



UDEN MAD OG DRIKKE... | DEL 1

# Måltider til glæde for ældre

Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri  
Fødevaredirektoratet

## **Uden mad og drikke ... Del 1**

Måltider til glæde for ældre

### **FødevareRapport 2002:14**

1. udgave, 1. oplag, juli 2002

Copyright: Fødevaredirektoratet

Oplag: 2500 eksemplarer

Grafisk tilrettelægning: Bjørn Rasmussen Grafik

Forsidefoto: Nana Reimers/BAM

Tryk: Silkeborg Bogtryk

Pris: Kr. 300,- inkl. moms (del 1, 2 og 3)

ISBN: 87-91189-47-0

ISSN: 1399-0829

Id-nummer: 02014

*Prissatte publikationer kan købes*

*i boghandelen eller hos:*

### **Danmark.dk**

Tlf. 1881 (Danmark)

Tel.: +45 35 45 00 00 (International calls)

E-mail: [Sp@itst.dk](mailto:Sp@itst.dk)

[www.netboghandel.dk](http://www.netboghandel.dk)

### **Fødevaredirektoratet**

Mørkhøj Bygade 19, DK-2860 Søborg

Tlf.: + 45 33 95 60 00, fax: + 45 33 95 60 01

Hjemmeside: [www.foedevaredirektoratet.dk](http://www.foedevaredirektoratet.dk)

*Fødevaredirektoratet er en del af Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri. Direktoratet står for administration, forskning og kontrol på veterinær- og fødevarerområdet. Herunder varetages opgaver vedrørende dyreværn for Justitsministeriet.*

*Regeldannelse, koordination, forskning og udvikling foregår i Fødevaredirektoratet i Mørkhøj. Kontrollen med fødevarer fra jord til bord og tilsyn med veterinære forhold varetages af de 11 fødevareregioner, som er oprettet pr. 1. januar 2000.*

*Direktoratet består af ca. 550 årsværk, som er placeret i Mørkhøj og ca. 1.600 årsværk, som er fordelt på de 11 regioner.*

# Måltider til glæde for ældre

---

UDEN MAD OG DRIKKE... DEL 1

REDAKTØRER

Anne Marie Beck, Mette Elsig,  
Lars Ovesen



# Forord

Måltider til ældre i offentlig pleje skal kulinarisk være i top. Samtidig skal maden være ernæringsmæssigt i orden og fremstillet under hensyntagen til god hygiejne. Endelig skal mad og drikke anrettes, serveres og kunne indtages i rammer, der giver lyst til at spise og drikke den. Vigtigst af alt er det, at ældre i offentlig pleje har mulighed for indflydelse på den mad og drikke, de får tilbudt. Det er derfor et stort ansvar at beskæftige sig med måltider til ældre.

*Uden mad og drikke...* er skrevet til det pleje- og køkkenpersonale samt de læger, ledere og administratorer, der har ansvaret for og arbejder med de måltider, der tilbydes ældre på plejehjem, i plejebolig eller i hjemmepleje. Bogen er i 3 dele og fokuserer primært på ældre i dårlig ernæringstilstand. Det er en gruppe i overtal blandt ældre i offentlig pleje, og der skal gøres en ekstra indsats i form af ernæringsterapi for at sikre et tilstrækkeligt indtag af mad og drikke, når ældre er undervægtige, småtspisende eller med vægttab.

Ældre i dårlig ernæringstilstand bør have energirig mad og drikke i form af *Sygehuskost*, *Kost til småtspisende* eller *Tygge-/synkevenlig kost*. Det er modsat ældre med god appetit, de bør i stedet

have tilbudt *Normalkost til ældre*. Bogen berører *ikke* ældre på sygehus. Mad og drikke til ældre på sygehus er beskrevet i *Anbefalinger for den danske institutionskost*. Desuden medtager bogen kun de diæter, der hyppigst vil blive ordineret til ældre på plejehjem, i plejebolig eller i hjemmepleje.

Denne del af bogen (**del 1**) beskæftiger sig med måltidets kulturelle og sociale betydning, samt de mange andre forhold der har betydning for, om ældre får det bedst mulige måltid, når de bliver afhængige af måltidsservice fra det offentlige. Del 1 fastlægger ansvars- og opgavefordelingen for ledelsen, lægerne, pleje- og køkkenpersonalet samt de kliniske diætister med henblik på, at sikre at ældre i offentlig pleje er i bedst mulig ernæringstilstand og får tilbudt måltider af den højeste kvalitet. Endvidere giver del 1 anbefalinger for, hvilke menuer der bør serveres til ældre i plejebolig, på plejehjem, og i hjemmepleje.

Del 1 er skrevet til alle, der er involveret i arbejdet med måltider til ældre.

En række forfattere med stor viden og ekspertise indenfor forskellige områder har bidraget til det faglige indhold af bogens 3 dele. Sammensætningen af arbejdsgruppen, samt hvilke >

dele af bogen forfatterne har bidraget til, fremgår af side 5. Arbejdsgruppens bidrag er blevet samlet i Afdeling for Ernæring i Fødeveddirektoratet og forelagt en redaktionsgruppe. Sammensætningen af redaktionsgruppen fremgår nedenfor. På baggrund af redaktionsgruppens gode og konstruktive kommentarer er den endelige redigering af bogen foretaget i Afdeling for Ernæring.

Mange tak til AD-Work, Arla Foods, Colgate-Palmolive A/S, Diabetesforeningen, Findus Special Foods, Mejeri-

foreningen, Novartis og Simonsen & Weel som har været så venlige at udlåne billeder. Tak også til cand. brom Lene Rasmussen, cand. brom Helle Eriksen, cand. brom Anne Lassen og klinisk diætist Anne Ravn for værdifulde kommentarer undervejs.

Vi vil være meget glade for at modtage kommentarer til bogen fra alle andre der også kunne have lyst.

*Anne Marie Beck, Mette Elsig  
og Lars Ovesen,*

JUNI 2002

## **Redaktionsgruppens sammensætning**

Klinisk diætist, Ph.d. **Anne Marie Beck**,  
Fødeveddirektoratet (faglig sekretær).

Informationsfaglig medarbejder  
**Mette Elsig**, Fødeveddirektoratet.

Økonoma **Laila Frederiksen**,  
Solrød Aktivitetscenter.

Sygeplejerske **Anne Marie Hedegaard**,  
Sundhedscentret, Sygehus Fyn.

Økonoma **Kristina Lyngevig**,  
Peder Lykkecentret, København.

Skoleleder **Ole Myglegård**,  
Økonomaskolen i København.

Økonoma **Susanne Nørregaard**,  
Øresundshjemmet, Humlebæk.

Afdelingsforstander, læge **Lars Ovesen**,  
Fødeveddirektoratet (formand).

Konsulent **Lene Kragh Pedersen**,  
Sundhedsforvaltningen,  
Københavns Kommune.

Chefsygeplejerske **Anette Poulsen**,  
Lokalcenter Møllestien,  
Århus Kommune.

Inspektør **Karen Søndergaard**,  
Specialkursus i Husholdning,  
Århus Universitet.

## Arbejdsgruppens sammensætning (og faglige hovedansvarsområde)

Klinisk diætist **Lene Allingstrup**,  
privatpraktiserende (del 2).

Klinisk diætist, Ph.d. **Anne Marie Beck**,  
Fødevarerdirektoratet (del 1, 2 og 3).

Klinisk diætist **Else Bunch**,  
Hobro/Terndrup Sygehus (del 2).

Bromatolog **Ina Clausen**,  
Fødevarerdirektoratet (del 1).

Klinisk diætist **Birthe Stenbæk Hansen**,  
Ernæringsenheden, Rigshospitalet (del 2).

Ergoterapeut **Else Marie Hansen**,  
Hjælpemiddelinstitutet i Tåstrup (del 2).

Reservelæge **Karina Bækby Houborg**,  
Kirurgisk forskningsafsnit,  
Århus Amtssygehus (del 2).

Ergoterapeut **Lilly Jensen**,  
Hjælpemiddelinstitutet i Tåstrup (del 2).

Tandlæge, Ph.d. **Eva S. Karring**,  
Århus Tandlægehøjskole (del 2).

Antropolog **Jens Erik Kofod**,  
Fødevarerdirektoratet (del 1).

Klinisk diætist **Margit Kristiansen**,  
Diabetesforeningen (del 3).

Reservelæge, Ph.d.  
**Bente Lomholt Langdahl**,  
Medicinsk endokrinologisk afdeling,  
Århus Amtssygehus (del 2).

Ergoterapeut **Merete Lyngby**,  
Kong Chr. X's Gigthospital (del 2).

Afdelingslæge, Ph.d. **Claus Moe**,  
Geriatrisk klinik,  
Bispebjerg Hospital (del 1).

Klinisk diætist **Lone Nielsen**,  
Sundhedscentret, Sygehus Fyn (del 2).

Overlæge **Ole Nørregaard**, Anæstesi-  
logisk og Intensiv afdeling,  
Århus Kommunehospital (del 2).

Afdelingsforstander, læge **Lars Ovesen**,  
Fødevarerdirektoratet (del 2).

Klinisk diætist **Susanne Elman  
Pedersen**, Diabetesforeningen (del 3).

Sygeplejerske **Ingrid Poulsen**,  
Geriatrisk klinik,  
Bispebjerg Hospital (del 1).

Professor dr. med. **Marianne Schroll**,  
Geriatrisk klinik,  
Bispebjerg Hospital (del 1).

Klinisk diætist **Lone Strøm**,  
Findus Special Foods (del 2 og 3).

Klinisk diætist **Jonna Sylow**,  
Helsingør Sygehus (del 1 og 3).

Inspektør **Karen Søndergaard**,  
Specialkursus i Husholdning,  
Århus Universitet (del 3).

Klinisk oversygeplejerske  
**Susanne Zielke**,  
Neurologisk afdeling,  
Bispebjerg Hospital (del 2).





