen inden for mad, måltider og ernæring til ældre. Erfaringerne fra projekterne viser, at når der arbejdes med kompetenceudvikling i en travl hverdag, er det vigtigt, at der er fuld opbakning fra ledelsen, at der arbejdes med små skridt, og at forandringerne forankres. Nye initiativer skal følges op af afprøvningsperioder med en systematisk opfølgning, ledelsesstøtte og tid til fælles refleksion og evaluering af forandringstiltag. Projekterne

foregik i leve-og-bo-miljøer, hvor maden blev produceret lokalt. Erfaringerne viser, at når den kostfaglige medarbejder skal ændre arbejdsgange og -principper betydeligt, er der brug for støtte til at arbejde med og udbygge den faglige identitet, så indsatsen understøtter de socialpædagogiske principper om at skabe et godt hverdagsliv for beboerne i boenheden¹⁰³.

■ Liselund – Viborg

På Demenscenter Liselund i Viborg deles flere afdelinger om en kostfaglig medarbejder. Her er der erfaring for, at kortere perioder med fuld tilstedeværelse og en intensiv kostfaglig indsats i den enkelte boenhed fungerer bedre end en kostfaglig medarbejder, som prøver at være til stede i flere boenheder på samme tid¹⁰⁴.



REFERENCER

- 1 Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri & Socialministeriet 2001: *Bedre mad til ældre*, <http://www.statensnet.dk/pligtarkiv/fremvis.pl?vaerkeid=13835&repid=1&filid=9&iarkiv=1>
- 2 Ministeriet for Familie- og Forbrugsanliggender, Danmarks Fødevarerforskningscenter 2006: *Anbefaling for udvikling af "Den attraktive madservice til ældre"*, <http://www.food.dtu.dk/upload/f%C3%B8devareinstituttet/food.dtu.dk/publikationer/2006/anbefalinger%20for%20udvikling%20af%20den%20attraktive%20m%C3%A5ltidsservice%20til%20%C3%A6ldre.pdf>
- 3 Danmarks Statistik, www.dst.dk
- 4 AAU Foodscapes, Innovation og Netværk (FINE), <http://www.fine.plan.aau.dk/>
- 5 AAU Foodscapes, Innovation og Netværk (FINE), <http://www.fine.plan.aau.dk/>
- 6 Socialstyrelsen 2011: *Styr på kvaliteten – kom godt i mål med en mad- og måltidspolitik. Inspiration til planlægning af proces for, formulering af, implementering af og opfølgning på en mad- og måltidspolitik på ældreområdet*, <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/styr-paa-kvaliteten-kom-godt-i-maal-med-mad-og-maaltidspolitik>
- 7 Københavns Kommunes Kostsekretariat 2012: <http://www.kk.dk/Borger/Aeldre/HjaelpHjemmet/MadOgMaaltider.aspx#Ernaering#Ernaering> og <http://www.kk.dk/PolitikOgIndflydelse/Moedemateriale/SundhedsOgOmsorgsudvalget/26-04-2012/2bf6e404-52d2-4fdf-9d8c-7ccab690ef-b1/4830bff1-0e72-4430-9c9e-166ce880d2ee.aspx>
- 8 DTU Fødevarerinstitutionen 2009: *Statusundersøgelse om madordninger og mad- og bevægelsespolitikker i dagtilbud og på skoler 2008*, <http://www.food.dtu.dk/upload/f%C3%B8devareinstituttet/food.dtu.dk/publikationer/2009/statusunders%C3%B8gelse%20om%20madordninger%20og%20mad-%20og%20bev%C3%A6gelsespolitikker%20i%20dagtilbud%20og%20p%C3%A5%20skoler%202008.pdf>
- 9 Sund By-Netværket og Statens Institut for Folkesundhedsvidenskab, Syddansk universitet 2009: *12 skridt til fremme af sund kost og fysisk aktivitet – den gode kommunale model – Anbefalinger på basis af litteraturen og lokale erfaringer*, <http://www.si-folkesundhed.dk/upload/12skridt.sundbynetv%C3%A6rk.pdf>
- 10 Københavns Kommunes Kostsekretariat 2011
- 11 Københavns Kommunes Kostsekretariat 2012
- 12 Danmarks Statistik 2010
- 13 Beck, A og Damkjær K 2008: *Optimal body mass index in a nursing home population*, Journal of Nutrition, Health and Ageing, 12:675-77
