

Måltidsservice på plejecentre

Status og forslag til initiativer

Udarbejdet af:
Anne Marie Beck
Jens Kofod

Måltidsservice på plejecentre

Status og forslag til initiativer

FødevarerRapport 2003:04

1. udgave, 1. oplag september 2002

Copyright: Fødevaredirektoratet

Oplag: 500 eksemplarer

Tryk: Schultz

ISBN: 87-91189-80-2

ISSN: 1399-0829

Forsidetegning: Laura Brøchner-Mortensen

Pris: Kr. 80,00

Id-nummer 2003004

Prissatte publikationer kan købes i boghandelen eller hos:

Danmark.dk's netboghandel

Tlf. 1881 (Danmark)

Tel. +45 70 10 18 81 (International calls)

E-post: Sp@itst.dk

www.danmark.dk/netboghandel

Rapporten findes i elektronisk form på adressen:

www.fdir.dk

Fødevaredirektoratet

Mørkhøj Bygade 19, DK-2860 Søborg

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

Fødevaredirektoratet er en del af Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri. Direktoratet står for administration, forskning og kontrol på veterinær- og fødevarerområdet.

Kontrollen med fødevarer og tilsyn med veterinære forhold varetages af 11 fødevareregioner fordelt over hele landet, mens regeludarbejdelse, koordination af kontrollen og forskning foregår i Mørkhøj ved København.

Fødevaredirektoratet har ca. 1.600 årsværk i regionerne og ca. 550 i Mørkhøj.

Indholdsfortegnelse

1	Forord	5
2	Ordforklaringer og definitioner	6
3	Indledning.....	9
4	Metode og materiale.....	11
5	Maden	13
5.1	Resultater.....	14
5.2	Diskussion	15
5.3	Forslag til initiativer.....	16
6	"Ernæringen"	19
6.1	Resultater	19
6.2	Diskussion	20
6.3	Forslag til initiativer.....	22
7	Beboernes indflydelse	25
7.1	Resultater	26
7.2	Diskussion	28
7.3	Forslag til initiativer.....	31
8	Spisemiljøet og måltidets sociale aspekt	33
8.1	Resultater	34
8.2	Diskussion	37
8.3	Forslag til initiativer.....	39
9	Konklusion	41
10	Referencer	42
11	Resume.....	45
12	Bilag 1. Spørgeskema	46

1 Forord

I 1997 konkluderede Betænkning om offentlig kostforplejning (Levnedsmiddelstyrelsen 1997), at der var behov for en generel opprioritering af den offentlige måltidsservice til ældre på alle niveauer, og fremkom med forslag til en række initiativer i relation til hhv. det brugerorienterede, det produktionsorienterede, det politiske og administrative og det vidensorienterede. Siden da er der sket en masse på området - ikke mindst i relation til de ældre brugere, hvor der bl.a. er blevet sat fokus på betydningen af det sociale aspekt af måltidet.

Det blev derfor besluttet at gennemføre en spørgeskemaundersøgelse, for at få et billede af den måltidsservice, der på nuværende tidspunkt tilbydes ældre beboere på plejecentre, herunder specifikt at få beskrevet de initiativer, der er iværksat rundt om i landet i relation til spisemiljøet og det sociale aspekt. Resultatet af spørgeskemaundersøgelsen danner, sammen med bl.a. den eksisterende litteratur på området, baggrund for rapporten og dens forslag til yderligere initiativer i relation til måltidsservice på plejecentre.

Tak til alle dem der, på trods af en travl sommerferieperiode, brugte tid på at udfylde spørgeskemaerne. En særlig tak til faglig sekretær Kirsten Skovsby, cand. scient. pol. Signe Louise Tholstrup og afdelingsforstander Lars Ovesen for værdifulde kommentarer.

Anne Marie Beck og Jens Kofod august 2003.

2 Ordforklaringer og definitioner

BMI (kropsmasseindeks) er vægt (i kg) delt med højde i meter i anden potens (i m²). Benyttes til at definere *undervægt*, *normalvægt*, *overvægt* og *fedme*.

Diæter er *kostformer* med videnskabelig dokumenteret forebyggende, behandlende eller diagnostisk effekt. De forskellige diæter, er nærmere beskrevet i Uden mad og drikke...del 3 (Beck et al. 2002a) og Anbefalinger for den danske institutionskost (Pedersen & Ovesen 2000).

Ernæringsmæssige risikofaktorer er faktorer, der kan påvirke ældres energiindtag og dermed deres *ernæringstilstand*. Eksempler er akut og kronisk sygdom, dårlig tandstatus, tygge- og synkeproblemer, depression, demens, forkerte kostformer, nedsat fysisk funktionsevne, stort medicinforbrug, sygehusophold, social isolation og "påtvunget" spisefællesskab.

Ernæringspraksis er en systematisk indsats med henblik på at opnå et plejecenter, hvor beboernes ernæring er i fokus.

Ernæringsterapi er en ekstra indsats for at sikre et tilstrækkeligt indtag af mad og drikke, hvis ældre er *undervægtige* eller er småtspisende. I ernæringsterapi indgår, at energibehovet beregnes, og at der skal lægges en plan for den mad og drikke, der skal indtages i løbet af en dag. Desuden skal der udarbejdes en plan for, hvordan effekten af ernæringsterapien skal måles – eksempelvis ved ugentlige vejninger og daglige kostregistreringer.

Ernæringstilstand vurderes ved at undersøge kostindtag, højde, vægt (med henblik på udregning af *BMI*) samt størrelsen af et evt. vægttab. Desuden bør der indgå en vurdering af, om der er tab af muskel- og fedtvæv, om der er ødemer eller hud- og slimhindeforandringer, og om der er tegn på mangel af vitaminer og mineraler.

En indikator er en målbar variabel, som anvendes til at belyse, i hvilken grad målet for kvalitet er opfyldt.

Kost er betegnelsen for den *mad*, man spiser over en periode. Kostens sammensætning over en længere periode er bestemmende for *ernæringstilstanden*.

Kostformer er bl.a. Sygehuskost, Normalkost til ældre, Kost til småtspisende og *diæter*. De forskellige kostformer er nærmere beskrevet i Uden mad og drikke...del 3 (Beck et al. 2002a) og Anbefalinger for den danske institutionskost (Pedersen & Ovesen 2000).

Kosthåndbogen indeholder typisk information om de forskellige *kostformer*, der tilbydes på plejecentret, samt deres anvendelse, diætprincipper, praktiske råd, anbefalinger for hyppigheden af måltiderne, litteraturhenvisninger, dagskostforslag med makronæringsstoffordeling samt lister med levnedsmidler, der anbefales og frarådes. Den er et væsentlig redskab i forbindelse med både implementering og fastholdelse af den valgte *mad- og måltidspolitik*.

Mad bruges i den brede betydning, som omfatter råvarer, retter, drikkevarer og *menuer*.

Mad- og måltidspolitik fastlægger bl.a. procedurer for en systematisk vurdering af beboernes kostindtag og *ernæringstilstand*, planlægning og iværksættelse af *ernæringsterapi*, kontrol og opfølgning af indsatsen, ansvarsfordeling for varetagelse af opgaverne, kompetenceudvikling (dvs. viden og uddannelse), organisering af *måltidsservicen* – herunder spisemiljøet og ressourcer til løsning af opgaverne samt kommunikation mellem beboer og personale, afdeling og køkken.

Menu er en komposition af retter og drikkevarer, som kan danne grundlag for et *måltid*.

Måltider er et forløb af begivenheder. Dette strækker sig fra tilberedning af levnedsmidler og borddækning. Videre til at der kaldes sammen, og at måltidets deltagere spiser og konverserer. Forløbet afsluttes evt. med kaffe.

Måltidets sociale aspekt omfatter samværet mellem de plejecenterbeboere der sidder sammen ved det bord og det personale, der enten sidder med ved bordet eller arbejder umiddelbart i tilknytning til denne spisesituation.

Måltidskvalitet omfatter brugernes vurdering af madens smag, duft, udseende, konsistens og temperatur samt valgmuligheder/fleksibilitet i forhold til madens sammensætning. Endelig indgår brugernes vurdering af *spisemiljøet* i måltidskvaliteten.

Måltidsservice er en bredere definition af ordet kostforplejning, hvor kostforplejning og det ernæringsmæssige kombineres med fokus på måltidets sociale aspekt.

Måltidsservice er således ikke kun et spørgsmål om den *kostform*, der serveres, men også om en række ydre faktorer, der til sammen skaber *måltidets sociale aspekt*.

Spisemiljø omfatter de fysiske omgivelser og rammer, hvorunder maden indtages. For eksempel bordenes form, opdækning med dug, blomster, servietter o. lign.

Standard er det mål for kvalitet, man i den konkrete situation indenfor en afgrænset tidsperiode og ressourceramme arbejder efter at nå eller fastholde.

Undervægt er defineret som et *BMI* <24 hos ældre over 65 år. For yngre er definitionen *BMI* <18.5.

3 Indledning

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. At måltidet får endnu større betydning, når ældre bliver afhængig af offentlig pleje, skyldes at de ikke længere skal eller kan foretage 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.

En lang række faktorer kan påvirke ældres appetit og dermed deres ernæringstilstand. Det kan fx være akut og kronisk sygdom, dårlig tandstatus, tygge- og synkeproblemer, depression, demens, forkerte kostformer, nedsat fysisk funktionsevne, stort medicinforbrug, sygehusophold, social isolation og "påtvunget" spisefællesskab (Kofod 2000a, Beck et al. 2002a, Ingerslev et al. 2002). Mange af disse ernæringsmæssige risikofaktorer er hyppigt udbredt blandt plejekrævende ældre. Konsekvensen er, at en stor del af de ældre på plejecentre¹ og i hjemmepleje er i dårlig ernæringstilstand, hvilket bl.a. medfører yderligere nedsat funktionsevne fysisk, mentalt og socialt, øget sygelighed og dermed nedsat livskvalitet og livslyst.

De mange risikofaktorer gør, at der ofte vil være behov for en tværfaglig indsats for at rette op på de ældres ernæringstilstand.

Der er dog klare holdepunkter for, at en forbedring af spisemiljøet kan føre til et forøget indtag af mad og drikke hos beboere på plejecentre (Elmståhl 1988, Ragneskog et al. 1996, Matthey et al. 2001). Der er også meget, der tyder på, at tilbud om hyppige, små energitætte måltider kan forbedre de ældres ernæringstilstand og funktionsevne (Beck et al. 2002b, Færgeman 2003, Henriksen et al. 2003, Olin et al. 2003). Erfaringer viser tillige, at man ved at inddrage de ældre i madlavningen får skabt langt større interesse omkring spisesituationen og øget appetit hos de ældre.

Den offentlige måltidsservice er således et godt sted at sætte ind for at øge ernæringstilstanden, livskvaliteten og livslysten hos ældre.

I 1997 pegede Betænkning om offentlig kostforplejning (Levnedsmiddelstyrelsen 1997) dog på en række problemstillinger indenfor netop måltidsservicen til ældre og fremkom også med en række forslag til initiativer.

Siden da er der sket en masse på området. Bl.a. er der tegn på, at interessen for ernæring og det sociale aspekt er stigende, idet stadigt flere får øjnene op for måltidernes betydning i forhold til den samlede opgavevaretagelse på ældreområdet.

¹ Plejecentre er her plejehjem, plejeboliger, bo- og levemiljøer, genoptræningsafsnit, aflastningsafsnit og demensenheder.

Det blev derfor besluttet at gennemføre en spørgeskemaundersøgelse, for at få et billede af den måltidsservice, der på nuværende tidspunkt tilbydes ældre beboere på plejecentre, herunder specifikt at få beskrevet de initiativer, der er iværksat rundt om i landet i relation til spisemiljøet og det sociale aspekt. Resultaterne skulle bruges til at afdække eventuelle problemstillinger, hvor der er behov for yderligere initiativer.

4 Metode og materiale

I juni 2002 blev der, på baggrund af oplysninger fra Økonomaforeningen, udsendt 1spørgeskema (bilag 1) til alle de køkkener i landet, der var involveret i måltidsservice til ældre. Formålet var at få et overblik over den måltidsservice, der på nuværende tidspunkt tilbydes ældre beboere på plejecentre, og ikke mindst få indblik i de mange gode initiativer, der allerede findes rundt omkring i relation til måltidet. Opbygningen af spørgeskemaet tog udgangspunkt i det skema, der var anvendt i forbindelse med udarbejdelsen af Betænkning om offentlig kostforplejning (Levnedsmiddelstyrelsen 1997), suppleret med spørgsmål vedr. spisemiljøet.

Knap 400 (46%) besvarede henvendelsen. Heraf var 314 involveret i måltidsservice på plejecentre for i alt 16.912 beboere. Besvarelsene dækker dermed en tredjedel af landets beboere på plejecentre (Danmarks Statistik 2003). En tredjedel af plejecentrene sendte spørgeskemaets sidste del ud til besvarelse på i alt 556 afdelinger. Fordelingen af besvarelsene på hhv. landsdel og faggruppe samt størrelse af plejecenter fremgår af tabel 1a og 1b.

Tabel 1a. Spørgeskemaundersøgelsens svarfordeling (%) på hhv. landsdel og faggruppe (n=314).