# Indhold

SIDE 9-12

## Måltidets betydning

- Måltider har kulturel betydning 9
- Måltider har social betydning 10
- Det er ikke altid nemt at være social 10

SIDE 13-21

## Offentlig måltidsservice - problemstillinger

- Modtagere af måltidsservice er ofte i dårlig ernæringstilstand 13
- De ældre skal inddrages 14
- Sørg for mindst mulig afstand til mad og drikke 15
- Giv tid til ernæringsterapi 16
- Det skal være rart at spise og drikke 17
- Når ældre fravælger mad og drikke 18
- Fordele og ulemper ved madlavning i mindre boenheder 18
- Ældre kan selv tilberede (noget af) maden 19
- Tæt samarbejde med sygehuset 20

SIDE 23-27

## Serveringsformer og produktionsmetoder

- Serveringsformer 23
- Produktionsmetoder 24

SIDE 29-33

## Ansvars- og opgavefordeling

- Alle har et ansvar 29
- Fælles ansvar til det sidste 32

SIDE 35-37

## Hvem skal tilbydes hvilken mad og drikke?

- Energirig mad og drikke på plejehjem og i plejebolig 35
- Energirig mad og drikke ved hjemmepleje 36
- Ernæringsterapi 37

SIDE 39-45

## Bilag og Indeks

- Bilag 1:  
Basisbøger og lærebøger 40
- Indeks 42



# Måltidets betydning

Måltider har stor kulturel og social betydning. Det gælder også for ældre, der får offentlig måltidsservice. Det er derfor vigtigt, at måltider, der leveres fra det offentlige, afspejler de ældres madkultur.

Ældre bør altid have mulighed for at vælge, om de vil spise alene eller sammen med nogen, de kender og kan lide at være sammen med.



*De ældres individuelle ønsker og behov for mad og drikke bør imødekommes bedst muligt. Derved kan deres madvaner og madkultur bevares, også selvom de ikke længere har fuld indflydelse på det, der bliver serveret. Mad og drikke er et af de områder, hvor behovet hos de fleste bør kunne tilgodeses.*

## Måltider har kulturel betydning

---

Med til opdragelse og normer hører det man spiser og drikker, og måden man gør det på. Bare 50 år tilbage var traditionen, at der blev spist retter tilberedt af årstidernes råvarer. Dengang var det

fx ikke på tale at få nye kartofler fra udlandet, som det er muligt i dag. Nye kartofler var danske.

Ældre, der er vokset op med dansk madkultur, sætter pris på, at årstiderne afspejler sig i de tilbudte menuer, så der fx serveres asparges om foråret, jordbær om sommeren og æblegrød >

om efteråret. Som ældre danskere, sætter ældre indvandrere også pris på at få mad og drikke, som de kender og er vant til.

Nogle ældre vil have svært ved at omstille sig til den mad, som mange unge finder det naturligt at spise. Det er formodentlig en af grundene til, at der i dag ofte serveres mere traditionel dansk mad i offentlig måltidsservice. Flere og flere ældre har dog efterhånden rejst en del udenlands og er derfor indstillet på også at prøve nye og udenlandsk inspirerede retter.

### Måltider har social betydning

---

Der er tradition for at mødes om mad og drikke. At få noget godt at spise og drikke er en vigtig del af det, at mødes.

#### Ældres prioriterede ønsker til et godt måltid\*:

---

- ◆ At de sidder sammen med nogen, de kender.
- ◆ At maden er mør.
- ◆ At maden ser indbydende ud.
- ◆ At maden er varm.
- ◆ At maden er ledsaget af grøntsager.
- ◆ At maden er frisklavet.
- ◆ At maden er tilpas krydret.
- ◆ At maden smager godt.
- ◆ At maden følger sæsonerne.

\*) Kofod, J.: *Du er dem du spiser sammen med - et brugerperspektiv på den offentlige måltidsservice*. Fødevaredirektoratet, 2000 (kan læses på [www.foedevaredirektoratet.dk](http://www.foedevaredirektoratet.dk)).

Et smukt dækket bord er med til at give en positiv oplevelse af måltidet. Vigtigt er det også, at man sidder til bords med nogle, man kan tale og hygge sig med.

Mange ældre i plejeboliger og på plejehjem sætter meget stor pris på at spise sammen med nogle, de kender, og som de selv har valgt at sidde sammen med. De vil gerne sidde og spise sammen med andre, de kan føre en samtale med. Derimod ønsker de ikke at sidde sammen med ældre, der er demente eller har apopleksi og derfor kan have svært ved at kommunikere. De ønsker heller ikke at sidde sammen med ældre som spiser og drikker mindre pænt, fordi de får mad og drikke med en forkert konsistens i forhold til deres tygge- og synkefunktion, eller fordi de ikke får tilstrækkeligt med hjælp til spisningen.

Ældre bør have mulighed for at sidde og spise sammen med nogle, de kender og selv har valgt, fordi det har særdeles stor betydning for oplevelsen af et godt måltid.

### Det er ikke altid nemt at være social

---

#### Når ældre bliver alene

Når ægtefællen dør, medfører det samtidigt et tab af nogen at spise sammen med. Mange enlige ældre kan have glæde af fællesspisning hos hinanden med jævne mellemrum. Andre muligheder er at benytte sig af tilbud fra ældrecentret eller at tage kontakt med

besøgstjenesten for at få en besøgsven. Herudover formidler private ældreorganisationer kontakt til frivillige netværk og madklubber. Endelig har de fleste køkkener mulighed for at levere gæstemenuer.

### Når det er svært at kommunikere

Ældre med demens, Parkinsons sygdom og apopleksi kan have problemer med at kommunikere. De kan derfor have svært ved at deltage aktivt i det sociale fællesskab ved måltiderne i plejeboliger og på plejehjem. Henvendelser fra andre vil ofte være begrænsede på grund af den tilsyneladende manglende respons. Derfor vil ældre med demens, Parkinsons sygdom og apopleksi meget hurtigt kunne føle sig socialt isolerede. I sådanne situationer er det vigtigt at bruge nonverbal kommunikation, som berøring og anden form for kontakt, da det ofte har en positiv effekt på oplevelsen af måltidet. Samme følelse af social isolation kan også opleves af ældre, der får sondeernæring. Det er derfor vigtigt, at de får mulighed for at deltage, når de øvrige beboere spiser, hvis de har et ønske om dette.

### Når kødet ikke er mørt

Mørt kød er også en vigtig forudsætning for, at ældre oplever et måltid som godt. Én grund kan være dårlig tandstatus eller problemer med protezen. En anden kan være, at kød, der ikke er mørt, er vanskeligt at skære ud. Mange ældre vil opleve det som uværdigt, hvis de ikke er i stand til selv at

### Ældre samler sig ofte i grupper, som siger vi om hinanden. De er fælles om en række ting, som gør, at de kan sige vi:

- ◆ De spiser sammen på samme tid hver dag.
- ◆ De sidder ved samme bord på faste pladser, og andre, der sætter sig ved deres bord bliver bedt om at flytte sig, når „vi-gruppen“ kommer.
- ◆ De hjælper ofte hinanden med at få maden bragt hen til bordet og få ryddet af igen.

„Vi-grupperne“ er meget fasttømrede og ikke interesseret i at optage nye medlemmer. Det kan derfor være svært at blive accepteret som ny på et plejehjem eller i en plejebolig. Grupperne vil sjældent have plads til ældre med forskellige former for spiseproblemer, som derfor er tvunget til at sidde for sig selv eller sammen med andre med tilsvarende problemer. Meget ofte er det dog muligt helt eller delvist at afhjælpe de forskellige former for spiseproblemer, og på den måde forbedre de ældres oplevelse af måltidet.

skære deres mad ud. Ligeledes vil mange ældre føle, at det er uappetitligt at se på, hvis de skal sidde og kæmpe med at skære kødet ud. I stedet for at bede om hjælp, vil nogle sige, at de hellere vil spise alene.

Det er vigtigt at finde ud af, om et ønske om at spise alene er reelt, eller om det skyldes ting, som kan afhjælpes ved at ændre mad og drikkes konsistens eller ved at benytte forskellige hjælpemidler til spisning, fx tilpasset bestik eller en tallerken med høj kant.

### Litteratur

CHRISTOPHERSEN, J.:

*Livskvalitet hos de svageste ældre.*

Ældre Sagen, 1999. >

KOFOD, J.:

*Du er dem du spiser sammen med –  
et brugerperspektiv på den offentlige  
måltidsservice.*

Fødevarerdirektoratet, 2000 (kan læses  
på [www.foedevaredirektoratet.dk](http://www.foedevaredirektoratet.dk)).

SIDENVALL, B.; EK, A-C.:

*Long-term care patients and their die-  
tary intake related to eating ability and  
nutritional needs: Nursing staff inter-  
ventions.*

J Adv Nurs 1995;18:565–73.

SIDENVALL, B.; FJELLSTRÖM, C.; EK, A-C.:

*Cultural perspectives of meals expressed  
by patients in geriatric care.*

J Nurs Stud 1996;33:212–22.

# Offentlig måltidsservice - problemstillinger

Ældre på plejehjem, i plejeboliger og i hjemmepleje er ofte i dårlig ernæringstilstand. Det offentlige har derfor et stort ansvar i forbindelse med måltidsservice til ældre. Uanset hvor mange livretter køkkenet sætter på menuen, kan de ikke alene sikre, at ældre får et godt måltid.

Det er vigtigt, at de ældre får mulighed for at gøre deres indflydelse gældende på den service, de bliver tilbudt, og at deres individuelle behov bliver tilgodeset.

Der bør være tæt kontakt mellem primærsektor og sygehus samt mellem pleje- og køkkenpersonale. Endvidere bør der sættes fokus på, hvordan rammerne om måltidet kan forbedres.

Endelig bør det være muligt at afvige fra de fastlagte plejestandarder for ernæring, hvis ældre er i dårlig ernæringstilstand.

## Modtagere af måltidsservice er ofte i dårlig ernæringstilstand

Ældre med demens, Parkinsons sygdom, apopleksi, kræft, kronisk obstruktiv lungesygdom, kronisk hjertesygdom, leddegigt, mave-tarm problemer og osteoporose, vil ofte være i dårlig ernæringstilstand. Dvs. de er undervægtige, småtspisende, taber i vægt og har påvirket almentilstand. De har derfor brug for, at personalet yder en ekstra indsats for at sikre et tilstrækkeligt indtag af mad og drikke. >



*God kontakt og dialog  
om mad og drikke er vigtig.*

Jørgen Schytte/BAM



Asparges - en typisk forårsspise.

## De ældre skal inddrages

Ældre kan i årevis være afhængig af mad og drikke, andre laver til dem. Alligevel har de stort set ingen indflydelse på den mad og drikke, de får serveret. Ordentligt gennemførte *brugerundersøgelser* bør derfor være et krav fra ledelsen i forbindelse med offentlig måltidsservice. Fødevarerdirektoratet har udgivet en metode til vurdering af *brugertilfredshed* blandt ældre modtagere af offentlig måltidsservice, med fokus på både madens kvalitet og det sociale miljø ved måltiderne\*. Ældre bør have mulighed for at gøre deres indflydelse gældende via *brugerråd* og i de *smagspaneler*, der bedømmer maden. Endvidere bør de medvirke ved udformningen af en *kostpolitik*, dvs. de overordnede mål og rammer for den offentlige måltidsservice.