- 14 Sørbye LW, et al 2007: *Home care needs of extremely obese elderly European women*, Menopause Int, 13:84-7
- 15 Beck, A og Damkjær K 2008: *Optimal body mass index in a nursing home population*, Journal of Nutrition, Health and Ageing, 12:675-77
- 16 Sørbye LW, et al 2007: *Home care needs of extremely obese elderly European women*, Menopause Int, 13:84-7
- 17 Fødevarestyrelsen 2010: *Ældre*, <http://www.altomkost.dk/Anbefalinger/AEldre/forside.htm>
- 18 Fødevarestyrelsen 2010: *De 8 kostråd* http://www.altomkost.dk/Anbefalinger/De_8_kostraad/forside.htm
- 19 Nordisk Ministerråd, København 2004: *Nordic Nutrition Recommendations 2004*, <http://www.norden.org/da/publikationer/publikationer/2004-013>
- 20 Fødevarestyrelsen 2010: *Ældre*, <http://www.altomkost.dk/Anbefalinger/AEldre/forside.htm>
- 21 Fødevarestyrelsen 2007: *Råd om kost og motion, når du bliver ældre*, <http://www.altomkost.dk/NR/rdonlyres/E8C181E8-680C-455D-BD9F-473833FEB333/0/R%C3%A5dommadogmoti-onn%C3%A5rdubliver%C3%A6ldre.pdf>
- 22 Socialstyrelsen og Fødevarestyrelsen 2011: *Når du skal tage på*, <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/naar-du-skal-tage-paa>
- 23 Kjær S & Beck A. 2011: *Projekt "Udvikling af et redskab til ernæringsvurdering og behandling af ældre"*, Socialstyrelsen 2011, <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/projekt-udvikling-af-et-redskab-til-ernaeringsvurdering-og-behandling-af-aeldre>
- 24 Beck, A, Stine Kjær, Birthe S Hansen, Rikke L Storm og Kirsten Thal-Jantzen: *Study protocol: Follow-up home visits with nutrition: a randomized controlled trial*. EFFECT, University Hospital Herlev, Herlev Ringvej, DK-2730 Herlev, Denmark, Department of Human of Nutrition, Faculty of Life Sciences, University of Copenhagen Rolighedsvej 30, DK-1958 Frederiksberg C, Denmark
- 25 Marco Inzitari; E. Doets; B. Bartali; V. Benetou; M. Di Bari; M. Visser; S. Volpato; G. Gambassi; E. Topinkova; L. De Groot; et al. (Profileret Author: Marco Inzitari): *Nutrition in the age-related disablement process*, Journal of Nutrition, Health and Ageing 2011;15(8):599-604.

- 26 Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA 2001: *Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in Older Adults, Evidence for a Phenotype*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001; 56:M146-56.
- 27 Beck, Anne Marie, Hanneke A.H. Wijnhoven, Karin Østergaard Lassen 2011: *A review of the effect of oral nutritional interventions on both weight change and functional outcomes in older nursing home residents*. – i: e-SPEN, The European e-journal of Clinical Nutrition and Metabolism, 2012, vol 6, issue 3, pp 101-105.
- 28 Beck, A.M, K. Damkjær, S.F. Simmons 2012: *The relationship between weight status and the need for health care assistance in nursing home residents*. – i: Journal of Aging Research & Clinical Practice, 2012, vol 1, Number 2, 2012, pp 173-177 <http://www.herleveffect.dk/Artikel003.pdf>,
- 29 Sørbye, L.W. et al. 2008, *Unintended weight loss in the elderly living at home : the aged in home care project (ADHOC)*. – i: The Journal of Nutrition Health and Aging , January 2008, vol 12, Issue 1, pp 10-16 <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF02982158?LI=true#page-1>,
- 30 Odlund Olin A, Koochek A, Ljungqvist O, Cederholm T. 2005: *Nutritional status, well-being and functional ability in frail elderly service flat residents*. European Journal of Clinical Nutrition 2005; 59:263-70.
