



# Leveråd

Træning og anden indsats til faldtruede ældre  
- forebyggelse af ældres fald

## Forebygge faldulykker

Tværfagligt samarbejde

Tværasektorielt samarbejde

Fælles mål

Helbredsstatus og Funktionsevne

Hjemmetræning og gruppetræning

Leveråd

## LEVERÅD - FORORD

---

Der optræder årligt ca. 10.000 lårbensbrud i Danmark. Litteraturen om faldulykker samt om forskellige faktorer, der er forbundet med øget risiko er omfattende. Risikofaktorer som balanceforstyrrelser, generel svækkelse, svagt syn og høj alder identificeres i de fleste studier. Angst for fald gengives ligeledes i flere studier, som en væsentlig markør for at ældre borgere ikke i tilstrækkeligt omfang er aktive.

Efter lårbensbrud er der et udtalt funktionstab. Dansk Sygehus Institut har vurderet dette i en mindre undersøgelse og fandt bl.a. at ca. 75% anvendte ganghjælpemiddel 6 måneder efter lårbensbrud, mod ca. 45% før. 24% følte sig ikke friske nok til at gøre det, de havde lyst til, mod 5 % før bruddet.

Det er erfaringen, at ældre med lårbensbrud som regel udskrives fra hospitalet med en teknisk set rimelig funktionsdygtighed. I praksis viser det sig dog ofte, at borgeren i egne realistiske omgivelser ikke tør bevæge sig omkring alene og derfor kommer til at sidde det meste af tiden, og i løbet af ganske kort tid mistes den opnåede gangfunktion og andre færdigheder. Risikoen for gentagne fald øges stærkt, ligesom livskvaliteten forringes.

Med afdelingslæge Jens M. Lauritsen som projektkoordinator, har Fyns Amt, Initiativ for Ulykkesforebyggelse, i 1999 igangsat et faldforebyggelsesprojekt: Forebyggelse af ældres fald ved hjemmetræning og anden indsats. Seks kommuner i Fyns Amt har deltaget i projektet: Middelfart, Odense (distrikt Skibhus), Svendborg (Område Vest), Rudkøbing, Sydlangeland og Ærøskøbing samt Sundhedscentret, Sygehus Fyn. Finansieringen er delt ligeligt mellem amtet og de deltagende kommuner.

Udgangspunktet i projektet har været at samle forskningsbaseret viden til en regional forebyggelsesstrategi, der er tilpasset den eksisterende organisering af ældrearbejdet samt at afgrænse brugbare kriterier for tildeling af indsats.

---

## LEVERÅD - FORORD

---

Kernen i projektet er en bredt orienteret undersøgelse af borgerens situation efterfulgt af struktureret indsats. Undersøgelsen består af et interview og funktionsevnetests. Indsatsen i projektet har bestået af hjemmetræning eller gruppetræning og i vejledning i faktorer, der har betydning for risiko for fald, i projektet kaldet "Leveråd".

### Overordnede formål:

De overordnede formål for projektet har været

1. At forebygge faldulykker.
2. At mindske omfanget af gentagne fald blandt sårbare ældre.
3. At mindske funktionsevnetab generelt hos ældre.
4. At stimulere til et tættere samarbejde mellem sygehus og kommuner samt foreningsliv o.lign.

### Konkrete delmål:

1. At afprøve et fælles statusmål, der kan fastlægge helbredsstatus og funktionsevne i alle dele af et genoptræningsforløb.
2. At udvikle et træningstilbud til ældre svækkede borgere, som en integreret del af den sædvanlige træningsindsats i området.
3. At kortlægge hvordan funktionsevnetab efter lårbensbrud udvikles de første 12 måneder efter bruddet.
4. At udvikle samarbejdsrutiner, således at rådgivning af de ældre varetages i et samspil mellem sygehuse og primærkommuner.
5. Desuden at etablere samarbejdsflader, der sikrer flydende overgange fra ældreidrætten for de raske til den egentlige genoptræning og vedligeholdende træning af skrøbelige ældre.

### Målgruppe:

Projektets målgruppe har været borgere, der

- er over 65 år og udskrives fra sygehuset efter behandling for hoftenære frakturer.
  - er over 75 år og har været faldet mindst 2 gange inden for det sidste halve år.
-

## LEVERÅD - FORORD

---

### Målemetoder:

I projektperioden er der udviklet og afprøvet en række testskemaer, som afdækker dels borgerens generelle sundhedsstatus, dels borgerens funktionsevne med særligt henblik på forebyggelse af fald. Kravet til skemaerne har været, at de kan opfylde flere formål:

- være velegnet til identifikation af sårbare ældre
- kunne afdække hvilken indsats, der er behov for
- kunne bruges til effektmål af indsatsen
- kunne anvendes af alle instanser i et patientforløb (forebyggende hjemmebesøg, kommunal træning, hjemmepleje, sygehus, almen praksis)

Testmaterialet er undervejs blevet tilpasset og justeret og består nu af:

### Basisbeskrivelse:

- **Standard Interview Guide:** En gennemgang af borgerens boligforhold, hjemmeplejekontakt, daglige funktioner, ernæring, medicinforbrug, faldtendens, sociale liv og oplevelse af egen helbredstilstand (EuroQol 5-d).
  - **Funktionsevnetest:** Siddende og stående balance (tandem) og Timed Up & Go test.
  - **Aftaleskema:** Indeholder borgerens ønsker og forventninger og de aftaler, der indgås om opgaver og ansvarsfordeling.
-

# LEVERÅD - FORORD

---

Ved behov for yderligere udredning suppleres med:

- **Bergs balanceskala.** Udvidet balancetest.
- **MMSE.** Mini Mental State Examination. Demens screeningstest.
- **Faldskema.** Beskrivelse af borgerens faldepisoder.
- **MNA - Mini Nutritional Assessment.** Hurtig vurdering af risiko for ernæringsmangler.
- **Kostskema til ældre.** Spørgsmål vedr. kostvaner.

Konkret procedurebeskrivelse og kopi af anvendte skemaer er udgivet i et materialebilag, der er fælles for leveråd og trænings-katalog.

## Skematisk oversigt over forløbet:

### Fastlæggelse af indsats

Hjemmebesøg to gange:

- selvrapporteret helbred
- funktionstest
- observation
- mini mental state examination

### Visitation

Visitation

Aftale mål for indsats med borgeren

### Indsats

Forskellige interventioner indsættes:

- 4 ugers hjemmetræning
- 12 ugers gruppebaseret træning
- Ændring af daglige levevaner
- Ændring af daglige sociale vaner

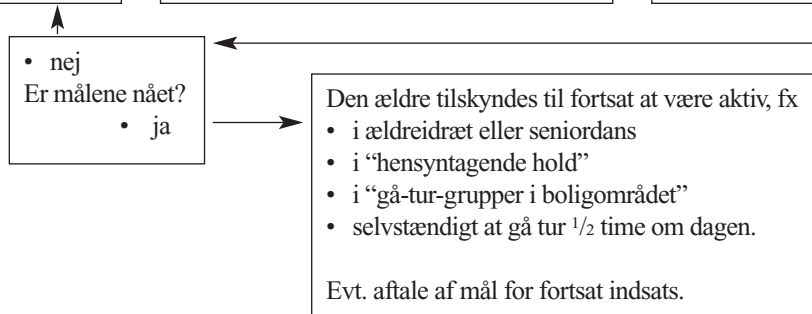
### Evaluering

Status:

- Afslutning af indsats
- 6 mdr.
- 12 mdr.

Anden form for status:

- 3 mdr. og 9 mdr. (kort/tlf.)
- Register baseret indtil 5 år.



## LEVERÅD - FORORD

---

Grundtanken med projektet har været, at anvende metoder og principper der er udviklet i forskningsprojekter på en måde hvor det respekteres at der lokalt er forskel på faglige og organisatoriske principper. Der skal være “rum til lokal faglighed”, strukturering skal være tidsmæssig overkommelig og indsatsen skal beskrive principper, men overlade detaljering til det lokale niveau. Dog uden at der mistes muligheder for at dokumentere omfang og effekt af det sædvanlige arbejde. Metoderne er udvalgt, således at de kan anvendes ved kvalitetssikring.

Navne på personer der har deltaget i projektet findes på bagsiden af dette hæfte.

Udover de tre hæfter der er omtalt på bagsiden af dette hæfte vil en beskrivelse af resultater og metoder fra projektet blive indsendt som artikler til fagtidsskrifter.

Afd. læge Jens Lauritsen, Initiativ for Ulykkesforebyggelse,  
Fyns Amt

August 2001.

---

## LEVERÅD - INDHOLDSFORTEGNELSE

---

Indledning .....	Side 1
Boligen .....	Side 4
Daglige aktiviteter .....	Side 13
Ernæring .....	Side 18
Syn og hørelse .....	Side 37
Calcium og D-vitamin .....	Side 42
Væske .....	Side 53
Medicin .....	Side 57
Bilag .....	Side 63

---

## LEVERÅD - INDLEDNING

---

Som en del af projektet "Forebyggelse af ældres fald i hjemmet og anden indsats" har 4 sygeplejersker beskæftiget sig med at uddybe nogle af de faktorer, her kaldet Leveråd, der kan have betydning for den ældres risiko for at falde. Vejledning i leveråd har været en del af den samlede indsats i projektet. En anden vigtig indsats i projektet har været træning. Denne del er ligeledes beskrevet og kan rekvireres i Fyns Amt, "Initiativ for Ulykkesforebyggelse".

Materialet var oprindeligt tænkt at kunne anvendes i forbindelse med faldforebyggelse, men undervejs har arbejdsgruppen set, at materialet kan anvendes bredere.

Hensigten med materialet er således at alle sundhedsprofessionelle der arbejder med ældre, skal blive bedre klædt på til at vejlede, informere og undervise den enkelte borger, kollega og andre interesserede i de udvalgte emner.

### **De 7 områder, der er valgt, er følgende:**

- Boligen
- Daglige aktiviteter
- Ernæring
- Syn, hørelse
- Calcium og D-vitamin
- Væske
- Medicin.

Viden om de forskellige emner er hentet fra nyere dansk litteratur.

### **Formål og opbygning af leverådene**

Hvert leveråd er opbygget på følgende måde:

- Overordnet mål
- Fagligt mål
- Årsager til problemer
- Anbefalinger til opnåelse af mål
- Litteratur.

Det overordnede mål tager udgangspunkt i borgeren. Det faglige mål er tilstræbt at være gjort målbart. Årsager til problemer, søger at samle noget af den viden, der er på de enkelte områder. Anbefalinger til opnåelse af mål skal understøtte fagpersonens handlinger til sammen med borgeren at nå målene.



## LEVERÅD - INDLEDNING

---

Til hvert leveråd har arbejdsgruppen udvalgt nogle pjecer der enten er til udlevering til borgeren eller til at understøtte fagpersonens viden på de enkelte områder. Disse pjecer findes i bilag 1.

### **Etiske overvejelser - dialog før indsats**

Som sundhedsprofessionel er det vigtigt at tage udgangspunkt i borgerens erfaringer og problemer, stimulere en undren og nysgerrighed og komme med alternative handlemuligheder.

Det er vigtigt, at mødet med borgeren er præget af en vekslen mellem dialog og formidling af faglig viden. Ved denne vekslen gives der plads til, at borgeren kan formulere sine problemer og blive mere bevidst om sin egen situation og sine tanker om, hvordan hun/han ønsker, at fremtiden skal se ud. Dette er en forudsætning for, at man kan formidle en for borgeren relevant viden. For mange oplysninger kan skabe kaos og forstyrre den motivation, som er fundamental for en adfærdsændring.

Etikken knyttet til at tale forandring tangerer meget følsomme områder, herunder værdier som frihed og integritet. Den professionelle hjælp er et tilbud, og de ældres ret til autonomi skal respekteres, uden at det udløser et pres.

Man kan og skal ikke presse forslag ned over hovedet på nogen - sundhedsvejledning må ikke give anledning til dårlig samvittighed. Det er bedre at forholde sig til et uløseligt problem, end at lade som om det ikke eksisterer.

### **Dialogen mellem borger og den sundhedsprofessionelle**

- Dialogen bør tage udgangspunkt i borgerens livssituation.
- Dialogen bør give plads for diskussion og for borgerens egne formulerede problemer.
- Den formidlede viden må have sammenhæng med borgeren og dennes livssituation.  
- Borgerens egne problemer vil alligvel ofte overdøve og blokere for nye informationer.
- Den formidlede viden må skabe refleksion og selvrefleksion over det konkrete liv. -  
Eks.: "Hvis du er svimmel, kan en af årsagerne være, at du får for lidt at drikke. Man skal have mindst 1 1/2 liter daglig. Hvad får du egentlig i løbet af dagen?"
- Dialogen bør lægge op til realistiske handlingsmål ud fra borgerens ønsker og forventninger til fremtiden. Handlingsmålene må være realistisk opnåelige, ellers får man et troværdighedsproblem og et motivationsproblem.
- Handlingsmålene bør være borgernes egne formulerede mål.  
- at sætte sig et mål er en prioritering og et fravalg af noget andet. Hvis borgeren ikke selv er engageret i den prioritering, kan motivationen til opnåelse af målet hurtigt falde.

## LEVERÅD - INDLEDNING

---

- I dialogen behandles praktiske og følelsesmæssige handlingsbarrierer.
  - Når der bliver sat ord på det besværlige eller “farlige”, er det som om, det bliver mindre farligt og nemmere at overvinde.
- Den formidlede viden må afspejle et helhedssyn, selv om formidlingen kun beskæftiger sig med et delaspekt.
  - Den enkelte forklaring eller anbefaling må være et led i et helhedssyn til opnåelse af det overordnede mål.

### Mål/aftaler:

Dialogen kan afsluttes med sammen med borgeren at nedskrive:

- Ønsker og forventninger til fremtiden.
- Konkrete områder, der er relevante at ændre på.
- En handlingsplan.
- Opfølgning af samtalen.

Derved opnås:

- En opsamling af samtalens emner, inklusive handlingsbarriererne.
- En sikring af gensidig forståelse.
- En mulighed for, at borgeren selv kan repetere samtalens indhold og afprøve eventuelle nye udfordringer og færdigheder.
- At fagpersonen på et senere tidspunkt kan følge op på samtalen og evaluere indsatsen (kvalitetssikre).

### Bagrundslitteratur:

Forebyggende hjemmebesøg til ældre

Kilde: Carsten Hendriksen, Mikkel Vass, Dafolo 1997

Sundhedspædagogik for praktikere

Tove Saugstad Gabrielsen og Ruth Mach-Zagal, Munksgaard 1999

Sundhedsfremme i teori og praksis

Torben K. Jensen og Tommy J. Johnsen, Philosophia 2000

## LEVERÅD - BOLIGEN

---

- Overordnet mål:** At boligen er i overensstemmelse med den enkelte borgers ønsker og behov for funktionsniveau og trivsel.
- Fagligt mål:**
- Sammen med borgeren vurdere, om boligen fungerer hensigtsmæssigt i forhold til hans/hendes livskvalitet og funktionsniveau.
  - Sikre at borgeren er i stand til at handle, hvis han/hun ønsker hjælpemidler eller har behov for boligændringer eller boligskift.
- Livsformer og boformer:** Bostedet og til dels boformen er i vid udstrækning knyttet til livsformen, og der kan således beskrives nogle typiske livsformforskelle i den måde, som livet i boligen og i nærmiljøet leves.
- Den ældre lønarbejder i lejlighed i byen har typisk boet samme sted i mange år. Tidligere var den 2 1/2 værelses lejlighed rammen om en hel families liv. Pladsen var trang, og mange fritidsaktiviteter blev henlagt til offentlige rum, f.eks. i sportsforeninger, klubber, værtshuse. I dag bruger den ældre fortsat meget tid i de lokale dagcentre og pensionist-klubber. Det er her, man mødes med andre mennesker. Samværet strækker sig dog ikke ud over det offentlige rum. Der knyttes ikke personlige bånd, der indebærer, at man ses privat.  
Boligen bruges i dag mest til måltider og hvile. Den nærmeste familie og eventuelle gamle venner kan komme på besøg, men ikke mange andre.  
Boligen har ingen repræsentativ funktion.  
Da børnene typisk bor i nærheden, er der ikke gæsteværelsefunktion i boligen.

## LEVERÅD - BOLIGEN

---

- Baglandskvinden i parcelhuset i byen har også typisk boet samme sted i mange år. Hun kender sine naboer, men kommer ikke sammen med dem. Hun bruger heller ikke lokale tilbud i nærmiljøet. Hun dyrker sine interesser inden for boligens vægge eller spredt ud over et større geografisk område. Hun bruger meget tid i boligen - med vedligeholdelse og med pasning af den flotte have. Betaler sig fra de opgaver, som hun ikke kan overkomme. Bekendtskaber er knyttet til hendes interesser. Boligen bærer præg af tidligere tiders repræsentative funktioner. Boligen var den naturlige ramme for ægteparrets selskabelighed. - Da børnene kan være spredt over hele landet, vil der være mulighed for at have overnattende børn med deres familie i gæsteværelset.
- Den selvstændige i egen bolig i oplandet vil ofte have sit arbejde i tilknytning til boligen eller ganske tæt derpå. Er aktiv i det lokale miljø. Bruger nærmiljøet først og fremmest til at knytte kontakter. Dette gøres ved deltagelse i de aktiviteter, der er tilgængelige i området samt ved udveksling af tjenesteydelser. Boligen kan være præget af det tidligere erhverv. Er ofte rummelig. Børnene kan bo langt væk, så der vil være overnatningsmuligheder i boligen til dem, når de kommer på besøg. Det er almindeligt, at naboer og venner fra nærmiljøet kommer på besøg hos hinanden i boligen.
- Den karrierebundne livsform er kun meget sparsomt repræsenteret i undersøgelsen. Man kan dog formodentlig drage nogle paralleler til baglandskvinderne. Dvs. kontakten med nærmiljøet er ringe. Arbejdet og vennekredsen ligger uden for lokalmiljøet.

Livshistorien, og herunder især **bolighistorien** er en afgørende faktor for forståelsen af ældres forskellige parathed til at flytte i f.eks. ældrevenlig bolig, og har derfor stor betydning for, hvilke anbefalinger, der gives til den enkelte borger.

Tidligere undersøgelser påpeger, at det især er de aktive ældre med ressourcer, der har overskud til at beslutte sig for og planlægge en flytning til boliger, hvor man kan klare sig med færre kræfter.

Undersøgelsen "Hverdagsliv og bolig", antyder også, at en af de væsentligste ressourcer synes at være erfaring med at flytte og etablere en hverdag i nye omgivelser. Og det har de ældre, der kan "frigøre sig" fra deres hidtidige bolig, fordi selve boligen betyder mindre end de kendte omgivelser.

For dem, der ikke vil flytte, gælder det modsat, at boligen af forskellige årsager har en mere central betydning end det omliggende miljø.

Undersøgelsen "Hverdagsliv og bolig" opstiller en prototype på en ældre, der flytter i ældrebolig og på en ældre, der vælger ikke at flytte i ældrebolig.

### **1) En ældrebolig-flytter = BOLIGMOBILE**

er en enlig ældre eller et ægtepar, der har:

- flyttet flere gange tidligere
- ejerbolig, hvis salg kan frigive økonomi
- stor interesse i andre mennesker, herunder også at få nye bekendtskaber
- et bredt netværk til både familie og venner
- fået en konkret anledning til at flytte nu
- fundet et egnet sted at flytte hen.

### **2) Den der ikke flytter i ældrebolig = BOLIGSTABILE**

er en enlig ældre eller et ægtepar, der har:

- boet i samme (leje-)bolig hele livet
- en billig husleje
- et stabilt livsmønster med kun få forandringer igennem livet
- et snævert netværk, der er knyttet til lokalområdet
- ikke så stor interesse i andre mennesker, og derfor ikke interesseret i nye bekendtskaber.

## LEVERÅD - BOLIGEN

---

**Ved at spørge til de flytninger, som den ældre har foretaget gennem livet, samt om årsagerne hertil, fås et billede af de erfaringer, de ældre har med at omorganisere deres liv - eller af de ældres behov for at fastholde vante livsmønstre.**

Når vi bliver ældre, kan vores funktionsevne blive nedsat. Det kan derfor være praktisk at lave nogle ændringer i boligen, så den bliver bedre at færdes i og måske lettere at holde.

Den daglige aktivitet med selv at udføre de huslige gøremål - også selv om det er hårdt - har stor betydning for at bevare funktionsniveauet.

### **Årsager til problemer med boligen:**

Årsager til, at boligen ikke stemmer overens med borgerens ønsker og formåen kan være:

- At borgeren har vanskeligt ved eller ikke kan bevæge sig på trapper (etage-ejendom eller hus med flere etager).
- At der er lang afstand til offentlige transportmidler eller forretninger.
- At der er megen udenomsplads (stor have, udhuse, stalde, der er svære at vedligeholde).
- At der er mange rum i boligen.

I samtalen med borgeren afklares det, om boligen, dens indretning, vedligeholdelse, beliggenhed og størrelse stemmer overens med hans/hendes ønsker og forventninger. (Siderne 9, 10 og 11 kan benyttes under denne samtale).

Det afklares:

- Om der er områder, der skal sættes ind overfor.
- Om det er ændringer, borgeren selv kan varetage.
- Eller om der er behov for hjælp fra social- og sundhedsforvaltningen i kommunen, hvor den ældre bor.

## LEVERÅD - BOLIGEN

---

Husk at en sådan gennemgang og evt. forslag skal være med borgerens fulde accept og med meget stor respekt for vedkommendes måde at indrette sig på.

Til trods for evt. handicap eller svagheder, der synes åbenlyst at yde hjælp til, er det vigtigt at acceptere, at den enkelte borger kan bevare sin ret til at bestemme over sin egen tilværelse, - også selv om deres beslutninger strider imod "vores" faglige og personlige vurderinger.

### **Anbefalinger til opnåelse af mål:**

Anskaffe sig beskrivelse af kommunens serviceniveau og retningslinier for hjælp vedr.:

- Tildeling af hjemmehjælp, boligændringer og bolighjælpe-midler.
- Boligsift - hvor og hvordan man skal henvende sig (kommunale eller andelsboliger).
- Transportordninger (65-billet, telebus, amtskørsel til bevægelseshæmmede og taxa-kørsel, som kommunen giver tilskud til).
- Pensionistservice/hjemmeservice - mulighederne og deres anvendelse.
- Vareudbringning og leveringsregler - hvilke forretninger tilbyder denne service.
- Ældreorganisationer, der tilbyder hjælp til ældre, der har behov for hjælp til transport til fritidsaktiviteter, besøg, indkøb m.m. i den kommune, den enkelte borger bor i.

## LEVERÅD - BOLIGEN

---

<b>Basisdata:</b>	Alder, uddannelse, tidligere arbejde , giftermål, antal børn og deres nuværende bopæl.
<b>Nuværende:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Døgnrytme, ugeprogram.</li><li>• Aktiviteters betydning, interesser og roller.</li><li>• Kontakt med børn, familie, naboer, venner.</li><li>• Netværks betydning.</li><li>• Helbred og indvirkning på dagligdagen.</li><li>• Sundhedsaktiviteter (motion, kost, medicin, kropspleje, søvn).</li><li>• Tilfredshed med hverdagslivet, med boligen, med alderdommen og sådan.</li></ul>
<b>Tidligere dagligdag:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Døgnrytme, interesser og roller.</li><li>• Netværk (familie, arbejdskammerater, andre).</li></ul>
<b>Forskelle fra før og nu:</b>	f.eks. ved pensionering, ægtefælles død, dårligere helbred <ul style="list-style-type: none"><li>• Andre aktiviteter, andre roller, anden økonomi.</li><li>• Betydningen heraf.</li></ul>
<b>Boligens funktion:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Brug af de enkelte rum.</li><li>• Betydning af udsmykning og inventar.</li><li>• Badeværelset, funktioner, sikkerhed, prioriteringer af udstyr.</li><li>• Problemløsninger i boligen (vedligeholdelse, småreparationer).</li><li>• Nærmiljø (indkøb, naboer, lokale aktiviteter).</li></ul>
<b>Boligens historie og funktion:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Begrundelse for valg af bolig.</li><li>• Tidligere boliger.</li></ul>
<b>Fremtiden:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tanker om fremtidig bolig.</li></ul>

*Kilde: "Raske ældres dagligdag" v/Nina Ralsted, Ane Andersen, Ergoterapeutskolen, Århus.*



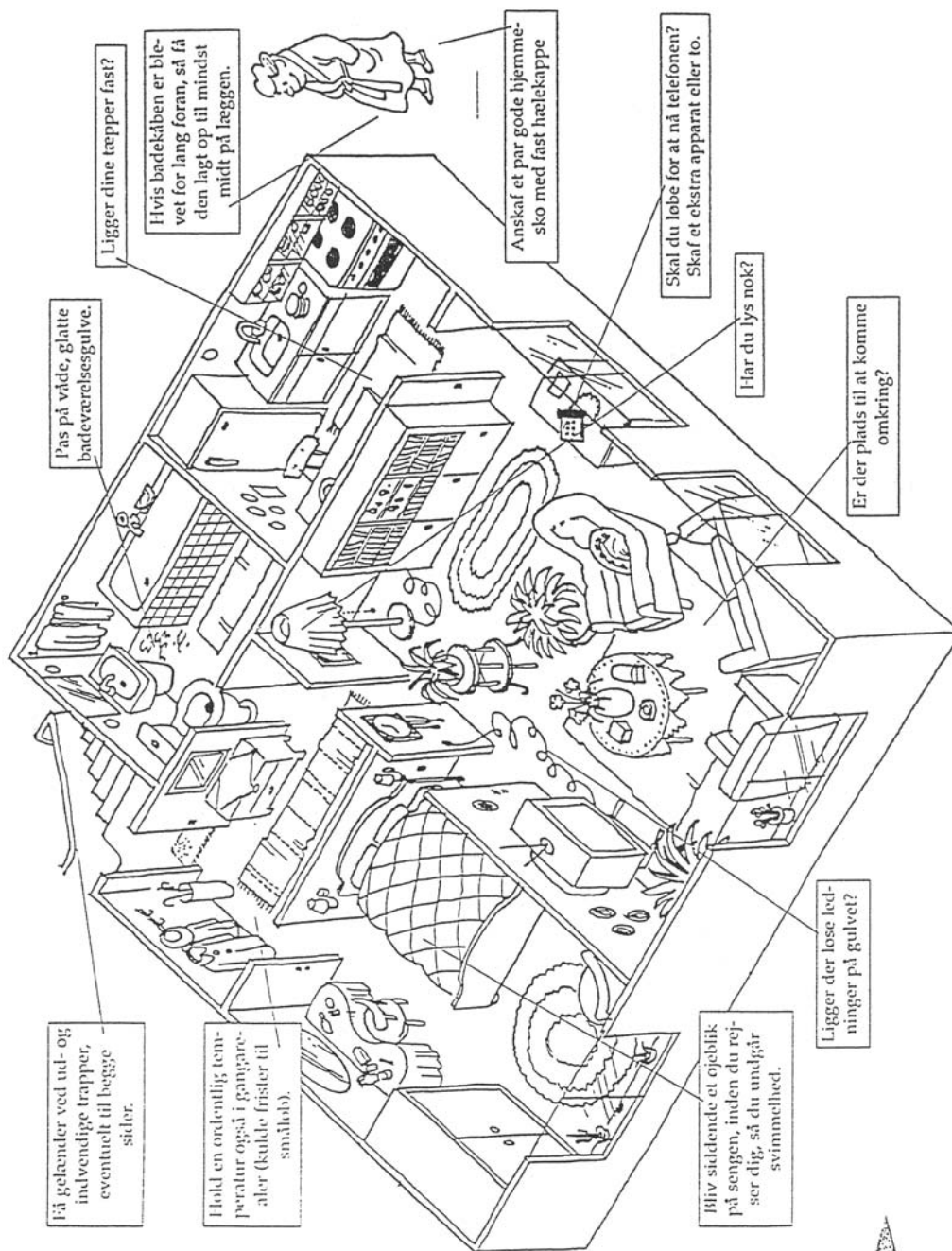
## LEVERÅD - BOLIGEN

---

Checkliste		Ja	nej
<b>Lyd</b>	Kan De høre dørklokken i alle rum? Kan De høre telefonen i alle rum? Har De en ekstra telefon ved sengen?		
<b>Belysning</b>	Er der lys nok i alle rum og er lysstyrken i pærerne tilstrækkelig? Kan lyset tændes både oppe og neden for ved trappen?		
<b>Dørtrin</b>	Er generende dørtrin fjernet?		
<b>Gulve</b>	Ligger gulvtæppet fast? Er gulvet i badeværelset skridsikkert? Er løse sengeforligger og løse småtæpper fjernet?		
<b>Trapper</b>	Er trappetrinene markerede, så de ses tydeligt? Er trappetrin og evt. løber i orden? Er der håndliste på begge sider af trappen?		
<b>Stue</b>	Er der frie ganglinier? Er der god plads til at komme rundt om møblerne? Er der frit foran vinduerne, så det er nemt at åbne dem? Er ledningerne fastgjort langs panelerne?		
<b>Køkken</b>	Er service, gryder, pander m.m. anbragt, så de er nemme at nå? Er der mulighed for at sidde ned, mens De arbejder i køkkenet?		
<b>Badeværelse</b>	Er der støttegreb ved badekar og bruseniche? Er der mulighed for at sidde ned i badeværelset? Er toiletsagerne anbragt, så de er nemme at nå? Er der skridsikker måtte i badekar og bruseniche?		
<b>Diverse</b>	Har De en god og stabil trappestige?		

---

# LEVERÅD - BOLIGEN



*Kilde:  
Danske Fysioterapeuter: Osteoporose*

## LEVERÅD - BOLIGEN

---

### Litteratur:

*“Hverdagsliv og bolig” - Raske ældres dagligdag*

Forfattere: Nina Relsted og Ane Andersen,  
Ergoterapiskolen i Århus. 1998

*“Om at mestre en god alderdom”*

Forfatter: Tove Sommer, forebyggende sygeplejerske, Fyns Amt,  
Sundhedssekretariatet. 1999

*“Forebyggende hjemmebesøg til ældre mennesker”*

v/Carsten Hendriksen og Mikkel Vass, Dafolo. 1997

### Pjece:

Danske Fysioterapeuter: “Osteoporose” side 11



## LEVERÅD - DAGLIGE AKTIVITETER

---

### Overordnet mål:

- At den enkelte borger får mulighed for at få et tilstrækkeligt indhold og udfordringer i dagligdagen - fysisk, psykisk og socialt - til at få eller bevare trivslen ved den daglige livsførelse.

### Fagligt mål:

- At den enkelte borger er bevidst om og føler sig engageret i sine forskellige muligheder for at kunne vælge, hvordan pågældendes afhængighed/-uafhængighed til andre kan/skal være.
- At den enkelte borger er bevidst om og engageret i at vælge, hvilke fysiske, psykiske, sociale og åndelige udfordringer, der for ham/hende er vigtige at opnå.
- At borgeren er orienteret om mulighederne for at opnå dette i a) hjemmet, b) nærmiljøet, c) kommunen m.m.
- At borgeren opnår tilstrækkelig sikkerhed og tryghed til at forbedre/vedligeholde nuværende funktionsniveau, for at kunne beherske de daglige funktioner og undgå afhængighed af andre.

## LEVERÅD - DAGLIGE AKTIVITETER

---

### Årsager til problemer med den daglige livsførelse:

Ældre mennesker står ofte i den situation, at de oplever et ressourcestab, måske langsomt fremadskridende, måske mere pludseligt. Dette ressourcestab opleves forskelligt, og der er forskellige reaktioner på det.

Det enkelte menneskes opfattelse af sig selv er relativt stabilt, men kan rystes, hvis man får en akut eller kronisk sygdom. Det, personen vægter, dennes baggrundsforståelse, færdigheder og vaner er afgørende for, hvad han/hun oplever som stressende og hvilke mestringsmuligheder der er. Målet er at finde mening og harmoni igen. Dette kaldes mestring.

- Hvis det enkelte menneskes livsførelse ikke har et tilstrækkeligt indhold og udfordringer, er der risiko for passivitet, ligegyldighed, depression.
- Hvis det enkelte menneske ikke er medbestemmende og engageret i egen livsførelse, er der risiko for passivitet, også i forhold til tilstrækkelig lødig kost/væskeindtag-/motion.
- Hvis det enkelte menneske er bange for at falde, øges passiviteten. Dette kan hurtigt medføre: Nedsat funktionsniveau, øget afhængighed af andres hjælp, søvnproblemer, behov for sove medicin/smertestillende medicin, nedsat glæde og trivsel.

## LEVERÅD - DAGLIGE AKTIVITETER

---

### Anbefalinger til opnåelse af mål:

Det er vigtigt at tage udgangspunkt i den enkelte borgers opfattelse af sin situation. Den sundhedsprofessionelle kan gennem refleksion med borgeren støtte den enkelte til en større bevidsthed om hans/hendes situation og mulighederne fremover - være med til at sætte "frø til spiring".

- Det afklares i samarbejde med borgeren, hvilke ønsker og forventninger i hverdagen, der for ham/hende er vigtige at opnå.
  - Årsager i tilfælde af angst for at falde afklares og bearbejdes.
  - **Informationsmateriale** samles/udarbejdes om:
    - Muligheder for udfordringer i hjemmet, f.eks. besøg af ergoterapeut, bibliotekar, besøgsvenner.
    - Muligheder for udfordringer i nærmiljøet, f.eks. aktiviteter med naboer, familie.
    - Muligheder for aktiviteter i lokalområdet (kommunale/ amtskommunale tilbud, frivillige organisationers tilbud).
  - **Grupper** i forhold til aktuelle behov kan oprettes, f.eks.:
    - Bearbejdning af angst for fald
    - Ældre spiser sammen
    - Motion og træning
- Samt talrige andre, - kun fantasien sætter grænser.

## LEVERÅD - DAGLIGE AKTIVITETER

---



## LEVERÅD - DAGLIGE AKTIVITETER

---

### Litteratur:

*Forebyggende hjemmebesøg til ældre mennesker*  
v/Carsten Hendriksen og Mikkel Vass,  
Dafolo Forlag 1997.

*Sundhedspædagogik for praktikere*  
v/Tone Saugsted Gabrielsen og Ruth Mach-Zagal,  
Munksgaard 1997.

*Om at mestre en god alderdom*  
v/Tove Sommer, Fyns Amt, Sundhedssekretariatet,  
Odense Kommune 1999.

*Svækkelse i alderdommen.*  
*Omsorg og etik i svækkelsesforløbet.*  
Redaktion: Pia Fromholdt, Jessy Hjorth-Hansen, Dorte Høeg,  
Andreas Vidik,  
Forlaget Dafolo. 2000

*Tavs viden om forebyggende hjemmebesøg*  
v/Suna Kate Palsholm,  
Tidsskrift for sygeplejeforskning 2/99.

*Støv pædagogikken af*  
v/Lone R. Mathiesen og Inger Vestergaard,  
Klinisk sygepleje nr. 4, august 1999.



## LEVERÅD - ERNÆRING

---

*Dette afsnit er udarbejdet i samarbejde med klinisk diætist Anne Marie Beck, Fødevardirektoratet.*

### Overordnet mål:

- At den enkelte borger får tilstrækkelig energi til at opbygge og vedligeholde de daglige funktioner og behov.

### Fagligt mål:

- At den enkelte borger er bevidst om og kender til, hvilken kost og mængde, han/hun skal vælge for at få tilstrækkelig energi og næringsstoffer.
- At den enkelte borger er bevidst om, hvilke faktorer, der fremmer lysten til at indtage sufficient kost.



## LEVERÅD - ERNÆRING

---

### Årsager til for lidt eller forkert ernæring:

- Kropssammensætningen ændrer sig med alderen: Væskemængde, muskel- og knoglemasse reduceres, mens mængden af fedtvæv stiger relativt. Ældre, 70-årige er sammenlignet med yngre "tørrere, lettere, skørere, og federe". Skeletmuskelmassen er reduceret med 40%, knoglemassen med 25% hos kvinder, 12% hos mænd .
- Stofskiftet bliver langsommere og den fysiske aktivitet bliver mindre, hvilket medfører mindre energibehov. Hvis man spiser det samme som før, stiger vægten med deraf følgende vægtrelaterede problemer. De fleste reagerer med at spise mindre uden at øge næringsstoffætheden, hvorved de holder vægten, men kan komme til at mangle protein og nødvendige mikronæringsstoffer.
- Hos nogle ældre daler appetitten og de taber i vægt, hvorved de mister både fedt og muskelvæv, så de får mindre energi til at klare daglige gøremål.
- Ældre har flere kroniske sygdomme, som f.eks. dårlig hjerte- og lungefunktion, kræft, demens og leddegigt og hermed øget risikoen for dårlig ernæringstilstand.
- Hvis ældres tandstatus er dårlig f.eks. dårlig tilpasset protese, kan der være problemer med at få dækket deres behov for næringsstoffer.
- Mange medicinpræparater har bivirkninger, såsom kvalme, obstipation og nedsat spyttsekretion, f.eks. benzodiazepiner og diuretika. Det kan gøre det svært at få spist tilstrækkeligt.
- 40% af ældre har nedsat mavesyreproduktion, hvilket medfører en nedsat absorption af næringsstoffer.

## LEVERÅD - ERNÆRING

---

- Peristaltikken nedsættes med alderen med tendens til obstipation, der forværres af væskemangel og nedsat fysisk aktivitet.
- Obstipation forekommer hos ca. 30% af 65-70 årige og hos ca. 85% af 85+ årige.
- En del ældre har “problemer med maven” og følger derfor en “skånekost” med udelukkelse af en række madvarer (typisk frugt, grønt og groft), hvilket øger risikoen for forkert ernæring.
- Ernæringstilstanden er af kritisk betydning for immunforsvaret, og dårlig ernæringstilstand indebærer risiko for infektionsrelaterede sygdomme hos ældre. - Gælder både ved underernæring og overernæring.
- Demens kan medføre problemer med at finde ud af at købe ind, lave mad, spise m.m., samt betyde, at glæden og de gode oplevelser ved at spise forsvinder.
- Nedsat fysisk formåen vanskeliggør indkøb, madlavning og spisning.

### Ernæringsmæssige risikogrupper

- Ensomme
- Enlige
- Ældre med dårlig tandstatus og/eller tygge-synkeproblemer
- Deprimerede
- Konfuse/demente
- Ældre personer med nedsat fysisk formåen
- Ældre personer med store vægtændringer inden for kortere tidsinterval
- Ældre personer der følger restriktive diæter
- Ældre personer med et stort medicinforbrug
- Ældre personer med akutte infektioner som for eksempel influenza og urinvejsinfektioner
- Ældre personer, der indlægges på sygehus.

## LEVERÅD - ERNÆRING

---

### **Anbefalinger til opnåelse af mål:**

Ved kostproblemer skal der udarbejdes en ernæringsrisikovurdering for den enkelte person, for at fastsætte om der skal sættes ind med hensyn til kostmængde og/eller -sammensætning. Til denne vurdering kan "Kostskema til ældre" og MNA skemaet anvendes. Begge skemaer beskrives i det følgende.

### **Dataindsamling:**

Oplysninger om højde, vægt (med henblik på udregning af BMI) og vægtudvikling indsamles.

### **Retningslinier for ernæringsrisikovurdering og indsats:**

**Body Mass Index (BMI)** anvendes som måleenhed, og beskriver forholdet mellem vægt og højde.

Udregning af BMI: 
$$\frac{\text{Kropsvægt i kg}}{\text{højde x højde i m}}$$

En hurtig udregning af BMI se side 22

#### **Overvægt.**

BMI > 32 kg/m<sup>2</sup>:

Hvis vægttab ønskes, anbefales lægekontakt med henblik på iværksættelse heraf.

#### **Normalvægt.**

BMI = 24 - 32 kg/m<sup>2</sup>:

Principperne for Normalkost (side 23) – evt. på baggrund af en udfyldelse af hele Kostskema til Ældre (side 25) - kan gennemgås.

#### **Undervægt.**

BMI < 24 kg/m<sup>2</sup>:

Mini Nutritional Assessment (MNA) udfyldes (se side 31).

Ved en opnået score på  $\geq 24$  point kan principperne for Normal-kost (side 23) gennemgås.

Ved en opnået score på < 24 point anbefales lægekontakt med henblik på behandling af de identificerede problemområder.

Hvis årsagen til den lave score skyldes at den ældre har opnået et lavt pointtal i spørgsmålene 1, 4, 11, 14 og/eller 17 gennemgås desuden principperne i Kost til småtspisende (side 23).

#### **Vægtudvikling:**

Uanset BMI og besvarelse af spørgsmålene i Kostskema til Ældre, bør der altid foretages en grundigere udredning ved hjælp af MNA, hvis den ældre har haft et utilsigtet vægttab.

Body-mass index nomogram

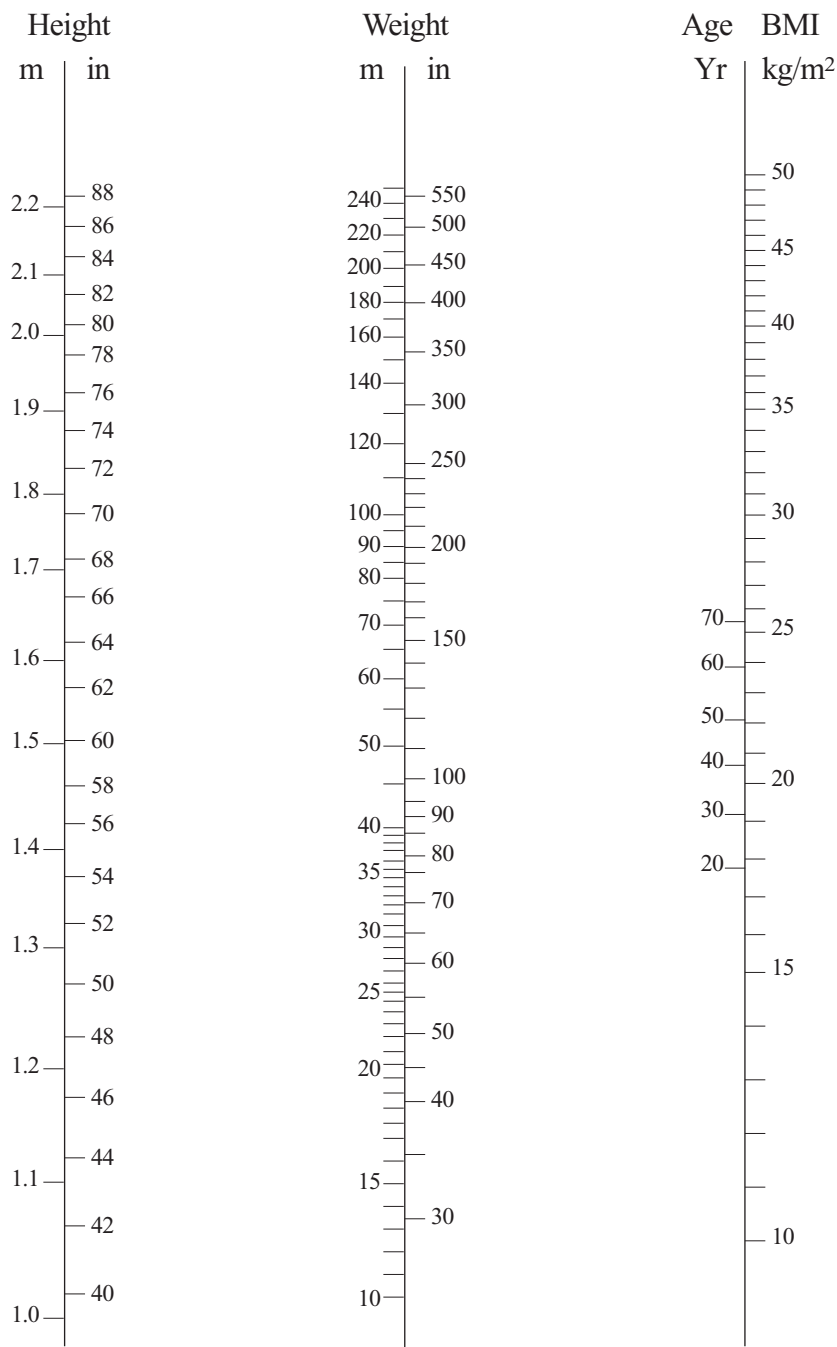


Figure 1. Nomogram for calculating body mass index (BMI) from measured weight and height showing the “best” BMI for a given age from the calculations of Andres (reference 5).

---

## LEVERÅD - ERNÆRING

---

### Principper i henholdsvis normalkost og kost til småtspisende.

Kostråd - Normalkost: 1)	Kostråd - Kost til småtspisende
<i>Spis meget brød (gerne uden hele kerner) og gryn (gerne som grød)</i>	<i>Spis lidt brød og gryn. Gerne tynde skiver brød med rigeligt fedtstof og pålæg. Gerne grød kogt på mælk og med en smørklut ovenpå</i>
<i>Spis frugt (gerne skrælet, pillet eller i frugtgrød) og mange grønsager (gerne kogte, stuede) hver dag</i>	<i>Spis lidt frugt og grønsager hver dag. For eksempel i form af stuede grønsager eller grønsagsmos, gerne af frosne grønsager. Gerne henkogt eller tørret frugt, avocado, frugtjuice og frugtgrød med fløde.</i>
<i>Spis kartofler, ris eller pasta hver dag</i>	<i>Spis lidt kartofler, ris eller pasta hver dag. Gerne kartoffelmos rørt op med fløde, smør eller æg</i>
<i>Spis ofte fisk og fiskepålæg – dagligt til frokost og ugentligt til aftensmaden - vælg forskellige slags</i>	<i>Spis ofte fisk og fiskepålæg. Gerne i form af fiskesalater, tun i olie og lignende. Pynt med mayonnaise eller remoulade.</i>
<i>Vælg mælkeprodukter og ost med et lavt fedtindhold (ca. 1/2 liter dagligt og 1 skive ost)</i>	<i>Vælg mælkeprodukter og ost med et højt fedtindhold. 45+ ost i tykke skiver i stedet for 30+ ost. Piskefløde og creme fraiche i sovs og desserter. Revet ost i supper eller oven på anden varm mad. Spis gerne flødeis og kærnemælkskoldskål og drik gerne drikkeyoghurt og kakaomælk.</i>
<i>Vælg kød og pålæg med et lavt fedtindhold</i>	<i>Vælg kød og pålæg med et højt fedtindhold. Lav gerne fars- og æggeretter. Vælg flødeleverpostej, spege- og rullepølse og kød-salater med mayonnaise. Lun en eventuel middagsrest til de kolde måltider.</i>
<i>Brug kun lidt smør, margarine og olie,</i>	<i>Brug gerne smør, margarine og olie. For eksempel i sovs, supper, mos og på brød. Brug rigeligt med dressinger af olie/eddike, creme fraiche, fløde eller mayonnaise.</i>
<i>- og spar i øvrigt på sukker og salt</i>	<i>- og brug gerne sukker i maden. I form af kiks, chokolade, kager, fromage eller is.</i>

Modificeret efter "Anbefalinger for den danske institutionskost"

1) Hvis retningslinierne for en sådan kost følges, vil ældre i den høje ende af BMI med stor sandsynlighed tabe i vægt, mens de øvrige vil holde vægten.

## LEVERÅD - ERNÆRING

---

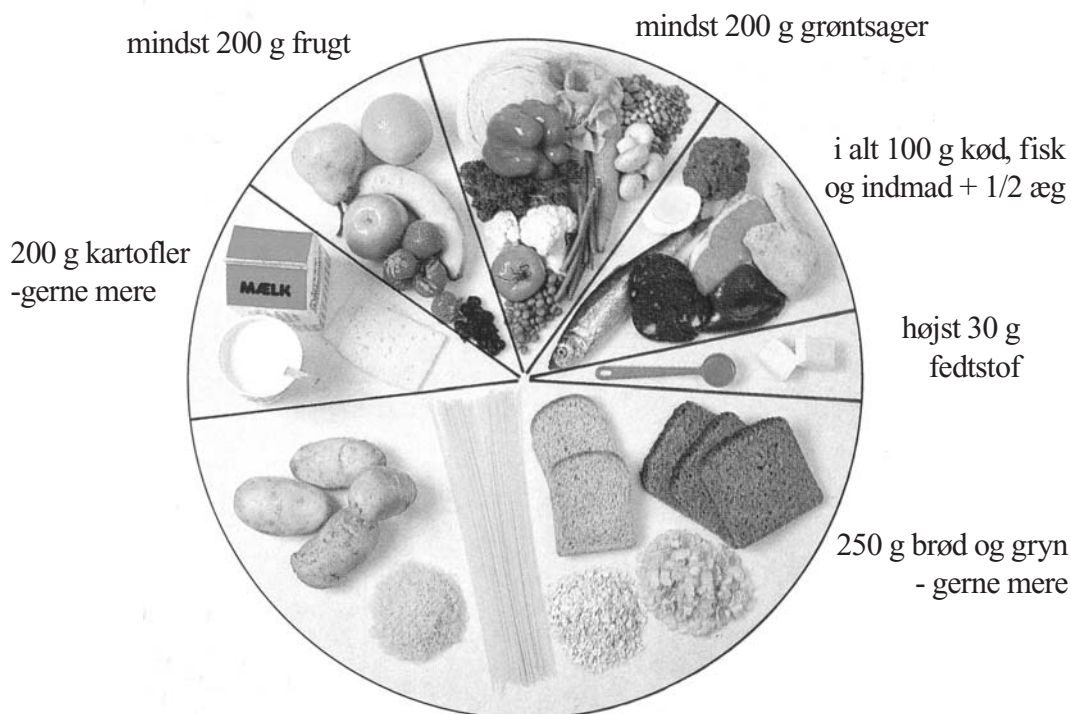
### Normalkostens mængder:

Med hensyn til mængder, så fremgår det af kostcirklen i Forbrugerstyrelsens pjeces "Længe leve det sunde liv" at der er tale om mængder på 250 g brød og gryn – gerne mere, mindst 200 g frugt, mindst 200 g grønsager, 200 g kartofler, ialt 100 g kød, fisk og indmad + 1/2 æg samt højst 30 g fedtstof.

Mængderne i kostcirklen er beregnet på ældre, som ikke rører sig så meget og derfor spiser forholdsvis lidt. Er appetitten større spises der mere fra alle grupperne - Personer med ringe appetit, fx. p.g.a. sygdom, kan ikke bruge kostrådene. I stedet må maden gerne være lidt federe.

Siden er der kommet anbefalinger fra Fødevedirektoratet med hensyn til indtagelsen af frugt og grønt – nemlig "6 om dagen", svarende til ca. 600 g.

### Kostpyramiden



Kilde: Længe leve det sunde liv. Forbrugerinformation 2000

---

# LEVERÅD - ERNÆRING

## Kostskema til ældre

1. *Hvor mange måltider spiser De til daglig?*

3 eller flere

2 eller færre

OK →

OBS ↓

2. *Hvor mange skiver brød\* spiser De dagligt?*

4 skiver eller flere

2 eller færre

Mellem 2 og 4 skiver

OK →

OBS →

OBS ↓

*Hvor mange kartofler spiser De til den varme mad?*

Mere end 2 (ris eller spaghetti i tilsvarende mængde)

2 eller færre

OK →

OBS →

3. *Hvor mange glas mælk drikker De om dagen ?*

(inkl. kakaomælk)

Mere end 1 glas

1 glas eller mindre

OK →

OBS ↓

*Hvor ofte spiser De ost eller syrnede mælkeprodukter?*

2 skiver/portioner eller mere dagligt

Mindre end 2 skiver/portioner dagligt

OK →

OBS →

4. *Hvor ofte spiser De appelsin, grapefrugt, kiwi eller drikker et glas appelsinjuice\*\*?*

*Og hvor ofte spiser De kål, spinat eller broccoli?*

Mindst 6 gange om ugen

Sjældnere

OK →

OBS →

5. *Hvor ofte spiser De fisk til den varme mad?*

2 gange om ugen

Mindre end 1 gang om ugen

1 gang om ugen

OK →

OBS →

OBS ↓

*Hvor ofte spiser De fisk som pålæg?*

3 gange om ugen

Sjældnere

OK →

OBS →

6. *Spiser De en vitamin-mineral tablet dagligt??*

Ja

Nej

OK →

OBS →

\* En skive brød er 1/2 skive rugbrød, 1 skive franskbrød, 1/2 bolle eller lignende

\*\* I sæsonen kan der desuden spørges til indtagelse af friske bær (hindbær, jordbær) og mandariner/klementiner.

Kilde: Anbefalinger fra den danske institutionskost



## LEVERÅD - ERNÆRING

---

### Kostskema til ældre

Kostskema til ældre giver ikke en fuldstændig oversigt over ældres ernæringsituation. Hertil kræves grundigere metoder. Skemaet kan dog være en hjælp til at finde frem til ældre, som har risiko for at udvikle ernæringsproblemer.

Hvis der er OBS i et/flere af spørgsmålene 1-3 sammenholdes dette med oplysninger om vægtudvikling. Hvis der har været et vægttab eller hvis den ældre ikke er klar over, hvorvidt dette er tilfældet, foretages der en grundigere udredning ved hjælp af MNA.

### Hvordan bruges Kostskema til ældre ?

Spørgsmålene 1, 2 og 3 drejer sig om mængden af mad og drikke. De skal bruges til at vurdere om den ældre spiser for lidt.

Spørgsmålene 4,5 og 6 drejer sig om bestemte madvarer og kan derfor give et billede af, om den ældre får nok af henholdsvis calcium, vitamin C og vitamin D.

Svaret på hvert spørgsmål skal karakteriseres som **OK** eller **OBS**.

**OBS** ved spørgsmålene 1, 2 eller 3 tyder på at den ældre får for lidt mad. **OBS** her bør sammenholdes med om den ældre har tabt i vægt. Og med 3 – hvis den ældre drikker mere end to glas mælk dagligt, så kan energiindtagelsen alligevel være **OK**.

**OBS** ved et af spørgsmålene 4, 5 eller 6 tyder på at kosten indeholder for lidt af et eller flere næringsstoffer.

Er der **OBS** i begge grupper, tyder det på, at den ældre får for lidt at spise, og at der er risiko for at indtagelsen af flere næringsstoffer er for lav.

### Spørgsmålene i Kostskema til ældre

#### 1. *Hvor mange måltider spiser De til daglig ?*

Dette spørgsmål er tænkt som en indledning til en generel snak om kostvaner. Med måltider menes hovedmåltider dvs. morgenmad, frokost eller aftensmad. Hvis den ældre får tre eller flere måltider dagligt, vil vedkommende formodentlig få tilstrækkeligt at spise (=OK).

Spiser den ældre derimod færre end tre måltider, skal disse være godt sammensat for at give tilstrækkeligt med energi og næringsstoffer.

Indtagelse af få måltider kan fx skyldes nedsat appetit eller praktiske problemer med madlavningen.

## LEVERÅD - ERNÆRING

---

2. *Hvor mange skiver brød plejer De at spise til daglig? Hvor mange kartofler spiser De til den varme mad?*
- Disse spørgsmål skal bidrage til at give et billede af mængden af mad der spises.  
Brød er en vigtig del af basiskosten. Hvis den ældre spiser fire eller flere skiver brød dagligt, tyder det på at vedkommende i øvrigt får en del at spise.  
Fire eller flere skiver brød karakteriseres som **OK**.  
Spiser den ældre mellem to og fire skiver brød dagligt, bør der supplerende spørges til indtagelse af kartofler, ris og spaghetti. Hvis indtagelsen af disse produkter er svarende til to kartofler eller færre, tyder det på en for lille energiindtagelse, dvs. **OBS**. Hvis den ældre indtager meget af sådanne produkter er det **OK**.  
Spiser den ældre to eller færre skiver brød til daglig, tyder meget ligeledes på at energiindtagelsen er for lille, dvs. **OBS**.  
Både mht. spørgsmål 1. og 2. bør et **OBS** sammenholdes med om den ældre har tabt i vægt.  
Og med spørgsmålene i 3. – hvis den ældre drikker mere end to glas mælk dagligt, så kan energiindtagelsen alligevel være **OK**.
3. *Hvor mange glas mælk drikker De om dagen? (inkl. kakaomælk). Hvor ofte spiser De ost eller syrnede mælkeprodukter?*
- Mælk, ost og syrnede mælkeprodukter er de vigtigste calciumkilder i kosten. Derfor er indtagelsen af disse et godt mål for den daglige kosts calciumindhold.  
Drikkes der mere end et glas mælk dagligt er det **OK**.  
Hvis der drikkes et glas eller mindre, dvs. **OBS**, skal der minimum indtages to skiver ost eller spises to portioner syrnede mælkeprodukt dagligt, for at sikre en tilstrækkelig calciumindtagelse.  
Hvis den ældre indtager mindre end disse mængder, vil det være vanskeligt at få dækket behovet for calcium og det samlede svar bliver **OBS**.

## LEVERÅD - ERNÆRING

---



## LEVERÅD - ERNÆRING

---

4. *Hvor ofte spiser De appelsin, grapefrugt, kiwi eller drikker et glas appelsinjuice ?  
Og hvor ofte spiser De kål, spinat eller broccoli ?*
- Disse spørgsmål giver oplysninger om indtagelsen af vitamin C. Hvis der dagligt spises appelsin, grapefrugt, kiwi eller drikkes appelsinjuice, vil det sandsynligvis betyde at vitamin C indtagelsen er tilfredsstillende (=OK). Hvis den ældre hverken spiser frugt eller drikker appelsinjuice, vil indtagelsen af de C-vitaminrige grønsager kål, spinat og broccoli, give svar på om vitamin C indtagelsen alligevel er tilstrækkelig. En samlet indtagelse af de nævnte frugt og grønsager, mindst seks gange om ugen er OK. Mindre end seks gange om ugen giver et kryds i OBS.
5. *Hvor ofte spiser De fisk til den varme mad ?  
Hvor ofte spiser De fisk som pålæg ?*
- Dette spørgsmål skal give oplysninger om indtagelsen af vitamin D. Fisk, specielt de fede, er de bedste kilder til vitamin D. Hvis den ældre spiser fisk til den varme mad to gange om ugen, vil indtagelsen af vitamin D formodentlig være tilstrækkelig (jævnfør dog spørgsmål 6.). Hvis den ældre spiser fisk en gang om ugen til den varme mad og desuden jævnligt bruger fiskepålæg er det også sandsynligt at indtagelsen af vitamin D er OK. ”Jævnlig brug” er her defineret som mindst tre gange om ugen. Hvis den ældre spiser fisk i mindre mængder end dette eller slet ikke, kan det blive vanskeligt at få tilstrækkeligt med D vitamin (=OBS).
6. *Spiser De en vitamin-mineral tablet dagligt ?*
- Vitaminmineral tabletter er et supplement til kosten. Hvis den ældre har en lav indtagelse af vitamin C og vitamin D via kosten, kan en vitaminmineral tablet rette op på dette. Generelt anbefales ældre over 65 år et ekstra supplement af vitamin D (udover det der findes i en vitaminmineral tablet). Uanset om indtaget af fisk er OBS eller OK. Nogle få vitaminmineral tabletter indeholder desuden calcium. En vitaminmineral tablet giver derimod ikke energi. Hvis den ældre spiser for lidt, er et sådant tilskud derfor ikke tilstrækkeligt.

## LEVERÅD - ERNÆRING

---

### **Mini-vurdering af ernæringstilstand (MNA):**

Hurtig vurdering af risiko for ernæringsmangler:

MNA-skemaet er udviklet til at identificere ældre over 65 år med begyndende ernæringsproblemer der indebærer en helbredsrisiko, som hverken de ældre selv, deres pårørende, deres praktiserende læge eller andet sundhedspersonale nødvendigvis er opmærksomme på.

MNA indeholder en række spørgsmål der i større undersøgelser har vist sig at kunne udskille personer som senere udvikler ernæringsrelaterede helbredsproblemer. Ved brug af skemaets point-system opnås en score, som giver indikation af den ældres ernæringstilstand. En score på under 17 viser at den ældres ernæringstilstand er så dårlig at der skal gøres noget med det samme. En score på mellem 17 og 23.5 indikerer at den ældre tilhører den risikogruppe der kan få ernæringsrelaterede helbredsproblemer. Det er disse ældre, som det har været meget vanskeligt at identificere – og hos hvem ernæringsrelaterede helbredsproblemer kan forebygges ved tidlig intervention.

MNA-skemaet er et redskab som kan anvendes til at identificere ældre i risikogruppen og forbedre mulighederne for en tidlig indsats med henblik på at forebygge helbredsrelaterede komplikationer. Når en risikoperson er identificeret (eksempelvis ved de forebyggende hjemmebesøg) er det nødvendigt at henvise til den praktiserende læge med henblik på at få foretaget en uddybende udredning og afdækning af de bagvedliggende årsager. På denne baggrund kan den ældre få en relevant vejledning, behandling eller henvisning til andre professionelle i social- og sundhedssektoren.

### **Kilde:**

*Retningslinjer for identifikation og behandling af mangelfuldt ernærede ældre. Arbejdsgruppe nedsat af Mejeriforeningen med deltagelse af professor, dr. med. Marianne Schroll, alment praktiserende læge Søren Kjærum Nielsen, klinisk diætist Anne Marie Beck, specialkonsulent dr. odont. Ulla Hølund og klinisk diætist Anne W. Ravn.*

## HURTIG VURDERING AF RISIKO FOR ERNÆRINGS-MANGLER: HVEM (MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT\*:MNA)

Efternavn:

Fornavn:

Køn:

Dato:

Alder:

Vægt kg:

Højde cm:

	point		point
<b>I. Fysiske mål</b>			
1. BMI $\left[ \frac{\text{vægt i kg}}{\text{højde i m} \times \text{højde i m}} \right]$	□	12. Indtager patienten - mindst et mælkeprodukt (mælk, ost, yoghurt) dagligt?	□
0 = BMI < 19		ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	
1 = 19 ≤ BMI < 21		- æg to eller flere gange om ugen?	
2 = 21 ≤ BMI < 23		ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	
3 = BMI ≥ 23		- kød, fisk eller fjerkræ dagligt?	
2. Omkreds overarm (OO) [cm]	□, □	ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	
0,0 = OO < 21		0,0 = hvis 0 eller 1 ja	
0,5 = 21 ≤ OO ≤ 22		0,5 = hvis 2 ja	□, □
1,0 = OO > 22		1,0 = hvis 3 ja	
3. Omkræds læg (OL) [cm]	□	13. Indtager patienten frugt eller grønsager to eller flere gange dagligt?	□
0 = OL < 31   1 = OL ≥ 31		0 = nej       1 = ja	
4. Vægttab i de sidste 3 måneder	□	14. Er patientens fødevarerindtagelse mindsket i de seneste 3 måneder pga. appetitløshed, fordøjelsesproblemer, tygge- eller synkevanskeligheder?	□
0 = vægttab > 3 kg		0 = stort fald i fødevarerindtagelse	
1 = ved ikke		1 = moderat fald i fødevarerindtagelse	
2 = vægttab mellem 1 og 3 kg		2 = intet fald i fødevarerindtagelse	□
3 = intet vægttab		15. Hvor mange kopper/glas væske (vand, juice, kaffe, te, mælk, vin, øl...) indtager patienten dagligt?	□, □
<b>II. Almen vurdering</b>		0,0 = mindre end 3 glas	
5. Bor patienten i eget hjem, dvs. ikke på plejehjem eller lignende?	□	0,5 = 3-5 glas	
0 = nej       1 = ja		1,0 = mere end 5 glas	
6. Indtager patienten mere end 3 receptpligtige medikamenter dagligt?	□	16. Hvordan indtages maden?	□
0 = ja       1 = nej		0 = skal have hjælp til at spise	
7. Har patienten inden for de seneste 3 måneder lidt af psykisk stress eller akut fysisk sygdom?	□	1 = spiser selv med noget besvær	
0 = ja       2 = nej		2 = spiser selv uden problemer	
8. Mobilitet	□	<b>IV. Subjektiv vurdering</b>	
0 = kan ikke rejse sig fra stol eller seng uden personhjælp		17. Mener patienten, at han/hun har ernæringsmæssige problemer?	□
1 = kan rejse sig fra stol eller seng, men går ikke udendørs		0 = kraftig fejlnæring	
2 = færdes udendørs		1 = ved ikke eller moderat fejlnæring	
9. Neuropsykologiske problemer	□	2 = ingen ernæringsmæssige problemer	
0 = alvorlig demens eller depression		18. Hvordan vurderer patienten sin egen sundhedstilstand sammenlignet med jævnaldrende?	□, □
1 = mild demens		0,0 = ikke så god	
2 = ingen psykologiske problemer		0,5 = ved ikke	
10. Liggesår eller hudsår	□	1,0 = god	
0 = ja       1 = nej		2,0 = bedre	□, □
<b>III. Kostvurdering</b>		<b>TOTAL (max. 30 points):</b>	□, □, □
11. Hvor mange egentlige måltider indtager patienten dagligt?	□	<b>RESULTAT:</b>	
0 = 1 måltid   1 = 2 måltider   2 = 3 måltider		≥ 24 points: God ernæringstilstand	
<small>* Ref.: Guigoz Y, Vellas B. and al., Facts and Research in Gerontology (supplement n° 2: the mini nutritional assessment - 1994) © 1994 Nestec Ltd (Nestlé Research Center)/Clintec. Dansk version: Anne Marie Beck og Mejeriforeningen 1999.</small>		17-23,5 points: Risiko for dårlig ernæringstilstand	
		< 17 points: Dårlig ernæringstilstand	

## LEVERÅD - ERNÆRING

---

### Hvordan udfyldes MNA-skemaet ?

Spørgsmål 1, BMI.	Osteoporose og sammenfald af rygsøjlen kan være fejlkilder ved bestemmelsen af kropsmasseindeks (BMI). Derfor kan den oprindelige højde, som den ældre som regel kan huske, anvendes i stedet for at foretage en måling.
Spørgsmål 2, omkreds af overarm	Den ældre bør stå op ad en væg eller sidde et sted hvor det er muligt for armene at hænge afslappet ned. Målestedet er midt imellem albuespidsen og skulderen. Venstre side benyttes så vidt muligt altid.
Spørgsmål 3, omkreds af læg	Målebåndet placeres rundt om læggen og flyttes op og ned indtil den største omkreds er fundet. Den ældre bør stå op ad en væg og have lige meget vægt på begge ben. Målingen kan også foretages med den ældre siddende. Her er det vigtigt at over- og underben danner en vinkel på 90°C. Venstre side benyttes så vidt muligt altid.
Spørgsmål 6, receptpligtig medicin	Defineres som den medicin der er opført i Lægemiddelkataloget.
Spørgsmål 14, mindsket fødevarerindtagelse	En tommelfingerregel er, at hvis man spiser mindre end 1/3 af den normale kost i mere end to uger (=stort fald) eller mindre end 2/3 af den normale kost i mere end fire uger (=moderat fald) vil det føre til et vægttab på 2-3 kg, svarende til ca. 5%.

## LEVERÅD - ERNÆRING

---

### Hvordan anvendes screeningsresultatet?

MNA-score under 17:  
Dårlig ernæringstilstand

Ernæringstilstanden er så dårlig at der er behov for en umiddelbar indsats. Der henvises derfor til den praktiserende læge med henblik på yderligere udredning og behandling af:

- Psykisk eller somatisk sygdom
- Psykosocial, praktiske eller andre problemer i hverdagen
- Mangler i kosten (energi og/eller vitaminer samt mineraler).

MNA-score 17-23.5:  
Risiko for dårlig ernæringstilstand

Det kan være relevant med en indsats med henblik på forebyggelse af helbredsproblemer.

Der henvises derfor til den praktiserende læge med henblik på yderligere udredning af:

- Psykisk eller somatisk sygdom
- Psykosocial, praktiske eller andre problemer i hverdagen
- Mangler i kosten (energi og/eller vitaminer samt mineraler).

MNA-score over 23.5:  
God ernæringstilstand

Der er ingen umiddelbar anledning til at foretage sig noget. Udredningen ved hjælp af MNA bør gentages efter to år. Tidligere dog efter sygehusophold eller ved et observeret vægttab.

Yderligere udredning:

Psykisk eller somatisk sygdom (MNA-spørgsmålene 6, 7, 9 og 14). Feber, infektioner og operationer øger kroppens energi- og proteinbehov. Samtidig sker der ofte et fald i appetitten og dermed i energiindtagelsen, hvorfor den ældre patient risikerer at blive underernæret.

Andre forhold som depression og demens kan ligeledes medføre en lav energiindtagelse.

Ligeledes kan tygge- eller synkevanskeligheder give anledning til en utilstrækkelig kostindtagelse. Én årsag hertil kan være smerter eller gener fra de naturlige tænder eller en eventuel protese. Anden årsag til tygge-synkevanskeligheder kan være neurologiske problemer som følge af en hjerneblødning, en fremadskridende demens eller Parkinson syge.

Endelig kan bivirkninger eller interaktioner mellem kost og medicin påvirke spiselysten og optagelsen af forskellige næringsstoffer.



## LEVERÅD - ERNÆRING

---

Psykosocial, praktiske eller andre problemer i hverdagen (MNA-spørgsmålene 8, 14 og 16):

Nedsat mobilitet kan medføre praktiske problemer i forhold til at kunne gå ud og købe ind, stå op og lave mad, åbne emballager, håndtere køkkenredskaber og spise selv - Alt sammen forhold der kan påvirke kostindtagelsen.

Mangler i kosten - energi (MNA-spørgsmålene 4, 11, 14, 15 og 16):

Ældre mennesker er efter perioder, hvor de har spist for lidt dårlige til af sig selv blot at begynde at spise noget mere og derved tage eventuelt tabte kilo på igen. Det er derfor vigtigt at alle i omgangskredsen skubber på, nøder, motiverer og lokker for at få den ældre i gang med at spise igen. Med hensyn til sammensætningen af kosten spises efter principperne i Kost til småtspisende.

### Forslag til mellemmåltider:

- Sødmælk
- Kakao med flødeskum
- Koldskål, for eksempel færdiglavet iblandet fløde
- Flødeis
- Fromage, færdiglavede desserter
- Chokolade
- Nødder, rosiner
- Kiks – salte/søde
- Chips

Ændring af madens energiindhold, uden at portionsstørrelsen øges:

	<b>kJ/dl</b>
Klar bouillon	12
Legeret suppe	390
Frugtgrød	200
Frugtgrød med sødmælk	240
Frugtgrød med fløde	390
Havregrød kogt på vand	300
Havregrød kogt på sødmælk	470

## LEVERÅD - ERNÆRING

---

### **Mangler i kosten - vitaminer samt mineraler (MNA-spørgsmålene 12 og 13):**

Kostrådene til raske ældre mennesker med mangelfuld indtagelse af specifikke levnedsmidler adskiller sig ikke fra kostrådene til yngre. Det skyldes at behovet for vitaminer og mineraler ikke bliver mindre med alderen. Mens man er ung og har god appetit er det som regel ikke svært at få nok vitaminer og mineraler. Det kan derimod blive svært når man bliver ældre og ikke har brug for så mange kalorier længere.

En kost med et højt indhold af fedt og sukker, i form af kager, wienerbrød, sukkerholdige drikkevarer og så videre, gør det svært at få nok vitaminer og mineraler.

### **Forslag til mellemmåltider:**

- Appelsinjuice
- Kærnemælk
- Frisk frugt, gerne bløde typer som fersken, banan og pære
- Frugtgrød
- Henkogt frugt
- Brød, gerne uden kerner, med skrabet fedtstof

Isoleret mangel på vitaminer og/eller mineraler er dog sjælden med undtagelser af jod og vitamin D. Oftest vil der være tale om at energiindtagelsen også er mangelfuld og kostrådene til småtspisende bør derfor følges i stedet for.

## LEVERÅD - ERNÆRING

---

- Litteratur:**
- “Menneskets ernæring”, Arne Astrup m.fl., 1997. Munksgaard.
  - “Ernæringens betydning for forebyggelse af knogleskørhed”, Ernæringsrådet, 1994.
  - “Anbefalinger for den danske institutionskost”, Fødevaredirektoratet, 2000.
  - “Retningslinier for identifikation og behandling af mangelfuldt ernærede ældre”, Mejeriforeningen, 1999.
- Pjecer:**
- “Sund mad ... hele livet”, Mejeriforeningen
  - “Lidt men godt”, Mejeriforeningen
  - “Længe leve det sunde liv”, Forbrugerinformation, Forbrugerstyrelsen.

## LEVERÅD - SYN OG HØRELSE

---

- Overordnet mål:** At borgerens syn og hørelse fungerer optimalt for at kunne få eller bevare trivslen.
- Fagligt mål:**
- At den enkelte borger har kendskab til nogle af de aldersforandringer, der har betydning for syn og hørelse
- Synet**
- At borgeren ved synstest får kontrolleret synet hos en optiker eller øjenlæge 1 gang om året.
  - At borgeren er orienteret om de muligheder, der er for forbedring af synet og diverse hjælpemidler.
- Hørelsen**
- At borgeren ved tegn på nedsat hørelse får kontrolleret denne hos en ørelæge 1 gang om året.
  - At borgeren er orienteret om de muligheder, der er for diverse hjælpemidler og tilbud om kontrol.

## LEVERÅD - SYN OG HØRELSE

---

### Årsager til problemer med syn og hørelse:

Når syn og hørelse ændres, ændres også livsvilkårene, fordi synet og hørelsen er vigtige i forbindelse med kommunikationen med andre, ved tilegnelse af information, til at opbygge sociale og faglige netværk, at udføre daglige gøremål, at færdes i vante og uvante omgivelser, dyrke fritidsinteresser og meget mere. Selv mindre syns- eller hørehandicap kan medføre indskrænkninger i udfoldelsesmuligheder, afhængighed af andre, og social isolation. Ved i tide at være opmærksom på dette kan unødvendige forringelser måske undgås.

### Synet

- Øjets linse bliver fastere i konsistensen, hvilket medfører reduceret evne til at forandre form. Når akkomodationsevnen aftager, kan man ikke indstille øjnene skarpt på genstande, der befinder sig inden for 30 cm's afstand.
- Øjets linse omdannes hos ældre til et slags lysfilter, hvor hovedsageligt det blå-grønne farveområde filtreres fra, hvilket medfører at de ældres synsoplevelser bliver mere gul-rød farvede.
- Nethinden reagerer langsommere på lyspåvirkninger, og medfører reduceret synsskarphed.
- Tilpasning af lysfølsomhed i nethinden til svagere lys bliver mindre, hvilket har konsekvenser for bilkørsel i mørke.
- Vigtigste årsager til synstab i alderdommen
  - grøn stær (5 - 10% af over 80-årige).  
Ved grøn stær i familien bør man profylaktisk undersøges for trykforøgelse. Obs. ved behandling med antikolinerge midler.
  - grå stær (stigende hyppighed med alderen)
  - senil makuladegeneration. Det er degenerative forandringer i nethindens lag, ernæringsforstyrrelser i nethinden og karøgning. Der er ingen behandlingsmuligheder.

## LEVERÅD - SYN OG HØRELSE

---

### Hørelsen

- Den hyppigste årsag til hørenedsættelse med alderen er degenerative skader i sansecellerne (presbyacosis) - dette rammer halvdelen af alle over 65 år.
- Hørecelledegenerationen rammer især de høje toner (græshoppernes sang).
- Høretab kan også skyldes forandringer i øregang, trommehinder eller øreknogler i mellemøret.
- Skader på hørenerven eller mere centralt (lydopfattende dele af hjernen) skyldes ofte blodpropper.



## LEVERÅD - SYN OG HØRELSE

---

### Anbefalinger til opnåelse af mål:

#### Synet

- Hjælp borgeren med at gennemgå boligens lysforhold. Der skal måske skiftes til stærkere pærer efter læge Esther Møllers huskeregel:
  - 25 år - 25 W
  - 40 år - 40 W
  - 60 år - 60 W
  - 75 år - 75 W.
- Godt lys ved arbejdspladsen.
- Lyset skal kunne tændes ved døren, så der er lys lige når borgeren går ind i rummet.
- Lys ved sengen, så borgeren ikke behøver stå ud af sengen.
- Lyset ved trappen skal kunne tændes, både foroven og for-neden.
- Borgeren skal evt. hjælpes med aftaler hos diverse specialister: optiker, øjenlæge, amtlig synsrådgivning, Dansk Blinde-Samfund m.fl.
- Borgeren skal oplyses om eventuel kørselsordning (øjelæge og synsrådgivningen)

#### Hørelsen

- Ved høretab: Tal højt, ikke skingert. Se på personen.
- Hørehæmmede kompenserer ofte ubevidst ved at mundaflæse.
- Placer dig, så lyset falder på dit ansigt
- Høreapparat skal tilbydes tidligt, da det kræver motivation, grundig instruktion og tilvænnning for at få så meget glæde af det som muligt.
- Høreapparater bevilges efter undersøgelse på amtets høreklínik, hvortil der er fri adgang og gratis behandling (men ventetid).
- Høreinstitutterne giver instruktion i brugen af høreapparater og opfølgende kontrol samt informerer om andre hjælpemidler (telefon, dørklokke, vækker), når der er brug for det.

## LEVERÅD - SYN OG HØRELSE

---

- Teleslynge til TV og i forsamlinger er en hjælp, idet baggrundsstøj kobles fra.
- Borgeren skal oplyses om evt. kørselsordning til hørecentral/-institut.
- Borgeren skal evt. hjælpes med aftaler hos diverse specialister på høreområdet.

### Litteratur:

Geriatrici v/ Marianne Scroll, Henrik Maagøe. Munksgaard. 1999

Ældre og syns- og høre nedsættelser  
Ældre Forum. 2000

Når syn og hørelse svigter,  
Videnscenter for Synshandicap m.fl.

### Pjecer:

Er hverdagens tekster blevet umulige at læse? Danmarks  
Blindebibliotek.



## LEVERÅD - CALCIUM OG D-VITAMIN

---

*Dette afsnit er udarbejdet i samarbejde med klinisk diætist Anne Marie Beck, Fødevaredirektoratet.*

### Overordnet mål:

- At den enkelte borger får tilstrækkeligt med calcium + D-vitamin til at opbygge og vedligeholde knoglernes kalkindhold.

### Fagligt mål:

- At den enkelte borger får tilstrækkeligt med calcium og D-vitamin og kender til, hvorledes han/hun skal få dækket sit behov gennem kosten og evt. via kosttilskud.



## LEVERÅD - CALCIUM OG D-VITAMIN

---

Faktorer der hver især og i forening øger risikoen for at knoglerne indeholder for lidt calcium.

### Årsager til problemer i forhold til calcium og D-vitamin:

- Calcium er byggesten for knoglerne.  
D-vitamin er nødvendig for at kalken bliver optaget i tarmen og for mineraliseringen af knoglerne.
- Ved normal indtagelse af Calcium vil 70-80% blive udskilt, størsteparten via fæces. Jo mindre Calcium der indtages, jo mere er tarmen istand til at optage (kompensation). Denne evne nedsættes med alderen.
- En del ældre indtager kun sparsomme mængder af mejeriprodukter og grønne grøntsager og kan derfor have svært ved at få dækket calciumbehovet.  
Calcium findes i alle mælkeprodukter og grønne grøntsager. Optagelsen er bedst fra mælkeprodukter.
- Den vigtigste D-vitamin kilde er solen uanset alder - på trods af, at D-vitamin dannelsen er omkring 25% hos en 80-årig i forhold til en 20-årig. D-vitaminsyntesen i huden er størst i perioden april - september (hænder og ansigt). D-vitamin fås også gennem kosten, og findes i fede fisk: sild, makrel, sardin og laks.  
Nogle ældre kommer ikke regelmæssigt ud i sollys og de fleste indtager for små mængder af de D-vitaminrige fødeemner. Hermed bliver behovet for D-vitamin ikke dækket.
- Nogle ældre er småtspisende og har svært ved at få dækket deres behov for calcium og D-vitamin.- Som småtspisende kan indtagelse af calcium med kosten være utilstrækkelig, men selv om Ca-indholdet er "normalt" kan Ca-niveauet stadig være for lille p.gr.a. for lav optagelse i tarmen (f.eks. pga. lavt D-vitamin) eller p.gr.a. for store tab gennem hud, urin og afføring.

## LEVERÅD - CALCIUM OG D-VITAMIN

---

- En del ældre får færdigtillavet mad og ofte er der ikke i denne kost taget hensyn til ældres særlige behov for calcium og D-vitamin.
- Forhold i kosten, der er vigtige for knoglesundheden er calcium, magnesium, fosfor, protein, D-vitamin, C-vitamin, K-vitamin - samt forskellige spormineraler, som f. eks. zink. Af disse stoffer er calcium + D-vitamin det, der er bedst dokumenteret. Hvis man f.eks. spiser en kost, der indeholder for lidt calcium, vil man få en mindre maximal knoglemasse (peak bonemass), som medfører nedsat knoglemasse i "knoglebanken", hvilket igen medfører øget risiko for brud senere i livet.
- Nogle ældre har et lavt fysisk aktivitetsniveau og der sker dermed en hurtigere afkalkning. Øget fysisk aktivitet styrker knoglerne og musklerne og kan medføre, at den ældre opholder sig mere udendørs og derved påvirkes af sollys og danner D-vitamin i huden.
- Vær opmærksom på at tilslørede og mørklødede kvinder samt tilslørede og mørklødede piger i puberteten er i risiko for for lidt D-vitamin.
- Ældre, med sygdomme f.eks. stofskiftesygdomme og et større medicin forbrug af f.eks. binyrebarkhormon, har lav optagelse eller stor udskillelse af kalk fra kroppen.
- En del ældre er i Prednisolon-behandling. Ved systemisk glukocorticoid-behandling svarende til > 7,5 mg Prednisolon/døgn i en kontinuerlig periode på > 6 måneder, skal der gives et kosttilskud med 1 g calcium og 20 µg D-vitamin. Der kan suppleres med medicinsk behandling, f.eks. Didronat - Fossamax (bifosfonater). Alle patienter i glukocorticoidbehandling uanset varighed og dosis bør sikres et sufficient indtag af Calcium og D-vitamin.
- Syreneutraliserende midler f.eks. (Alminox, Link, Almin, Alka-sol) øger afkalkningen. Der sker en øget Calciumudskillelse i urinen.

## LEVERÅD - CALCIUM OG D-VITAMIN

---

- Stort forbrug af kaffe øger afkalkningen. 1 liter kaffe medfører tab af 60 mg calcium. For at opveje dette tab skal man indtage 250 mg calcium pr. dag.
- Rygning øger det aldersrelaterede knogletab med 0,2% om året. Hver 8. hoftefraktur kan formodentlig tilskrives tobaksrygning. Der er en gevinst i form af reduceret brudrisiko ved at ryge mindre eller ved at ophøre med at ryge.

### Anbefalinger til opnåelse af mål:

#### Kostgennemgang:

- Kosten gennemgås for at vurdere, om der indtages ca. 800 mg calcium og imellem 15-25 µg (600-1000 i.e.) D-vitamin dgl.
- Kostskema til ældre, se side 25 og oversigt over indhold af calcium og D-vitamin i de enkelte fødevarer (se side 47-51) kan benyttes.
- Man tæller hvert glas mælk, hver skive ost og hvert måltid, der indeholder mælk, f.eks. risengrød og ganger antallet med 250 mg.
- 1/2 liter mælk og 25 g ost dagligt dækker calciumbehovet hos de fleste uanset fedtprocent.

#### På baggrund af kostgennemgangen anbefales:

- Hvis den ældre har et tilstrækkeligt indtag af calcium, men ikke af D-vitamin, anbefales 1 ABCD-tablet dagligt, hvilket svarer til 15 µg D-vitamin.

#### Hvis den ældre ikke har et tilstrækkeligt indtag af calcium anbefales:

1. Ved intet indtag af mælkeprodukter anbefales 1 tablet unikalk m. D-vitamin dagligt, hvilket svarer til 800 mg calcium og 10 µg D-vitamin.
2. Ved moderat indtag af mælkeprodukter anbefales 1 tablet unikalk dobbelt D-vitamin dagligt, hvilket svarer til 400 mg calcium og 10 µg D-vitamin.