Vigtigst er det, at ældre har mulighed for daglig kontakt med det pleje- og køkkenpersonale, der har ansvaret for mad og drikke og derigennem kan gøre deres indflydelse gældende.

### Kend madkulturen

Når ældre visiteres til offentlig måltidsservice, er det en god ide, at køkken- eller plejepersonalet beder dem skrive ned, hvad de plejer at spise og drikke. Det giver et godt billede af interessen for kvaliteten af det, de spiser og drikker. Der ligger desuden mange andre værdifulde oplysninger gemt i en sådan nedskrivning. Den kan bruges til

at finde ud af, hvilke retter og levnedsmidler der er de foretrukne, hvor meget den ældre spiser og drikker, samt hvordan måltiderne ønskes fordelt på dagen. Nogle vil fx foretrække hovedmåltider serveret morgen, middag og aften, mens andre foretrækker brunch, et stort måltid om eftermiddagen og en let anretning sent om aftenen. Nogle vil kun have kold mad, mens andre vil have varm mad 2 gange om dagen osv. At pleje- og køkkenpersonalet kender til samt kan opfylde den enkeltes ønsker og behov kan være med til at sikre, at glæden ved at spise og drikke bliver bevaret, selv om ældre ikke længere selv kan lave mad.

### Udnyt årstidsvariationen

Mange ældre er vokset op med mad, der fulgte årstiderne. De fik kål til påske, kylling om sommeren, hønsekødssuppe om efteråret, når det var slut med æglægningen, markens produkter samt grisen til jul og flæsket herfra til foråret. Lad menuerne følge årstiderne. Køkken- og plejepersonale kan med fordel bruge sæsonens råvarer som inspirationskilde i menuplanlægningen. Der gør det muligt at bevare mange ældres madkultur.

### Økologiske levnedsmidler?

Fødevarerministeriet har som indsatsområde at fremme omlægning til anvendelse af økologiske levnedsmidler i bl.a. storkøkkener. Det er muligt at få tilskud til udviklingsprojekter vedrørende omstillingen til økologiske lev-

\*) Birkemose A.; Kofod, J.: *Metode til vurdering af brugertilfredshed blandt plejehjemsboere og hjemmeboende pensionister*. Fødevarerdirektoratet, 2001 (kan læses på [www.foedevaredirektoratet.dk](http://www.foedevaredirektoratet.dk)).



## TIP

**Kostregistrering er en god måde at få oplysninger om ældres madkultur**

Tidspunkt	Beskrivelse af mad og drikke
15.30	1/2 skive solsikkerugbrød Let skrabet minarine Belagt med 3 stk. karrysild (LUND) 2/2 skiver solsikkerugbrød Let skrabet minarine 2 frikadeller, svinekød hakket 2 stk. agurk, flækket på langs 1 skive toastbrød, let ristet 1 portion salat, laks i mayonnaise 1 skive tomat 1 glas „GAMLE CARLSBERG” m. citronvand, i alt 250 ml 1 snapseglass „BRØNDUM”, ca. 15 ml
17.30	1 lagkagesnitte (flødekage) 2 honningsnitter (KAREN WOLFS) 2 kopper kaffe 2 tsk. sukker 2 portioner kaffefløde
19.00	2 stk. chokolade (MERCİ) a ca. 10 g

nedsmidler, og der er afsat særlige midler til området. Afdeling for ernæring i Fødevarerdirektoratet fungerer som videnscenter mht. økologi i storkøkkener. Mange ældre modtagere af offentlig måltidsservice har problemer med at få spist tilstrækkeligt. En væsentlig faktor ved ledelsens evt. overvejelser om omlægning til økologi, bør derfor altid være, om det evt. ville kunne have en negativ indflydelse på

ældres indtag af mad og drikke og dermed deres ernæringstilstand.

### **Sørg for mindst mulig afstand til mad og drikke**

Lukning af køkkener på plejehjem og i plejeboliger har konsekvenser for ældres oplevelse af måltidet. Når køkkenet lukker, forsvinder duften af mad, der bliver tilberedt sammen med op- >

*For ældre i hjemmepleje er det særlig vigtigt med et tæt samarbejde mellem køkkenet og plejepersonale, da der ofte er stor afstand mellem bruger og køkkenet.*

levelsen af at gå og glæde sig til sine livretter. Det samme gør kontakten med dem, der laver maden. Dertil kommer, at den livlige aktivitet i og omkring køkkenet forsvinder.

**Satellitkøkken.** Det er en stor fordel at bevare nogle køkkenfaciliteter – fx i form af et satellitkøkken. Her kan de kolde måltider blive tilberedt, ligesom den varme mad, der kommer fra stor-køkkenet, kan færdigtilberedes i satellitkøkkenet. Uanset afstanden til de ældre, bør køkkenet udsende så fyldestgørende information som muligt om dagens menu.

**Kostudvalg** består af repræsentanter fra ledelsen, lægegruppen, pleje- og køkkenpersonalet og kan være med til at styrke det tværfaglige samarbejde. Kostudvalget kan også være med til at fastlægge en kostpolitik, sikre at de anvendte diæter stemmer overens med den nyeste viden samt forbedre informationen til de ældre om de forskellige menuer.

**Kontaktpersoner** fra enten køkken- eller plejepersonalet, kan også være med til at skabe en god kontakt og dialog om mad og drikke mellem den en-

kelte ældre og de forskellige faggrupper. Det er nødvendigt, idet der ofte vil være behov for meget individuelle hensyn samt ændringer af mad og drikke med kort varsel.

### **Plejepersonale bør være i nærheden**

Måltidet har social betydning. Ældre, der har svært ved at kommunikere, bliver alene eller har svært ved at spise og drikke, kan have vanskeligt ved at opretholde det sociale aspekt af måltidet. Der bør derfor være tid til, at plejepersonalet spiser et eller flere måltider sammen med de ældre. Plejepersonalets deltagelse i måltidet bør også prioriteres højt af ledelsen i forhold til ældre i dårlig ernæringstilstand eller i risiko for at blive det.

### **Giv tid til ernæringsterapi**

---

Ældre i dårlig ernæringstilstand eller i risiko for at blive det, har brug for ekstra tid og opmærksomhed fra plejepersonalet i forbindelse med måltiderne. Det gælder specielt for ældre i hjemmepleje. De har brug for ekstra

*Det bør være muligt at afvige fra de fastlagte plejestandarder for ernæring.*

## **TIP**

### **En menuplan skal give et tydeligt billede af maden**

**Utilstrækkelig:** Hamburgerryg med grøntsager, kartofler og sovs

**Fyldestgørende:** Kogt hamburgerryg med dampet blomkål og gulerødder, kogte kartofler og sherrysovs

# TIP

## Et godt spisemiljø kan skabes på mange måder

- ◆ Sæt blomster og dug på bordet.
- ◆ Sørg for en god belysning.
- ◆ Sørg for, at bordet er dækket, inden de ældre sætter sig.
- ◆ Fjern serveringsbakker o.lign. fra bordene.
- ◆ Server de forskellige retter én ad gangen.
- ◆ Sørg for, at de ældre starter med at spise samtidig.
- ◆ Sørg for tilstrækkeligt med plejepersonale, så de ældre har mulighed for at få hjælp undervejs.
- ◆ Sørg for, at evt. medicin er uddelt inden maden.
- ◆ Sørg for, at de ældre ikke bliver forstyrret under måltidet.

Besøg til servering af mellemmåltider, mulighed for at spise sammen med andre for at tilgodese det sociale aspekt eller ekstra tildelt plejetid til indkøb af lækkerier. Det er derfor nødvendigt, at ledelsen giver mulighed for at afvige fra de fastlagte plejestandarder i relation til ernæringen. Endvidere bør der findes en kode eller anden form for dokumentation for, at der bør ydes/bliver ydet en ekstra indsats i forhold til at få ældre til at spise og drikke dvs. *ernæringsterapi*. I modsat fald vil det være svært for plejepersonalet at synliggøre behovet for den del af ældres behandling overfor ledelsen.

### Det skal være rart at spise og drikke

#### Lav hyggelige rammer

Det er vigtigt, at ledelsen er opmærksom på, at rammerne om måltidet er de bedst mulige. Ofte er der en livlig

trafik af gående og kørestolsbrugere gennem en spisesal under et måltid, ligesom der er en del støj fra selve spisningen. Det nytter ikke meget, at køkken- og plejepersonalet gør deres yderste for at servere god mad og drikke, hvis spisningen foregår i uro og larm. De ældre bør sikres et roligt og trygt spisemiljø uden unødigt støj og trafik ud og ind af spiselokalet.

Der er mange måder til at opnå et godt spisemiljø på, og de bør udnyttes, både når det gælder ældre på plejehjem, i plejebolig og i hjemmepleje.

### Lad der være god tid til at spise og drikke

Det kan tage lang tid for ældre at tage maden på tallerkenen, skære den ud og spise den. Årsagerne kan være mange, bl.a. nedsat fysisk funktions-evne, tygge- og synkeproblemer, nedsat appetit, nedsat syn, forskellige sygdomstilstande (fx Parkinsons sygdom, >



Sonja Iskov/BAM

Blomster og dug på bordet er med til at skabe et godt spisemiljø.



*Hvis en ældre ønsker at fravælge dele af mad og drikke, fx desserten eller mellemmåltiderne er det vigtigt at informere om, hvor stor betydning disse måltider har for dagens samlede indtag af energi og næringsstoffer.*

*Selvom madlavning m.m. i køkkener i små bo-enheder har karakter af privat husholdning, er det dog af væsentlig betydning, at der er tale om en offentlig institution der er underlagt levnedsmiddellovens bestemmelser.*

*I dag har det færreste plejepersonale tilstrækkelig uddannelse i ernæring til at kunne varetage arbejdet med mad til ældre.*

demens, apopleksi). Det er vigtigt, at der er god tid til måltidet. Det gælder ikke mindst for ældre, som behøver hjælp til at spise og drikke.

### **Giv mulighed for gæster**

Da det sociale aspekt har stor betydning for ældres oplevelse af et godt måltid, er det vigtigt, at de har mulighed for at invitere gæster til spisning. Både små og store køkkener bør derfor kunne levere gæstemenuer til en favorabel pris.

### **Når ældre fravælger mad og drikke**

Alene det miljøskifte der sker, når ældre flytter på plejehjem eller i plejebolig, er nok til at påvirke hukommelse og koncentrationsevne samt resultere i konfusion. Konsekvensen er bl.a., at det kan være vanskeligt at få de ældre til at forstå vigtigheden af at spise og drikke tilstrækkeligt, og det kan yderligere forringe hukommelsen og øge forvirringen.