- 31 DTU Fødevarerinstitut 2007: *Forebyggelse af tab af fysisk, mental og social funktionsevne ved fokus på ældres ernæringstilstand*
- 32 Ingerslev, J, Anne Marie Beck, Kirsten Schroll Bjørnsbo, Ib Hessov, Lars Hyldstrup og Agnes N. Pedersen: *Ernæring og aldring*, Ernæringsrådet 2002: <http://www.food.dtu.dk/upload/f%3%88devareinstitutet/food.dtu.dk/publikationer/2007/forebyggelse%20af%20tab%20af%20fysisk,%20mental%20og%20social%20funktionsevne%20ved%20fokus%20p%C3%A5%20%C3%A6ldres%20ern%C3%A6ringstilstand%20og%20risikofaktorer.pdf>
- 33 Beck, A.M, K. Damkjær, S.F. Simmons 2012: *The relationship between weight status and the need for health care assistance in nursing home residents*. – i: Journal of Aging Research & Clinical Practice, 2012, vol 1, Number 2, 2012, pp 173-177 <http://www.herleveffect.dk/Artikel003.pdf>,
- 34 Sørbye, L.W. et al. 2008, *Unintended weight loss in the elderly living at home : the aged in home care project (ADHOC)*. – i: The Journal of Nutrition Health and Aging , January 2008, vol 12, Issue 1, pp 10-16 <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF02982158?LI=true#page-1>,
- 35 Odlund Olin A, Koochek A, Ljungqvist O, Cederholm T. 2005: *Nutritional status, well-being and functional ability in frail elderly service flat residents*. European Journal of Clinical Nutrition 2005; 59:263-70.
- 36 Beck, A og Damkjær K 2008: *Optimal body mass index in a nursing home population*, Journal of Nutrition, Health and Ageing, 12:675-77
- 37 Grabowski DC et al. 2005: *Obesity and mortality in elderly nursing home residents*. Journal of Gerontology 60A:1184-89
- 38 Kaiser R. 2010: *Functionality and mortality in obese nursing home residents: an example of 'risk factor paradox'?* Journal of American Medical Directors Association; 11: 428-35
- 39 Payette H et al. 1999: *Weight loss and mortality among free-living frail elders: a prospective study*. Journal of Gerontology;54A:M440-5
- 40 Ingerslev J et al. 2002: *Ernæring og aldring*. Ernæringsrådet.
- 41 Pedersen A & Ovesen L, 2009: *Anbefalinger for den danske institutionskost*, Sundhedsstyrelsen, DTU-Fødevarerinstitutionet, Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri – Fødevarestyrelsen, http://www.altomkost.dk/NR/rdonlyres/013632BB-1B95-412A-8888-D56F59301C59/0/SJ_Instituti-onskostpdf.PDF
- 42 KL, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Finansministeriet og Social- og Integrationsministeriet *Faglige kvalitetsoplysninger om plejeboliger, Systematisk viden om ældres ernæringstilstand*: <http://www.kl.dk/Aktuelle-temaer/kvalitetsportalen/Faglige-kvalitetsoplysninger-om-plejeboliger/FKOplejeboliger/Systematisk-viden-om-aldres-ernaringstilstand/>
- 43 Sloane, Philip D., Jena Ivey, Margaret Helton, Ann Louise Barrick, Ana Cerna 2008: *Nutritional issues in long-term care*. – i: Journal of the American Medical Directors Association, Sept. 2008, vol 9, issue 7, pp 476-485
- 44 KL, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Finansministeriet og Social- og Integrationsministeriet *Faglige kvalitetsoplysninger om plejeboliger, Systematisk viden om ældres ernæringstilstand*: <http://www.kl.dk/Aktuelle-temaer/kvalitetsportalen/Faglige-kvalitetsoplysninger-om-plejeboliger/FKOplejeboliger/Systematisk-viden-om-aldres-ernaringstilstand/>
- 45 Socialstyrelsen 2011: *Ernæringsvurderingsskema*: <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/ernaeringsvurdering>
- 46 Cederholm T. 2012: *Ernæring og aldring. I: Klinisk Ernæring*. Hessov I, Bekker Jeppesen P (red.). Munksgaard 5. udgave. 2012; 171-76.