Landsdel	Fordeling (%)	Faggruppe	Fordeling (%)
København	16,9	Ledende økonoma	40,1
Sjælland	17,2	Økonoma	16,9
Fyn	9,9	Køkkenleder	22,3
Jylland	54,4	Køkkenassistent	4,1
Bornholm	0,6	Kok	0,6
Mangler	1,0	Plejepersonale o. lign.	5,7
		Mangler	10,3

Tabel 1b. Spørgeskemaundersøgelsens svarfordeling (%) på størrelse af plejecentre (n=314). Til sammenligning er resultaterne fra Betænkning om offentlig kostforplejning anført (n=819).

Plejecenterstørrelse	Spørgeskema (2002)	Betænkning (1997)
<25 beboere	16,2	15,5

25-75 beboere	66,6	50,0
≥75 beboere	17,2	34,5 *

* Den tilsyneladende store forskel på plejecentrenes størrelse, afspejler formodentlig den ændring af hele byggekonceptet, der har fundet sted i den mellemliggende periode.

De overordnede resultater af spørgeskemaundersøgelsen i forhold til den nuværende måltidsservice på landets plejecentre, vil blive diskuteret i de følgende afsnit med udgangspunkt i de 4 hovedområder: 1) Maden, 2) "Ernæringen", 3) Beboernes indflydelse og 4) Spisemiljøet og måltidets sociale aspekt, samt i den eksisterende litteratur på området. Hvor det er relevant, vil de specifikke resultater af spørgeskemaundersøgelsen blive vist. På baggrund af overvejelser om de *mulige* årsager til de identificerede problemer foreslås en række nationale, kommunale og lokale initiativer til, hvordan måltidsservicen med fordel kan ændres samt til, hvor det kan være relevant med yderligere undersøgelser.

5 Maden

Mange ældre på plejecentre er i dårlig ernæringstilstand eller småtspisende og præget af kroniske sygdomme. Utilstrækkeligt energiindtag i forhold til anbefalingerne er fundet hos op til 90% af de ældre, som bor på plejecentre (Ingerslev et al. 2002).

En konsekvens af et utilstrækkeligt energiindtag er væggtab. Forekomsten heraf blandt plejecenterbeboere er fundet at variere mellem 10 og 60%, afhængigt af hvilke kriterier, der er anvendt og hvilken population, der er undersøgt (Ingerslev et al. 2002). En anden mulig konsekvens af et utilstrækkeligt energiindtag over længere tid er et fald i BMI til under normalområdet. Danske undersøgelser af ernæringstilstanden hos godt 4000 plejkrævende ældre har vist, at mere end halvdelen af de ældre har BMI < 24 (Beck et al. 2001, Beck et al. 2002a, Beck & Ovesen 2002a, Beck & Ovesen 2002b, Beck & Ovesen 2003, Findling 2003, Færgeman 2003, Henriksen et al. 2003).

Årsagerne hertil kan være mange. Det kan fx være akut og kronisk sygdom, dårlig tandstatus, tygge- og synkeproblemer, depression, demens, forkerte kostformer, nedsat fysisk funktionsevne, stort medicinforbrug, sygehusophold, social isolation og "påtvunget" spisefællesskab (Kofod 2000a, Beck et al. 2002a, Ingerslev et al. 2002) – alle faktorer, der er udbredt blandt plejkrævende ældre (Ingerslev et al. 2002).

Selvom de ernæringsmæssige risikofaktorer gør, at der ofte vil være behov for en tværfaglig indsats for at rette op på de ældres ernæringstilstand, så er der dog meget, der tyder på, at tilbud om hyppige, små energitætte måltider har en vigtig rolle i den sammenhæng (Beck et al. 2002b, Færgeman 2003, Henriksen et al. 2003, Olin et al. 2003). Fra officiel side anbefales det derfor, at de fleste ældre beboere får serveret mad og drikke svarende til kostformerne *Sygehuskost*, *Kost til småtspisende* og *Tygge-/synkevenlig kost* med stor energitæthed, samt energirige drikkevarer. 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* (Pedersen & Ovesen 2000, Beck et al. 2002a).

Ligeledes vil mange ældre modtagere af madudbringning være i dårlig ernæringstilstand og have en høj forekomst af ernæringsmæssige risikofaktorer.

Fra officiel side anbefales derfor, at de også får serveret mad og drikke svarende til kostformerne *Sygehuskost*, *Kost til småtspisende* og *Tygge-/synkevenlig kost* samt energirige drikkevarer.

Herudover bør de kunne tilbydes *Normalkost til ældre* samt de forskellige diæter (Pedersen & Ovesen 2000, Beck et al. 2002a).

Med hensyn til diæter gælder, at de kan være en medvirkende faktor til ældres dårlige ernæringstilstand. Eksempelvis kan det være vanskeligt for ældre med nedsat appetit at spise en *Diabetesdiæt* eller en *Fedt- og kolesterolmodificeret diæt* med et højt indhold af brød, gryn, kartofler,

frugt og grøntsager, som fylder og mætter meget. Sådanne diæter bør derfor kun tilbydes ældre, der er i god ernæringstilstand (Beck et al. 2002a).

5.1 Resultater

Resultatet af spørgeskemaundersøgelsen viser, at tre fjerdedele af køkkenerne svarer, at de helt (28,7%) eller delvis (51,9%) laver mad ud fra de officielle anbefalinger i Anbefalinger for den danske institutionskost. Syv procent ved ikke om maden følger disse, formodentlig fordi der er tale om modtagerkøkkener.

Hypigheden af produktionen af de forskellige kostformer er vist i tabel 2a og 2b. De viste fordelinger dækker typisk både over maden produceret til plejecentre og til madudbringningsordninger.

Tabel 2a. Hypigheden (%) af forskellige kostformer produceret til ældre modtagere af måltidsservice (plejecentre og madudbringning). Det totale antal er 32.019.

Kostform	Hypighed (%)
Normalkost til ældre (ca. 30E% fedt)	41,3
Sygehuskost (ca. 40E% fedt)	29,3
Kost til småtspisende (ca. 50E% fedt)	7,1
Hakket kost	8,0
Gratinkost	0,5
Blendet kost	2,2
Gelékost	0,1
Flydende kost	1,3
Vegetar menu	0,5
Etniske menuer	<0,1
Kræsekost	0,9
"Kan ikke lide"	4,6
Hjemmelavede energi- og proteinrige drikke	4,3
Industrifremstillede energi- og proteintilskud	0,5
Sondeernæring	0,5
Andre	1,4

Tabel 2b. Hypigheden (%) af forskellige diæter produceret til ældre modtagere af måltidsservice (plejecentre og madudbringning). Det totale antal er 5.572.

Diæt	Hypighed (%)
Diabetesdiæt	55,1

Energireduceret diabetesdiæt	7,7
Energireduceret diæt	4,6
Fedt- og kolesterolmodificeret diæt	5,4
Skånekost	6,0
Fiberrig diæt	0,2
Purinreduceret diæt	3,8
Glutenfri diæt	0,4
Diæt ved allergi overfor levnedsmidler	1,3
Laktosereduceret diæt	0,4
Diæt ved nyresygdom	0,7
Proteinrig diæt	5,0
Fedt reduceret diæt	5,1
Kolesterolreduceret diæt	1,9
Andre	2,5

5.2 Diskussion

Knap halvdelen (41,3%) af de ældre får tilbudt *Normalkost til ældre*, mens *Kost til småtspisende* kun udgør 7,1% (tabel 2a). Hyppigheden af de tilbudte kostformer afspejler dermed ikke den høje forekomst af småtspisende (op til 90%), som findes blandt disse ældre.

Ca. 15% af de ældre får tilbudt en diæt – heraf får størstedelen en *Diabetesdiæt* (tabel 2b). Langt de fleste af de øvrige diæter anvendes stort set ikke. Undtagelsen er *Skånekost*, og det på trods af, at det anbefales at denne diæt ikke længere bruges, da den ikke har nogen videnskabelig dokumenteret effekt (Pedersen & Ovesen 2000). I praksis kan det dog være svært at efterleve en sådan anbefaling – idet konsekvensen kan være, at den ældre ikke ønsker at spise den tilbudte mad.

På trods af at det ofte er meget ressourcekrævende for køkkener at fremstille diæter, er det formodentlig kun hos et fåtal af de ældre, hvor diætens effekt følges op – idet ingen plejecentre har tilknyttet klinisk diætist (Levnedsmiddelstyrelsen 1997).

En relativt stor del af de producerede kostformer (8%) udgøres af *Hakket kost*, mens *Gratinkost* og *Gelékost* næsten ikke anvendes (tabel 2a). Det er bemærkelsesværdigt, da en stor andel (25-30%) af ældre på plejecentre lider af følger efter hjerneblødning, demens, Parkinsons sygdom eller andet (Kholly et al. 1994), og dermed af den slags tygge- og synkeproblemer, som ofte ikke vil kunne afhjælpes med serveringen af en *Hakket kost*.

Køkkenerne tilbyder angiveligt kun sjældent (4,3%) hjemmelavede energi- og proteinrige drikke (tabel 2a). Det er på trods af, at disse drikke anbefales at udgøre en væsentlig del af de 6-8 måltider som *Kost til småtspisende* bør bestå af (Pedersen & Ovesen 2000, Beck et al. 2002a).

Årsagen til den manglende overensstemmelse med de officielle anbefalinger i Anbefalinger for den danske institutionskost kan være flere:

For det første sker der sjældent en vurdering af den ældres ernæringstilstand ved visitationen til måltidsservice eller efterfølgende (Sundhedsforvaltningen 2003).

For det andet sker der sjældent en opfølgning og evt. justering af den oprindelig tilbudte kostform (Levnedsmiddelstyrelsen 1997) – hvorfor ældre eksempelvis kan leve af *Hakket kost* i årevis, uanset om deres tygge- og synkeproblemer er blevet behandlet eller ej.

For det tredje benytter de færreste køkkener næringsberegnete opskrifter (se afsnittet om "Ernæringen") og har derfor reelt vanskeligt ved at vide, om de følger anbefalingerne. Den hyppigste kostform kan derfor meget vel være en blanding af *Normalkost til ældre* og *Sygehuskost* (Levnedsmiddelstyrelsen 1997).

For det fjerde er det formodentlig uklart for mange plejecenterkøkkener, at de officielle Anbefalinger for den danske institutionskost også indeholder anbefalinger for maden der tilbydes i hjemmepleje og på plejecentre, idet der eksempelvis tales om *Sygehuskost*.

For det femte er de anbefalede betegnelser for de forskellige kostformer næppe slået helt igennem – eksempelvis er *Kost til småtspisende* formodentlig det samme som *Kræsekost* og *Proteinrig diæt* (jf. tabel 2a og 2b).

For det sjette kan der være tale om at, plejepersonalet og beboerne mangler kendskab til køkkenets tilbud og derfor ikke benytter disse (Sørensen 2000).

5.3 Forslag til initiativer

Der er vigtigt, at der indføres metoder til vurdering af beboernes ernæringstilstand ved visitation og årlig revisitation til måltidsservice, for at øge sikkerheden for at måltidstilbuddet løbende tilpasses hver enkelt ældres ernæringstilstand, forekomst af ernæringsmæssige risikofaktorer samt individuelle ønsker.

Som hjælp til valg af metode til vurdering af de ældres ernæringstilstand findes der allerede nogle metoder, som har vist sig velegnede i denne sammenhæng (Ingerslev et al. 2002, Færgeman 2003). *Kostskema til ældre* er beregnet til brug for plejepersonalet i hjemmepleje, på plejecentre og ved forebyggende hjemmebesøg (Pedersen & Ovesen 2000). Kostskemaet indeholder 9 spørgsmål om hyppighed af indtag af en række mad- og drikkevarer. Disse spørgsmål har til formål at vurdere, om ældre er i risiko for at have et utilstrækkeligt indtag af næringsstoffer. På baggrund af svarene er det

muligt at skønne, hvorvidt ældres indtag af energi, calcium, vitamin C og vitamin D er i orden eller kræver en nærmere udredning (Beck & Ovesen 1999).

Mini-vurdering af ernæringstilstand (MNA) er et arbejdsredskab til lægelig vurdering af ernæringsmæssig risiko og indeholder 18 spørgsmål inden for 4 emneområder (fysiske mål, almen vurdering, kostvurdering og subjektiv vurdering) (Pedersen & Ovesen 2000). Ved udfyldelsen af skemaet er det muligt at opnå et maksimum pointantal på 30. På baggrund af vurderingen kan de ældre deles i 3 grupper; *dårlig ernæringstilstand*, *risiko for dårlig ernæringstilstand* eller *god ernæringstilstand*.

Mange af de spørgsmål, der indgår i MNA, vedrører en række af de ernæringsmæssige risikofaktorer, der kan påvirke ældres energiindtag og dermed ernæringstilstand. Selvom der hersker usikkerhed om, i hvor høj grad MNA er i stand til at identificere ældre i *risiko* for dårlig ernæringstilstand, kan skemaet være med til at identificere de områder, der kan give ældre problemer (Ingerslev et al. 2002).

Det er vigtigt, at de tilbudte kostformer lever op til de officielle anbefalinger. Alle tilbudte kostformer bør derfor være næringsberegne.

Som hjælp til de køkkener, der ikke har et kostberegningsprogram kan materialet *God mad gi'r livsglæde* bruges til at give et skøn over, hvorvidt de producerede kostformer lever op til hhv. *Normalkost til ældre* og *Sygehuskost*. *God mad gi'r livsglæde* er et undervisningsmateriale i tekst og billeder med i alt 25 transparenter, som omhandler mad og måltider til ældre. Materialet indeholder praktiske råd om madvarevalg, menuer, tilberedning og servering af de 2 kostformer (se nærmere på www.fdir.dk under publikationer). Alternativt kunne der ske en udveksling af næringsberegne menuer mellem køkkenerne i fx et lokalområde.

Der er vigtigt, at der gøres en indsats for at udbrede kendskabet til Anbefalinger for den danske institutionskost i primærsektoren.

En hjælp hertil kan være *Uden mad og drikke...* (Beck et al. 2002a). Den indeholder detaljerede beskrivelser af de forskellige kostformer, der findes i Anbefalinger for den danske institutionskost. Den giver råd og vejledning til, hvordan de anbefalede mængder af energi og næringsstoffer for *Normalkost til ældre*, *Sygehuskost*, *Kost til småtspisende*, *Tygge-/synkevenlig kost* samt de forskellige diæter omsættes til mad og drikke. En del af dette tilbud bør være sondeernæring, og publikationen giver en række anvisninger på, hvordan sondeernæring lykkes bedst muligt (se mere på www.fdir.dk).

Det er vigtigt, at der sker en ensretning af de anbefalede betegnelser for de forskellige kostformer.

Som hjælp hertil pågår der i øjeblikket et projekt i Fødevaredirektoratet, i samarbejde med Økonomaforeningen, Foreningen af Klinisk Diætister og Sundhedsstyrelsen med det formål at lave en standardisering af landets kosthåndbøger (den del, der indeholder de forskellige kostformer). Kosthåndbogen er et uvurderligt og vigtigt samarbejdsredskab køkken og afdeling imellem (se nærmere på www.altomkost.dk under Mad til mange).

Det er vigtigt, at få undersøgt, hvorvidt en øget indsats fra køkkenets side i forhold til at informere plejepersonalet om hvilke kostformer, der er tilgængelige, samt om relevansen af disse kostformer til forskellige grupper af ældre kan sikre, at hver enkelt beboer får den rette menu. En øget indsats kunne fx bestå i at inddrage køkkenpersonalet mere i serveringen af maden.

6 ”Ernæringen”

Fra officiel side anbefales det at læge og plejepersonale vurderer de ældres ernæringstilstand (bl.a. højde, vægt, væggtab og BMI), samt om der er sket ændringer ved indflytning på plejecenter og efterfølgende *mindst* 1 gang om måneden. En sådan vurdering gør det muligt at tilbyde den mest hensigtsmæssige kostform (Beck et al. 2002a).

Oplysningerne om de ældres vægt og BMI er desuden nødvendige for at kunne vurdere behovet for energi.

Oplysninger om det fysiske aktivitetsniveau indgår også i en sådan vurdering.

Ældres fysiske aktivitetsniveau varierer meget og i praksis betyder det, at der er stor forskel på, hvor meget mad og drikke den enkelte behøver for at holde vægten. I arbejdet med mad og drikke til ældre er det vigtigt at være opmærksom på dette, fordi ét energitrin sjældent vil dække behovet for energi hos alle.

For at tilgodese energibehovet hos så mange som muligt, anbefales det at de forskellige kostformer kan leveres med energitrin på 7, 9 og 12 MJ (Pedersen & Ovesen 2000, Beck et al. 2002a).

Når plejecenterbeboere har et utilstrækkeligt indtag af mad og drikke, har de ofte også et lavt indtag af vitaminer og mineraler, samt et lavt indhold af vitaminer og mineraler i blodet. Dette er påvist for en lang række vitaminer (C, D, E, thiamin, riboflavin, folsyre, B₆, B₁₂) og mineraler (jern, selen, zink) (Ingerslev et al. 2002).

Det er derfor endnu mere vigtigt, at den tilbudte mad er tilberedt efter næringsberegnete opskrifter, så madens energifordeling og indhold af næringsstoffer er kendt. Næringsberegningen er med til, at sikre en ernæringsmæssig ensartet høj kvalitet af maden og er en forudsætning for, at det anbefalede indtag af næringsstoffer kan nås, hvis der kan vælges mellem forskellige hoved- og biretter (Pedersen & Ovesen 2000).

6.1 Resultater

Resultatet af spørgeskemaundersøgelsen viser, at det kun er et fåtal (8,3%) af plejecentrene, der har oplysninger om de ældres ernæringstilstand.

Det er kun sjældent, at der er kendskab til energiindholdet i de producerede kostformer, og de, der kender energiindholdet, producerer tilsyneladende kun sjældent dagsmenuer med de anbefalede energitrin 7, 9 og 12 MJ (tabel 3).

Tabel 3. Kendskab til energiindhold i en dagsmenu (n=314).

Kendskab til energiindhold	Hypighed (%)
Ja	15,3
Ved ikke	54,1
Mangler	30,6
Andel af "Ja" med 7, 9 og 12 MJ	6,3

Kun ca. 1 ud af 20 køkkener anvender næringsbereggede opskrifter (tabel 4). Det samme var tilfældet i 1997, da udvalget om offentlig kostforplejning foretog deres undersøgelse (Levnedsmiddelstyrelsen 1997).

Tabel 4. Anvendelse af næringsbereggede opskrifter ifølge spørgeskemaundersøgelsen (n=292) og Betænkning om offentlig kostforplejning (n=821) (Levnedsmiddelstyrelsen 1997).

Svar	Spørgeskema (2002)	Betænkning (1997)
Ja, altid	5,2	7,0
Ja, oftest	17,8	19,0
Ja, af og til	34,3	41,0
Nej	39,0	28,0
Ved ikke	3,7	-

6.2 Diskussion

Det er yderst sjældent, at der sker en vurdering af de ældres ernæringstilstand, hvilket bekræftes af en række andre danske undersøgelser (Beck et al. 2001, Beck & Ovesen 2002a, Færgeman 2003, Kholý et al. 1994, Levnedsmiddelstyrelsen 1997).

I spørgeskemaundersøgelsen blev der alene spurgt om kendskabet til de ældre beboeres højde, vægt og BMI, men fra de andre undersøgelser vides det, at det også kun er meget sjældent at der sker en rutinemæssig vurdering af, hvor meget beboerne spiser.

Det samme gælder resultaterne med hensyn til den lave andel, der hhv. anvender næringsbereggede opskrifter (5,2%) og kender næringsindholdet af de tilbudte kostformer (15,3%) (tabel 3 og 4). I udvalget om offentlig kostforplejnings undersøgelse, var andelen af sidstnævnte tilsvarende lav (14%). I stedet lyttede mange til brugerønsker om fed og traditionel mad, og benyttede sig af tommelfingerregler, dvs. nogle dage med kød, andre med fiskeretter osv. (Levnedsmiddelstyrelsen 1997).

Ældre beboere på plejecentre kan være afhængig af mad fra det offentlige i årevis. Det er derfor særdeles problematisk, at der er så lidt viden om energi- og næringsstofindholdet i den serverede mad, idet det kan være en medvirkende årsag til den høje forekomst af dårlig ernæringstilstand. Fra udenlandske undersøgelser er der skrevet om et "tynd mand, tyk kvinde" fænomen – opstået netop som følge af ens portionsstørrelser til alle, uden skelen til den enkeltes behov (Kennedy et al. 1997). Desuden er modtagere af offentlig måltidsservice særligt udsatte for vitaminmangel, på grund af de ofte lange varmholdningstider af maden samt genopvarmning af rester, som ødelægger flere af vitaminerne i maden (Horwath 1989).

I Betænkning om offentlig kostforplejning blev de samme problemstillinger vedr. ernæringen påpeget. Udvalget om offentlig kostforplejning anbefalede derfor, at det enkelte plejecenter fastlagde, hvem der har ansvaret for beboernes ernæringstilstand samt hvem, der skal tage initiativ til at bedre dårlig ernæringstilstand. Ligeledes blev det anbefalet, at det burde fastlægges, hvem der har ansvaret for tilbuddet om og produktion af mad af god måltidskvalitet, der følger de officielle anbefalinger (Levnedsmiddelstyrelsen 1997).

I en række lande er der udarbejdet standarder og indikatorer for god ernæringspraksis, som beskriver det acceptable kvalitetsniveau for plejecentrene. Hvis et plejecenter vælger ikke at følge linien i dette eller afviger væsentligt på enkeltpunkter, skal det sikres, at der foreligger dokumentation for, hvorfor man har fundet at en anden praksis er fyldestgørende (se mere på www.jcaho.org).

Årsagerne til den manglende fokusering på de ældre beboeres ernæringstilstand og den ernæringsmæssige kvalitet af de serverede kostformer kan være flere:

For det første er der ofte tale om manglende ansvarsfordeling – dvs. fastlæggelse af ansvaret for, hvem der gør, hvad, hvornår (Levnedsmiddelstyrelsen 1997).

For det andet har ledelsen ofte manglende fokus på ernæringens betydning, hvilket bl.a. medfører manglende allokering af tid og ressourcer til dokumentation (Levnedsmiddelstyrelsen 1997).

For det tredje kan der være tale om manglende tværfagligt samarbejde mellem de forskellige aktører (se afsnittet om Beboernes indflydelse).

For det fjerde er personalets ernæringsfaglige forudsætninger ofte begrænset, som følge af en utilstrækkelig undervisning i ernæring i uddannelserne og begrænset mulighed for efteruddannelse i ernæringsfaglige emner. Desuden er der kun sjældent mulighed for bistand af fx klinisk diætist (Levnedsmiddelstyrelsen 1997).

For det femte kan der være tale om manglende efterspørgsel efter viden om madens ernæringsmæssige kvalitet, bl.a. fordi der er kommet mere fokus på den samlede måltidsoplevelse

frem for på energifordeling og indhold af næringsstoffer. Arbejdet med dokumentation nedprioriteres derfor.

For det sjette kan der være tale om manglende fastlæggelse af mål for god kvalitet i relation til ernæring.

For det syvende kan der være tale om barrierer i form af plejepersonalets holdninger til, hvor aktiv man skal være, når det gælder ernæringen hos de ældre beboere (Ingerslev et al. 2002).

6.3 Forslag til initiativer

Der er vigtigt, at der fastlægges en ansvarsfordeling for de forskellige faggruppers rolle i forhold til de ældres ernæring. Eksempelvis kan det fastlægges, at sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten har ansvaret for, at de ældre spiser og drikker tilstrækkeligt, at identificere ældre i dårlig ernæringstilstand eller i risiko herfor og at medvirke ved ernæringsterapi. Med hensyn til økonomien og køkkenlederen kan det fx fastlægges, at de har ansvaret for, at maden har en høj kulinarisk og hygiejnisk kvalitet, at maden opfylder de ældres behov for energi og næringsstoffer og at der altid er mulighed for at rekvirere menuer som fx *Kost til småtspisende* eller *Tygge-/synkevenlig kost*. Ledelsens ansvar bør også fastlægges, fx således, at de har ansvaret for, at tage initiativ til udarbejdelse af en mad- og måltidspolitik, at iværksætte egenkontrol i køkkenerne, at nedsætte og deltage i kostudvalg, at sikre den nødvendige fleksibilitet med hensyn til kostformer og måltidsserviceordninger, at gennemføre brugertilfredshedsundersøgelser, at sikre personalebemandingen og at sikre gode spisemiljøer (Pedersen & Ovesen 2000, Beck et al. 2002a)

Det er vigtigt, at ledelsen fokuserer på beboernes ernæring, og værdien af at de er i en god ernæringstilstand. Det er også vigtigt, at ledelsen sikrer, at der er tid og arbejdskraft til at varetage de ældre med særlige ernæringsmæssige problemstillinger.

Endvidere er det vigtigt, at ledelsen prioriterer mulighed for tværfagligt samarbejde højt.

Hjælp hertil kan fås ved at udarbejde og implementere en mad- og måltidspolitik, der bl.a. fastlægger procedurer for organisering af måltidsservicen (se boks nedenfor).

Mad- og måltidspolitikken vil medvirke til, at øge behovet for at kunne dokumentere beboernes ernæringstilstand, den ernæringsmæssige kvalitet af de serverede kostformer og måltidskvaliteten. I Offentlig måltidsservice til ældre – et inspirationsmateriale til kommuner og amter om ældre og ernæring, findes en skabelon for indholdet af en mad- og måltidspolitik (kan ses på www.fdir.dk under publikationer).

Mad- og måltidspolitikken udgør en vigtig platform for både ledelse, personale og beboer, fordi den fastlægger procedurer for:

En systematisk vurdering og opfølgning af beboernes ernæringstilstand

Planlægning og iværksættelse af ernæringsterapi til beboere i dårlig ernæringstilstand
Vejledning i forbindelse med diætetiske og forebyggelsesmæssige problemer
Kontrol og opfølgning af indsatsen
Ansvarsfordeling for varetagelse af opgaverne
Kompetenceudvikling (dvs. viden og uddannelse)
Organisering af måltidsservicen – herunder spisemiljøet og ressourcer til løsning af opgaverne
Kommunikation mellem beboer og personale, afdeling og køkken, primærsektor og sygehus

Der er vigtigt, at der sker en opgradering af personalets viden, fx via en formaliseret tværfaglig efteruddannelse, med fokus på beboernes ernæringstilstand og ernæringsmæssige risikofaktorer, hvordan man sikrer, at de spiser tilstrækkeligt samt på betydningen af det sociale samvær og spisemiljøets indretning.

Det kunne ske ved, at der blev arrangeret efteruddannelseskurser, fx i samarbejde med AMU-centrene eller med de forskellige uddannelsesinstitutioner.

Samtidigt kunne der herigennem etableres netværksgrupper eller ERFA-grupper (erfaringsudvekslingsgrupper), til drøftelse af fælles problemstillinger og viderformidling af succesfulde initiativer.

Hjælp i forhold til en øget viden på området, kan allerede nu fås via Fødevarerdirektoratets publikationer og hjemmesiden www.altomkost.dk (Mad til mange).

Det er vigtigt, at ledelsen afsætter ressourcer til efteruddannelse indenfor ernæring. Fokus bør være på arbejdspladskurser med henblik på at styrke tværfagligheden.

Det er vigtigt, at plejecentrene sikres adgang til ernæringsfaglig rådgivning fx via klinisk diætist.

Det er vigtigt, at der sættes fokus på kvalitetsudviklingsprocessen, med henblik på at sikre at de tilbudte kostformer indeholder de anbefalede mængder af energi og næringsstoffer.

Økonomaforeningen arbejder bevidst med kvalitetsudvikling og er bl.a. involveret i arbejdet med at udvikle og implementere den danske kvalitetsmodel (yderligere oplysninger kan fås hos Økonomaforeningen www.oekonomforeningen.dk).

Det er vigtigt, at der nationalt sættes et arbejde i gang med henblik på at udvikle standarder og indikatorer for god ernæringspraksis i primærsektoren.

Et eksempel på en standard kunne være: Alle beboere får ordineret en kostform eller anden form for ernæring, der er baseret på den enkeltes ernæringstilstand og energibehov. Et eksempel på en indikator kunne være: Antal journaler hvor beboernes ernæringstilstand er beskrevet/totalt antal journaler.

Eksempelvis kan andelen af beboere som får dækket deres behov for energi og næringsstoffer bruges ved kvalitetsbedømmelsen af det enkelte plejecenter/den enkelte afdeling.

Det er vigtigt, at få iværksat undersøgelser, der kan afdække plejepersonalets holdninger i relation til, hvor aktiv man skal være med ernæringen til de ældre beboere samt eventuelle barrierer i den forbindelse.

7 Beboernes indflydelse

Plejecenterbeboere kan i årevis være afhængig af mad og drikke, som andre laver til dem. Fra officiel side anbefales det derfor, at undersøgelser af måltidskvaliteten, i form af ordentlig gennemførte brugertilfredshedsundersøgelser, er et krav fra ledelsen i forbindelse med offentlig måltidsservice (Birkemose & Kofod 2001).

Beboerne bør have mulighed for at gøre deres indflydelse gældende via brugerråd, kostudvalg og i de smagspaneler, der bedømmer maden. Endvidere bør de inddrages ved udformningen og implementeringen af en mad- og måltidspolitik.

Vigtigst er det, at beboerne har mulighed for daglig dialog om måltiderne og maden, med pleje- og køkkenpersonalet, samt har mulighed for valg og fravalg (Levnedsmiddelstyrelsen 1997).

At pleje- og køkkenpersonalet kender til og 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.

Mange mennesker 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. Fastlæggelsen af menuerne bør afspejle denne årstidsvariation. Køkken- og plejepersonale kan med fordel bruge sæsonens råvarer som inspirationskilde i menuplanlægningen. Det gør det muligt at bevare mange ældres madkultur (Beck et al. 2002a).

Information er et godt redskab til at motivere de ældre beboere til at spise. Køkkenet bør informere beboerne om serveringstidspunkter samt valgmuligheder til de forskellige måltider. Plejepersonalet må kende mulighederne for at opfylde de ældres behov og ønsker under hensyntagen til tandstatus, synkebesvær, præferencer, spisetider m.v. Det er plejepersonalets opgave og ansvar at oplyse beboerne om valgmuligheder, dvs. portionsstørrelser, brødtype, samt alternative madtilbud til hovedmåltider og mellemmåltider. Plejepersonalet må desuden lægge vægt på mellemmåltiderne (Pedersen & Ovesen 2000).

Udviklingen inden for produktion og distribution går i retning af flere valgmuligheder for de ældre beboere samt decentralisering. Det betyder, at plejepersonalet i tiltagende grad involveres i de ældres måltider, og at behovet for kostfagligt personale i afdelingerne øges. Tæt og hyppig kontakt mellem afdeling og køkken er således en nødvendighed (Pedersen & Ovesen 2000).

Ifølge Betænkning om offentlig kostforplejning (Levnedsmiddelstyrelsen 1997) blev måltidsservicen sjældent udnyttet som en aktivitet, der kunne være med til at bevare og styrke funktionsevnen hos brugeren. Udvalget om offentlig kostforplejning anbefalede derfor, at de ældre inddrages i det praktiske i forbindelse med spisningen (indkøb, madlavning, borddækning m.v.) i det omfang, det er

praktisk muligt og hygiejnisk forsvarligt. Ved at inddrage beboerne i madlavningen får man skabt langt større interesse omkring spisesituationen og øget appetit hos de ældre. Samtidigt viser erfaringerne med inddragelse af ældre i madlavningen, at beboerne opfatter madlavning som en meningsfuld beskæftigelse, blandt de aktiviteter de typisk har mulighed for at deltage i på plejecentrene. De ældres ønsker til madlavningen tages alvorligt, og deres krav om medindflydelse og respekt imødekommes.

7.1 Resultater

Resultatet af spørgeskemaundersøgelsen med hensyn til undersøgelse af måltidskvaliteten fremgår af tabel 5. Til sammenligning er resultaterne fra udvalget om offentlig kostforplejnings undersøgelse anført.

Tabel 5. Anvendelse af forskellige metoder (%) til undersøgelse af måltidskvalitet ifølge spørgeskemaundersøgelsen (n=312) og Betænkning om offentlig kostforplejning (n=803).

Metode	Spørgeskema (2002)	Betænkning (1997)
Brugertilfredshedsundersøgelser	52,2	33,0
Smagspaneler *	9,0	-
Brugerråd	55,1	-
Kostudvalg	26,0	23,0
Kontaktpersoner i køkkenet	58,7	-
Kontaktpersoner i afdelingen	42,9	38,0
Der gennemføres ingen undersøgelser	2,6	13,0

* Svarene gør det ikke muligt at vurdere om de ældre deltager i disse eller ej.

Resultatet af spørgeskemaundersøgelsen med hensyn til om beboerne har mulighed for valg fremgår af tabel 6. Til sammenligning er resultaterne fra udvalget om offentlig kostforplejnings undersøgelse anført.

Tabel 6. Beboernes mulighed for valg (%) ifølge spørgeskemaundersøgelsen (n=312) og Betænkning om offentlig kostforplejning (n=829).

Valgmuligheder	Spørgeskema (2002)	Betænkning (1997)
Mellem 2 eller flere hovedretter	30,8	33,0
Mellem 2 eller flere biretter	13,5	-

Mellem forskellige spisetidspunkter	27,6	-
Mellem at spise alene/sammen med andre	91,7	-
Tidspunkt for varme måltid (frokost/aften)	17,6	-
Fravalg af retter (fx ÷ fisk)	91,7	?

Resultatet af spørgeskemaundersøgelsen med hensyn til, hvordan menuen fastlægges fremgår af tabel 7. Til sammenligning er resultaterne fra udvalget om offentlig kostforplejnings undersøgelse anført.

Tabel 7. Anvendelse af forskellige metoder (%) til fastlæggelse af menuen ifølge spørgeskemaundersøgelsen (n=311) og Betænkning om offentlig kostforplejning (n=826).

Metode	Spørgeskema (2002)	Betænkning (1997)
Rullende (uge, 14 dages el. månedsplan)	14,1	16,0
Rullende (4- el. 6-ugers plan i 4 sæsoner)	10,3	4,0
Planlægges for en periode af gangen	62,1	75,0
Baseres på årstidsvariation	69,8	-
Med udgangspunkt i brugertilfredshedsundersøgelser	29,9	-
Med udgangspunkt i beboernes livretter	67,2	-

Resultatet af spørgeskemaundersøgelsen med hensyn til, hvordan beboerne informeres om tilbuddene på menuen fremgår af tabel 8.

Tabel 8. Anvendelse af forskellige metoder (%) til information af beboerne om menutilbuddet ifølge spørgeskemaundersøgelsen (n=312).

Informationsmetode	%
Via menuplaner	95,8
Via plejepersonalet	62,8
Via køkkenpersonalet	34,9

Via radio	1,6
På mere end 3 måder	6,1
Alene via menuplaner	23,4
Beboerne informeres ikke	0,6

Resultatet af spørgeskemaundersøgelsen med hensyn til, hvordan beboerne involveres i måltiderne fremgår af tabel 9.

Tabel 9. Anvendelse af forskellige metoder (%) til at inddrage beboerne i måltiderne ifølge spørgeskemaundersøgelsen (n=322).

Metode	%
Via planlægning af menuen	37,7
Via deltagelse i indkøb	2,3
Via deltagelse i madlavning	13,9
Via deltagelse i borddækning	45,0
Via deltagelse i anretning	8,9
Via deltagelse i afrydning	33,8
Beboerne involveres ikke	26,5

7.2 Diskussion

Resultaterne viser, at det kun er på ca. halvdelen af plejecentrene, at der gennemføres brugertilfredshedsundersøgelser, findes brugerråd og er kontaktpersoner på hhv. afdelingen og i køkkenet. Siden udvalget om offentlig kostforplejning foretog deres undersøgelse i 1997 er der dog sket en klar forbedring på dette område (tabel 5).

Selvom det er positivt, at der er sket en stigning i, hvor hyppigt der foretages brugertilfredshedsundersøgelser, så er problemet med disse undersøgelser, at de ofte udelukkende vurderer madens smagsmæssige kvalitet. Resultaterne vil derfor i langt de fleste tilfælde vise, at plejecenterbeboere og andre, der får mad via måltidsservice, er særdeles tilfredse med madens smag, udseende og konsistens (Kofod 2000b).

Fødevederedirektoratet har gennemført mere nuancerede undersøgelser af, hvordan plejecenterbeboere oplever måltidet, og hvad der har betydning for den samlede måltidskvalitet. Undersøgelserne viser, at de ældre lægger stor vægt på, hvem de sidder og spiser sammen med og de omgivelser, de spiser maden i, dvs. spisemiljøet. Det har således betydning, hvem man sidder sammen med, hvordan man sidder ved bordet, og om der er ro til at spise. Undersøgelserne viser imidlertid også, at kvaliteten af

selve maden har betydning for oplevelsen af et godt måltid (Birkemose & Kofod 2001, Kofod 2000a, Kofod 2000b).

På langt de fleste plejecentre (91,7%) har beboerne mulighed for at vælge, om de vil spise for sig selv eller sammen med andre, samt mulighed for at fravælge fisk, indmad og andre retter. Herudover er valgmulighederne begrænsede (tabel 6). Det er problematisk, at valgmulighederne ikke er større, idet det vil gøre det særdeles vanskeligt at tilgodese den enkeltes madkultur. Nogle ældre 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 jf. eksemplet i figur 1 (se næste side). Nogle vil kun have kold mad, mens andre vil have varm mad 2 gange om dagen osv.

En meget stor andel af plejecentrene udviser stor fleksibilitet i forhold til menuplanen, idet denne primært baseres på beboernes livretter og årstidsvariationen og kun sjældent planlægges ud fra faste rullende menuplaner (tabel 7). Hvordan oplysningerne om, hvad der er beboernes livretter fås, er vanskeligt at vurdere, idet køkkenpersonalet tilsyneladende kun relativt sjældent henvender sig til den enkelte (via brugertilfredshedsundersøgelser eller ved dialog om menuplanen - se nedenfor).

Menuplanen bliver brugt på næsten alle plejecentrene (95,8%) til at informere beboerne om dagens tilbud af retter. Plejepersonalet spiller også en vigtig rolle i den forbindelse, hvorimod det kun er på ca. en tredjedel af plejecentrene, at køkkenet står for informationen til beboerne (tabel 8). En af konsekvenserne af køkkenets tilsyneladende manglende synlighed i forhold til beboerne, kan være manglende tværfagligt samarbejde mellem køkken og afdeling, og dermed problemer med at tilgodese den enkelte beboers umiddelbare ønsker og behov.

Beboernes aktive involvering i måltidet er begrænset - og på ca. en fjerdedel af plejecentrene involveres beboerne slet ikke (tabel 9) - ofte med den bemærkning, at de er for dårligt fungerende.

Tid	Beskrivelse af mad og drikke
15.30	½ skive solsikkerugbrød Let skrabet minarine Belagt med 3 stk. karrysild (LUND) 2/2 skiver solsikkerugbrød Let skrabet minarine 2 frikadeller, svinekød hakket 2 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.

Figur 1. Et udsnit af en kostregistrering foretaget af en 82-årig herre, der klarer sig uden hjælp (fra Beck et al. 2002a).

Årsagerne til at beboernes indflydelse fortsat er begrænset kan være flere:

For det første er mange af beboerne så dårlige, at det er svært at gennemføre brugertilfredshedsundersøgelser, der er repræsentative, ligesom smagspaneler og brugerråd ofte kun vil have deltagelse af de bedst fungerende beboere (Krusell et al. 2002). Den øgede plejetyngde er ifølge besvarelserne i spørgeskemaundersøgelsen også årsagen til, at beboerne sjældent involveres aktivt i madlavning m.m.