Inden indflytningen skal plejepersonalet derfor fokusere på at imødegå en sådan situation. Det kan de bl.a. ved at indsamle oplysninger om madvaner, foretrukne spisetider, fordeling af måltider m.m. Servering af livretter samt mad og drikke i små indbydende portioner, der ligner det, de ældre kender fra tidligere, kan stimulere de ældres appetit og være med til at forbedre situationen og gøre flytning til plejehjem eller plejebolig lettere for den enkelte.

### **Fordele og ulemper ved madlavning i mindre boenheder**

Det bliver mere og mere almindeligt, at plejepersonalet overtager madlavningen på plejehjem og i plejeboliger. Der gælder en række regler, når plejepersonalet tilbereder mad og drikke. Generelt er ledelsen ansvarlig for, at levnedsmiddellovgivningen bliver overholdt, og i nogle tilfælde vil der være krav om, at plejepersonalet gennemfører en uddannelse i levnedsmiddelhygiejne\*.

## **TIP**

**Hvis ældre fravælger maden fra det offentlige, skal grunden findes**

- ◆ Er det maden eller servicen, det er galt med?
- ◆ Er appetitten og lysten til mad forsvundet?
- ◆ Er den fysiske funktionsevne blevet dårligere?
- ◆ Er tygge- og synkefunktionen blevet dårligere?
- ◆ Er der sket en ændring i medicinen?

\*) Fødevaredirektoratet:  
OM uddannelse i fødevarerhygiejne, 2001 (kan læses på [www.foedevaredirektoratet.dk](http://www.foedevaredirektoratet.dk)).

Der findes dog en bagatelgrænse, som bl.a. betyder, at bo-enheder o.lign., hvor man tilbereder og serverer mad for 12 ældre eller derunder ikke skal autoriseres eller godkendes\*, forudsat at aktiviteterne ikke giver anledning til hygiejniske problemer.

*Fordelen* ved at plejepersonalet laver maden er, at det bliver lettere at tilgode-se de ældres individuelle ønsker og mad-vaner. Det afspejler sig bl.a. i en meget stor variation i den mad, der bliver lavet på en og samme dag i én plejebolig.

*Bagdele.* I arbejdet med mad og drikke til ældre er det nødvendigt at vide en hel del om levnedsmidlers indhold af næringsstoffer, hygiejne og tilberedning af måltider af høj kvalitet. Det er forudsætningen for at kunne skelne mellem de forskellige menuer og være sikker på, at mad og drikkes indhold af energi, vitaminer og miner-aler er tilpasset den enkelte ældres be-hov. På nuværende tidspunkt indgår ernæring og levnedsmiddelhygiejne kun med et begrænset timeantal i ud-dannelserne til sygeplejerske og social-og sundhedsassistent.

Endvidere har plejepersonalet i dag kun sjældent mulighed at hente råd og vejledning hos fx en klinisk diætist, når menuerne planlægges. Dertil kom-mer, at det er meget tidskrævende at planlægge menuer, købe ind og tilbe-rede maden. Det kan være et problem – særligt i perioder med sygdom eller ferie. Det er derfor bedst, at en kostfag-ligt uddannet person, har ansvaret for den daglige madlavning.

## Dagens Menu



*Lammekød med kartofler  
samt ostekage*

*Kødboller med stuvet selleri  
samt is*

*Rugbrød med leverpostej,  
tunsalat og kartofler*

*Grøntsagssuppe samt skinke  
med kartofler*

*Millionbøf med pasta*

### Ældre kan selv tilberede (noget af) maden

I levnedsmiddellovgivningen er der in-tet til hinder for, at ældre kan deltage i madlavningen i godkendte køkkener. Ældre kan med fordel inddrages i den daglige madlavning ved fx at hjælpe til med at nippe bønner, pille jordbær el-ler skrælle kartofler. Det vil styrke de-res fysiske funktionsevne, skærpe de-res interesse for mad og drikke og sandsynligvis også give bedre appetit. Når ældre hjælper til med madlavning-en, skal levnedsmiddelhygiejnen sik-res. Der kan være særlige „kritiske” aktiviteter fx håndtering af rå kød og rå æg, som bør være forbeholdt kost-fagligt uddannet personale. >

Middagsmenuen hos 5 ældre i samme plejebolig på samme dag.



Jørgen Schytte/BAM

Det giver appetit at hjælpe med at lave mad.

\*) Autorisationsbekendtgørelsen. Bekendtgørelse nr. 991 af 14. december 1999. Grænsen fra 8 til 12 personer er ændret ved en generel dispensation af 19. september 2000.

## TIP

### Følgende forhold skal være i orden, når ældre deltager i madlavningen\*

- ◆ Ældre, der tilbereder og serverer mad og drikke, skal have en høj grad af personlig hygiejne, bl.a. hyppig håndvask og passende rent tøj.
- ◆ Ældre med smitsomme sygdomme, der kan overføres gennem levnedsmidler, eller med sår eller diaré, må ikke tilberede eller servere mad og drikke.
- ◆ Pladsforholdene skal tillade, at de ældre deltager i madlavningen i køkkenet.
- ◆ Inddragelsen i madlavningen er betinget af, at kostfagligt uddannet personale har ansvaret for, at de ældre instrueres tilstrækkeligt om hygiejne, og at mad og drikke fremstilles på hygiejnisk forsvarlig måde.
- ◆ Når madlavningen indebærer større hygiejnisk risiko, som tilberedning af rådt kød og jordforurenede grøntsager, bør det kun ske med deltagelse af kostfagligt uddannet personale.

## Tæt samarbejde med sygehuset

Tæt samarbejde med sygehuset er vigtigt både ved indlæggelse og udskrivelse. Ved *indlæggelsen* er det særdeles vigtigt, at lægen og plejepersonalet informerer sygehuspersonalet om evt. problemer, der kan få betydning for den æl-

dres indtag af mad og drikke under opholdet. Sådanne problemer kan fx være tygge- og synkeproblemer, nedsat hukommelse, nedsat syn og behov for hjælp til at spise og drikke. Det er en god ide, at én fra plejepersonalet be-

## TIP

### Vigtige forhold sygehuset skal informeres om ved indlæggelse

- ◆ Hvad er vægten - og har der været et vægttab?
- ◆ Hvordan er indtaget af mad og drikke - og har der været/er der problemer med nedsat appetit?
- ◆ Hvordan er den fysiske funktionsevne - dvs. kan den ældre selv hente mad og drikke, skal den ældre have hjælp til at spise og drikke m.m.?
- ◆ Hvordan er tygge- og synkefunktionen?
- ◆ Hvordan er hukommelsen?
- ◆ Har den ældre hidtil selv købt ind og lavet mad?

\*)Hygiejnebekendtgørelsen:  
Bekendtgørelse nr. 198  
af 22. marts 2001 om levnedsmiddelhygiejne.  
Levnedsmiddelloven:  
Lov nr. 471 af 1. juli 1998 om  
levnedsmidler m.m.

## TIP

### Vigtige forhold at søge oplysninger om ved udskrivelse

- ◆ Hvordan er den fysiske funktionsevne?
- ◆ Hvad er vægten - og har der været et vægttab?
- ◆ Hvordan er indtaget af mad og drikke - og er der/har der været problemer?
- ◆ Er der lagt en plan for en eventuel ernæringsterapi - og hvad går den ud på?
- ◆ Hvem er kontaktperson på sygehuset?

søger den ældre på sygehuset og følger op på de givne informationer. Ved *udskrivelsen* er det vigtigt, at lægen og plejepersonalet indhenter oplysninger om, hvordan den ældres indtag af mad og drikke har været under indlæggelsen, og om der er sket et vægttab. Det gør det muligt hurtigt at iværksætte eller fortsætte en ernæringsterapi. Det er en god ide, at én fra plejepersonalet deltager i en evt. konference ved udskrivelsen.

### Litteratur

---

BIRKEMOSE A.; KOFOD J.:  
*Metode til vurdering af brugertilfredshed blandt plejehjemsbeboere og hjemmeboende pensionister.*  
Fødevaredirektoratet, 2001 (kan læses på [www.foedevaredirektoratet.dk](http://www.foedevaredirektoratet.dk)).

ELMSTÄHL, S.; BLABOLIL, V.; FEX, G.;  
KÜLLER, R.; STEEN, B.:  
*Hospital nutrition in geriatric long-term medicine. Effects of a changed meal environment.*  
Compr Gerontol 1987;1:29-33.

MATHEY, M-F.A.M.M.; VANNESTE, V.G.G.;  
DE GRAAF, C.; DE GROOT, L.C.P.G.M.;  
VAN STAVEREN, W.A.:  
*Health effect of improved meal ambience in a Dutch nursing home: A 1-year intervention study.*  
Prev Med 2001;32:416-23.

WINTHER, E.:  
*Brugeren i centrum for institutionel kostforplejning.*  
Økonomaforeningen, 1999.

### TIP

Bekendtgørelser om hygiejne m.m. findes på [www.retsinfo.dk](http://www.retsinfo.dk).





# Serveringsformer og produktionsmetoder

En kombination af bakke- og bordservering er mest velegnet på plejehjem og i plejeboliger. Her er buffetservering *ikke* velegnet.

I storkøkkener bliver *varmholdt mad* ofte produceret kort tid, før den bliver spist, mens *kølet mad* kan være fremstillet nogle dage før serveringen (hvor den genopvarmes). Der er fordele og ulemper ved begge metoder. Det vigtigste er, at de ældre kan lide maden og spiser den hver dag.

## Serveringsformer

Samme institution kan sagtens have forskellige serveringsformer; bakkservering og bordservering samt buffet. Buffetservering er *ikke* velegnet på plejehjem og i plejeboliger. De skrøbeligste ældre vil have svært ved at komme til buffeten, med risiko for at de får for lidt mad. Det vil samtidig være svært for plejepersonalet at følge med i, hvad og hvor meget den enkelte spiser og drikker. Ved buffetservering er der mange mennesker om den samme mad, og det kan medvirke til at nedsætte appetitten hos nogle ældre. Mere



Marianne Grøndahl/BAM

*Ældre med nedsat fysisk funktionsevne kan have svært ved selv at hente deres mad på bakker.*

uddybende om fordele og ulemper ved forskellige serveringsformer kan læses i *Anbefalinger for den danske institutionskost.* >

Hold øje med  
temperaturen  
i maden.



## Produktionsmetoder

### Varmholdt mad er én produktionsmetode

Den traditionelle produktionsform i storkøkkener er det *varmholdte system* (*cook-serve*), hvor maden bliver tilberedt og serveret efter en vis varmholdningsperiode. Varm mad skal ifølge reglerne opvarmes til *min.* 75°C (med enkelte undtagelser). Hvis maden efterfølgende varmholdes, skal maden holdes på *min.* 65°C, for at mindske risikoen for vækst af sygdomsbakterier.

Reglerne findes i Fødevedirektoratets bekendtgørelse om levnedsmiddelhygiene. Temperaturkravet gælder overalt i maden – også overfladen, som hurtigt bliver afkølet, hvis luften rundt om er koldere end 65°C. Da madens smags-

#### Begrænset holdbarhed

Af hensyn til den smags- og ernæringsmæssige kvalitet skal evt. rester af varmholdt mad, som udgangspunkt kasseres.

## TIP

Følgende forhold bør indgå i overvejelserne, når storkøkkener vælger produktionsmetode

- ◆ Hvordan er den kulinariske kvalitet?
- ◆ Hvordan er sikkerheden med hensyn til hygiejnen?
- ◆ Hvor stort er tabet af næringsstoffer?
- ◆ Hvad er produktionsstørrelsen?
- ◆ Hvor stort er ressourceforbruget?
- ◆ Hvor fleksibel er metoden?
- ◆ Hvor gode er mulighederne for at producere ældres livretter?
- ◆ Hvor stor er afstanden til brugerne?
- ◆ Hvordan er økonomien?



### Vitaminer

Jo længere tid maden bliver holdt varm, fra den er produceret, til den bliver spist, jo flere vitaminer ødelægges. Det er især C-vitamin samt nogle af B-vitaminerne, der er følsomme over for varme.

og ernæringsmæssige kvalitet bliver forringet ved varmholdning, bør perioden med varmholdning være så kort som muligt.

### Kølet mad er en anden produktionsmetode

I storkøkkener, der anvender det *kølede system (cook-chill)*, bliver maden tilberedt, nedkølet, pakket og lagret på køl for til sidst at blive genopvarmet umiddelbart før spisning. Maden kan være pakket på almindelig vis, dvs. at den er dækket af folie, eller at der er lagt låg på en bakke. Dette bliver kaldt for

*traditionel cook-chill*. Mad pakket på denne måde har typisk en holdbarhed på 3 dage på kølelagring.

Maden kan også blive vakuumpakket efter fremstillingen eller pakket i emballage, hvor den almindelige luft bliver fjernet og erstattet med andre luftarter. Det kaldes for *MAP (Modifieret Atmosfære Pakning)*. Disse pakke-metoder hæmmer væksten af fordævelsesbakterierne, og det betyder, at maden kan holde sig længere – typisk 7 til 14 dage på kølelagring.

Endelig kan maden være tilberedt (varmebehandlet) i en plasticpose beregnet til formålet. Det kaldes *sous-vide* (betyder *under tomhed*). Velegnede levnedsmidler til *sous-vide* er kød, sammenkogte retter og nogle grøntsager, fx gulerødder. Brød og fromager er ikke velegnede, og grønne grøntsager vil ofte skifte farve. *Sous-vide* giver længere holdbarhed, end hvis maden er vakuumpakket, efter at den er tilberedt. *Sous-vide* tilberedt kød, der er varmebehandlet relativt kraftigt, kan holde sig i op til ca. 1 måned, mens den >

### 3 former for kølet mad i storkøkkener:

- ◆ Traditionel cook-chill
- ◆ Modifieret Atmosfære Pakning (MAP)
- ◆ Sous-vide

### Holdbarheden af kølet mad afhænger af flere ting:

- ◆ Hvilken råvare eller menu, der er tale om.
- ◆ Ved hvilken temperatur maden bliver opvarmet.
- ◆ Hvor meget maden er opvarmet.



### Sygdomsbakterier i mad kan hverken lugtes eller smages

kulinæriske kvalitet for grøntsager ofte vil sætte grænsen for en tilsvarende lang holdbarhed.

#### Lang holdbarhed kan give problemer

Ved opbevaring i lang tid falder madens smagsmæssige kvalitet. Det er vigtigt, at kølet mad opbevares ved den



### Kort kølelagrings tid

Nogle vitaminer bliver ødelagt under kølelagring, især hvis der er ilt tilstede. Jo længere tid maden opbevares på køl, desto flere vitaminer ødelægges.

Tab af vitaminer, tab af smag og øget risiko for at påføre ældre en madforgiftning, er gode grunde til ikke at kølelagre mad for længe.

angivne temperatur for at sikre madens kvalitet. Hvis der er sygdomsbakterier/ bakteriesporer i maden, har de gode vækstbetingelser under opbevaring ved høj temperatur, fordi den naturlige balanceflora er dræbt ved stegningen eller kogningen. Sygdomsbakterier i maden hverken lugter eller smager dårligt, så hvis holdbarhedsdatoen er overskredet eller temperaturen i køleskabet har været for høj, skal maden kasseres.

#### Regler for nedkøling

Der er regler i Fødevarermyndighedens bekendtgørelse om levnedsmiddelhygiejne for, hvor hurtig varm mad skal køles ned. Nedkølingen fra 65°C til 10°C skal ske indenfor *højest* 3 timer. Herefter skal maden opbevares ved 5°C eller derunder. Under transport skal maden også opbevares ved *max.* 5°C. Undtaget er dog transport i *max.* 3 timer af menuer til modtagere af måltidsservice.

## TIP

### Bevar vitaminerne bedst muligt i maden

- ◆ Tilbered i så lidt væske som muligt og brug friske råvarer.
- ◆ Tilbered i kortest mulig tid.
- ◆ Anvend gerne kogevand og kødsaft til fx sovs.
- ◆ Undgå lang varmholdning.
- ◆ Undgå lang kølelagring.
- ◆ Undgå at lagre grøntsager længe under påvirkning af luftens ilt.
- ◆ Server maden straks efter genopvarmning.

## Regler for holdbarhed

Holdbarheden af kølet mad er ikke reguleret specifikt. Her gælder generelle bestemmelser om, at levnedsmidler skal være friske og af sund beskaffenhed, samt have en rimelig holdbarhed i salgsøjeblikket. Maden må heller ikke udgøre en sundhedsfare, når den bliver spist, hvis den har været opbevaret efter forskriften. Det er derfor op til storkøkkenet at fastsætte holdbarheden. At give maden en lang holdbarhed er forbundet med et stort ansvar, da det forudsætter stor tillid til effektiviteten af varmebehandlingen, nedkølingen og genopvarmningen. Det er nødvendigt at indbygge en vis sikkerhedsmargin i fastsættelsen af holdbarheden af kølet mad.

## Frisklavet mad har mange fordele

Det vigtigste er, at ældre kan lide den mad, de får tilbudt, og at de spiser den. Den bedste mad, ældre kan få, er frisklavet lige før serveringen. Dermed har de mulighed for at deltage eller følge med i fremstillingen af maden og via duftene fra køkkenet få skærpet appetitten. Med frisklavet mad sikres desuden nemmest et højt indhold af vitaminer.

Selvom teknologien muliggør en lang holdbarhed af maden, bør ældre *aldrig* have leveret mad, der er færdiglavet flere uger, før den skal spises. Ligeledes er der *ingen* geografiske af-

stande i Danmark, der retfærdiggør, at ældre får leveret mad sjældnere end 1 gang om ugen.

## Litteratur

---

CLAUSEN, I.:

*Cook-chill catering – tids og temperaturforhold i kølekæden og registreringsudstyr til temperaturkontrol.*

Storkøkkencentret. Levnedsmiddelstyrelsen, 1995.

HANSEN, K.; LASSEN, A.:

*Tab af B-vitaminer i kød – sammenligning mellem forskellige tilberedninger og produktionsmetoder i storkøkkener.*

Fødevedirektoratet. Fødevarer rapport 2000:19 (kan læses på [www.foedevaredirektoratet.dk](http://www.foedevaredirektoratet.dk)).

LASSEN, A.; CLAUSEN, I.:

*Fakta om sous-vide – tilberedning i vakuumposer.*

Fødevedirektoratet. Fødevarer rapport 2000:20 (kan læses på [www.foedevaredirektoratet.dk](http://www.foedevaredirektoratet.dk)).

LASSEN, A.; ERIKSEN, H.; KALL, M.;

HANSEN, K.:

*Vitamin losses in vegetables processed by four different catering techniques.*

Proceedings Third European Symposium on Sous-vide. Belgium, March 1999 (kan fås i Afdeling for Ernæring, Fødevedirektoratet).



# Ansvars- og opgavefordeling

En klar ansvars- og opgavefordeling bør sikres, når det drejer sig om at vurdere ældres ernæringstilstand, deres indtag af mad og drikke samt hvornår der skal iværksættes ernæringsterapi.

Ledelsen, lægen, køkken- og plejepersonalet skal være bevidste om deres eget ansvarsområde. Andre faggrupper har ligeledes et ansvar. For alle faggrupper gælder det også i relation til døende ældre.

## Alle har et ansvar

### Ledelsen

Ledelsen har ansvaret for, at personalebemandingen, mad og drikke samt spisemiljøet kan opfylde de forskellige ældres behov. Ledelsen bør derfor sørge for, at ældre har mulighed for indflydelse på den måltidsservice, de får tilbudt via brugerråd og smagspaneler. Ledelsen bør også sørge for, at der er mulighed for ekstra plejepersonale ved måltiderne, ekstra køkkenpersonale til fremstilling af specielle menuer og bistand fra klinisk diætist. Der kan også være behov for tildeling af ekstra plejetid til ældre, der er i risiko for eller allerede er i dårlig ernæringstilstand.

Ledelsen bør endvidere tage initiativ til at udforme en kostpolitik, nedsætte et

### Ledelsen har ansvaret for:

- ◆ At tage initiativ til udarbejdelse af en kostpolitik.
- ◆ At iværksætte egenkontrol i køkkenerne.
- ◆ At nedsætte og deltage i kostudvalg.
- ◆ At sikre den nødvendige fleksibilitet m.h.t. menuer og måltidsserviceordninger.
- ◆ At gennemføre brugerundersøgelser.
- ◆ At sikre personalebemandingen.
- ◆ At sikre gode spisemiljøer.

kostudvalg, gennemføre brugerundersøgelser og iværksætte egenkontrol. >



*Retningslinier for identifikation og behandling af mangelfuld ernæring hos ældre. HVEM-skemaet og vejledning til anvendelse er et nyttigt redskab for lægen ved vurdering af de risikofaktorer, der kan påvirke ældres ernærings-tilstand.*

## Lægen

Den praktiserende læge har ansvaret for, at ældre på plejehjem, i plejebolig og i hjemmepleje er i bedst mulig ernæringsstilstand, samt at de får dækket deres behov for energi og næringsstoffer – enten via mad og drikke eller anden form for ernæring. Lægen har ansvaret for, at ældre ikke får forkerte diæter eller får overført infektioner pga. hygiejneproblemer. Lægen har ansvaret for at være opmærksom på interaktioner mellem medicin, mad og drikke ved ordination af medicinsk behandling. Endvidere har lægen ansvaret for at udarbejde lokale retningslinier for ernæringsterapi (heriblandt sondeernæring) og for at sikre ensretning af behandlingen. Lægen bør derfor løbende vur-

dere de ældres ernæringsstilstand og indtag af mad og drikke med henblik på evt. behov for ernæringsterapi. Lægen skal ligeledes være opmærksom på de risikofaktorer, der kan påvirke ældres ernæringsstilstand og i den forbindelse henvise til andre faggrupper (fysioterapeut, ergoterapeut, talepædagog, klinisk diætist, tandlæge m.fl.).

## Sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten

Sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten har (i samarbejde med det øvrige plejepersonale) ansvaret for, at ældre spiser og drikker tilstrækkeligt hver dag samt for at identificere ældre i dårlig ernæringsstilstand eller i risiko for at komme det.

Sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten bør deltage i kostudvalget og være i løbende dialog med de ældre om de forskellige tilbud på menuen. Endvidere bør sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten regi-

### Lægen har ansvaret for:

- ◆ At de ældres ernæringsstilstand er bedst mulig.
- ◆ At de ældre får dækket deres behov for energi og næringsstoffer.
- ◆ At de ældre får de rigtige diæter.
- ◆ At være opmærksom på interaktioner mellem medicin, mad og drikke ved ordination af medicinsk behandling.
- ◆ At udarbejde retningslinier for ernæringsterapi og sikre ensretning af behandlingen.
- ◆ At henvise til andre faggrupper som fysioterapeut, ergoterapeut, klinisk diætist, tandlæge m. fl.

### Sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten har ansvaret for:

- ◆ At de ældre spiser og drikker tilstrækkeligt.
- ◆ At identificere ældre i dårlig ernæringsstilstand eller i risiko herfor.
- ◆ At medvirke ved ernæringsterapi.



strere de ældres vægt, vægtudvikling, energiindtag samt forekomst af forskellige risikofaktorer, der kan påvirke ernæringstilstanden, med henblik på en evt. ordination af ernæringsterapi. I forbindelse med ernæringsterapi bør sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten melde tilbage til læge/klinisk diætist om energiindtag og vægtudvikling med henblik på justering af plan for ernæringsterapi.

### Økonomaen og køkkenlederen

Økonomaen og køkkenlederen med en kostfaglig uddannelse har ansvaret for, at maden har en høj kulinarisk og hygiejnisk kvalitet, at den er korrekt ernæringsmæssigt sammensat, samt at den opfylder den enkeltes ønsker og behov mht. madvaner. Økonomaen og køkkenlederen bør derfor sørge for, at det altid er muligt at rekvirere *Normalkost til ældre*, *Sygehuskost*, *Kost til småtspisende* og *Tygge-/synkevenlig kost* med energitrin 7, 9 og 12 MJ. >

#### Økonomaen og køkkenlederen har ansvaret for:

- ◆ At maden har en høj kulinarisk og hygiejnisk kvalitet.
- ◆ At maden opfylder de ældres ernæringsmæssige behov.
- ◆ At der altid er mulighed for at rekvirere menuer som fx *Kost til småtspisende* eller *Tygge-/synkevenlig kost*.



7 MJ

#### - Lille portion Sygehuskost

En lille portion er kendetegnet ved en moderat mængde kød/fisk og en lille mængde kartofler og grøntsager. Kød/fisk udgør dermed en stor del af portionen.

En lille dessert.

Bemærk servering er på mindre service.



9 MJ

#### - Standard portion Sygehuskost

En standard portion er kendetegnet ved rigeligt med kød/fisk og en moderat mængde kartofler og grøntsager.

En standard portion dessert.



12 MJ

#### - Stor portion Sygehuskost

En stor portion er kendetegnet ved en let øget mængde kød/fisk og en stor mængde kartofler og grøntsager.

En standard portion dessert.

Anbefalinger for den danske institutionskost

Endvidere bør økonomaen og køkkenlederen deltage i kostudvalget, sørge for egenkontrol, have tæt kontakt til og dialog med ældre og plejepersonale samt informere om de forskellige tilbud på menuen.

### **Den kliniske diætist**

I samarbejde med lægen har den kliniske diætist ansvaret for, at de ældre er i god ernæringstilstand og får dækket deres behov for energi og næringsstoffer – enten via den almindelige mad og drikke eller ved anden form for ernæring – samt ansvaret for at sikre, at der ikke ordineres forkerte diæter. Den kliniske diætist bør derfor varetage den individuelle diætbehandling, løbende yde konsulentbistand i forbindelse med ernæringsterapi og gennemføre undervisning i ernæring, ernæringsterapi og

diætbehandling for læge, køkken- og plejepersonalet samt de øvrige faggrupper.

### **Andre faggrupper**

Fysioterapeut, ergoterapeut, talepædagog, tandlæge m.fl. har alle ansvaret for at bidrage med deres ekspertise mht. at nedsætte eller fjerne de risikofaktorer, der kan påvirke ældres ernæringstilstand.

### **Fælles ansvar til det sidste**

---

#### **Mæt af dage**

Hvis ældre holder op med at spise og drikke, er det vigtigt, at lægen undersøger, om årsagen er en depression eller en anden sygdom, som kan behandles. Generelt er det meget sjældent, at ældre ikke længere ønsker at spise og drikke. Det sker dog, uden at der ligger en egentlig psykisk eller fysisk sygdom til grund – at ældre er mætte af dage. Når ældre på den måde lægger sig til at dø, er det ikke fordi, de selv ønsker at gøre en ende på livet, men fordi de rent eksistentielt er nået til et punkt, hvor de har en opfattelse af, at deres liv er levet til ende. Mad og drikke mister herved betydning for livets oprettholdelse.

#### **Mad og drikkes betydning kan ændre sig eller ophøre**

Mad og drikke kan udgøre en del af den behandling, der gives til ældre, der er syge og i dårlig ernæringstilstand. Hvis den ældre er døende og behand-

#### **Den kliniske diætist har ansvaret for:**

---

- ◆ At de ældres ernæringstilstand er bedst mulig.
- ◆ At de ældre får dækket deres behov for energi og næringsstoffer.
- ◆ At de ældre får de rigtige diæter.
- ◆ At varetage den individuelle diætbehandling.
- ◆ At varetage undervisningen af pleje- og køkkenpersonale i relation til diætbehandling og ernæringsterapi.

lingen derfor formålsløs, vil den ofte ophøre. Det betyder bl.a., at der ikke længere fokuseres på, om den ældre får tilstrækkeligt med mad og drikke (energi). Mængden af mad og drikke nedtones således i forhold til det livskvalitetsmæssige, som hvis fx en uhelbredelig syg ældre får en god oplevelse ved at indtage selv små mængder af en yndet spise, *kræsekost*. Typisk vil der være tale om beskedne ønsker som frisk frugt, frugtgrød, risengrød eller is frem for en større portion mad. Køkken- og plejepersonale skal derfor gøre en ekstra indsats for at opfylde disse ønsker. Hvis lægen samtidig giver en god lindrende (*palliativ*) behandling, kan det være med til at sikre, at døende ældre kan fortsætte med at spise og drikke næsten til det sidste.

Hvis pårørende lægger et behandlingspres på læge og plejepersonalet om fortsat ernæring ved sonde eller intravenøst hos døende ældre, er det vigtigt, at lægen tager det fulde ansvar for valg af behandling. Beslutningen om fortsat ernæring bør naturligvis gennemdrøftes med den ældre selv og pårørende, men ansvaret for valg af

behandling bør ikke lægges over på pårørende.

### **Dø af tørst?**

Mange døende ældre lider af fejlsynkning og har derfor svært ved at få drukket tilstrækkeligt. En velkendt kliché er, at ældre ikke må dø af tørst. Det bør dog ikke være det centrale ved behandling af døende. Fortsat dropbehandling kan endog være med til at forlænge en igangværende dødsproces, og der kan være en risiko for ophobning af væske og sekret i luftvejene i takt med aftagende hjertefunktion.

Det er mere meningsfuldt at fokusere på årsagerne til, at den ældre er døende, dvs. selve sygdomme, og ikke tørsten. Det opleves næsten aldrig, at døende ældre klager over, at de er tørstige. Derimod er mange generet af mundtørhed. Det er derfor vigtigt, at plejepersonale og læge samarbejder om behandlingen af mundtørhed. Det består af 2 trin, dels en forebyggende indsats, dels en behandling af de udløsende årsager, som kan medføre betydelig lindring af generne, se kapitlet *Sørg for god tandstatus (del 2)*.



# Hvem skal tilbydes hvilken mad og drikke?

Alle ældre, der flytter på plejehjem, i plejebolig eller bliver visiteret til måltidsservice bør have vurderet deres ernæringstilstand og klarlagt evt. ernæringsmæssige risikofaktorer.

En sådan vurdering gør det muligt at tilbyde den mest hensigtsmæssige menu. Samtidig er det muligt at afgøre, om der er behov for en ekstra indsats i form af ernæringsterapi.

Alle ældre, der får leveret mad fra det offentlige, bør have mad alle ugens dage.



*Det er godt at sidde og spise sammen med nogen man kender.*

## **Energirig mad og drikke på plejehjem og i plejebolig**

Ved indflytning på plejehjem eller i plejebolig og efterfølgende *min.* 1 gang om måneden, bør læge og plejeperso-

nale vurdere de ældres ernæringstilstand, samt hvorvidt der er sket ændringer. Forekomst af de forskellige faktorer, der kan påvirke ældres ernæringstilstand, bør ligeledes indgå i vurderingen. Mange er i dårlig ernæ- >



Kost til småtspisende er kendetegnet ved at være rig på energi og fedt.



Normalkost anbefales til normalvægtige ældre med god appetit.

ringstilstand eller småtspisende samt præget af kroniske sygdomme. Endvidere kan akutte sygdomme, stort medicinindtag, nedsat fysisk og psykisk funktionsevne m.m. nedsætte ældres indtag af mad og drikke.

De fleste ældre på plejehjem og i plejebolig bør have serveret mad og drikke svarende til *Sygehuskost*, *Kost til*

*småtspisende* og *Tygge-/synkevenlig kost* med stor energitæthed, samt energirige drikkevarer. For at tilgodesse energibehovet hos så mange som muligt, bør menuerne kunne leveres med energitritin på 7, 9 og 12 MJ.

En stor del af de ældre vil have behov for en ekstra indsats i form af ernæringsterapi for at sikre et tilstrækkeligt indtag af mad og drikke.

Normalvægtige ældre med god appetit bør have *Normalkost til ældre*.

### Risikofaktorer af betydning for ernæringstilstanden hos ældre:

- ◆ Ensomhed
- ◆ Dårlig tandstatus
- ◆ Tygge- og synkeproblemer
- ◆ Depression
- ◆ Konfusion
- ◆ Demens
- ◆ Nedsat fysisk funktionsevne
- ◆ Forkerte diæter
- ◆ Stort medicinforbrug
- ◆ Akutte infektioner
- ◆ Kroniske sygdomme
- ◆ Sygehusophold

### Energirig mad og drikke ved hjemmepleje

Ældre, der modtager hjemmepleje, har forskellige ernæringsmæssige behov. Derfor bør lægen og plejepersonalet altid foretage en vurdering af den enkeltes ernæringstilstand ved visiteringen til hjemmepleje. Efterfølgende bør plejepersonalet vurdere ernæringstilstanden *min.* 1 gang om måneden.

Også ved hjemmepleje bør læge og plejepersonale være opmærksom på (ændringer i) de forskellige risikofaktorer, der kan nedsætte ældres indtag af mad og drikke. Mange ældre i hjemmepleje vil være i dårlig ernæringstilstand og have en høj forekomst af risikofakto-

### Fedtindhold (E%) i forskellige menuer

	Normalkost til ældre	Sygehuskost	Kost til småtspisende	Tygge-/synkevenlig kost	Diabetesdiæt
Fedt	30 E%	40 E%	50 E%	50 E%	30 E%

rer. De bør derfor have serveret mad og drikke svarende til *Sygehuskost*, *Kost til småtspisende* og *Tygge-/synkevenlig kost* samt energirige drikkevarer.

Herudover bør de kunne tilbydes *Normalkost til ældre* samt de forskellige diæter.

Ældre i hjemmepleje der får leveret mad, bør have menuer *alle* ugens 7 dage. Hvis køkkenet kun leverer en hovedret (og evt. en bired), som det ofte er tilfældet, bør energiindholdet i hovedretten svare til *min.* 30% af energiindholdet i en hel dags menu.

### Ernæringsterapi

---

Hvis ældre har BMI < 24 dvs. er undervægtige eller er småtspisende skal lægen starte ernæringsterapi. I den forbindelse bør ældre, som tilbydes *Kost til småtspisende* eller *Tygge-/synkevenlig kost*, altid have leveret energirige mellemmåltider fra køkkenet. Ledelsen bør sørge for, at plejepersonale har mu-

#### Ældre i dårlig ernærings-tilstand der har behov for ernæringsterapi:

---

- ◆ BMI er < 24 (undervægt).
- ◆ Der har været et vægttab.
- ◆ Der er rester på tallerkenen.
- ◆ Der er *OBS* i *Kostskema til ældre*.
- ◆ Almentilstanden er påvirket.

#### Ernæringsterapi:

---

- ◆ Beregn energibehovet.
- ◆ Lav en ernæringsterapiplan.
- ◆ Følg op ved vejning og kostregistrering.
- ◆ Juster ernæringsterapiplanen.

lighed for at være til stede i forbindelse med hovedmåltiderne, samt ved mellemmåltiderne formiddag, eftermiddag og aften samt evt. sen aften. Det samme gælder for ældre, der får sondeernæring.

### Litteratur

---

BECK, A.M.:  
*Når maden bringes ud.*  
Helse 1999;48-9.

KRASSIE, J.; SMART, C.; ROBERTS, D.C.K.: *A review of the nutritional needs of Meals on Wheels consumers and factors associated with the provision of an effective Meals on Wheels service – an Australian perspective.*  
Eur J Clin Nutr 2000;54:275-80.





# Bilag og indeks



# Bilag 1

# Basisbøger og lærebøger

ANDERSEN, N.L.; FAGT, S.; GROTH, M.V.;  
HARTKOPP, H.B.; MØLLER, A.; OVESEN, L.;  
WARMING, D.L.:  
*Danskernes kostvaner 1995 – Hoved-  
resultater.* Levnedsmiddelstyrelsen,  
publikation nr. 235, 1996.

AVLUND, K.; DYRHOLM, I-L.; HOLSTEIN,  
B.E.; INGERSLEV, J. (redaktører):  
*Forebyggelse i alderdommen.*  
Dafolo Forlag og Dansk Gerontologisk  
Selskab, 2000.

ASTRUP, A.; GARBY, L.; STENDER, S.  
(redaktører): *Menneskets ernæring –  
fra molekylærbiologi til sociologi.*  
Munksgaard forlag, København, 1997.

BECK, A.M.; ELSIG, M.; THACKER, S. M.  
(redaktører): *Offentlig måltidsservice  
til ældre – et inspirationsmateriale til  
kommuner og amter om ældre og er-  
næring.* Fødevarerdirektoratet.  
Fødevarer rapport 2000;17.

BUNDGAARD, K.M.; CHRISTENSEN, B.T.:  
*En bid af ældres hverdagsliv.*  
Ergoterapeutskolen, 1999.

ELVBAKKEN, K.T.:  
*Mat, alderdom og eldreomsorg.*  
Kommuneforlaget, Oslo, 1993.

FAGT, S.; GROTH, M.V.; ANDERSEN, N.L.:  
*Danskernes kostvaner 1995 – mad og  
måltider.* Fødevarerdirektoratet.  
Fødevarer rapport 2000;06 (resume på  
[www.foedevaredirektoratet.dk](http://www.foedevaredirektoratet.dk)).

FYNS AMT. *Leveråd. Træning og anden  
indsats til faldtruede ældre – forebyg-  
gelse af ældres fald.* Fyns Amt 2001  
(kan læses på [www.fyns-amt.dk](http://www.fyns-amt.dk)).

FØDEVAREDIREKTORATET/SUNDHEDS-  
STYRELSEN. *Osteoporose. Forebyggelse,  
diagnostik og behandling.*  
Sundhedsstyrelsens Publikationer, 2000  
(kan læses på [www.sst.dk](http://www.sst.dk)).

HESOV, I. (redaktør): *Klinisk Ernæring.*  
3. udgave. Munksgaards forlag,  
København, 1998.

KOFOD, J.: *Du er dem du spiser  
sammen med – et brugerperspektiv på  
den offentlige måltidsservice.*  
Fødevarerdirektoratet, 2000 (kan læses  
på [www.foedevaredirektoratet.dk](http://www.foedevaredirektoratet.dk)).

LEVNEDESMIDDELSTYRELSEN. *Jod – er der  
behov for berigelse af maden?*  
Levnedsmiddelstyrelsen, publikation  
nr. 230, 1995.

- MORLEY, J.E.; GLICK, Z.; RUBENSTEIN, L.Z. (editors): *Geriatric Nutrition – a comprehensive review. 2nd edition.* Raven Press, New York, 1995.
- OVESEN, L. (redaktør): *Kulhydrater – sundhed og sygdom.* Levnedsmiddelstyrelsen, publikation nr. 24, 1994.
- OVESEN, L.; ALLINGSTRUP, L.; POULSEN, I.: *Ernæring og diætetik. 8. udgave.* Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København, 1999.
- LEVNEDSMIDDELSTYRELSEN. *Offentlig kostforplejning i Danmark. Bind 1 og 2. Betænkning nr. 1334.* Levnedsmiddelstyrelsen, 1997.
- PEDERSEN, A.; OVESEN, L. (redaktører): *Anbefalinger for den danske institutionskost. 3. udgave.* Økonomiskolen i København og Veterinær- og Fødevarerdirektoratet. Fødevarer rapport 2000;08 (kan læses på [www.foedevaredirektoratet.dk](http://www.foedevaredirektoratet.dk)).
- RASMUSSEN, L.B.; HANSEN, G.L.; HANSEN, E.; KOCH, B.; MOSEKILDE, L.; MØLGÅRD, C.; SØRENSEN, O.H.; OVESEN, L.: *Vitamin D – bør forsyningen i den danske befolkning bedres.* Veterinær- og Fødevarerdirektoratet, publikation nr. 246, 1998 (kan læses på [www.foedevaredirektoratet.dk](http://www.foedevaredirektoratet.dk)).
- SANDSTRÖM, B.; ARO, A.; BECKER, W.; LYHNE, N.; PEDERSEN, J.I.; ÞÓRSDÓTTIR, I.: *Nordiska näringsrekommendationer (NNA)1996.* Nord 1996;28.
- SOCIALSTYRELSEN. *Hvordan plejer vi? – om udviklingsmuligheder på plejehjem.* Socialstyrelsen, 1986.
- SOCIALSTYRELSEN. *Näringsproblemer i vård & omsorg. Prevention och behandling. SOS-rapport 2000;11* (kan læses på [www.sos.se](http://www.sos.se)).
- TROLLE, E.; FAGT, S.; OVESEN, L. (redaktører): *Frukt og gröntsager – anbefalinger for indtagelse.* Veterinær- og Fødevarerdirektoratet, publikation nr. 244, 1998 (kan læses på [www.foedevaredirektoratet.dk](http://www.foedevaredirektoratet.dk)).
- ÆLDREFORUM. *Måltidet og ældre i eget hjem.* ÆldreForum, 2001 (kan læses på [www.aeldreforum.sm.dk](http://www.aeldreforum.sm.dk)).