- 47 Kjær S & Beck A. 2011: *Projekt "Udvikling af et redskab til ernæringsvurdering og behandling af ældre"*, Socialstyrelsen 2011, <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/projekt-udvikling-af-et-redskab-til-ernaeringsvurdering-og-behandling-af-aeldre>
- 48 Kjær S & Beck A. 2011: *Projekt "Udvikling af et redskab til ernæringsvurdering og behandling af ældre"*, Socialstyrelsen 2011, <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/projekt-udvikling-af-et-redskab-til-ernaeringsvurdering-og-behandling-af-aeldre>
- 49 Kjær S & Beck A. 2011: *Projekt "Udvikling af et redskab til ernæringsvurdering og behandling af ældre"*, Socialstyrelsen 2011, <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/projekt-udvikling-af-et-redskab-til-ernaeringsvurdering-og-behandling-af-aeldre>
- 50 Elia, Marinos; Stratton, Rebecca J. 2011: *Considerations for screening tool selection and role of predictive and concurrent validity*. – i: Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care, sept. 2011, vol 14, issue 5, pp 425-433, http://nutrilearning.com.ar/docs/articulos/interes/valoracion/screening_oct11.pdf

- 51 Socialstyrelsen 2011: *Ernæringsvurderingsskema*, <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/ernaeringsvurdering>
- 52 Beck A. 2011: Ældre (65+ år). I: Lander Svendsen O, Astrup A, Stage Hansen G, Astrup A. (red.). *Adipositas*. Munksgaard Danmark 2011; 255-8
- 53 Beck A & Kjær S, 2010: *Baggrundsmateriale til kvalificering af indholdet i en måltidspolitik*, Socialstyrelsen 2011, <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/baggrundsmateriale-til-kvalificering-af-indholdet-af-en-maaltidspolitik>
- 54 Arvanitakis, M., P. Coppens, L. Doughan, A. Van Gossum 2009: *Nutrition in care homes and home care: Recommendations – a summary based on the report approved by the Council of Europe. – i: Clinical Nutrition*, 2009, vol 28, pp 492-496
- 55 Europarådet 2009: *Nutrition in care homes and home care report and recommendations: from recommendations to action*, http://www.dske.dk/PDF/rapport_fra_sub_committee_under_europaraadet_dec_08.doc.pdf
- 56 Beck A & Kjær S, 2010: *Baggrundsmateriale til kvalificering af indholdet i en måltidspolitik*, Socialstyrelsen 2011, <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/baggrundsmateriale-til-kvalificering-af-indholdet-af-en-maaltidspolitik>
- 57 Keller HH, Gibbs AJ, Boudreau LD, Goy RE, Pattillo MS, Brown HM. 2003: *Prevention of weight loss in dementia with comprehensive nutritional treatment*. *J Am Geriatr Soc* 2003 51:945-52.
- 58 Nieuwenhuizen WF, Weenen H, Rigby P, Hetherington MM. 2009: *Older adults and patients in need of nutritional support: Review of current treatment options and factors influencing nutritional intake*. *Clinical Nutrition* 2010; 29:160-9. Epub 2009 Oct 13
- 59 Kjær S & Beck A. 2011: *Projekt "Udvikling af et redskab til ernæringsvurdering og behandling af ældre"*, Socialstyrelsen 2011, <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/projekt-udvikling-af-et-redskab-til-ernaeringsvurdering-og-behandling-af-aeldre>
- 60 Kjær S & Beck A. 2011: *Projekt "Udvikling af et redskab til ernæringsvurdering og behandling af ældre"*, Socialstyrelsen 2011, <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/projekt-udvikling-af-et-redskab-til-ernaeringsvurdering-og-behandling-af-aeldre>
- 61 Herlev Hospital 2012: *Måltidsværter*: <http://www.regionh.dk/menu/Uddannelse/Uddannelse/Politik+og+strategi/Intern+uddannelsespolitik/Intern+uddannelsespolitik/Uddannelsesprojekter+relateret+til+den+interne+uddannelsespolitik/Alle+projekter/M%C3%A5ltidsv%C3%A6rter+p%C3%A5+Herlev+Hospital.htm>
- 62 Kjær S & Beck A. 2011: *Projekt "Udvikling af et redskab til ernæringsvurdering og behandling af ældre"*, Socialstyrelsen 2011, <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/projekt-udvikling-af-et-redskab-til-ernaeringsvurdering-og-behandling-af-aeldre>
- 63 Plejecenter *Fjordvang, Mariager Fjord Kommune*, Oxendalen 15, 9550 Mariager, Tlf: 97 11 55 00, mail: fjordvang@mariagerfjord.dk
- 64 Marco Inzitari; E. Doets; B. Bartali; V. Benetou; M. Di Bari; M. Visser; S. Volpato; G. Gambassi; E. Topinkova; L. De Groot; et al. (Profiled Author: Marco Inzitari): *Nutrition in the age-related disablement process*, *Journal of Nutrition, Health and Aging* 2011; 15 (8):599-604.