## LEVERÅD - CALCIUM OG D-VITAMIN

---

- Mælk og ost bør være med lavt fedtindhold for ikke at fremme overvægt, hjerte-karsygdom og diabetes. Dog bør man sikre, at ældre vedligeholder en vægt inden for normalområdet (BMI 24-32 kg/m<sup>2</sup>), og det kan derfor være relevant at anvende fede typer.
- Kostens D-vitamin indhold bør øges hos ældre. Det sker bedst ved at spise fed fisk, som sild og makrel. En eller to sildemadder dagligt giver et godt D-vitamin tilskud. (Generelt anbefales 200-300 g fisk af forskellig art om ugen).
- Ældre bør tage D-vitamin tilskud udover en evt. vitamin mineraltablet.
- Ældre bør opholde sig udendørs 1/2-1 time dagligt i perioden april - september.
- Ældre bør sikres daglig motion. Femten minutters gang to gange dagligt vil have en knoglebevarende effekt.
- Ældre i systemisk behandling med glukocorticoid svarende til > 7,5 mg Prednisolon/døgn i en kontinuerlig periode > 6 mdr. bør kontakte egen læge m.h.p. calcium og D-vitamin tilskud. Ældre, der får en lavere dosis, men over en årrække, bør kontakte lægen - også ved inhalationsmedicin.

## LEVERÅD - CALCIUM OG D-VITAMIN

Ost og mælk er den helt store kilde til calcium. Som du kan se, i det følgende skema er der ikke stor forskel på kalkindholdet inden for de forskellige oste- og mælkegrupper. Selvom fedtindholdet varierer.

	Kalkindholdet pr. 100 gr.	Kalkindholdet i portionsmål		Kalkindholdet pr. 100 gr.	Kalkindholdet i portionsmål
<b>OSTEPRODUKT:</b>			<b>SURMÆLK:</b>		
<b>skæreost (alle typer)</b>	700 mg	skive = 147 mg	<b>ylette/Gaio</b>	195 mg	2 dl. = 390 mg
<b>feta ost</b>	700 mg	7 tern = 130 mg	<b>ymer</b>	185 mg	2 dl. = 370 mg
<b>smøreost (alle typer)</b>	600 mg	1 spsk = 98 mg	<b>A38</b>	157 mg	2 dl. = 314 mg
<b>brie ost (alle typer)</b>	600 mg	2 skiver = 144 mg	<b>cultura/tykmælk</b>	127 mg	2 dl. = 254 mg
<b>rygeost</b>	290 mg	1 spsk = 42 mg	<b>yoghurt m/u frugt</b>	125 mg	2 dl. = 250 mg
<b>hytteost</b>	220 mg	1 spsk = 33 mg			
<b>flødeost</b>	200 mg	1 skive = 40 mg			
<b>DRIKKEMÆLK:</b>					
<b>skummetmælk</b>	124 mg	1 glas = 248 mg			
<b>letmælk</b>	123 mg	1 glas = 246 mg			
<b>kærnemælk</b>	121 mg	1 glas = 242 mg			
<b>kakaomælk</b>	112 mg	1 glas = 224 mg			
<b>sødmælk</b>	110 mg	1 glas = 220 mg			

Kilde: Jette Thomsen, klinisk diætist.

## LEVERÅD - CALCIUM OG D-VITAMIN

Calcium findes ikke kun i oste- og mælkeprodukter. Flere grøntsager, brød, gryn, tørret frugt og nødder indeholder en del calcium, dog slet ikke i de samme mængder som ost og mælk.

I det følgende skema kan du se hvor meget calcium andre levnedsmidler indeholder, pr. 100 gr. og i portions- og husholdningsmål.

	Kalkindholdet pr. 100 gr.	Kalkindholdet i portionsmål		Kalkindholdet pr. 100 gr.	Kalkindholdet i portionsmål
<b>KØD:</b>			<b>BRØD:</b>		
<b>lammekød</b>	20 mg	125 gr. = 25 mg	<b>knækbrød</b>	87 g	1 stk. = 7 mg
<b>kalvekød</b>	10 mg	125 gr. = 13 mg	<b>rugbrød 51</b>	mg	1 stk. = 20 mg
<b>svinekød</b>	10 mg	125 gr. = 13 mg	<b>rundstykke</b>	46 mg	1 stk. = 18 mg
<b>oksekød</b>	5 mg	125 gr. = 6 mg	<b>franskbrød</b>	37 mg	1 stk. = 11 mg
<b>æg</b>	40 mg	1 stk. = 20 mg	<b>grovbrød</b>	26 mg	1 stk. = 10 mg
<b>FISK:</b>			<b>kiks (Digestive)</b>	150 mg	1 stk. = 22 mg
<b>rejer</b>	115 mg	1 spsk = 17 mg	<b>kiks (Marie)</b>	30 mg	1 stk. = 2 mg
<b>sild</b>	50 mg	125 gr. = 63 mg	<b>GRYN:</b>		
<b>rødspætte</b>	23 mg	125 gr. = 56 mg	<b>davregryn</b>	300 mg	1 dl. = 91 mg
<b>FJERKRÆ:</b>			<b>havregryn</b>	50 mg	1 dl. = 15 mg
<b>kylling</b>	11 mg	125 gr. = 29 mg	<b>pasta (kogt)</b>	13 mg	1 dl. = 7 mg
<b>kalkun</b>	10 mg	125 gr. = 13 mg	<b>ris (kogt)</b>	10 mg	1 dl. = 5 mg
<b>BØNNER:</b>					
<b>hvide (tørrede)</b>	144 mg	1 dl. = 44 mg			
<b>brune (tørrede)</b>	100 mg	1 dl. = 30 mg			

## LEVERÅD - CALCIUM OG D-VITAMIN

	Kalkindholdet pr. 100 gr.	Kalkindholdet i portionsmål		Kalkindholdet pr. 100 gr.	Kalkindholdet i portionsmål
<b>GRØNTSAGER:</b>			<b>NØDDER:</b>		
<b>grønkål</b>	210 mg	1 dl. = 84 mg	<b>mandel</b>	240 mg	1 spsk = 24 mg
<b>grønkål (dybfrost)</b>	150 mg	1 dl. = 60 mg	<b>hasselnød</b>	125 mg	1 spsk = 19 mg
<b>spinat</b>	130 mg	1 dl. = 52 mg	<b>jordnød</b>	88 mg	1 spsk = 13 mg
<b>spinat (dybfrost)</b>	280 mg	1 dl. = 112 mg	<b>valnød</b>	80 mg 12 mg	1 spsk =
<b>rabarber</b>	140 mg	1 dl. = 56 mg	<b>pistacienød</b>	70 mg	1 spsk = 10 mg
<b>broccoli</b>	100 mg	1 dl. = 40 mg			
<b>hovedsalat</b>	100 mg	1 dl. = 25 mg	<b>DIVERSE:</b>		
<b>grønne bønner</b>	60 mg	1 dl. = 16 mg	<b>flødechokolade</b>	220 mg	50 gr. = 110 mg
<b>hvidkål</b>	55 mg	1 dl. = 22 mg	<b>mørk chokolade</b>	80 mg	50 gr. = 40 mg
<b>gulerod</b>	36 mg	1 dl. = 14 mg	<b>mælkeis</b>	140 mg	50 gr. = 70 mg
<b>FRUGT:</b>			<b>ermol is</b>	120 mg	50 gr. = 60 mg
<b>appelsin</b>	40 mg	1 stk. = 50 mg	<b>flødeis</b>	108 mg	50 gr. = 54 mg
<b>æble</b>	20 mg	1 stk. = 25 mg	<b>oliven</b>	70 mg	3 stk. = 6 mg
<b>TØR FRUGT:</b>			<b>vand</b>	12 mg	1 dl. = 12 mg
<b>rosin</b>	80 mg	1 spsk = 12 mg	<b>abrikos</b>	80 mg	5 stk. = 12 mg
<b>sveske</b>	50 mg	5 stk. = 20 mg	<b>figen</b>	35 mg	5 stk. = 70 mg



## LEVERÅD - CALCIUM OG D-VITAMIN

Lige som ost, mælk og mælkeprodukter er den store kilde til calcium, er der også en gruppe levnedsmidler, der indeholder meget D-vitamin. Denne gruppe er fisk, specielt de fede fisk.

I de følgende skemaer ses det, hvor meget D-vitamin fisk og forskellige andre levnedsmidler indeholder.

Det kan være svært at få dækket sit D-vitamin behov udelukkende fra maden, derfor anbefales alle ældre over 65 år et dagligt D-vitamin tilskud (10 µg).

	D-vitamin pr. 100 gr.	D-vitamin i portionsmål		D-vitamin pr. 100 gr.	D-vitamin i portionsmål
<b>FISK:</b>			<b>FISK:</b>		
<b>torskelever</b>	100,0 µg	1 spsk = 15,0 µg	<b>hellefisk (røget)</b>	5,0 µg	30 gr. = 1,5 µg
<b>ål (rå)</b>	30,0 µg	125 gr. = 37,5 µg	<b>hornfisk (rå)</b>	5,0 µg	125 gr. = 6,3 µg
<b>hellefisk (rå)</b>	15,0 µg	125 gr. = 18,8 µg	<b>laks (røget)</b>	5,0 µg	30 gr. = 1,5 µg
<b>ansjos (konserves)</b>	14,0 µg	1 stk. = 2,1 µg	<b>ål (røget)</b>	5,0 µg	30 gr. = 1,5 µg
<b>sardin i olie</b>	12,0 µg	1 stk. = 1,8 µg	<b>stenbider (rå)</b>	3,9 µg	125 gr. = 4,9 µg
<b>torskerogn (konserves)</b>	12,0 µg	1 skive = 2,4 µg	<b>makrel (rå)</b>	3,9 µg	125 gr. = 4,9 µg
<b>ørred (rå)</b>	9,0 µg	125 gr. = 11,3 µg	<b>helt (rå)</b>	3,0 µg	125 gr. = 3,8 µg
<b>forel (rå)</b>	9,0 µg	125 g = 11,3 µg	<b>rødspætte</b>	3,0 µg	125 gr. = 3,8 µg
<b>helleflynder (rå)</b>	9,0 µg	126 gr. = 11,3 µg	<b>laks (rå)</b>	3,0 µg	125 gr. = 3,8 µg
<b>makrel (røget)</b>	8,4 µg	1 spsk = 1,3 µg	<b>tun (rå)</b>	2,9 µg	125 gr. = 3,6 µg
<b>sild (rå)</b>	8,4 µg	1 stk. = 5,8 µg	<b>tun (konserves)</b>	2,9 µg	1 spsk = 0,4 µg
<b>marineret sild</b>	8,3 µg	1 stk. = 4,1 µg	<b>havkat</b>	1,3 µg	125 gr = 1,6 µg
<b>søtunge (rå)</b>	8,0 µg	125 gr. = 10,0 µg	<b>skrubbe (rå)</b>	0,8 µg	125 gr. = 1,0 µg

## LEVERÅD - CALCIUM OG D-VITAMIN

	D-vitamin pr. 100 gr.	D-vitamin i portionsmål
<b>stenbider</b>	6,0 µg	100 gr. = 6,0 µg
<b>kippers i olie</b>	6,0 µg	1 stk. = 3,0 µg
<b>rejer (konserves)</b>	0,5 µg	1 spsk = 0,1 µg
<b>KØDPRODUKT:</b>		
<b>svinekød</b>	0,6 µg	125 gr. 0,7 µg
<b>oksekød</b>	0,5 µg	125 gr. = 0,7 µg
<b>kalvekød</b>	0,2 µg	125 gr. = 0,2 µg
<b>kylling</b>	1,5 µg	125 gr. = 1,9 µg
<b>lammekød</b>	0,4 µg	125 gr. = 0,5 µg
<b>hjerte (kalv/svin/okse)</b>	1,0 µg	125 gr. = 1,3 µg
<b>lever (kalv/svin/okse)</b>	0,2 µg	125 gr. = 0,3 µg
<b>PÅLÆG:</b>		
<b>spegepølse</b>	0,8 µg	1 skive = 0,1 µg
<b>rullepølse</b>	0,6 µg	1 skive = 0,1 µg
<b>leverpostej</b>	0,6 µg	1 spsk = 0,1 µg
<b>kødpølse</b>	0,5 µg	1 skive = 0,1 µg
<b>wienerpølse</b>	0,5 µg	1 stk. = 0,3 µg
<b>BRØD:</b>		
<b>wienerbrød</b>	1,5 µg	1 stk. = 0,9 µg
<b>skærekage</b>	0,7 µg	1 stk. = 0,1 µg

	D-vitamin pr. 100 gr.	D-vitamin i portionsmål
<b>DIVERSE</b>		
<b>levertran (sej)</b>	500 µg	1 spsk = 75,0 µg
<b>æggeblomme</b>	4,0 µg	1 stk. = 0,8 µg
<b>smør</b>	0,7 µg	1 spsk = 0,1 µg
<b>ost (alle slags)</b>	0,3 µg	1 skive = 0,1 µg
<b>yoghurt (alle slags)</b>	0,1 µg	2 dl = 0,2 µg

## LEVERÅD - CALCIUM OG D-VITAMIN

---

- Litteratur:** “Osteoporose, forebyggelse og behandling”, Praktisk lægemiddel information, 14. årgang nr. 4, 1997.
- “Menneskets ernæring”, Arne Astrup m.fl., 1997. Munksgaard.
- “Lægemiddelkatalog”, Årgang 1999.
- D-vitamin rapport:  
“Vitamin D - bør forsyningen i den danske befolkning bedres?”.  
Veterinær- og Fødevarerdirektoratet, 1998.
- “Osteoporose, forebyggelse, diagnostik og behandling”,  
Fødevarerdirektoratet / Sundhedsstyrelsen, 2000.
- Pjecer:** “Knogleskørhed Calcium og D-vitamin”, Osteoporoseforeningen.

## LEVERÅD - VÆSKE

---

**Overordnet mål:** At den enkelte borger får tilstrækkelig væske til at opbygge og vedligeholde daglige funktioner og behov.

- Fagligt mål:**
- At den enkelte borger sikrer sig, at han/hun får ca. 2 liter væske om dagen, hvoraf mindst 1 1/2 liter kan være vand, saft, mælk eller lignende. Resten kan være diverse andre drikkevarer.
  - At den enkelte borger ved, hvordan han/hun opnår dette mål.

## LEVERÅD - VÆSKE

---

### Årsager til problemer i forhold til væske:

For lidt væske kan medføre svimmelhed, fald, hukommelsessvigt og forvirring. Tærsklen for konfusion ved dehydrering er lavere hos ældre, derfor er dehydrering ofte årsag til indlæggelse.

- Tilstrækkelig væske forbedrer balancen mellem salt og væske i cellerne.  
Balancen mellem salt og væske i cellerne styres bl.a. af ADH - antidiuretisk hormon (stigende mængde dannes ved tiltagende væskemangel).
- Nyrernes funktion nedsættes hos ældre. De fleste ældre har manglende evne til at koncentrere urinen og dermed svært ved at reagere på væskemangel.
- Næringsstoffer optages og omsættes langt bedre ved tilstrækkelig væske.
- Tilstrækkelig væske bedrer optagelsen og udskillelsen af medicin. Den ældre er mere følsom over for medikamenter med risiko for overdosering, idet optagelse og udskillelse er nedsat. For at komme af med affaldsstoffer og f.eks. medicin, må nyrerne skylles igennem med ca. 2 liter væske dagligt. Nyrerne kan sagtens skille sig af med urinen. Kun svært hjerte-lever-nyresyge skal begrænse væskeindtag.
- Mere væske kan bedre tarmfunktionen og måske spare laxantia. Kost, motion og toiletvaner er vigtige elementer.
- Urinvejsinfektioner kan forebygges. Urinen holdes fri fra bakterier ved at drikke meget, da blære og urinrør skylles jævnligt igennem.
- Vanddrivende medicin dræner kroppen for vand. 1/4 af alle pensionister får vanddrivende medicin. Det medfølgende væsketab skal erstattes ved at drikke mere end 2 liter dagligt.

## LEVERÅD - VÆSKE

---



## LEVERÅD - VÆSKE

---

Det afklares med borgeren, om der indtages ca. 2 liter væske i døgnet. Hvis der drikkes for lidt, undersøges hvilke årsager, der ligger til grund for dette. Årsagerne kan være:

- Tørst-receptorerne bliver træge - man føler ingen tørst.
- Borgeren ønsker ikke at drikke, f.eks. p.g.a. af incontinenens, hyppig vandladning eller besværlig adgang til toilet.
- At der indtages meget kaffe, the eller alkohol (vanddrivende) i forhold til vand, saft, mælk eller lignende.

### **Anbefalinger til opnåelse af mål:**

- Måle væskemængden over 3 døgn
- Drikke det meste af den daglige væskemængde først på dagen
- Drikke et glas vand imellem måltiderne
- Stille en kande med afmålt væske på et synligt sted, så den minder én om at skulle drikke
- Erstatte noget af kaffe-/the- og alkoholforbruget med vand, saft, mælk eller lignende
- Tage den vanddrivende medicin først på dagen
- Fortynde saft og juice
- Ved vandladningsproblemer henvises til incontinenensrådgivning
- Undersøge muligheder for indretning af nemme adgangsforhold til toilet.

### **Litteratur:**

Arne Astrup m.fl.: "Menneskets ernæring", Munksgaard, 1997.

Marianne Schroll m.fl.: "Geriatrici", Munksgaard, 1999.

### **Pjecer:**

Astra Tech: "Drikker jeg fornuftigt"

## LEVERÅD - MEDICIN

---

**Overordnet mål:** At borgerens medicin er så velreguleret, at borgeren får eller bevarer trivslen i sin dagligdag.

**Fagligt mål:**

- At borgeren er orienteret om, hvilken medicin han/hun får og hvilke virkninger og bivirkninger, den har.
- At alle borgere med mere end 3 receptpligtige præparater får en geriatrisk vurdering hos egen læge.
- At al medicin er revideret mindst hvert år og helst hvert halve år.



### Årsager til problemer med medicin:

Ældre har flere sygdomme og behandles med flere forskellige lægemidler på samme tid. Der bør derfor være opmærksomhed på den øgede risiko for problemer hos ældre borgere. Samtidig med problemer som interaktion, bivirkninger og compliance, (at medicinen ikke tages efter forskrifterne), når den ældre får mange slags medicin, er det vigtigt at være opmærksom på de aldersbetingede forandringer, der sker, og som har indvirkning på medicinens omsætning og udskillelse.

- Med alderen ændres optagelsen og udskillelsen af medicinen.
- Nyrernes funktion nedsættes hos ældre og behovet for medicin ændres ved vægttab/-øgning.
- Ca. 10% af indlæggelserne på medicinsk afdeling skyldes problemer med medicin: Lægemiddelinteraktioner, bivirkninger, complianceproblemer og øgede omkostninger til dyre præparater, hvilket kan medføre, at nogle ikke tager den ordinerede medicin, fordi det er for dyrt.
- Ca. 40% af indlæggelserne på geriatrisk afdeling skyldes problemer med medicin.
- Mange sovemidler er langtidsvirkende og virker også om dagen. Ophobes i kroppen med risiko for fald.
- Medicinens halveringstider har betydning for, hvor hurtigt medicinen udskilles igen, og for hvornår man kan regne med, at den dosis, man får, er passende.
- Sovemedicin med en halveringstid på mere end 12 timer kumulerer altid ved dagligt brug, hvilket medfører sløvhed, uoplagthed, svimmelhed, appetitløshed m.m. (se side 60).
- Plasmahalveringstiden kan anvendes til beregning af tidspunkt for indtrådt ligevægt ("steady state"), som er ca. 5 x halveringstiden. Eks. Pacisyn: 40 timer x 5 = 200 timer = ca. 8 dage. Først 8 dage efter 1. daglige indtagelse, kan man regne med virkningen af den dosis af det pågældende præparat.

- Benzodiazepiner kan skabe afhængighed efter kort tids behandling. Selvom det er angstdæmpende, kan langvarig behandling i sig selv skabe angstsymptomer og sociale fobier (tør ikke gå ud at handle, være i større forsamlinger m.m.). Nedtrapning af disse præparater er svær og skal ske gradvist på grund af abstinenser. Abstinenserne viser sig ofte som "rekyl-symptomer", en forværring af de symptomer, som oprindeligt førte til brug af medicinen. Som en rettesnor tager nedtrapning lige så mange måneder, som det antal år, man har fået præparatet.
- Nogle symptomer behandles bedre på andre måder end med medicin f.eks. kan hævede ben behandles med elevring og vene pumpeøvelser.
- Nogle ældre får gentagelsesrecept, f.eks. i forbindelse med langvarig behandling med nervemedicin. D.v.s. at den samme medicin udskrives flere gange med risiko for, at der ikke bliver vurderet, om den fortsat er nødvendig. De færreste medicinske behandlinger kan fra begyndelsen siges at være livslange. Det viser sig, at det er sværere at stoppe en behandling end at starte en ny.
- En del ældre får diverse midler mod svimmelhed, som kun i meget begrænset udstrækning kan behandles medikamentelt hos ældre. Svimmelhed kan skyldes forskellige faktorer, som ofte kan elimineres ved rigelig væske, ernæringsrigtig kost, sanering i medicin og motion. OBS: Medicin for svimmelhed har ofte bivirkninger som sløvhed og svimmelhed.

### **Anbefalinger til opnåelse af mål:**

- Gennemgå de enkelte præparater sammen med borgeren.
- Gennemgå evt. problemer med administrationen af medicin i forhold til forskrifterne.
- Overvej behovet for evt. sedativer og hypnotika og evt. sammen med borgeren gennemgå pjecen: "Når du ikke kan falde i søvn".
- Sikre aftale med lægen om revidering af medicin. Se side 61.

## LEVERÅD - MEDICIN

---

Eksempler på sovemedicins halveringstid:

Apozepam	72 timer	<i>Benzodiazepinpræparat</i>
Diazepam	72 timer	<i>Benzodiazepinpræparat</i>
Pacisyn	24 - 30 timer Hos ældre: ca. 40 timer	<i>Benzodiazepinpræparat</i>
Apodorm	24 - 30 timer Hos ældre: ca. 40 timer	<i>Benzodiazepinpræparat</i>
Rohypnol	20 - 30 timer	<i>Benzodiazepinpræparat</i>
Domnamid	10 - 24 timer	<i>Benzodiazepinpræparat</i>
Pronoctan	10 - 14 timer	<i>Benzodiazepinpræparat</i>
Rilamir	2 - 3 timer Hos ældre: 2 - 4 timer	<i>Benzodiazepinpræparat</i>
Halcion	2 - 3 timer Hos ældre: 2 - 4 timer	<i>Benzodiazepinpræparat</i>
Imovane	5 timer Hos ældre: ca. 7 timer	
Stilnoct	2 - 3 timer	

---

---

**Stil spørgsmålene -  
til dig selv og din læge:**

- Hvorfor får jeg denne medicin?
- Hvor længe skal jeg have den?
- Årsagen til, at jeg fik denne medicin - er den der endnu?
- Kan det symptom, jeg får pillerne for, afhjælpes på anden måde?
- Tag din medicinliste med til din læge hvert 1/2 år, og gennemgå den med ham/hende.

## LEVERÅD - MEDICIN

---

### Litteratur:

Lægemiddelkatalog 1999,  
Dansk Lægemiddelinformation A/S

Geriatrici, Marianne Schroll m.fl.,  
Munksgaard (side 207-211), 1999.

Menneskets ernæring v/Arne Astrup,  
Munksgaard, 1997.

Når de gamle tager for meget medicin v/Lars Bjerrum, læge  
Sygeplejersken 4/2000

Benzodiazepiner, Sygeplejersken 28/1996

med flg. artikler:

“Årsag til angst”

“Stort forbrug i Danmark”

“Virker antiterapeutisk”

“Støtte til aftrapning”

### Pjecer :

“Drikker jeg fornuftigt”, Astra Tech A/S

“Når du ikke kan falde i søvn”, Synthelabo-Scandinavia A/S

---

Adresseliste på pjecer:	Titel/udgiver	Tlf. nr.:
	<b>Drikker jeg fornuftigt? Gode råd om væskeindtagelse og vandladningsvaner</b> Astra Tech A/S Husby Allé 19 3630 Taastrup	43 71 33 77
	<b>Er hverdagens tekster blevet umulige at læse?</b> Danmarks Blindebibliotek Teglværksgade 37 2100 København Ø	39 27 44 44
	<b>Gode råd til god søvn...</b> Medicinalfirma Dumex A/S Postbox 1736, Dalslandsgade 11 2300 København S	31 54 45 00
	<b>Henvisningsskema til hjælpemiddelafprøvning og undervisning</b> Fyns Amt, Synsrådgivningen Ørbækvej 100 5220 Odense SØ	65 56 20 50
	<b>Hoftebrud kan forebygges - Safehip</b> Kirudan A/S Nyholms Allé 30 2610 Rødovre	36 37 91 00
	<b>Kørselordning for svært bevægelseshæmmede</b> Fyns Amts kørselsordning Dannebrogsgade 10 5000 Odense C	63 11 22 22

---

## LEVERÅD

---

<b>Titel/udgiver</b>	<b>Tlf. nr.:</b>
<b>Når syn og hørelse svigter</b> Videncenter For Synshandicap Rymarksvej 1 2900 Hellerup	39 40 31 00
<b>Når du ikke kan falde i søvn</b> Synthélabo Scandinavia A/S Ringager 4A 2605 Rødby	43 29 22 00
<b>Sov sødt! Med Jensen og Jørgensen</b> Fyns Amt, Sundhedssekretariatet Ørbækvej 100 5220 Odense SØ	66 15 94 00
<b>Ældreaktiviteter...</b> De enkelte kommuners tilbud til ældre	
<b>Lidt men godt</b> <b>... når appetitten er lille</b> Mejeriernes Ernæringscenter Mejeriforeningen Frederiks Allé 22 8000 Århus C	87 31 20 00
<b>Sund mad hele livet</b> Mejeriernes Ernæringscenter Mejeriforeningen Frederiks Allé 22 8000 Århus C	87 31 20 00
<b>Længe leve det sunde liv</b> Forbrugerstyrelsen Amager Fælledvej 56 2300 København S	32 96 07 11

# Træning og anden indsats til faldtruede ældre - forebyggelse af ældres fald

Det samlede projekt er koordineret og planlagt af afdelingslæge Jens M.Lauritsen, Afdelingen for Forebyggelse og Sundhed, Initiativ for Ulykkesforebyggelse, Fyns Amt.

## Planlægningsgruppen

Jens M. Lauritsen, konst. aktivitetsleder Asger Kudahl, Odense Kommune Distrikt Skibhus, distrikts-fysioterapeut Lene Buur Jensen, Svendborg Kommune Område Vest, ledende ergoterapeut Hanne Finsen, Middelfart Kommune, sygeplejerske Ida Schrøder og fysioterapeut Mette Lundø Rudkøbing Kommune, sygeplejerske Trine Næhr Syd Langelands Kommune, sygeplejerske Jette Iversen Ærøskøbing Kommune, samt fysioterapeut og forebyggelseskonsulent Randi Werliin Jensen, Sundhedscentret Sygehus Fyn.

## Leveråd er udarbejdet af:

Ida Schrøder, Trine Næhr, Jette Iversen samt sygeplejerske og forebyggelseskonsulent Anne Marie Hedegaard Sundhedscentret Sygehus Fyn. Klinisk diætist Anne Marie Beck, Fødevarerdirektoratet har bidraget til afsnittet om ernæring og afsnittet om Calcium og D-vitamin.

## Træningskataloget er udarbejdet af:

Asger Kudahl, Lene Buur Jensen, Randi Werliin Jensen og fysioterapeut Marianne Hansen tidl. Middelfart Kommune.

## Udover ovenstående har følgende bidraget til projektet:

Ida Jespersen, Dennis P. Madsen, Laila Ravnkilde, Lene Andersen, Ann Nedergaard, Mette Hansen, Charlotte Graabæk Bjøtkjær, Annette Lund Jensen, Solveig Jørgensen og Joan Borst. Helene Bay, Linda Nielsen, Willy Klavsen, Gunvor Haals Groth, Henriette Franke.

## I projektet er udarbejdet 3 rapporter:

Træningskatalog  
Leveråd  
Procedurer og skemaer

Disse kan rekvireres fra Fyns Amt på nedenstående adresse og indlægges på [www.fyns-amt.dk](http://www.fyns-amt.dk) som "pdf" filer.

Desuden udarbejdes en eller flere artikler til fagtidsskrifter.

Skemaer og indtastningsprocedurer er indlagt på [www.epidata.dk](http://www.epidata.dk) som et "case" studie, der frit må anvendes med kildehenvisning.

Fotograf Niels Nyholm



Afdeling for Forebyggelse og Sundhed

Ørbækvej 100 · 5220 Odense SØ · e-mail: [afs@fyns-amt.dk](mailto:afs@fyns-amt.dk) · [www.fyns-amt.dk](http://www.fyns-amt.dk)