# Indeks

(Del og sidetal)

## a

Aktivitetsfaktor (AF) 3.10  
Alkohol 3.17  
Almentilstand 2.12  
Ansvar 1.29  
Antidumping diæt 2.70  
Apopleksi (slagtilfælde) 2.61  
Appetit 2.27, 2.29, 2.34  
Apraxi 2.54  
Aspirere (til lungerne) 2.61, 3.63  
Autorisationsbekendtgørelse 1.19

## b

Bagatelgrænse 1.19  
Bakkeservering 1.23  
Bakterier 2.22  
Bakteriesporer 2.23, 2.94  
Balanceflora 2.22  
Basalstofskifte (BMR) 3.9  
Basisbøger 1.40  
Berigelsesprodukter 3.54  
Biret 2.14  
Blodsukker 3.68  
BMI (Body Mass Index) 2.9  
Bolus (interval indløb) 3.61  
Bordsservering 1.23  
Brugerråd 1.14  
Brugertilfredshed 1.14  
Brugerundersøgelser 1.14  
Buffet 1.23

## c

Calcium 2.86, 3.18  
Cook-chill 1.25  
Cook-serve 1.24

## d

Dehydrering 3.26  
Demens 2.53, 2.98  
Depression 2.19  
Diabetes (type 2) 3.67

Diabetesdiæt 3.68  
Diaré 2.70, 2.83, 3.64  
Diætbehandling (individuel) 3.67, 3.73, 3.77, 3.81  
Diætchokolade 3.70  
Diæter 2.20  
Drikkevarer 3.27  
Duft 2.28  
D-vitamin 2.86, 3.18  
Dø 1.32  
Dårlig ernæringstilstand 2.13, 2.15

## e

Energibehov 3.11  
Energifordeling 3.16  
Energiindtag 2.10  
Energireduceret diabetesdiæt 3.71  
Energireduceret diæt 3.78  
Energirige drikkevarer 3.45  
Energirig mad og drikke 1.35  
Energitrin 3.13  
Ensomhed 1.10  
Ernæringspumpe 3.60  
Ernæringssæt 3.60  
Ernæringsterapi 1.16, 1.37, 2.17  
Ernæringsterapiplan 2.18  
Ernæringstilskud 3.53  
Ernæringstilstand 2.9

## f

Fald 2.88  
Faste 3.30  
Fedt- og kolesterolmodificeret diæt 3.74  
Fedt-reduceret diæt 2.71  
Fejlsynkning 2.65, 3.51  
Fiberrig diæt 2.82  
Fibertabletter 2.83  
Finger-venlig mad 2.55  
Fordærvelsesbakterier 2.22  
Forstoppelse (obstipation) 2.70, 2.82  
Fortykningsmidler 3.51

Fravalg (af mad og drikke) 1.18, 1.32  
Funktionstab 2.16  
Fysisk aktivitetsniveau 3.9  
Fysisk funktionsevne 2.19, 2.33  
Fysisk træning 2.34, 2.39

## g

Gelékost 3.50  
Gennemsnitskost 3.36  
Gratinkost 3.49  
Gæster 1.18

## h

Hakket kost 3.49  
Hjemmepleje 1.36  
Hjælp til spising 2.37  
Hjælpe-middelcentral 2.37  
Hjælpe-middeldatabase 2.39  
Hjælpe-midler til spising 2.36, 2.78  
Holdbarhed 1.24, 1.27, 2.25, 2.96  
Hovedret 1.37  
HVEM-skema 1.30  
Hygiejne 2.23  
Hygiejnebekendtgørelsen 1.20  
Højde 2.10  
Håndledsbandager 2.80

## i

Ikke-komplette produkter 3.54  
Immunforsvar 2.21  
Indlæggelse 1.20  
Indvandrere 3.29, 3.86  
Infektion 2.20  
Interaktion 2.47  
Interval indløb (bolus) 3.61  
Iskæmisk hjertesygdom 3.73

## k

Klinisk diætist 1.32  
Kommunikation 1.11

Komplette produkter 3.54  
Konfusion 1.18  
Konsistens 3.48  
Kontaktperson 1.16, 1.21, 3.58  
Kontinuerligt indløb 3.60  
Kost til småtspisende 3.40  
Kostfaglig uddannelse 1.19  
Kostfiber 2.82, 3.16  
Kostfibertilskud 2.83  
Kostpolitik 1.14  
Kostregistrering 1.15, 2.11  
Kostråd 2.31, 3.88  
Kostskema til ældre 1.11, 2.90  
Kostudvalg 1.16  
Kronisk hjertesygdom 2.75  
Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) 2.73  
Kropsmasseindeks (BMI) 2.9  
Krydderier 2.29, 3.34  
Kræft 2.67  
Kulhydratpulver 3.54  
Kunstig spyt 2.45  
Kvalme 2.69  
Køkkenhygiejne 2.21  
Køkkenleder 1.31  
Køleskabe 2.24  
Kølet mad 1.25

## l

Laboratorieundersøgelser 2.12  
Leddegigt 2.77  
Ledelsen 1.29  
Levnedsmiddelhygiejne 1.18, 1.19, 2.21  
Levnedsmiddelloven 1.20  
Light 3.27, 3.70  
Livretter 2.71  
Lugt 2.28  
Lægemidler 2.47  
Lægen 1.30  
Lærebøger 1.40

# Indeks

(Del og sidetal)

## m

Madaversion 2.71  
Madforgiftning 2.22, 2.94  
Madklubber 1.11  
Madkultur 1.9, 1.14, 3.31, 3.86  
Madlavning 1.18  
Madudbringning 1.37  
Mave-tarm problemer 2.81  
Medicin 2.47  
Mellemmåltider 3.20, 3.44  
Menuplan 1.16  
Mineraler 3.17, 3.84, 3.85  
Modifieret Atmosfære Pakning (MAP) 1.25  
Monoumættet fedt 3.16  
Motion 2.31  
Mundhygiejne 2.42  
Mundskyllevand 2.42  
Mundstimulation 2.64  
Mundtørhed 2.44  
Muskelmasse 2.31  
Muskelstyrke 2.31  
Mæthed 2.27  
Mættet fedt 3.16  
Måltidskultur 1.9  
Måltidsservice 1.9, 1.13

## n

Nasogastrisk sonde 3.59  
Natrium- og væskereduceret diæt 2.76  
Nedkøling 1.26, 2.23  
Normalkost til ældre 3.20  
Normalvægt 2.10  
Nyttige bakterier 2.22  
Næringsstofanbefalinger 3.15, 3.84  
Næringsstoftæthed 3.17, 3.85

## o

Omsorgstandpleje 2.42  
Opfølgning 2.18  
Opgavefordeling 1.29  
Opkast 2.69

Optøning 2.25  
Opvarmning (gen-) 1.24, 2.23, 2.25  
Osteoporose (knogleskørhed) 2.85  
Overvægt 2.10, 3.77

## p

Palliativ 1.33  
Parkinsons sygdom 2.57  
PEG (Perkutan Endoskopisk Gastrostomi) 3.59  
Plasma-kolesterol 2.76, 3.74  
Plejehjem og plejebolig 1.35  
Plejestandard 1.17  
Polyumættet fedt 3.16  
Portion 1.31, 2.12  
Produktionsmetoder 1.24  
Protein 2.58  
Proteinbehov 3.12  
Proteinholdige ernæringstilskud 3.55  
Proteinpulver 3.55  
Protese 2.41  
Purinreduceret diæt 3.82

## r

Religion 3.30  
Risikofaktorer 1.36, 2.16, 2.19

## s

Satellitkøkken 1.16  
Serveringsformer 1.23  
Siddestilling 2.63  
Skånekost 2.83  
Slanke-tallerkenmodellen 3.71, 3.78  
Smag 2.28  
Smagspaneler 1.14  
Smørebrødmodellen 3.68  
Småtpisende 3.39  
Sociale betydning 1.10, 2.32, 2.55  
Social- og sundhedsassistent 1.30  
Sollys 2.34  
Sondeernæring 3.57

Sous-vide 1.25  
Spisefunktion 2.53  
Spisemiljø 1.17  
Spiseproblemer 2.54, 2.98  
Spisetræning 2.63  
Stressfaktor (SF) 3.10  
Sukker 3.17  
Sult 2.27  
Sygdom 3.10  
Sygdomsbakterier 1.26, 2.22, 2.94  
Sygehus 1.20  
Sygehuskost 3.36  
Sygeplejerske 1.30  
Sygesikringstilskud 3.55, 3.64  
Syn 2.37  
Sødemidler 3.70

## t

Tallerkenmodellen 3.68  
Tandbørstning 2.42  
Tandstatus 2.41  
Tid 1.17  
Tomme kalorier 3.17  
Transfedt 3.16  
Triglycerid 3.74  
Tryksår 3.55  
Tygge- og synkefunktion 3.48  
Tygge- og synkeproblemer 2.62, 3.47  
Tykt- og Tyndtflydende kost 3.51  
Tygge-/synkevenlig kost 3.49  
Tørst 1.33, 3.26

## u

Udskrivelse 1.21  
Undervægt 2.10  
Urinsur gigt 3.81

## v

Varedeklaration 3.23  
Varmholdt mad 1.24

Vejestol 2.10  
Vejning 2.10  
Vi-grupper 1.11  
Vitaminer 3.17, 3.84, 3.85  
Vitamin-mineral tablet 3.18  
Vitamin-mineral tilskud 3.18  
Vægt 2.10  
Vægttab 2.10, 3.77  
Vægtøgning 3.11  
Vægtøgningfaktor (VF) 3.11  
Væske 3.25  
Væskeskema 3.27

## ø

Ødemer 2.10  
Økologi 1.14  
Økonoma 1.31

## å

Årstidsvariation 1.14

Måltidet er en del af vores identitet, vores kultur, vores sociale adfærd, kort sagt vores liv. Måltidet må også gerne være en inspiration til konstruktive diskussioner om smag, kvalitet og madkultur. Det betyder, at den kulinariske kvalitet skal være i top samtidigt med, at mad og drikke skal være ernæringsmæssigt i orden og fremstillet under hensyntagen til god hygiejne. Der er derfor et stort ansvar forbundet med at beskæftige sig med måltider til ældre.

Mange ældre på plejehjem, i plejeboliger og i hjemmepleje er i dårlig ernæringsstilstand, hvilket bl.a. medfører nedsat funktionsevne, øget sygelighed og dermed nedsat livskvalitet og livslust.

*Uden mad og drikke...* er skrevet til det pleje- og køkkenpersonale, de læger og ledere samt alle andre faggrupper der har ansvaret for og arbejder med de måltider, der tilbydes ældre på plejehjem, i plejebolig eller i hjemmepleje. Bogen er delt i 3. Del 1 beskæftiger sig med forskellige problemstillinger i forhold

til måltider. Del 2 omhandler forskellige risikofaktorer der kan påvirke ældres indtag af mad og drikke og giver forslag til, hvordan problemerne kan løses. Del 3 giver konkrete forslag til forskellige typer af menuer, der bør kunne tilbydes ældre på plejehjem, i plejebolig og i hjemmepleje. I alle 3 dele er der anbefalinger for og tips til, hvordan ældre får mest mulig glæde af måltiderne.

At måltidet får endnu større betydning, når ældre bliver afhængige af offentlig pleje, skyldes at de ikke længere skal eller kan forretage sig mange af de ting, der hidtil har fyldt dagene op. Derved får ældre mere fokus på det, de stadig kan have indflydelse på – som fx mad og drikke.

Når målet er at styrke ældres glæde ved den sidste del af livet, burde det være indlysende at der ikke kan sættes nok på de nydelser, de har tilbage i tilværelsen.

Måltidet er således et godt sted at sætte ind for at øge livskvaliteten og livslysten hos ældre.