- 65 Cruz-Jentoft, Alfonso J. et al. 2010: *Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis : report of the European Working Group on sarcopenia in older people. – i: Age and Ageing*, 2010, vol 39, issue 4, pp 412-423, <http://ageing.oxfordjournals.org/content/39/4/412.short>
- 66 Beck, A, Damkjaer, K, Beyer, N 2008: *Multifaceted nutritional intervention among nursing-home residents has a positive influence on nutrition and function. – i: Nutrition*, 2008, vol 24, issue 11-12, pp1073-1080
- 67 Nijs, K. et al. 2006: *Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomized controlled trial. – i: BMJ*, 2006, vol 332, pp1180, <http://www.bmj.com/content/332/7551/1180>
- 68 Bonnefoy, M. et al. 2003: *The effects of exercise and protein-energy supplements on body composition and muscle function in frail elderly individuals: a long-term controlled randomized study. – i: British Journal of Nutrition*, 2003, vol 89, issue 05, pp 731-738, http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2F15847_133BF689D2624589CEF58ED-203D1CFA0_journals__BJN_BJN89_05_S0007114503000874a.pdf&cover=Y&code=5baa7cbaca417da4bcc11dafcdd37a69
- 69 Bygholm L et al. 2006: *Anbefalinger for den "Attraktive måltidsservice til ældre"*, Danmarks Fødevareforskning 2006, <http://www.food.dtu.dk/upload/f%C3%B8devareinstituttet/food.dtu.dk/publikationer/2006/anbefalinger%20for%20udvikling%20af%20den%20attraktive%20m%C3%A5ltidsservice%20til%20%C3%A6ldre.pdf>
- 70 Socialstyrelsen 2011: *Idékatalog: Idéer til gode måltider – i plejeboliger og ældres eget hjem*, <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/idekatalog-ideer-til-gode-maaltider-i-plejeboliger-og-aeldres-eget-hjem>
- 71 Bundgaard, K. M. & Christensen, B.T: *En bid af ældres hverdagsliv*. Ergoterapeut- og Fysioterapeutskolen, Odense 1999
- 72 Kofod J. 2000: *Du er dem du spiser sammen med – et brugerperspektiv på den offentlige måltidsservice*. Fødevarerapport 2000
- 73 Socialstyrelsen 2011: *Idékatalog: Idéer til gode måltider – i plejeboliger og ældres eget hjem*, <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/idekatalog-ideer-til-gode-maaltider-i-plejeboliger-og-aeldres-eget-hjem>
- 74 Pliner P, Bell R, Hirsch, Kinchla M. *Meal duration mediates the effect of "social facilitation" on eating in humans*, *Appetite* 2006
- 75 Kofod J. 2000: *Du er dem du spiser sammen med – et brugerperspektiv på den offentlige måltidsservice*. Fødevarerapport 2000

- 76 Kofod J. 2000: *Du er dem du spiser sammen med – et brugerperspektiv på den offentlige måltidsservice*. Fødevarer rapport 2000
- 77 Kofod J. 2000: *Du er dem du spiser sammen med – et brugerperspektiv på den offentlige måltidsservice*. Fødevarer rapport 2000
- 78 Socialstyrelsen 2011: *Idékatalog: Idéer til gode måltider – i plejeboliger og ældres eget hjem*: <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/idekatalog-ideer-til-gode-maaltider-i-plejeboliger-og-aeldres-eget-hjem>
- 79 Jette Tikøb: *Mad med historie*: <http://www.madmedhistorie.dk/>
- 80 Kofod J. 2000: *Du er dem du spiser sammen med – et brugerperspektiv på den offentlige måltidsservice*. Fødevarer rapport 2000
- 81 Ældre Sagen: *Spisevenner*, www.odense.dk og <http://kommunesider.aeldresagen.dk/3/Odense/socialhumanitaertomraade/besoegstjenesten/Sider/Default.aspx>
- 82 Meijers JM, Halfens RJ, Wilson L, Schols JM. 2012: *Estimating the costs associated with malnutrition in Dutch nursing homes*. *Clinical Nutrition* 2012; 31:65-8. Epub 2011 Aug 30
- 83 Ingerslev J., Anne Marie Beck, Kirsten Schroll Bjørnsbo, Ib Hesselov, Lars Hyldstrup, Agnes N. Pedersen 2002: *Ernæring og aldring*, Ernæringsrådet
- 84 Ingerslev J., Anne Marie Beck, Kirsten Schroll Bjørnsbo, Ib Hesselov, Lars Hyldstrup, Agnes N. Pedersen 2002: *Ernæring og aldring*, Ernæringsrådet
- 85 Miller MD, Crotty M, Whitehead C, Bannerman E, Daniels LA. 2006: *Nutritional supplementation and resistance training in nutritionally at risk older adults following lower limb fracture: a randomized controlled trial*. *Clinical Rehabilitation*. 2006 20: 311-23.