For det andet kan der være tale om at plejepersonalet tror, at de kender de ældre beboeres ønsker og behov og derfor ikke mener, at det er nødvendigt at spørge yderligere (se afsnittet om Spisemiljøet og måltidets sociale aspekt).

For det tredje er der blevet længere mellem køkken og afdeling, idet udviklingen har medført en centralisering af produktionen og lukning af mange små køkkener på plejecentrene. I praksis er det dermed bl.a. blevet vanskeligere for køkkenerne at opretholde den personlige kontakt med beboere og personale. Det er dermed sværere at tilgodese beboernes individuelle madkultur samt at opretholde det tværfaglige samarbejde (Sørensen 2000).

For det fjerde kan den begrænsede valgmulighed i forhold til hovedretter, biretter samt spisetidspunkt afspejle manglende økonomiske og personalemæssige ressourcer.

7.3 Forslag til initiativer

Det er vigtigt, at der gennemføres regelmæssige brugertilfredshedsundersøgelser, med henblik på at opnå en måltidskvalitet, der passer til beboernes ønsker og behov.

Hjælp hertil kan fås i Fødevaredirektoratets Metode til vurdering af brugertilfredshed blandt plejehjemsbeboere og hjemmeboende pensionister. Det er et værktøj, som kan vurdere beboernes oplevelse af kvaliteten af maden og spisemiljøet. Værktøjet, som er udsendt til alle landets plejecenterkøkkener, består af et spørgeskema og et regneark. Beboerne udfylder - evt. med hjælp fra en pårørende – skemaet. Sammen med de øvrige beboeres afkrydsninger, danner de grundlag for udregningen af, hvilken måltidskvalitet det enkelte plejecenter tilbyder sine beboere (kan bestilles via www.fdir.dk).

Det er vigtigt, at de skrøbeligste ældre får mulighed for at give deres mening til kende om måltidsservicen.

Hjælp hertil kan fx fås ved, at give de beboere, der ikke kan udtrykke sig sprogligt, en *stedfortræder*, som på baggrund af interview med personalet og pårørende og iagttagelser af beboeren kan svare på spørgsmål for beboeren (metoden er udviklet på plejecentret Præsthøjgården, hvorfra rapporten Stedfortræder – metoden der giver den "tavse" bruger mæle, kan bestilles (phg@horsens.dk)).

Det er vigtigt, at den madkultur ældre har med hjemmefra tilgodeses, når de flytter på plejecenter.

Dvs. det bør være muligt at tage højde for individuelle ønsker med hensyn til hvad, hvornår, hvordan og hvor meget den enkelte ønsker at spise og drikke.

Hjælp hertil kan fås ved at have kostfagligt personale tættere tilknyttet til de enkelte afdelinger, eksempelvis i forbindelse med serveringen. Det vil medføre en mere hensigtsmæssig planlægning af dagens måltider, samt sikre en større sammenhæng mellem hver enkelt ældres ønsker og behov.

Der er vigtigt, at der sker en styrkelse af det tværfaglige samarbejde, og at ledelsen prioriterer tiden til dette samarbejde højt.

Hjælp hertil kan fås ved fx at oprette *ernæringsteams* bestående af de forskellige faggrupper. Mange køkkener har desuden *kostkonsulenter*, der bl.a. kan fungere som bindeled mellem afdelingerne og køkkenet, vejlede i bestilling af maden, vejlede om køkkenets tilbud, udarbejde relevant materiale til beboere og afdelinger om maden/køkkenets tilbud, gennemføre brugertilfredshedsundersøgelser og rådgive køkkenpersonalet i udvikling af køkkenets tilbud i forhold til afdelingernes behov. På den enkelte afdeling kan der desuden udnævnes en *ressourceperson* i relation til ernæring. Vedkommende kan eksempelvis etablere og udbygge samarbejde med kostkonsulenten, sikre ajourføring af ny viden vedrørende ernæring i afdelingen, sikre at redskaber som kostregistreringsskema, metode til vurdering af ernæringstilstand o. lign. holdes ajourført og deltage i monitorering af ernæringsindsatsen ifølge fastlagte indikatorer (se mere i Sundhedsstyrelsens og Fødevaredirektoratets Idekatalog (www.bedremadtilsyge.sst.dk) samt i rapporten Det gode måltid (kan fås ved henvendelse til Herlevgaard Centret hgc@herlev.dk)).

Der er vigtigt, at der sker en øgning af køkkenets synlighed med henblik på en bedre markedsføring af maden. Målgrupperne er mange - politikere, ledelse, personale, pårørende samt ikke mindst de ældre. Fokus kunne fx være på udformningen af menuplanen, således at menuerne beskrives mere delikat og detaljeret svarende til menukortene på en restaurant. Menuplanen kunne også indeholde temaer og indledes med en beskrivelse af det madtema, der kører, fx den kommende uge. Endelig kunne alle nye beboere og deres pårørende inviteres til en samtale med personale fra køkkenet, hvor der informeres om køkkenets tilbud og valgmuligheder, og hvor beboerens ønsker og vaner omkring måltidet kortlægges (flere forslag findes i fremtidens kost til ældre (Kofod & Beck 2003) samt i Betænkning om offentlig kostforplejning (Levnedsmiddelstyrelsen 1997)).

Det er vigtigt, at der er relevante muligheder for valg og inddragelse af beboerne i måltidsservicen, ud fra viden om individuelle ønsker og evner. Nogle ældre vil foretrække at blive inddraget på et tidligt tidspunkt i menuplanlægning, indretning af spisemiljøer m.m., og nogle vil foretrække at deltage i borddækning og afrydning. For de skrøbeligste ældre vil konkrete valg i spisesituationen formodentlig være mest reelt.

En styrkelse af det tværfaglige samarbejde, specifikt i relation til fysioterapeuter og ergoterapeuter, vil endvidere kunne medvirke til en øget inddragelse af beboerne (se mere i Fremtidens kost til ældre (Kofod & Beck 2003)).

Det er vigtigt at tilgodese de ældre beboeres individuelle ønsker og behov i relation til måltidsservicen. Det er derfor nødvendigt at få undersøgt, hvorvidt den begrænsede valgmulighed i forhold til hovedretter, biretter samt spisetidspunkt afspejler manglende økonomiske og personalemæssige ressourcer.

8 Spisemiljøet og måltidets sociale aspekt

Ændring af spisemiljøet har en positiv indflydelse på ældre plejecenterbeboeres ernæringstilstand (Elmståhl 1988, Ragneskog et al. 1996, Matthey et al. 2001).

På et plejecenter blev der på baggrund af diskussioner med personale og beboere i 1 år sat fokus på 3 områder: Indretningen og atmosfæren i spisestuen, selve måltidet samt organiseringen af personalets deltagelse, jf. tabel 10. Ændringerne bevirkede, at det lykkedes at få de ældre beboere til at tage på i vægt (Matthey et al. 2001).

Tabel 10. Ændringer i spisemiljø foretaget på baggrund af diskussion med beboere og personale (modificeret efter Matthey et al. 2001).

Område	Ønsket forbedring	Initiativ
Omgivelser og atmosfære	Indretning af spisestuen	Blomster på alle borde
		Dug på alle borde Bordene dækket <i>inden</i> spisning Musik i spisestuen (valgt af beboerne)
	Oprydning	Ingen oprydning i forbindelse med måltider
Måltidet	"Spisesituationen"	Retterne serveres én ad gangen Starter med at spise samtidig Mulighed for hjælp undervejs Valgmuligheder til måltiderne
Plejepersonale	Organisering af hjælpen	1 personale per 2 beboere til måltiderne
		Ingen uddeling af medicin <i>under</i> måltidet

Med hensyn til måltidets sociale aspekt, så sætter mange ældre på plejecenter 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 fx er demente eller har apopleksi og derfor kan være sværere at kommunikere med. 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 (Kofod 2000a).

Beboerne bør have mulighed for at sidde og spise sammen med nogle, de kender og selv har valgt, fordi det har særdeles stor betydning for det sociale aspekt og dermed oplevelsen af et godt måltid (Kofod 2000b).

Beboere med demens, Parkinsons sygdom og apopleksi kan have problemer med at kommunikere. De kan derfor have svært ved at være socialt aktive ved måltiderne på plejecentrene. Henvendelser fra andre vil ofte være begrænsede på grund af det tilsyneladende manglende respons. Derfor vil ældre med demens, Parkinsons sygdom og apopleksi meget hurtigt kunne føle sig socialt isolerede. Samme følelse af social isolation kan også opleves af ældre, der får sondeernæring. Pædagogiske måltider, hvor personalet spiser med, kan derfor have stor betydning for netop disse beboeres oplevelse af et godt måltid.

Samtidig kan medspisningen være en støtte for de demente beboere, hvor nogle kan have vanskeligt ved at finde ud af, hvordan spisningen foregår i praksis (Naldahl 2002).

Sent i demensforløbet vil mange ældre udvikle forskellige former for uvilje mod at spise og drikke. Nogle demente ældre vil endvidere have perioder med forstyrrende adfærd som fx råben, overdreven mistænksomhed eller jalousi, vrangforestillinger og aggressivitet. Resultatet bliver ofte social udstødning. Tæt kontakt med andre er den vigtigste kilde til tryghed og velbefindende for demente ældre. Samtidig er det den bedste måde at bevare bl.a. kommunikationsevnen. Det er derfor vigtigt, at demente ældre kan deltage i det sociale fællesskab, så de får mulighed for at bruge de færdigheder, de har tilbage, og at de får stimuleret deres nysgerrighed (Naldahl 2002).

Mange beboere vil opleve det som uværdigt, hvis de ikke er i stand til selv at skære deres mad ud. Ligeledes vil mange føle, at det er uappetitligt at se på, hvis de skal sidde og kæmpe med at skære maden ud. I stedet for at bede om hjælp vil nogle sige, at de hellere vil spise alene. Servering af mad og drikke med den forkerte konsistens vil endvidere ofte resultere i, at beboere med tygge- og synkeproblemer hober mad op i munden, savler, hoster, har smerter, spytter maden ud og kaster op. Resultatet er en dårlig måltidsoplevelse for både de ældre selv og for dem, de sidder til bords med (Kofod 2000).

Nogle beboere er ikke i stand til selv at spise og drikke, fordi de har nedsat fysisk funktionsevne fx som følge af leddegigt, apopleksi eller Parkinsons sygdom. De behøver derfor hjælp ved måltidet. Det er vigtigt, at spisningen, trods hjælpen, kan foregå så naturligt som muligt, og plejepersonalet bør derfor aldrig made mere end 1 ad gangen (Socialstyrelsen 2000).

8.1 Resultater

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen vedr. spisemiljøet og plejepersonalets rolle i forbindelse med tilberedning af maden samt ved måltiderne, fremgår af tabel 11 og 12.

Tabel 11. Forekomst af forskellige initiativer i relation til spisemiljøet ifølge spørgeskemaundersøgelsen (n=556).

Område	Initiativ	Forekomst (%)
Omgivelser og atmosfære	Blomster på alle borde	84,4
	Dug på alle borde	57,2
	Bordene dækket <i>inden</i> spisning	24,8
	Musik i spisestuen	21,4
	Ingen oprydning under måltidet	72,2
Måltidet	Retterne serveres én ad gangen	77,4
	Starter med at spise samtidig	72,4
	Mulighed for hjælp undervejs	se tabel 13
	Valgmuligheder til måltiderne	se tabel 7
Plejepersonale	1 personale per 2 beboere til måltiderne	se tabel 13
	Ingen uddeling af medicin <i>under</i> måltidet	35,4

Tabel 12. Plejepersonalets rolle ved mad og måltider ifølge spørgeskemaundersøgelsen (n=480).

Plejepersonalets rolle	Forekomst (%)
Varetager indkøb af råvarer til hovedmåltider	5,4
Varetager fremstilling af morgenmad	18,5
Varetager fremstilling af kolde måltider	27,3
Varetager fremstilling af varme måltider	11,0
Spiser med ved morgenmåltidet	37,1
Spiser med ved det kolde måltid	64,8
Spiser med ved det varme måltid	75,8

Af de åbne svar i spørgeskemaundersøgelsen fremgår endvidere, at et mindre antal plejecentre har ændret den måde, maden serveres på. Fx anvendes fade og skåle, ligesom der serveres på buffet fra tid til anden.

Med forskellige mellemrum bliver der tilberedt mad på afdelingen, tæt ved beboerne. Dette sker fx ved at køkkenpersonalet kommer op og ” *bager, steger og ordner grønt med beboerne*”. Endelige har enkelte plejecentre søgt at tilpasse spisetidspunkterne efter beboernes appetit, idet fx ” *tidspunktet for frokosten er rykket til senere*” og ” *den varme mad serveres om aftenen*”.

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen med hensyn til, hvor meget plejepersonale, der er tilstede ved de forskellige måltider og hvor mange beboere, der behøver hjælp ved spisning, fremgår af tabel 13.

Tabel 13. Antal plejepersonale tilstede og antal beboere, der behøver hjælp ved spisning ifølge spørgeskemaundersøgelsen (n=480).

		Antal (median)
Morgenmåltidet	Plejepersonale tilstede	2,0
	Beboere, der behøver hjælp ved spisning	4,5
	Beboere, der behøver madning	2,5
Det kolde måltid	Plejepersonale tilstede	2,0
	Beboere, der behøver hjælp ved spisning	5,0
	Beboere, der behøver madning	2,25
Det varme måltid	Plejepersonale tilstede	2,0
	Beboere, der behøver hjælp ved spisning	5,0
	Beboere, der behøver madning	2,5

I et relativt stort antal af de åbne svar² i spørgeskemaundersøgelsen anføres det, at de enkelte plejecentre gør noget særligt i forbindelse med sammensætningen af beboerne ved måltidet, og dermed er opmærksomme på måltidets sociale aspekt; *"De beboere, der taler sammen og hvor kemi passer, er placeret sammen"*. Dette omfatter, som i dette eksempel, at beboernes kemi skal passe sammen og tillige, at personalet generelt søger at skabe hygge omkring beboerne, når de spiser. Endelig har en mindre del af plejecentrene et udvalg, der arbejder med spisemiljøer, det sociale aspekt og selve maden: *"Der er en tværfaglig gruppe der arbejder generelt med trivsel og miljø – herunder også med måltider og spisemiljø"*.

² Det er generelt vanskeligt at tolke betydning og vægt af åbne svar i et spørgeskema. I dette spørgeskema skyldes det tillige designet af skemaet, hvori en del af spørgsmålene omkring initiativer i forhold til spisemiljøet er blevet stillet først i skemaet (jf. bilag 1). Det kan derfor ikke udelukkes, at en del plejecentre har undladt at skrive yderligere om dette i de åbne besvarelser, som er placeret sidst i spørgeskemaet. Det store antal udsagn i de åbne besvarelser gør det imidlertid relevant at søge en tolkning af de åbne svar.

Det er gennemgående, at de plejecentre, der gør noget i forhold til måltidets sociale aspekt, søger at "gøre måltidet så hjemligt som muligt". Nogle af de ting, som mange af plejecentrene arbejder med, er at skabe ro omkring beboernes spisesituation. Af besvarelsene er det vanskeligt at se konkret, hvad der ligger i den hjemlige spisesituation. Men grupper, der skærmes med skillevægge og plejepersonale, der spiser sammen med beboerne, er nogle af de konkrete tiltag, der er gjort. Endelig respekteres de faste pladser, som beboerne synes at have opnået, og enkelte steder får de beboere, der ønsker dette, mulighed for at sidde for sig selv: *"Beboerne fra 2 afdelinger spiser sammen for at få mere ro og kunne have mere personale tilstede"*.

Samspisning med plejepersonalet om aftenen, i weekender og ved særlige lejligheder er med til at markere enkelte måltider som noget særligt. Det er dog få plejecentre, der har søgt at markere måltidet som en begivenhed. Dette gøres fx med en sang før der spises, med rygeforbud i en periode før spisning, og ved at alle beboere samles før spisningen. Endvidere ledsages søndagsmiddagen på enkelte institutioner af øl, snaps eller vin ligesom enkelte plejecentre anfører, at de ændrer menuer ved disse lejligheder.

Der er mange ønsker om at forandre forskellige dele af spisemiljøet. To tredjedele af plejecentrene ytrer konkret ønske om at ændre ting omkring spisesituationen, hvilket kan tolkes som et ønske om at forbedre forholdene omkring måltidet. Disse forskelligartede ønsker spænder vidt, fra ønsket om at radio og tv slukkes, når der skal spises, til ønsket om at kunne servere på fade og i skåle, og videre til ønsket om at kunne gruppere beboerne og mere plejepersonale ved måltiderne. Desuden er der ønsker om flere penge og bedre plads og ønsket om at åbne en café samt en del, der ønsker at flytte spisetidspunkterne.

Endelig skal det understreges, at en del af plejecentrene er bevidste om, at nogle ting kan gøres bedre. Ikke desto mindre er langt den overvejende del af de plejecentre, der skriver om beboernes tilfredshed, overbeviste om at *"beboerne er tilfredse"*.

8.2 Diskussion

Resultaterne viser, at mange plejecentre har fokus på de aspekter i spisemiljøet, der påvirker beboernes energiindtag i positiv retning (tabel 10 og 11) og på de sociale omgivelser.

Fortsat er der dog problemområder.

Eksempelvis er det kun på en fjerdedel af plejecentrene, at bordene er dækket inden spisningen, og kun på en tredjedel, at der ikke uddeles medicin under spisningen. Der foregår således mere end 1 ting ad gangen, hvilket kan være med til at skabe uro og virke forstyrrende for de ældre beboere. Samtidig angiver de åbne svar, at der tit er pladsproblemer.

Generelt er der ofte 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 (Beck et al. 2002a).

I forhold til uddelingen af medicin under spisningen, er et andet problem, at indtag af mad og drikke samtidig med et lægemiddel kan ændre lægemidlers virkning (Beck et al. 2002a).

Det er udbredt, at plejepersonalet spiser med ved det varme måltid, men sjældnere forekommende ved de andre hovedmåltider (tabel 12).

Muligheden for hjælp under måltidet er derimod meget begrænset, idet der ofte kun er 2 personer til stede til at hjælpe samtlige beboere, inkl. de, der skal mades (tabel 13). Ved madning er det vigtigste af alt, at have god tid. Plejepersonalet bør derfor sidde ned på en stol ved den beboer, der har behov for hjælp for at være i øjenhøjde og for at signalere ro. Endvidere bør personalet undgå at give indtryk af at have travlt, idet det øger risikoen for, at ældre ikke får mad og drikke nok. Det kan kræve op til 40 minutter at mads en ældre beboer (Socialstyrelsen 2000). I de åbne svar i spørgeskemaundersøgelsen er der da også ønsket om mere personale til måltiderne.

Ifølge de åbne svar afskærmes nogle beboere i spisestuen en del steder. Selvom det ikke er muligt, at vurdere hvorfor ud fra besvarelsen, så er en af årsagerne formodentlig, at disse ældre har forskellige spiseproblemer, som gør at de øvrige beboere ikke har lyst til at spise sammen med dem.

Langt den overvejende del af de plejecentre, der skriver om beboernes tilfredshed, er overbeviste om, at "*beboerne er tilfredse*". Den tilsyneladende store tilfredshed er dog formodentlig ofte baseret på plejepersonalets subjektive vurderinger, idet brugertilfredshedsundersøgelser ikke er en del af rutinen på halvdelen af plejecentrene (se tabel 5).

Årsagerne til de fortsatte problemstillinger vedrørende spisemiljøet og måltidets sociale aspekt kan være flere:

For det første griber måltiderne forstyrrende ind i dagens arbejde, idet der er begrænset tid til diverse opgaver (Sørensen 2000).

For det andet er der en stor plejetyngde. Dermed er der mange beboere, der har brug for hjælp ved måltiderne, har forskellige spiseproblemer og har svært ved at deltage i det sociale fællesskab (Findling 2003).

For det tredje er de fysiske rammer ifølge svarene i spørgeskemaundersøgelsen, ofte en hæmsko, idet pladmangel kan gøre det vanskeligt at tilgodese spisemiljøet og det sociale aspekt.

For det fjerde er der ifølge svarene i spørgeskemaundersøgelsen begrænsede personalemæssige og økonomiske ressourcer – og dermed bl.a. ikke mulighed for at personalet spiser med.

For det femte kan beboernes tilsyneladende tilfredshed være en sovepude.

8.3 Forslag til initiativer

Det er vigtigt, at ledelse, pleje- og køkkenpersonale overvejer, hvilken rolle måltider skal spille i dagligdagen som et led i udarbejdelsen af en mad- og måltidspolitik.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at der allerede er mange gode initiativer i gang i den retning. De kunne samles og formidles. Det samme gælder for initiativerne i relation til handlingsplanen "Bedre mad til ældre" (se www.projektdatabasen.dk under puljen Måltid).

Endvidere kunne der herigennem etableres netværksgrupper eller ERFA-grupper, til drøftelse af fælles problemstillinger og videreformidling af succesfulde initiativer.

Det er vigtigt, at have fokus på de beboere, der har svært ved at deltage aktivt i det sociale aspekt af måltidet. Hjælp hertil kan fås ved at have kendskab til vigtige begivenheder i beboernes liv, fx kan gode oplevelser i forbindelse med måltidet udnyttes til at inddrage de ældre i sociale sammenhænge. Berøring og anden form for kontakt er en måde til nonverbal kommunikation, som kan have en positiv effekt på oplevelsen af måltidet (Eaton et al. 1986). Endelig kan det være en meget positiv oplevelse for nogle ældre bare at få lov til at sidde stille, uden at der bliver stillet krav til eller forventet en præstation (Socialministeriet 2002).

Det er vigtigt, at have fokus på de forskellige spiseproblemer således, at nogle beboere ikke isoleres fra de øvrige af den grund. Ofte kan sådanne problemer afhjælpes ved eksempelvis, at vurdere tygge- og synkefunktionen, ændre mad og drikkes konsistens, benytte forskellige hjælpemidler til spisning, fx tilpasset bestik eller tallerken med høj kant, eller justere den medicinske behandling. Hjælp hertil kan ofte fås af ergoterapeut, fysioterapeut og læge (se mere i Uden mad og drikke...(Beck et al. 2002a)).

Det er vigtigt, at der er god tid til måltidet. Det gælder ikke mindst for de beboere, der behøver hjælp til at spise og drikke.

Hjælp hertil kan fås ved at sætte ind over for de faktorer, der kan medvirke til at ældre kan være længe om at spise - fx nedsat fysisk funktionsevne, tygge- og synkeproblemer, nedsat syn og forskellige sygdomstilstande – dvs. ved et tværfagligt samarbejde (se mere i Uden mad og drikke...(Beck et al. 2002a)).

Desuden bør der sættes fokus på arbejdsgange og rutiner i forbindelse med distribution og afhentning af maden.

Det er vigtigt, at beboerne sikres et roligt og trygt spisemiljø uden unødige forstyrrelser, støj og trafik ud og ind af spiselokalet.

Hjælp hertil kan fås ved at udpege en af plejepersonalet til at være *måltidspilot*, dvs. et personale, der tager sig af alle de henvendelser, der kommer udefra (telefoner, lægebesøg m.m.), varter op og sørger for at ingen forstyrrer beboerne, mens de spiser (Jensen 2003).

Det er vigtigt, at ledelsen er opmærksom på, at spisemiljøet er bedst muligt.

Det er vigtigt, at ledelsen sørger for, at der er mulighed for ekstra plejepersonale tilstede ved måltiderne.

Der er vigtigt, at der gennemføres regelmæssige brugertilfredshedsundersøgelser med henblik på, at få et objektive billede af beboernes tilfredshed med måltidskvaliteten (med hensyn til metoder hertil, se afsnittet om Beboernes indflydelse).

9 Konklusion

Det er vigtigt at være opmærksom på plejekrævende ældres ernæringstilstand. Ældre har ofte fx pga. sygdom eller funktionsnedsættelse en øget risiko for at blive småtspisende og tabe i vægt. En indsats for at forbedre de ældres ernæringstilstand bør derfor starte allerede ved visitationen, og den kræver, at både plejepersonale og køkkenpersonale løbende følger med i, om den ældres situation ændrer sig.

Selvom mere end halvdelen af beboerne på de danske plejecentre er undervægtige, så viser spørgeskemaundersøgelsen, at det stort set ikke er nogle steder, hvor man systematisk holder øje med de ældres ernæringstilstand, tilbyder *Kost til småtspisende* eller ved hvor meget energi og næringsstoffer, der er i den mad, beboerne får serveret.

Beboerne inddrages kun sjældent i madlavningen og planlægningen af måltidsservicen. Deres indflydelse på maden og muligheder for valg er begrænset - og det samme er dialogen mellem køkken, pleje og beboere om måltiderne og maden.

De fleste plejecentre gør en del ud af spisemiljøet, og der er fokus på de aspekter i de sociale omgivelser, der vides at påvirke beboernes energiindtag i positiv retning men det er tilsyneladende ikke nok til at rette op på den høje forekomst af dårlig ernæringstilstand.

Årsagen til den dårlige ernæringstilstand hos ældre på plejecenter er kompleks og kan ikke alene tilskrives måltidsservicen. Alligevel er det vigtigt at sætte ind her, idet måltidsservicen er en af de faktorer der reelt kan gøres noget ved og hvor en af de mange affødte effekter vil være en forbedring af en række af de øvrige ernæringsmæssige risikofaktorer – eksempelvis den nedsatte fysiske funktionsevne, forekomsten af akut sygdom og sygehusophold samt den sociale isolation. Der er derfor behov for en massiv indsats på hele området med fokus på inddragelse af beboerne, etablering af standarder og indikatorer for god ernæringspraksis, viden og uddannelse, ansvarsfordeling, tværfagligt samarbejde og ressourcetildeling. En metode hertil er, at udarbejde og implementere en mad- og måltidspolitik.

10 Referencer

Beck AM, Elsig M, Ovesen L (red.). Uden mad og drikke...del 1-3. Fødevarerapport 2002;14-16 (2002a) (findes på www.fdir.dk).

Beck AM, Ovesen L. Modification of the nutrition questionnaire for elderly to increase its ability to detect elderly people with inadequate intake of energy, calcium, vitamin C and vitamin D. Eur J Clin Nutr 1999;53:560-9.

Beck AM, Ovesen L. Body mass index, weight loss and energy intake of old Danish nursing home residents and home-care clients. Scand J Caring Sci 2002;16:86-90 (2002a).

Beck AM, Ovesen L. Added sugars and nutrient density in the diet of elderly Danish nursing home residents. Scan J Nutr 2002;46:68-72 (2002b).

Beck AM, Ovesen L. Influence of social engagement and dining location on nutritional intake and body mass index of old nursing home residents. J Nutr Elderly 2003;22:1-12.

Beck AM, Ovesen L, Schroll M. Validation of the Resident Assessment Instrument triggers in the detection of undernutrition. Age Ageing 2001;30:161-5.

Beck AM, Ovesen L, Schroll M. Homemade oral supplement as nutritional support of old nursing home residents, who are undernourished or at risk of undernutrition based on the MNA. A pilot trial. Aging Clin Exp Res 2002;14:212-5 (2002b).

Birkemose A, Kofod J. metode til vurdering af brugertilfredshed blandt plejehjemsbeboere og hjemmeboende pensionister. Fødevadirektoratet 2001 (kan bestilles via www.fdir.dk).

Danmarks Statistik. www.danmarksstatistik.dk maj 2003

Eaton M, Mitchell-Bonail IL, Friedmann E. The effect of touch on nutritional intake of Chronic Organic Brain Syndrome patients. J Gerontol 1986;41:611-6.

Elmståhl S. Hospital nutrition in geriatric long-stay medicine. Näringsforskning 1988;32:141-52.

Findling B. Ældre og risikofaktorer i forhold til ernæringstilstand. Speciale. KVL 2003.

Færgeman K. Screeningsundersøgelse af ældre og undersøgelse af tilfredsheden med madudbringning I Silkeborg Kommune. Silkeborg Kommune 2003.

Henriksen VB, Andersen KF, Jørgensen L. Kostprojekt Damgårdsparken maj 2002 – februar 2003. Stenløse Kommune 2003.

Horwath CC. Dietary intake studies in elderly people. I: GH Bourne (ed.). Impact of nutrition on health and disease. World Rev Nutr Diet 1989;1-70. Basel. Karger.

Ingerslev J, Beck AM, Bjørnsbo KS, Hessev I, Hyldstrup L, Pedersen AN. Ernæring og aldring. Ernæringsrådet 2002;28 (findes på www.ernaeringsraadet.dk).

Jensen M. Et roligt måltid. Økonomaen 2003;11:24-5 (findes på www.oekonomaforeningen.dk)

Kennedy M, McCombie L, Dawes P, McConnelli KN, Dunnigan MG. Nutritional supports for patients with intellectual disability and nutrition/dysphagia disorders in community care. J Intell Disab Res 1997;41:430-6.

Kholy K, Damkjær K, Schroll M. Plejehjemsundersøgelsen "Liv på plejehjem" – en profil af Københavns plejehjemsbeboere 1992/93. Københavns Sundhedsdirektorat 1994.

Kofod J. Du er dem du spiser sammen med – et brugerperspektiv på den offentlige måltidsservice. FødevarerRapport 2000;09 (2000a) (findes på www.fdir.dk).

Kofod J. "Det gode måltid". Ergoterapeuten 2000;10 (2000b).

Kofod J, Beck AM. Fremtidens kost til ældre. FødevarerRapport 2003; *i trykken*.

Krusell B, Nielsen M, Petersen B, Jensen VR. Stedfortræder – metoden der giver den "tavsse" bruger mæle. Præsthøjgården 2002.

Levnedsmiddelstyrelsen. Offentlig kostforplejning i Danmark. Bind 1 og 2. Betænkning fra udvalget om offentlig kostforplejning, nr. 1334 samt Baggrundsmateriale. Levnedsmiddelstyrelsen 1997.

Mathey M-FAM, Vanneste VGG, de Graaf C, de Groot LCPGM, van Staveren WA. Health effect of improved meal ambience in a Dutch nursing home: A 1-year intervention study. Prev Med 2001;32:416-23.

Naldahl K. Uden mad og drikke. Sygeplejersken 2002;37:20-8.

Olin AÖ, Armyr I, Jerström S, Classon I, Cederholm T, Ljunggren G, Ljungqvist OI. Energy-dense meals improve energy intake in elderly residents in a nursing home. Clin Nutr 2003;22:125-31.

Pedersen A, Ovesen L (red.). Anbefalinger for den danske institutionskost. Fødevarer rapport 2000;08 (findes på www.fdir.dk)

Ragneskog H, Bråne G, Karlsson I, Kihlgren M. Influence of dinner music on food intake and symptoms common in dementia. Scand J Caring Sci 1996;10:11-7.

Socialministeriet. Trivsel i plejeboligen. Socialministeriet 2002 (findes på www.ipaep.dk).

Socialstyrelsen. Näringsproblem i vård & omsorg. SoS-rapport 2000;11 (findes på www.sos.se).

Sørensen AB. Projekt "Det gode måltid" – ifølge brugerne og de ansatte. Herlev Kommune 2000.

Sundhedsforvaltningen. Sammendrag af kortlægning for ældreområdet. Sundhedsforvaltningen i København 2003.

11 Resume

I juni 2002 blev der, på baggrund af oplysninger fra Økonomaforeningen, udsendt 1 spørgeskema til samtlige de køkkener i landet, der var involveret i måltidsservice til ældre. Formålet var at få et overblik over den måltidsservice, der på nuværende tidspunkt tilbydes ældre plejecenterbeboere og ikke mindst få indblik i de mange gode initiativer, der allerede findes rundt omkring i relation til måltidet. Resultaterne skulle bruges til at afdække eventuelle problemstillinger, hvor der er behov for yderligere initiativer.

Der kom svar tilbage fra 314 køkkener, repræsenterende knap en tredjedel af landets plejecenterbeboere.

Rapporten er opdelt i 4 hovedområder: 1) Maden, 2) "Ernæringen", 3) Beboernes indflydelse og 4) Spisemiljøet og måltidets sociale aspekt.

Resultaterne viser, at på trods af at mere end halvdelen af beboerne på de danske plejecentre er undervægtige, så er det stort set ikke nogen steder, hvor de ældres ernæringstilstand overvåges systematisk. Desuden tilbydes sjældent den anbefalede energitætte mad, og der savnes viden om, hvor meget energi og næringsstoffer, der er i den mad beboerne får serveret.

Beboerne inddrages kun sjældent i madlavningen og planlægningen af måltidsservicen. Deres indflydelse på maden og muligheder for valg er begrænset - og det samme er dialogen mellem køkken, pleje og beboer om måltiderne og maden.

Derimod gøres der de fleste steder en del ud af spisemiljøet, og der er fokus på de aspekter i de sociale omgivelser, der vides at påvirke beboernes energiindtag i positiv retning.

Årsagen til den dårlige ernæringstilstand hos ældre på plejecenter er kompleks og kan ikke alene tilskrives maden. Alligevel er det vigtigt at sætte ind her, idet måltidsservicen er en af de faktorer der reelt kan gøres noget ved og hvor en af de mange affødte effekter vil være en forbedring af en række af de øvrige ernæringsmæssige risikofaktorer – eksempelvis den nedsatte fysiske funktionsevne, forekomsten af akut sygdom og sygehusophold samt den sociale isolation. Rapporten anbefaler derfor en massiv indsats på hele området med fokus på inddragelse af beboerne, standarder og indikatorer for god ernæringspraksis, viden og uddannelse, ansvarsfordeling, tværfagligt samarbejde og ressourcetildeling. Det er således vigtigt, at der tages initiativ til at der udarbejdes og implementeres en mad- og måltidspolitik, der bl.a. fastlægger procedurer for organisering af måltidsservicen – herunder spisemiljøet og ressourcer til løsning af opgaverne.

Bilag 1. Spørgeskema

Fremtidens kost til ældre

Spørgeskema til selvudfyldelse på institution

Indledning

Hver dag spiser omkring 125.000 ældre deres måltider på offentlige institutioner i Danmark. Gennem mange år har man i det offentlige fokuseret meget på maden, og spurgt til de ældres tilfredshed med det, der bliver serveret. Et studie gennemført år 2000 har imidlertid vist, at også spise miljøet kan have væsentlig betydning for ældres ernæringstilstand. På den baggrund har Socialministeriet og Fødevareministeriet i samarbejde skabt projektet "Fremtidens kost til ældre". Projektet gennemføres i Fødevaredirektoratets Afdeling for ernæring af antropolog Jens Kofod og undertegnede, klinisk diætist og ph.d. Anne Marie Beck.

Formålet med projekt "Fremtidens kost til ældre" er at afklare, hvilken betydning spise miljøet har på ældres ernæringstilstand, hvordan man i fremtiden kan skabe gode offentlige ordninger for måltider samt hvordan fremtidens spise miljø kan indrettes.

Det fremsendte spørgeskema er en central del af projekt "Fremtidens kost til ældre". Spørgeskemaundersøgelsen skal give os et billede af spise miljøet og den måltidsservice, der på nuværende tidspunkt tilbydes ældre på institution. Resultaterne vil derfor danne et betydningsfuldt grundlag for vores fortsatte arbejde på projektet, idet vi vil få indblik i de mange gode initiativer der allerede findes rundt omkring. Spørgeskemaer er sendt ud til godt 800 institutioner. Vores undersøgelse bliver mere gyldig og mere anvendelig for projektet, hvis så mange som mulig vil bruge lidt tid³ på at besvare spørgsmålene fyldestgørende.

Spørgsmålene i undersøgelsen er tænkt at skulle besvares af centralkøkkenets (produktionskøkkenets)⁴ daglige leder. Hvis et centralkøkken har flere modtagerkøkkener eller serveringskøkkener, er det nødvendigt at anvende de ekstra eksemplarer af sidste del af spørgeskemaet, der er vedlagt, så denne del af spørgeskemaet bliver udfyldt af de respektive modtager- eller serveringskøkkener eller af plejepersonalet. Fokus er primært på ældre på institution. Hvis centralkøkkenet derfor udelukkende laver mad til madudbringning eller café, kan spørgeskemaet blot returneres udfyldt, med en bemærkning om det.

Når spørgeskemaet udfyldes, skal der sættes ringe om markeringen "1" ud for de svarmuligheder, som passer på det enkelte køkken. Hvor ikke andet er angivet skal, der kun markeres et svar – altså kun en ring. Når der gerne må sættes ringe om flere svarmuligheder, er dette angivet i forlængelse af spørgsmålet. Hvor "andet" markeres som svar, vil vi gerne have dette uddybet lidt nærmere.

På baggrund af de indkomne besvarelser vil vi udarbejde en rapport, som vil blive sendt til deltagerne i undersøgelsen. Alle besvarelser vil blive behandlet fortroligt og vil i præsentationen i rapporten være anonyme.

Det udfyldte spørgeskema bedes returneret i vedlagte svarkuvert inden mandag d. 7. juli.

Kontakt meget gerne undertegnede i tilfælde af tvivlsspørgsmål eller ved spørgsmål til selve undersøgelsen.

På forhånd 1000 tak for hjælpen og god sommer.

³ Udfyldelsen af skemaet er afprøvet af i alt 20 økonomaer og plejepersonale og har i gennemsnit taget 1 time at udfylde.

⁴ For definition se spørgsmål 2 i spørgeskemaet

Anne Marie Beck
Afdeling for ernæring
Telefon: 33956510
e-mail: be@fdir.dk

A. BASISOPLYSNINGER

1. Institution _____

2. Adresse _____

3. Postnr. og by _____

4. Navn _____

5. Stillingsbetegnelse _____

6. Uddannelse _____

På den person der har udfyldt skemaet. Kun oplysninger om uddannelse vil blive registreret. Navnet er kun til brug for opklarende spørgsmål.

7. Kommune _____

Her anføres den kommune som har med driften af institutionen at gøre. For kommunale institutioner anføres ejerkommunen. For private institutioner anføres den kommune, der har driftsoverenskomsten. Er der flere kommuner om driften, anføres den regnskabsførende kommune.

B. MÅLTIDSSERVICEN

1. Hvilket system anvendes til det varme måltid ? (flere ringe tilladt)

Ved system forstås her den teknik der anvendes til produktion/pakning/distribution af det varme måltid eksempelvis varmholdt (cook-serve), kølet (cook-chill) og pakning ved modificeret atmosfære.

- | | | |
|---------------------------|---|-------|
| a. Varmholdt (cook-serve) | 1 | |
| b. Kølet (cook-chill) | 1 | |
| c. Frost (cook-freeze) | 1 | |
| d. Modificeret atmosfære | 1 | |
| e. Sous vide | 1 | |
| f. Andet - angiv hvilket | 1 | _____ |

2. Er køkkenet et centralkøkken eller et modtagerkøkken ?

Der skelnes mellem 3 køkkentyper.

Centralkøkken (produktionskøkken) står selv for produktionen af mad evt. til senere distribution til serveringskøkkener.

Serveringskøkken (anretnings/afdelings/satellitkøkken) er et køkken uden egen produktion, der får maden leveret fra et centralkøkken eller et modtagerkøkken. Normalt er køkkenet beregnet til genopvarmning, lettere tilberedning, anretning, servering og evt. opvask. Det kan have kogeplader, mikroovn og andet lettere udstyr.

Modtagerkøkken er et køkken uden produktion. Det fungerer som et mellemed, der fordeler mad, der modtages udefra, til serveringskøkkener (ude på afdelingerne).

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| a. Centralkøkken (produktionskøkken) | 1 | |
| b. Modtagerkøkken | 1 | |
| c. Andet serveringskøkken | 1 | |

2A. Leverer centralkøkkenet mad til andre køkkener ?

- | | | |
|-----------------------------|---|------------------|
| a. Ja, til modtagerkøkken | 1 | Angiv antal_____ |
| b. Ja, til serveringskøkken | 1 | Angiv antal_____ |
| c. Nej | 1 | |

2B. Hvor mange andre køkkener leverer modtagerkøkkenet mad til ?

a. Angiv antal køkkener _____

3. I hvilket omfang leveres følgende måltider ?

Der skelnes mellem 2 typer levering.

Færdigtilberedt. Alle ingredienser leveres samlet et sted fra og kræver kun anretning og/eller servering.

Delvis tilberedt. Ingredienserne modtages flere steder fra. Måltidet kræver lettere tilberedning, og/eller anretning og servering.

Måltidet sammensættes på institutionen af personalet eller beboeren selv.

	1. Færdigtilberedt	2. Delvis tilberedt
a. Morgenmad	1	1
b. Det kolde måltid	1	1
c. Det varme måltid	1	1
d. Mellemmåltider	1	1

4. Hvor mange måltider produceres der i gennemsnit per dag ?

Kun egentlig egen produktion. I antal måltider medregnes de almindelige menuer samt diverse diæter.

	1. Morgenmad	2. Det kolde måltid	3. Det varme måltid	4. Mellemmåltider
a. Faste beboere				
b. Genoptræning				
c. Aflastning				
d. Daghjem				
e. Dagcenter				
f. Andre plejecentre				
g. Hjemmeboende				
h. Café				
i. Gæster				
j. Andet				

5. Hvor finder udportionering af de varme måltider sted for beboerne ?

a. Centralt køkken 1

b. Decentralt (ved madvognen)	1
c. Anretning på buffet/ta' selv på afdeling	1
d. Anretning ved fælles bord	1
e. Anretning ved beboernes stuer	1
f. Café	1
g. Andet – angiv hvilket	1 _____

C. MADEN

6. Laves maden ud fra principperne i "Anbefalinger for den danske institutionskost"⁵ ?

- | | |
|-------------|---|
| a. Ja | 1 |
| b. Nej | 1 |
| c. Delvis | 1 |
| c. Ved ikke | 1 |

7A. Hvor mange beboere modtager de forskellige menuer m.m. på nuværende tidspunkt ?

De fleste af de nævnte menuer m.m. stammer fra "Anbefalinger for den danske institutionskost". Tag fx udgangspunkt i de opgivne fedtenergiprocenter, hvis der ikke laves mad efter denne bog.

	Antal
a. Normalkost (ca. 30E% fedt)	
b. Sygehuskost (ca. 40E% fedt)	
c. Kost til småtspisende (ca. 50E% fedt)	
d. Hakket kost	
e. Gratinkost	
f. Blendet kost	
g. Gelékost	
h. Flydende kost	
i. Vegetar menu	
j. Etniske menuer	
k. Kræsekost	
l. "Kan ikke lide"	
m. Hjemmelavede energi – og proteinrige drikke	
n. Industrifremstillede energi – og proteintilskud	
o. Sondeernæring	
p. Andre	

⁵ Pedersen A, Ovesen L. *Anbefalinger for den danske institutionskost. Økonomaskolen i København og Fødevaredirektoratet*

7B. Hvor mange beboere modtager de forskellige diæter på nuværende tidspunkt ?

De fleste af de nævnte menuer m.m. stammer fra "Anbefalinger for den danske institutionskost".

Den anvendte betegnelse reduceret dækker også diæter med betegnelsen kontrolleret eller fattig.

	Antal
a. Diabetesdiæt	
b. Energireduceret diabetesdiæt	
c. Energireduceret diæt	
d. Fedt- og kolesterolmodificeret diæt	
e. Skånekost	
f. Fiberrig diæt	
g. Purinreduceret diæt	
h. Glutenfri diæt	
i. Diæt ved allergi overfor levnedsmidler	
j. Laktosereduceret diæt	
k. Diæt ved nyresygdom	
l. Proteinrig diæt	
m. Fedtreduceret diæt	
n. Kolesterolreduceret diæt	
o. Andre – angiv hvilke	

8. Benyttes næringsberegnete opskrifter ? (kun en ring)

- | | |
|------------------|---|
| a. Ja, altid | 1 |
| b. Ja, oftest | 1 |
| c. Ja, af og til | 1 |
| d. Nej | 1 |
| e. Ved ikke | 1 |

Hvis ja,

Hvor ofte foretages næringsberegningen ? _____

Hvordan foretages næringsberegningen (DANKOST eller...)? _____

Næringsberegnes menuplanen ? _____

9. Hvad er energiindholdet i en hel dags menu?

	Energiindhold	Ved ikke
a. Lille portion	_____	1
b. Standard portion	_____	1
c. Stor portion	_____	1

d. Er mellemmåltider og drikkevarer medtaget i beregningen af energiindholdet ? _____

10. Hvor mange beboere får mellemmåltider ?

	1. Formiddag	2. Eftermiddag	3. Aften
Antal			

11. Er det muligt for beboerne at fravælge baretter, mellemmåltider m.m. ? (flere ringe tilladt)

a. Baretter	1
b. Mellemmåltider	1
c. Andet – angiv hvad	1 _____

Hvis ja.

d. Er det billigere for beboerne ? _____

12. Er der mulighed for mad og drikke til pårørende/besøgende ? (flere ringe tilladt)

a. Gæstemenuer	1
b. Morgenmad	1
c. Koldt måltid	1
d. Varmt måltid	1
e. Kaffe/te	1
f. Kage	1
g. Andet – angiv hvad	1 _____
h. Nej	1

13. Hvad er det typiske serveringstidspunkt for de forskellige måltider ?

	Tidsinterval
a. Morgen	
b. Formiddag	
c. Koldt måltid	
d. Eftermiddag	
e. Varmt måltid	
f. Aften	

D. BESKRIVELSE AF DE ÆLDRE BEBOERE

14. Hvilke type institution er der tale om ? (flere ringe tilladt)

- a. Bo-leve 1
- b. Plejebolig 1
- c. Plejehjem 1
- d. Genoptræning 1
- e. Aflastning 1
- f. Demensenhed 1
- g. Beskyttet bolig 1
- g. Andet - angiv hvad 1 _____

15. Hvor mange ældre bor på institutionen ?

	Antal
a. Faste beboere	
b. På genoptræning	
c. På aflastning	
d. I demensenhed	
e. I beskyttet bolig	
f. Andet	

16. Hvad er de ældres alder, køn, ernæringstilstand ?

Alder (andel hhv. over og under 65 år) _____

Køn (andel mænd) _____

Er der oplysninger om de ældres ernæringstilstand (højde, vægt, kropsmasseindeks (BMI))?

E. INDDRAGELSE AF BEBOERNE OG DERES INDFLYDELSE

17. Hvordan gennemføres undersøgelser af spisekvaliteten ? (flere ringe tilladt)

Løbende undersøgelser af madens spisekvalitet, ved enten at spørge beboerne eller ved at personalet selv foretager vurderinger af maden.

- | | |
|--|---------|
| a. Der gennemføres brugertilfredshedsundersøgelser | 1 |
| b. Der findes brugerråd | 1 |
| c. Der findes smagspanel | 1 |
| d. Der findes kostudvalg | 1 |
| e. Der findes kontaktpersoner i køkkenet | 1 |
| f. Der findes kontaktpersoner på afdelingen | 1 |
| g. Andet - angiv hvilket | 1 _____ |
| h. Der gennemføres ingen kvalitetsundersøgelser | 1 |

18. Hvordan fastlægges menuen ? (flere ringe tilladt)

- | | |
|---|---------|
| a. Rullende (ugeplan, 14 dages eller månedsplan) | 1 |
| b. Rullende (4- eller 6-ugers plan i 4 sæsoner) | 1 |
| c. Rullende (årsplan) | 1 |
| d. Planlægges for en periode ad gangen | 1 |
| e. Baseres på årstidsvariation | 1 |
| f. Tager udgangspunkt i brugertilfredshedsundersøgelser | 1 |
| g. Tager udgangspunkt i beboernes livretter | 1 |
| h. Andet – angiv hvordan | 1 _____ |

19. Har beboerne på institutionen mulighed for valg ? (flere ringe tilladt)

- | | |
|---|---|
| a. Mellem 2 eller flere hovedretter | 1 |
| b. Mellem 2 eller flere boretter | 1 |
| c. Mellem forskellige spisetidspunkter | 1 |
| d. Mellem at spise alene eller sammen med andre | 1 |

- e. Mellem at få det varme måltid til frokost eller til aften 1
- f. Fravalg af retter (fx minus fisk) 1
- g. Andre – angiv hvilke 1 _____

20. Hvordan informeres beboerne om tilbuddene på menuen ? (flere ringe tilladt)

- a. Via menuplaner 1
- b. Via plejepersonalet 1
- c. Via køkkenpersonalet 1
- d. Via radio 1
- e. Via andre medier - angiv hvilke 1 _____
- f. Beboerne informeres ikke 1

21. Involveres beboerne i måltiderne ? (flere ringe tilladt)

- a. Via planlægning af menuen 1
- b. Via deltagelse i indkøb 1
- c. Via deltagelse i madlavning 1
- d. Via deltagelse i borddækning 1
- e. Via deltagelse i anretning 1
- f. Via deltagelse i afrydning 1
- g. Andet – angiv hvordan 1 _____
- h. Beboerne involveres ikke 1

E. SPISEMILJØ OG SERVERING

Hvis der er tale om et centralkøkken med flere modtagerkøkkener eller serveringskøkkener bør denne del af spørgeskemaet udfyldes af hvert enkelt modtager- og serveringskøkken eller af plejepersonalet (ekstra eksemplarer vedlagt)

22. Hvordan ser spisestuen ud ? (flere ringe tilladt)

	1. Altid	2. Ved festlige lejligheder
a. Små borde	1	1
b. Et stort bord	1	1
c. Borde dækket med duge	1	1
d. Borde pyntet med blomster	1	1
e. Borde pyntet med (levende) lys	1	1
f. Musik i spisestuen	1	1
g. Tændt TV i spisestuen	1	1
h. Der er dækket bord inden måltidet	1	1
i. Andet – angiv hvad	1	1

23. Hvor mange beboere spiser i spisestuen hhv. andre steder ?

	1. Morgen	2. Kolde måltid	3. Varme måltid
a. Hvor mange spiser i spisestuen			
b. Hvor mange spiser på deres værelse			
c. Hvor mange spiser på gangen			
d. Hvor mange spiser i terapien			
e. Hvor mange spiser i ældrecafe			
f. Hvor mange spiser i serveringskøkkenet			
g. Andet			

24. Hvordan foregår selve måltidet ? (flere ringe tilladt)

a. Retterne i det varme måltid serveres én ad gangen	1
b. Alle der spiser sammen, starter med at spise samtidig	1
c. Der er "faste pladser"	1
d. Der bliver delt medicin ud under måltidet	1
e. Der bliver gennemført spisetræning under måltidet	1

- f. Der bliver gennemført mundstimulation under (inden) måltidet 1
- g. Der bliver gjort rent under måltidet 1
- h. Der bliver samlet service ind, mens nogle beboere stadig spiser 1
- i. Andet – angiv hvilket 1 _____

25. Hvad er plejepersonalets rolle ? (flere ringe tilladt)

Ved pædagogisk måltid forstås at personalet spiser samme mad som beboerne (modsat egen madpakke)

Ved hjælp ved spisning forstås hjælp til at komme i gang med at spise fx i form af udkæring af mad. Beboerne spiser i øvrigt selv – modsat de der behøver madning.

- a. Varetager indkøb af råvarer til hovedmåltider 1
- b. Varetager indkøb af mellemmåltider og/eller drikkevarer 1
- c. Varetager fremstilling af morgenmad 1
- d. Varetager fremstilling af kolde måltid 1
- e. Varetager fremstilling af varme måltid 1
- f. Varetager fremstilling af mellemmåltider 1
- g. Spiser med ved morgenmåltidet (pædagogisk måltid) 1
- h. Spiser med ved det kolde måltid (pædagogisk måltid) 1
- i. Spiser med ved det varme måltid (pædagogisk måltid) 1
- j. Andet - angiv hvilket 1 _____

	Antal
k. Hvor mange plejepersonaler er til stede ved morgenmåltidet	
l. Hvor mange plejepersonaler er til stede ved det kolde måltid	
m. Hvor mange plejepersonaler er til stede ved det varme måltid	
n. Hvor mange beboere behøver hjælp ved spisning ved morgenmåltidet	
o. Hvor mange beboere behøver hjælp ved spisning ved det kolde måltid	
p. Hvor mange beboere behøver hjælp ved spisning ved det varme måltid	
q. Hvor mange beboere behøver madning ved morgenmåltidet	
r. Hvor mange beboere behøver madning ved det kolde måltid	
s. Hvor mange beboere behøver madning ved det varme måltid	

26. Gøres der noget ekstra ud af måltiderne ved forskellige lejligheder ? (flere ringe tilladt)

a. Fødselsdage	1
b. Helligdage	1
c. Weekend	1
d. Måltider i terapien	1
e. Højtider	1
f. Mærkedage for den enkelte beboer	1
g. Store fester	1
h. Andet – angiv hvilket	1 _____

27. Er der taget andre initiativer i forhold til spisemiljøet ?

28. Er der snak om en evt. ændring af måltider og/eller spisemiljø ?

29. Andre kommentarer – fx om der er noget der kan gøres bedre, om beboerne er tilfredse med måltider og spisemiljø osv.