- 86 Sundhedsstyrelsen, DTU Fødevarerinstitutionen, Ministeriet for fødevarer, landbrug og fiskeri – Fødevarerstyrelsen: *Kost- og ernæringsforbundet og Foreningen af kliniske diætister: Den nationale kosthåndbog*. <http://www.kostforum.dk/>
- 87 Sundhedsstyrelsen 2008: *Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælper og kliniske diætister – Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko* http://www.sst.dk/publ/Publ2008/CFF/ernaering/BMTS_Vejl_dan_05mar08.pdf
- 88 Dansk selskab for patientsikkerhed 2010: *Utilisgtede hændelser i sektorovergange, Eksempler april 2012*, http://patientsikkerhed.dk/fileadmin/user_upload/documents/primaersector_01/Utilisgtede_haendelser_i_sektorovergange_hjemmeside.pdf
- 89 Sundhedsstyrelsen 2011: *Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til national handlingplan*, <http://www.sst.dk/publ/Publ2011/BOS/DenAeldreMedicinskePatient/DAEMP.pdf>
- 90 Holst M. Upublicerede data 2011: *Projekt God Ernæringspraksis mellem sektorer*, CET.rn.dk
- 91 Persson, M. et al. 2007: *Nutritional supplementation and dietary advice in geriatric patients at risk of malnutrition*. – i: *Clinical Nutrition*, 2007, vol 26, issue 2, pp 216-224, [http://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(06\)00205-6/fulltext](http://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(06)00205-6/fulltext)
- 92 Feldblum, I. et al. 2011: *Individualized nutritional intervention during and after hospitalization: the nutrition intervention study clinical trial*. – i: *Journal of the American Geriatrics Society*, Jan. 2011, vol 59, issue 1, pp 10-17
- 93 Neelemaat, F. et al. 2012: *Resting energy expenditure in malnourished older patients at hospital admission and three months after discharge: predictive equations versus measurements*. – i: *Clinical Nutrition*, 2012, article in press, <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/S0261-5614/PIIS0261561412000829.pdf>
- 94 Holst M. Upublicerede data 2011, *Projekt God Ernæringspraksis mellem sektorer*, CET.rn.dk
- 95 Region H 2011: *Forløbsprogram for hjerte-kar sygdomme – fokus på rehabilitering ved åreforkalknings sygdom i hjertet og hjertesvigt. Hospitaler, almen praksis og kommunerne i Region Hovedstaden*: http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/BB4BF6A8-74E3-4CF8-8CFA-2440F484810B/0/Forloebprogram_hjertekar_m_grafik.pdf
- 96 Sundhedsstyrelsens 2008: *Forløbsprogrammer for kroniske sygdomme, del 1: Generisk model, del 2: Forløbsprogram for diabetes*, <http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kronisk%20sygdom/Forloebprogrammer/Generisk%20model.aspx>
- 97 Sundhedsstyrelsens om forløbsprogrammer for kroniske sygdomme: <http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kronisk%20sygdom/Forloebprogrammer.aspx>
- 98 Beck A. 2011: *Ældre (65+ år)*. I: Lander Svendsen O, Astrup A, Stage Hansen G, Astrup A. (red.). *Adipositas*. Munksgaard Danmark 2011; 255-8
- 99 Erhvervs- og byggestyrelsens pulje til medarbejderdrevne innovation 2010: *Slutrapport. Liv i køkkenet*. SOSU-Herning http://www.sosuherning.dk/fileadmin/Arkiv/Udvikling_ME/Slutrapport_Liv_i_Koekkenet.pdf
- 100 Ramian K, Ed 2010: *Mere liv i gamles hverdag*. VEGA-netværket Århus, Center for kvalitetsudvikling, Region Midtjylland – side 4.
- 101 Ramian K, Ed 2010: *Mere liv i gamles hverdag*. VEGA-netværket Århus, Center for kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.
- 102 Ramian K, Ed 2010: *Mere liv i gamles hverdag*. VEGA-netværket Århus, Center for kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.
- 103 Højlund, Birgitte 2010: *Liv i køkkenet*. Dvd+arbejdshæfte. Erhvervsskolenes Forlag
- 104 Demenscenter Liselund, Liseborg Hegn 10 A-D, 8800 Viborg, Tlf: 87 87 65 75 mail: pjh@viborg.dk *Leve-bo-projektet*



SOCIALSTYRELSEN

Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
E-mail: socialstyrelsen@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk