

Høring for Folketingets Fødevareudvalg om:
Offentlig forplejning

Onsdag den 12. oktober 2005 kl. 9.00 – 15.30
Landstingssalen, Christiansborg.

Indholdsfortegnelse

Program: Offentlig forplejning	5
Høringens spørgepanel – medlemmer af Fødevarerudvalget:.....	7
Facts om forplejning	8
Præsentation af oplægsholdere	10
Anne-Birgitte Agger	10
Anne Marie Beck	10
Bent Egberg Mikkelsen	10
Ghita Parry	11
Gitte Breum.....	11
Gitte Holm.....	11
Henrik Højgaard Rasmussen	11
Jens Christian Elle	12
Jens Kofod.....	12
Jens Olsen	12
Karin Østergaard Lassen	13
Linda Stampe Greffel.....	13
Niels Rørdam Holm.....	13
Susanne Jensen	14
Ulla Johansson.....	14
Skriftlige oplæg	15
Offentlig forplejning på sygehuse, ældreplejen og andre offentlige institutioner	17
Af Henrik Højgaard Rasmussen	17
Hvordan ser den danske kostpolitik ud på ældreområdet?.....	23
Af Anne Marie Beck	23
Bilag. Anbefalinger til fremtidig handling.....	28
Kost og Ernæringsforbundet.....	30
Af Ghita Parry	30
Mad, mennesker og sundhed	35
Af Jens Kofod.....	35
Den offentlige forplejning - historie, regulering, status og udviklingsbehov	40
Af Bent Egberg Mikkelsen.....	40
Ernæring på sygehuse.....	45
Af Karin Østergaard Lassen og Jens Olsen	45
Det velduftende plejehjem.....	50
Af Jens Christian Elle	50
En mere målrettet ernæringsindsats.....	55

Af Susanne Jensen	55
Offentlig forplejning, erfaring og anbefalinger	58
Af Linda Stampe Greffel	58
Det drejer sig om smag	61
Af Gitte Breum	61
Mad på skoler - den direkte vej til sundere kostvaner?	64
Af Bent Egberg Mikkelsen	64
Skolemåltider i Sverige	69
Af Ulla Johansson	69
Københavns Økologiske Sunde Skolemad (KØSS)	71
Af Gitte Holm	71
En række store økologiske omlægningsprojekters resultater viser	76
Af Anne-Birgitte Agger	76
Hvordan er fremtiden i sektoren med hensyn til innovation inden for sundhed og kvalitet?	80
Af Niels Rørdam Holm	80

Europarådets resolutioner

Europarådets resolution om sund kost på skoler	83
Resolution om mad og ernæringsmæssig pleje på hospitaler	85
Deltagerliste	93

Program: Offentlig forplejning

Høring for Folketingets Fødevareudvalg onsdag den 12. oktober 2005 kl. 9.00 – 15.30, i Landstingssalen, Christiansborg, arrangeret af Teknologirådet

8.00 – 9.00 Registrering og kaffe i Fællessalen

9.00 – 9.05 Velkomst

ved *Christian H. Hansen*, formand for Folketingets Fødevareudvalg, høringens ordstyrer

9.05 – 10.15 **Mad, mennesker og sundhed – hvordan hænger det sammen?**

Madens betydning for menneskers sundhed, trivsel og helbredelse

- *Henrik Højgaard Rasmussen*, Overlæge Ph.d., Medicinsk Gastroenterologisk afd., Aalborg Sygehus Syd, Århus Universitet

Den danske kostpolitik på ældreområdet

- *Anne Marie Beck*, klinisk diætist, seniorforsker, Danmarks Fødevareforskning

Funktionskæden i den offentlige forplejning og fødevarekvalitet

- *Ghita Parry*, formand, Kost & Ernæringsforbundet

Madkvalitet og samværets betydning for spisesituationen

- *Jens Erik Kofod*, antropolog, Danmarks Fødevareforskning

Spørgsmål fra spørgepanelet og debat

10.15 – 10.45 Kaffepause i Fællessalen

10.45 – 12.00 Den offentlige forplejning i Danmark

Europarådets resolution om ernæringspleje på hospitaler og Sundhedsstyrelsens initiativer på området

- *Anne Marie Beck*, klinisk diætist, seniorforsker, Danmarks Fødevareforskning

Samfundsmæssige og sundhedsmæssige rationaler bag den offentlige forplejning.

- *Bent Egberg Mikkelsen*, bromatolog, seniorforsker, Danmarks Fødevareforskning

Hvordan anvendes de officielle danske kostbefalinger på sygehuse i praksis?

- *Karin Østergaard Lassen*, projektleder, "Medicinske patienters ernæringspleje - en medicinsk teknologivurdering", udgivet af Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering
- *Jens Olsen*, programleder, Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering, Syddansk Universitet.

Et godt måltid for de ældre på plejehjemmene som en del af omsorgskulturen

- *Jens Christian Elle*, aktionsforsker, Institut for Produktion og Ledelse, DTU/ Danmarks Fødevareforskning

Spørgsmål fra spørgepanelet og debat

12.00 – 13.00 Frokost i Fællessalen

13.00 – 14.00 En mere målrettet ernæringsindsats

Den offentlige forplejning som del af det offentlige folkesundhedsarbejde. Perspektiver for forebyggelse og synergi i at koordinerer opgaverne. Tværkommunalt og -sektorielt samarbejde som instrument for øget folkesundhed.

- *Susanne Jensen*, Cheføkonoma, Kolding Kommune

Erfaringer fra forsøg på sygehuse med henblik på at styrke ernæringsindsatsen

- *Linda Greffel*, chefsygeplejerske, Ortopædkirurgi Nordjylland

Patienters oplevelser og forventninger til maden på sygehusene

- *Gitte Breum*, cheføkonoma, Amtssygehuset i Glostrup

Spørgsmål fra spørgepanelet og debat

14.00 – 14.45 Mad i skoler og børneinstitutioner. Perspektiver, konsekvenser og gennemførlighed ved indførelse af skole- og børnehavemad i Danmark

Hvilken betydning vil indførelse af skolemad kunne have for børn og unges sundhed? Europarådets kommende resolution om skolemad.

- *Bent Egberg Mikkelsen*, seniorforsker, Danmarks Fødevarerforskning

Erfaringerne med Skollunsj i Sverige

- *Ulla Johansson*, områdechef, Malmø Kommune

Ny skolemad i Københavns Kommune med Københavns Økologiske Sunde Skolemad

- *Gitte Holm*, leder af KØSS, Københavns Kommune

Spørgsmål fra spørgepanelet og debat

14.45 – 15.25 Fremtiden i sektoren med hensyn til innovation inden for sundhed og kvalitet

Sundhedsaspektet som drivkraft i markedsudviklingen fremover

- *Niels Rørdom Holm*, produkt- og udviklingschef, Medirest A/S

Sammenhængen mellem økonomisk og økologisk bæredygtighed og en kost der lever op til ernæringsbefalingerne.

- *Anne-Birgitte Agger*, direktør, Frydenholm A/S

Spørgsmål fra spørgepanelet og opsamlende debat

15.25 – 15.30 Afslutning v. formand for Folketingets Fødevarerudvalg, Christian H. Hansen

Høringens spørgepanel – medlemmer af Fødevareudvalget:

Inger Støjberg (V)

Mette Gjerskov (S)

Martin Henriksen (DF)

Per Ørum Jørgensen (KF)

Elisabeth Geday (RV)

Kristen Touborg (SF)

Per Clausen (EL)

Christian H. Hansen (DF), formand for Fødevareudvalget, er høringens ordstyrer.

Facts om forplejning

Af Bent Egberg Mikkelsen, Danmarks Fødevarerforsknig

Det offentlige indkøbsbudget er på et par milliarder kroner årligt og heraf anvendes 4-5 milliarder på fødevarer. Væksten inden for institutionsområdet skønnes at ligge på 2-3% årligt (IFAU, 1999). Mad budgettet er i hænderne på omkring 2000 indkøbere i kantiner og institutionskøkkener og 14.500 på børneinstitutioner og uddannelsessteder. Dertil kommer omkring 800 centrale indkøbere i kommunerne der koordinerer indkøb og forhandler indkøbsaftaler (Miljøstyrelsen nr. 19, 2000).

Mad på plejcentre

Omkring 125.000 ældre i Danmark modtager daglig mad gennem en måltidsserviceordning. Hovedparten, nemlig 75% af dem, er boende i eget hjem, ældreboliger eller beskyttede boliger, mens 25% bor på plejcentre. (www.Altomkost.dk, 2004). Der er leve bo miljøer, små bo enheder med 8-10 beboere der har fælles køkken. 4-5000 ældre boede ifølge Danmarks Statistik i leve bo miljøer (4-5000 ældre). I hovedparten af kommunerne, nemlig omkring 65%, er det udelukkende kommunen selv, der står for produktionen af måltider til ældre. I omkring 8% af kommunerne benyttes udliciteret madservice. Af de udliciterede måltidsserviceordninger er omkring 1/3 kommunens egne køkkener, der er udliciteret, omkring 1/3 af måltidsservice fra kroer, restauranter eller cafeer, og 1/3 er madudbringning fra private cateringfirmaer (www.Altomkost.dk, 2004)

Mad på hjul eller madudbringning er en dansk engelsk opfindelse (meals-on-wheels) som har bredt sig til andre lande (essen-auf-rädern). Der er tale om færdige måltider der bringes ud til modtagere (typisk pensionister) i eget hjem (eller plejeboliger). Der produceres dagligt omkring 50.000 portioner til omkring 65.000 modtagere af mad på hjul. Det er dog ikke alle der modtager hver dag. (www.Altomkost.dk, 2004)

Mad på hospitaler.

Der er 71 somatiske hospitaler, heraf langt hovedparten med eget produktionskøkken. Dertil kommer de psykiatriske hospitaler (www.Altomkost.dk, 2004). Der produceres omkring 130.000 måltider pr. dag i landets hospitalskøkkener. Af disse går omkring ¼ til bespisning af patienter, mens resten er bespisning af gæster og ansatte. Det er amterne der ejer og har ansvaret for hospitalerne herunder de måltider der produceres og serveres.

Mad i daginstitutioner

Børnehaver drives af omkring 96% af kommunerne, men kun 13% af disse har bespisning. Der findes 2300 børnehaver og der produceres skønsmæssigt 20.000 måltider dagligt (Kostforplejningsbetænkningen 1997). Vuggestuer drives af omkring 30% af kommunerne og af disse har 90% madordninger. Der er 570 vuggestuer og der produceres 20.000 måltider dagligt (Kostforplejningsbetænkningen 1997)

Mad til soldater

Der produceres skønsmæssigt omkring 140.000 måltider dagligt af Forsvarets Cafeteriaer. Der skønnes at være op mod 100 serveringsteder. Det er staten der har ansvaret. (Kostforplejningsbetænkningen, 1997)

Mad til indsatte

Der serveres dagligt skønsmæssigt 12000 måltider til ansatte og indsatte i fængslerne. Det er staten der har ansvaret for fængslerne. (Kostforplejningsbetænkningen, 1997)

Mad på døgninstitutioner

Det serveres skønsmæssigt 15.0000 måltider dagligt i døgninstitutioner. Der er knapt 600 køkkener og det er typisk amterne der står får driften (Kostforplejningsbetænkningen, 1997)

Mad i kantiner

Der findes omkring 5000 kantiner men af varierende størrelse (Bech, Storkøkken 2000). Det skønnes at omkring 2/3 dele findes i virksomheder mens resten findes i det offentlige.

Præsentation af oplægsholdere

Anne-Birgitte Agger

Født 1961, Direktør. Har siden 1990 arbejdet med at indføre økologiske varer, bedre og flere måltider i de offentlige institutioner både som rådgiver, produktudvikler og som virksomhedsleder.

1991 – 1994: Medstifter og projektleder i Virksomheden ”Den Rene Vare”, der var en økologisk engrosvirksomhed med et 100 procent økologisk sortiment.

1995- 2004: Selvstændig og indehaver af Aggers Selskab, en omlægningsrådgivning der har været involveret i en lang række offentlige økologiprojekter.

2004 - Aggers Selskab fusionerede med Frydenholm A/S i 2004.

Herefter direktør for omlægningsrådgivning og en skolemadsfabrik i Frydenholm A/S.

Vigtige økologiske omlægningsprojekter, som Anne-Birgitte og Aggers Selskab har været involveret i som hhv. projektledere og konsulenter : Albertslund kommunes projekt ”Barnemad – en omlægning i hoveder og gryder” i 1994-96, Roskilde Kommunes projekt ”Det Gode måltid” fra 1996-2003 , Københavns Kommunes ”Dogme Økologiprojekt” 2001-?, Vestsjællands Amts projekt ”Bæredygtige varer i Sygehus Vest-sjælland” 2002-2003, Vejle Amts projekt ”Sæt smil på menuen” 2004-2005. En del af disse projekter har fået tilskud via innovationsloven. Kontaktoplysninger: mail: gigger@aggers.dk, telefon: 29914661, www.Frydenholm.dk/skolemad

Anne Marie Beck

Uddannet som levnedsmiddelkandidat i 1990 og klinisk diætist i 1991.

Ph.d. i 2001 på afhandling om ernæringsmæssige problemer hos ældre i hjemmepleje og på plejehjem.

Seniorforsker i 2003. Aktuelt ansat i Danmarks Fødevarerforskning og leder af forskningsprojektet ”Forebyggelse af tab af fysisk, mental og social funktionsevne ved fokus på ældres ernæringstilstand og risikofaktorer”, som (foreløbig) omfatter 450 ældre beboere på 11 danske plejehjem.

Medforfatter til en række artikler, bøger og rapporter om emnet - en del kan læses via www.dfvf.dk eller www.altomkost.dk /temasider om småtspisende ældre.

Bent Egberg Mikkelsen

Stilling: Cand.brom, Ph.D, Seniorforsker

Grunduddannelse og udvalgt videreuddannelse:

Kandidat i levnedsmiddelvidenskab (cand.brom.) 1983

Eksamen i medievidenskab (modul 1) 1983

Voksenpædagogisk Grundkursus Tune Landboskole 1983

Eksamen i projektledelse DIEU 1994

Ph.D. i samfundsvidenskab RUC, TekSam 1999.

1999-2001 Sekretariatsmedarbejder for projekt Måltidet Hus, Veterinær og Fødevarerdirektoratet

2002-2004 Sektionsleder, ernæringsafdelingen, Fødevarerdirektoratet

2004- Seniorforsker i Danmarks Veterinær og Fødevarerforskning

Formand for Europarådets task force for Nutrition in schools samt medlem af Expert committee on Food, Nutrition and consumer health. DFVF deltager i et Europæisk ekspertsamarbejde om skoleernæring under Council's Partial Agreement in the Social and Public Health Field. I forbindelse med arbejdet er der i

samarbejde med WHO blevet gennemført en undersøgelse af praksis omkring mad på skoler i de europæiske lande.

Ghita Parry

45 år, formand for Kost & Ernæringsforbundet, som er fagforbundet for omkring 8.500 køkkenassistenter, ernæringsassistenter, køkkenledere, økonomaer, professionsbachelorer i ernæring og sundhed og kliniske diætister. De har ansvaret for maden i institutioner, på skoler, arbejdspladser, hospitaler og plejecentre. Uddannet økonoma, 1982, kvalitetsrådgiver, 1996.

Erfaring som leder, produktionsleder og projektleder i offentlige og private storkøkkener.

Kost & Ernæringsforbundet sidder med i bl.a. Det rådgivende Fødevarerudvalg, Forbrugerrådet, Det nationale Råd for Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet og deltager på nordisk, europæiske og internationalt plan i samarbejdsorganisationer for økonoma- og diætistuddannede.

Gitte Breum

Uddannet økonoma fra Amtssygehuset i Roskilde 1982

1983-1993 Cheføkonom inden for ældreområdet i Aalborg Kommune

1993- cheføkonom på Amtssygehuset i Glostrup

2005 NLP Business Master Practitioner.

Gitte Holm

Født 1956. Leder af Københavns Økologiske Sunde Skolemad (KØSS).

Har siden 2001 arbejdet med at udvikle et skolemadkoncept til samtlige skoler i København.

Herunder udvikling af menuer, indretning af satellitkøkkenet / skoleboder på skolerne, organisering af salg, samt en sundhedspædagogisk læringsdel.

Har siden 1998 arbejdet med udvikling inden for forebyggelse og sundhedsfremme i Københavns Kommune. Har som leder af Sund By Indre Nørrebro arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme i bydelen Indre Nørrebro, og i samarbejde med bydelen Indre Nørrebro udviklet pilotprojektet, der senere blev modelprojekt for skolemad i Københavns Kommune.

Uddannet Jordemoder 1987 på Danmarks Jordemoderskole i København, og har samtidig med jordemoderjobbet deltaget i forskningskursus, forskningsprojekter og diverse udviklingsprojekter.

Henrik Højgaard Rasmussen

Læge 1983 fra Århus Universitet. Speciallæge i intern medicin og medicinsk gastroenterology 1996. Overlæge på Medicinsk gastroenterologisk afd. M, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital 1997 og til d.d. Ph.D. thesis, 2002. "Hepatobiliary dysfunction in patients with inflammatory bowel disease. A review with special emphasis on primary sclerosing cholangitis.

Forsknings- og interesseområder:

Publiceret omkring 50 artikler indenfor bl.a. mavetarm – og leversygdomme herunder specielt omkring tarmens absorptionsforhold, farmakologi, epidemiologi og klinisk ernæring. Ansvars- og interesseområde er klinisk ernæring, herunder specielt underernæring og ernæring til tarmsyge (hjemme-parenteral ernæring – ernæring i blodåre).

Tillidserhverv:

Formand for Dansk Selskab for Klinisk Ernæring.
Formand for Det Amtslige Ernæringsudvalg i Nordjyllands Amt.
Medlem af Ernæringsudvalget ved Aalborg Sygehus.
Medlem af Medicinalkomiteen ved Aalborg Sygehus
Medlem af Rådgivningsgruppe for Klinisk Ernæring (ad hoc gruppe under DSKE).
Medlem af ESPEN Council (europæiske organisation for klinisk ernæring)
Medlem Ernæringsrådet til 2005 (herefter midlertidig nedlagt)

Deltaget i diverse arbejdsgrupper bl.a for SST (rapport om underernæring-strategi) samt udarbejdelse af Nationale Kosthåndbog. Ekstern klinisk lektor ved Århus Universitet i Klinisk ernæring (1997-2005). Underviser ved Århus Universitet (kliniske diætister). Censor ved Århus Universitet (kliniske diætister). Censor ved professionsbachelor-uddannelsen for kliniske diætister. Planlægning, underviser og mentor ved Skandinavisk Nutritionsakademi. Medskribent på "Klinisk ernæring" m.m..

Jens Christian Elle

Født 1967

1994-2001 Studerende ved Roskilde Universitetscenter (Geografi og Uddannelsesplanlægning) Cand. Scient. Soc. 2001 med speciale i hvordan udviklingen af bæredygtige regionale fødevarekredsløb kan fremmes gennem frisættelse og gestaltning af de regionale aktørers sociale fantasi.
2001-2002 Diverse konsulentopgaver og småjobs.
2003-2006 Ph.d. studerende ved Institut for Produktion og Ledelse, DTU i forbindelse med Projekt Basiskost. Projektet er udviklet og finansieret i samarbejde med Afdelingen for Ernæring i Danmarks Fødevareforskning. Projektet er beskrevet på www.madmedmening.dk.

Jens Kofod

Magister i Antropologi (1994) og Ph.d.-studerende (siden 2004) ved Danmarks Fødevareforskning. Bærende interesse i arbejdet er madens kulturelle betydning i de situationer den indgår i. Dette var i antropologi-specialet i forbindelse med dødsritualer i Papua New Guinea. Siden i marketing og PR-arbejde og fra 1999 som projektleder i projekter, der har fokuseret på patienter, hjemmeboende pensionister og plejecenterboeres oplevelser af kvalitet i maden.
Ph.d.-projekt omhandler kommende plejecenterbeboeres møde med plejecentret og de konflikter, der opstår omkring spisesituationen i forhold til ønsker og behov hos beboere og personale. Metoderne er kvalitative kombineret med målinger af funktionsevne og BMI blandt beboerne.

Jens Olsen

Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering (CAST)
Syddansk Universitet, J. B. Winsløvs Vej 9B, 1.sal, 5000 Odense C, tlf.: 6550 3613, e-post: jeo@cast.sdu.dk
FØDSELSDATO: 15. oktober 1968
UDDANNELSE: Cand.oecon. Syddansk Universitet, Odense, december 1995.
ANSÆTTELSE:
Nov. 2000 - : Programleder, CAST, Syddansk Universitet
Apr. 1999 - okt. 2000: Fuldmægtig, Sundhedsministeriet
Feb. 1996 - mar. 1999: Centerøkonom, Odense Universitetshospital
NØGLEKVALIFIKATIONER:

Sundhedsøkonomi og økonomisk evaluering, herunder specielt anvendelsen af modeller, projektledelse, omkostningsanalyser, DRG-systemet samt registerbaserede analyser.

Karin Østergaard Lassen

Uddannelse:

Cand. scient. med speciale i human ernæring fra Odense Universitet.

Ph.d. i medicin fra det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Århus Universitet. Ph.d.-afhandling "Medicinske patienters ernæringspleje – et interventionsstudie".

Fag på HD 2. del organisation, Handelshøjskolen i Århus.

Erhvervs- og projekterfaring:

I 6 år sagsbehandler og tilsynsførende ved Levnedsmiddelkontrollen (nu Fødevareregioner) her primært med ansvar for institutionsområdet.

I 4 år forskningsassistent og klinisk assistent ved Århus Universitet.

I 3 år forsker og projektleder på projektet "Medicinske patienters ernæringspleje – en medicinsk teknologivurdering", finansieret af Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV), Sundhedsstyrelsen.

I 1 år projektforsker i projekt "Mad til patienterne – et evalueringsprojekt", Udviklings- og Uddannelsesafdelingen, Bispebjerg Hospital, København.

Mail: k.lassen@dadlnet.dk, Mobil: 20 24 04 15

Linda Stampe Greffel

Chefsygeplejerske, souschef, MPM. Uddannet sygeplejerske 1976

1989-1999 Oversygeplejerske Århus Kommunehospital

1999-2002 Chefsygeplejerske Hobro / Terndrup Sygehus

2002 - Ortopædkirurgi Nordjylland

Tillidshverv:

Koordinator for Netværksgruppen, Ernæringsrigtigt Sygehus, Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark

Medlem af forretningsudvalget i Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 1999-2002, formand i perioden november 2000- november 2002.

Medlem af Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe bag publikationen: Vejledning til læger, sygeplejersker, social og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister, 2003

Medlem af styregruppen i projekter "Underernæring på sygehuse", et projekt hvor Rigshospitalet, Nykøbing-Falster sygehus og Hobro / Terndrup sygehus deltog.

Niels Rørdam Holm

Titel: Projekt- og udviklingschef for Medirest/Eurest A/S

Baggrund: HH.

1973-74 Universitetet i Bordeaux

1975-2000 Direktør for Centralkøkkenet A/S, Kødbyen, København

Medvirket i Projekt Fokus (Håndbog for indkøb af Kød)

Medlem af Danske Madpublicister

Susanne Jensen

Uddannet økonoma fra Kolding Sygehus 1982

Økonoma assistent, Brejning Særforsogn 1982-84

Ledende økonoma , Vonsildhave Plejecenter Kolding 1984-1999

Cheføkonoma Kolding Kommune 1999 -

Ulla Johansson

Affärsområdeschef, Skolrestaurangerna Serviceförvaltningen, Malmö Stad

Utbildning : Kostekonomutbildning Uppsala Universitet

Tidigare anställningar: Biträdande kostchef Örebro Läns Landsting, Kostchef Örebro Kommun.

Skriftlige oplæg

Offentlig forplejning på sygehuse, ældreplejen og andre offentlige institutioner.....	17
Af Henrik Højgaard Rasmussen	17
Hvordan ser den danske kostpolitik ud på ældreområdet?	23
Af Anne Marie Beck.....	23
Bilag. Anbefalinger til fremtidig handling	28
Kost og Ernæringsforbundet	30
Af Ghita Parry.....	30
Mad, mennesker og sundhed	34
Mad, mennesker og sundhed	35
Af Jens Kofod	35
Den offentlige forplejning - historie, regulering, status og udviklingsbehov	40
Af Bent Egberg Mikkelsen	40
Ernæring på sygehuse	45
Af Karin Østergaard Lassen og Jens Olsen	45
Det velduftende plejehjem	50
Af Jens Christian Elle.....	50
En mere målrettet ernæringsindsats	55
Af Susanne Jensen	55
Offentlig forplejning, erfaring og anbefalinger.....	58
Af Linda Stampe Greffel.....	58
Det drejer sig om smag	61
Af Gitte Breum	61
Mad på skoler - den direkte vej til sundere kostvaner?	64
Af Bent Egberg Mikkelsen	64
Skolemåltider i Sverige	69
Af Ulla Johansson	69
Københavns Økologiske Sunde Skolemad (KØSS)	71
Af Gitte Holm	71
En række store økologiske omlægningsprojekters resultater viser.....	76
Af Anne-Birgitte Agger	76
Hvordan er fremtiden i sektoren med hensyn til innovation inden for sundhed og kvalitet?.....	80
Af Niels Rørdam Holm	80

Offentlig forplejning på sygehuse, ældreplejen og andre offentlige institutioner

Af Henrik Højgaard Rasmussen

Overlæge Ph.d., Medicinsk Gastroenterologisk afdeling, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital.

Mad, mennesker og sundhed – hvordan hænger det sammen?

Dette skriftlige oplæg til høring om mad mennesker og sundhed, beskæftiger sig hovedsageligt med ernæringens betydning set ud fra hospital, ældrepleje og lignende institutioner. På denne baggrund vil fokus mest være på underernæring og i mindre grad på overvægtige og andre ernæringsrelaterede sygdomme.

Madens betydning for menneskers sundhed, trivsel og helbredelse

”Først når der er balance mellem udgifter og indtægter, er ernæringen fyldestgørende” (Chr. Jürgensen, 1888). Denne erkendelse har man haft gennem flere århundreder, og danner stadig baggrund for den viden vi har om sammenhængen mellem ernæring og sundhed. Alle mennesker har således et basalt energi behov, som ændres afhængig af bl.a. alder, køn, sygdom, aktivitetsniveau med mere. Indtages mere end ens energibehov øges kropsvægten (overvægt), og indtages mindre taber man i vægt (underernæring). I begge tilfælde vil der være en øget risiko for komplikationer, f.eks. infektioner hos underernærede og livsstilssygdomme (sukkersyge, hjertekar sygdomme) hos overvægtige.

Den kost vi spiser består af kulhydrater, fedt, protein, vitaminer, mineraler og sporstoffer. Indtages for lidt af et specifikt fødeemne, f.eks. jern, kan mangeltilstande (nedsat blodprocent) desuden opstå. Herudover kan indtagelse af specifikke fødeemner som f. eks gluten (kornprodukter) udløse sygdom hos særligt disponerede (glutenintolerans, coeliac), eller fødeemner kan udløse allergiske manifestationer (hududslæt, astma). Hvis forskellige organer rammes af sygdom, f.eks. skrumpeliver, vil denne sygdom i mange tilfælde kræve en bestemt ernæringsterapi. Ernæring indgår således i et kompliceret sammenspil, og som en integreret del af såvel forebyggelse som behandling og helbredelse af sygdomme.

”En øget livskvalitet og et længere sygdomsfrit liv kunne opnås, hvis alle spiste en kost, som opfylder de retningslinjer, der er givet i de Nordiske Næringsstofanbefalinger (NNR) for indtag af energi, fedt, protein, kulhydrat, kostfiber, vitaminer og mineraler” (1). NNR kan dog ikke benyttes af personer uden ernæringsfaglig baggrund som planlægning af en sund kost. Til dette formål har Ernæringsrådet udarbejdet kostråd (2), der omsætter næringsstof anbefalingerne til egentlige kostråd med mere dagligdags anvisninger baseret på fødevaregrupper. NNR gælder for raske, men ikke for personer der på grund af sygdom har specielle krav til kosten.

WHO har vurderet, at omkring 10-15 % tabte leveår i Europa kan tilskrives dårlig ernæring, og at omkring en tredjedel af alle hjerte-kar-dødsfald kunne forebygges ved en forbedret kost. Danmarks Fødevareforskning vurderede i år 2002, at hvis alle danskere fulgte kostenbefalingerne og spiste mere frugt og grøntsager, ville risikoen for hjertekar sygdomme reduceres med 10-20 %. Mindre indtagelse af mættet fedt, kan forebygge 20 % af alle dødsfald pga. iskæmisk hjertesygdom. Mere end halvdelen af den danske befolkning er overvægtige, og modsat er ældre tilknyttet institutioner (hospital, plejehjem/bolig) undervægtige (60 %).

Mad som en del af forebyggelsen, behandlingen og plejen, herunder specielt afmagring og fedme.

Der er gennem de senere år iværksat flere initiativer for at øge fokus på ernæringens betydning for udvikling af sygdomme, og ernæring som en integreret del af behandlingen på lige fod med medicin og andre behandlinger.

Udarbejdelse af **Den Nationale Kosthåndbog** (www.kostforum.dk), udgør en hjørnesteen i behandlingen af disse ernæringsmæssige problemer. "Her er for første gang samlet alle oplysninger om, hvilken mad raske og syge i alle aldersgrupper har brug for. Kosthåndbogen foreslår samtidig metoder til at bedømme patienternes ernæringsmæssige behov og til at registrere, hvad de faktisk spiser. Kosthåndbogen er derfor det redskab, der kan være med til at gøre en ende på underernæring og fejlnæring på sygehusene og i ældreplejen. Og det er der hårdt brug for. Mad bliver nemlig sjældent anerkendt som en del af behandlingen på sygehusene, selvom undersøgelser har vist, at patienter, der får den mad, de har lyst til, bliver hurtigere raske, sjældnere genindlagt og har det bedre, mens de er indlagt. Heller ikke i ældreplejen bliver der afsat ressourcer til at følge de ældres ernæringstilstand, selvom erfaringerne viser, at ældre, der får god mad, har mere livsmode, bliver mindre syge og er bedre til at klare sig selv.

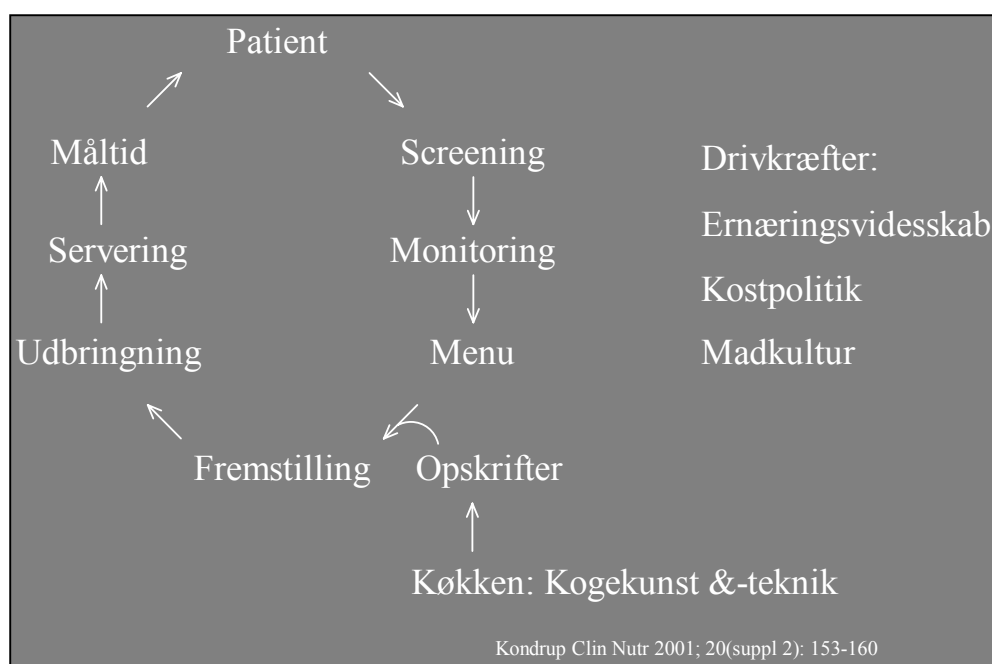
En af barriererne for at vægte maden er, at der skal afsættes ressourcer til samarbejdet mellem plejen og køkkenet. Kosthåndbogen kan være med til at styrke samarbejdet mellem plejepersonalet og køkkenet. Plejepersonalet kender patienternes ønsker, og køkkenet ved hvilken mad, der kan opfylde både ønskerne – og patienternes ernæringsmæssige behov. Ved at følge kosthåndbogens anbefalinger sikrer man, at den mad, der anbefales på sygehusene også er den mad, der anbefales, når patienten udskrives til hjemmeplejen."

Overvægt: forekomst, betydning og behandling samt strategi for forebyggelse

Forekomsten af overvægt og fedme stiger i Danmark, specielt blandt børn og unge. Konsekvenserne er mange og benævnes under et som livsstilssygdomme. Årsagerne er mest sandsynligt betinget af nedsat aktivitet og et øget fødeindtag, specielt af fedt og sukker. For de der allerede lider af fedme, ventes stadig på et behandlingsmæssigt gennembrud (diæt, medicin, operation etc.). Overvægtige der indlægges på hospital kan typisk inddeles i patienter for hvem fedme er hindring for f.eks. operation, en følgetilstand til overvægt (f.eks. sukkersyge), overvægt som er uafhængig af indlæggelsen (indlagt pga. andre sygdomme), og direkte henvisning pga. overvægt. Fra samfundets side er det derfor klart, at forebyggelse må være det primære indsats område. Der arbejdes i øjeblikket på kliniske retningslinjer for behandling af, og dermed registrering af, overvægt og overvægtsrelaterede sygdomme. Nedenfor gennemgås udviklingen indenfor underernæringsområdet, og i princippet kan samme model formentlig helt eller delvist appliceres på overvægtsområdet, når det gælder institutioner (sygehuse, plejehjem etc.).

Underernæring/afmagring: forekomst, betydning og behandling samt strategi for forebyggelse:

Underernæring forekommer såvel i ulande som i de vestlige lande. Paradoksalt findes underernæring også på de danske sygehuse og i ældreplejen. Hyppigheden af patienter i ernæringsmæssig risiko fandtes således at være omkring 40 % på 15 tilfældigt sygehusafdelinger i Danmark (4). I ældreboliger, på institutioner og i hjemmene fandtes henholdsvis 25 %, 47 % og 10 %, at indtage mindre end svarende til deres energibehov. Det er således oftest ældre mennesker der er i risiko for underernæring, og for udvikling af komplikationer som: øget antal infektioner, muskelsvaghed, længere hospitalsophold og større dødelighed. Komplikationer forekommer 3 gange så hyppigt hos underernærede som normalt ernærede, og koster 50 % mere i gennemsnitlig indlæggelsespris. Omvendt kan **den rigtige individuelt tilpassede kost** nedsætte antallet af komplikationer, sikre bedre livskvalitet, hurtigere mobilisering og udskrivelse samt nedsætte dødeligheden (5). Hvis kost/ernæring var et medicinsk præparat, ville den formentlig indtage førstepladsen blandt medicinske præparater. En beregning fra Fødevareministeriet har bl.a. vist en besparelse på 0,5 - 1,0 mia. kr. årligt ved en optimal ernæringsmæssig behandling af underernærede patienter. Den ernæringsmæssige behandling af disse patienter er en kompliceret tværfaglig opgave, hvori indgår en lang række processer fra fremstilling af maden til patienten indtager maden. Se nedenstående kostcirkel:



Europarådet har på samme baggrund udgivet en resolution hvori angives at:

- Adgang til sund og varieret kost er en fundamental menneskerettighed.
- God hospitalskost og ernæringsterapi har en gunstig effekt på patienters rehabilitering og livskvalitet.
- Antallet af underernærede patienter på sygehuse i Europa er uacceptabelt højt.
- Underernæring på hospitalet fører til øget indlæggelsestid, forlænget rekonvalescens, forringet livskvalitet og unødvendige sygehusudgifter.

EU resolutionen rekommanderer, at der udfærdiges nationale retningslinjer som sigter på at imødekomme disse forhold. (Se også side XXX i høringsmappen)

I denne sammenhæng udgav Sundhedsstyrelsen i 2003 'Vejledning til læger, sygeplejersker, social og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. I denne vejledning indgår følgende elementer:

- Alle patienter screenes ved indlæggelsen.
- Alle patienter i ernæringsmæssig risiko skal have lagt en behandlingsplan som indeholder mål, vurdering af energibehov, kostform samt plan for opfølgning/monitorering.
- Risikograd og ernæringsplan skal dokumenteres i journalen.
- Relevante ernæringsdata skal fremgå af den skriftlige kommunikation til primærsektoren.
- Kvalitetssikring af hele processen.

Udover Sundhedsstyrelsens vejledning har Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA) og det Nationale Indikator Projektet (NIP) medtaget standarder og indikatorer vedr. screening af alle patienter ved indlæggelsen, ligesom det samme gør sig gældende for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark i 'Ernæringsrigtigt Sygehus'.

I hvilket omfang er Sundhedsstyrelsens vejledning implementeret på danske sygehuse?

Prævalensen (antal på et givet tidspunkt) af patienter i ernæringsmæssig risiko er på udvalgte danske afdelinger (mave-tarmkirurgi, medicinske mave-tarmsygdomme og intern medicin) fundet til 40 %, men ved journal audit forelå kun oplysninger om dette i 8 %. Ca. 14 % fik lagt en ernæringsplan, heraf kun halvdelen en plan for monitorering (3). Incidensen (nytilkomne) af patienter i ernæringsmæssig risiko på danske afdelinger med uselekeret patientindtag, er fundet til 22 %, dvs. 1 ud af hver 5. indlagte patient er i ernæringsmæssig risiko. Årsagerne hertil var mangel på retningslinjer, viden og praktiske forhold omkring kosttilbud (4). Resultaterne af DGMA's tværsnitsundersøgelse fra 2003/2004 på de medicinske afdelinger viser, at der er udført screening i 25 % af journalerne og at ernæringsmæssig risiko fremgår i 48 % af journalerne. Lidt mindre end halvdelen af patienter i ernæringsmæssig risiko fik registreret kostindtag, og hos 23 % af patienterne svarede kostindtaget helt eller delvist til det udregnede energibehov. I NIP-projektet viser resultater fra 2004, at ernæringscreening er foretaget hos 55 % af hjertepatienterne, 54 % af hoftefrakturpatienterne og 42 % af apopleksipatienterne. Andelen af patienter der får foretaget ernæringscreening er steget signifikant inden for det sidste år i begge projekter – men der er store variationer mellem de forskellige afdelinger (fra 15 til 80 %).

I 1997 gennemførtes en spørgeskemaundersøgelse blandt læger og sygeplejersker på danske sygehuse (6). Undersøgelsen blev gentaget i 2004. Resultater (endnu ikke publiceret)(7) viser bl.a., at følgende er signifikant forbedret siden 1997:

- Flere afdelinger har som standardprocedure at ernæringsvurdere patienterne ved indlæggelsen
- Det er lettere at identificere patienter, som har behov for ernæringsindsats/støtte
- Der mangler i mindre grad metoder til at identificere underernærede patienter
- Ernæring er i mindre grad et lavt prioriteret område på afdelingerne

Til gengæld er der lige så mange i 2004 som i 1997 der mener, at det er kompliceret at tilrettelægge et ernæringsprogram/plan. Viden omkring hvilke faktorer der er væsentlige for at patienten indtager måltidet er sparsom. Sygeplejersker har en nøglerolle heri. Den grundlæggende sygepleje i forbindelse med ernæring drejer sig således om tilvejebringelse og servering af mad. Herunder er plejeopgaverne at søge for at patienten sidder godt for at kunne spise, at der er spiseredskaber der kan anvendes af patienten, at miljøet er til at spise i, at patienten har rene tænder i munden og at maden er indbydende.

Sygeplejen bliver mere kompleks når patienten er i ernæringsmæssig risiko. Den sygeplejemæssige indsats består først og fremmest i at identificere og afdække problemområderne i relation til ernæringen. Her kræves overvejelser omkring hvad patienten har af fysiske gener i forbindelse med sin tilgrundliggende sygdom eller fra supplerende lidelser. Desuden er der en række psykiske, sociale og aldersmæssige faktorer som sygeplejersken skal medtænke i sin pleje af den syge der har lidt et vægttab. Endelig skal lægges en særskilt ernæringsplan bestående af hvad patienten kan ernæres med, og hvilke sygeplejeopgaver der kræves for at effektuere ernæringsterapien. Dette kræver såvel viden som erfaring.

Hvilke barrierer er der for at styrke fokus på ernæring?

En væsentlig barriere for implementering af ernæring som en integreret del af behandlingen, er ledelsesmæssig opbakning (8). En ernæringspolitik bør derfor udarbejdes såvel på amtsligt som på lokalt plan (SST: www.sst.dk, ernæringsrigtig sygehus: www.forebyggendesygehuse.dk).

Hovedårsager til den manglende varetagelse af ernæringsproblemerne er mangel på procedurer og retningslinier herunder en manglende ansvarsfordeling, mangel på uddannelse og viden samt mangel på praktisk erfaring. Dette er vist i såvel danske som udenlandske undersøgelser (www.sst.dk).

En evalueringsrapport fra Aalborg sygehus viser samstemmende, at de typiske barrierer for at leve op til behandlingsmålene i en afdeling er:

- manglende prioritering/manglende fokus fra personalets side, herunder specielt fra lægelig side

- manglende rutiner og procedurer på afdelingerne, der bl.a. sikrer, at patienterne risikovurderes ved indlæggelsen
- manglende ansvarsplacering
- manglende viden blandt personalet om betydningen af optimal ernæring
- manglende kosttilbud på sygehuset til de småtspisende, og dårligt spisemiljø på afdelingerne (f.eks. ingen spisestue).

Anbefalinger til fremtidig handling

Dansk Selskab for Klinisk Ernæring holdt årsmøde den 20. august 2004, hvor der blev gjort status over de opnåede resultater og de igangværende aktiviteter, inkl. de 15 projekter, der er sat i gang for Sundhedsstyrelsens puljemidler (uddelt i november 2003). Formålet med årsmødet var at formulere en strategi, som kan bidrage til, at de indhøstede erfaringer kan føres videre i en eventuelt ny sygehusstruktur. Her tænkes især på de standarder og indikatorer, der planlægges medtaget i den Danske Kvalitetsmodel, idet landsdækkende standarder formentlig bliver gældende i fremtiden, uafhængigt af hvordan sygehusstrukturen kommer til at se ud. Hvis området underernæring på sygehuse ikke er med blandt de fremtidige standarder og indikatorer, må man frygte, at de hidtil opnåede erfaringer og kliniske færdigheder hurtigt vil gå tabt. Undervisning i klinisk ernæring indgår fortsat ikke i kendeligt omfang i hverken præ- eller postgraduat sygeplejerske- eller lægeuddannelse.

Ifølge de mange projekter, der har vist, at ernæringsindsatsen kan blive bedre på sygehuse, er der særligt 3 faktorer, der har været afgørende for succes'en:

- 1) den politiske og administrative ledelses prioritering af opgaven både på sygehus- og afdelingsniveau,
- 2) uddannelse af de involverede medarbejdergrupper (læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, kliniske diætister)
- 3) udvikling af fleksible menuer, der er appetitstimulerende for småtspisende patienter (f.eks. anvendelse af roomservice).

Ved ledelsernes retningslinier defineres de opgaver der skal løses, inkl. fordelingen af ansvaret, og herved afgrænses den viden og kompetence de enkelte medarbejdere skal opnå, og patientgrupperne med særlige behov bliver identificeret.

Nogle projekter omhandlede samarbejdet mellem primær- og sekundærsektor, hvor resultaterne stort set er enslydende med resultater fra sygehus, nemlig at man bl.a. mangler redskaber, viden/undervisning, ansvarsfordeling, diætistbistand samt information fra sygehus om ernæringsplaner og opfølgning.

Der bør sættes ind på følgende punkter:

- **Det anbefales**, at alle patienter screenes med redskabet NRS 2002, at energibehovet beregnes efter tabel i SST vejledning, og at kostordinationer udføres i.h.t. Den Nationale Kosthåndbog. Den ideelle metode til kostregistrering, herunder energiberegning ved elektronisk system, og dermed monitorering af energiindtag findes endnu ikke, men flere systemer er under afprøvning.
- **Det anbefales**, at der udarbejdes undervisningsmateriale samt værktøjer der i endnu højere grad kan hjælpe personalet med ernæringsplanerne – og at der samtidigt sættes mere fokus på dette punkt. Det anbefales ligeledes, at den allerede indsamlede information om hvad der skal til for at implementere god ernæringspraksis i afdelingerne formidles til afdelingerne. Der kan med fordel opsættes standarder og indikatorer på det organisatoriske plan. Eksempel på undervisningens indhold kan ses i "Det Ernæringsrigtige Sygehus". Viden og uddannelse omkring ernæring bør opprioriteres blandt alle personalegrupper. Uddannelse af særligt kvalificerede indenfor ernæringsområdet er således væsentlig, som f.eks. kandidatuddannelsen i klinisk ernæring (KVL). Særligt uddannede sygeplejersker indenfor ernæring, har vist sig at være effektivt, når det gæl-

der nødning af den småtspisende patient (H:S). Ernæring bør være et obligatorisk fag såvel præ- som postgraduat indenfor sygepleje- og lægeuddannelsen.

- **Det anbefales**, at der arbejdes mere målrettet med at inddrage patienterne i behandlingsmål samt at afdelingerne anvender skriftlig patientinformation. Brugerundersøgelser er et væsentligt redskab i den videre fremdrift og planlægning af den rette ernæringsterapi.
- **Det anbefales**, at der udarbejdes retningslinjer for ansvarsfordeling mellem de forskellige faggrupper.
- **At indsatsen** intensiveres i primærsektoren med udarbejdelse af guidelines for klinisk ernæring, undervisning, samt oprustning af hjemmeplejen med specialviden indenfor ernæring. Der bør være fleksible kosttilbud i.h.t. Nationale kosthåndbog. Der vil også være brug for diætistbistand.
- Andelen af patienter, som får dækket deres energi- og næringsstofbehov, er en vigtig parameter for god behandling, og kan derfor bruges som en særdeles væsentlig indikator for kvalitetsbedømmelsen af det enkelte sygehus/afdeling. For at kunne opnå dette ultimative succeskriterium, er det dog væsentligt, at der dels **foreligger standarder og indikatorer** for hele patientforløbet herunder specielt patientens fødeindtag, dels for forskellige organisatoriske forhold og patientinformation. Disse kan med fordel indbygges i den elektroniske patientjournal, og dermed give mulighed for elektronisk kvalitetssikring.

Den forbedring der hidtil er opnået, kan desuden trues af de forestående reformer i sygehusvæsenet, hvis ikke varetagelsen af patienternes ernæringsproblemer får en passende placering i de fremtidige prioriteringer. Det nye takstsystem (DRG) vil næppe honorere en indsats for patienternes ernæring og administratorer vil kun se udgiften forbundet hermed. Vi ved imidlertid fra mange kliniske kontrollerede interventions-undersøgelser, at patienternes sygdomsforløb forbedres med en ernæringsindsats (færre komplikationer, særligt infektioner, hurtigere mobilisering, kortere indlæggelsestid m.m. Der er ligeledes store økonomiske besparelser, men administratorer kan dog være tvunget til at se bort fra dette, hvis ernæringsindsatsen ikke er direkte koblet til en takstsyret indtægt. Derfor vil en bevarelse/udvidelse af indsatsen være afhængig af, at varetagelsen af ernæringsproblemer indgår i de kvalitetsmål, som sygehuse i fremtiden bliver vurderet efter, således som det er sket ved indikatorundersøgelserne i f.eks. DGMA og H:S. ligesom der sideløbende bør arbejdes for etablering af efteruddannelse for de medarbejdere der bliver involveret i opfyldelsen af disse mål. Implementering af EU-resolutionen med kvalitetssikring af relevante elementer vil være bindeleddet mellem politikere, administratorer og behandlere til gavn for samfundet og den enkelte patient.

Referencer

1. Nordic Nutrition Recommendations NNR 2004 – integrating nutrition and physical activity. Nordisk Ministerråd; København; Nord: 13; 2004.
2. Ernæringsrådet: Kostrådene 2005
3. Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K, Kristensen H, Wengler A. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. Clin Nutr 2004; 23:1009-15.
4. Kondrup J, Johansen N, Plum LM, Bak L, Larsen IH, Martinsen A, Andersen JR, Baerthsen H, Bunch E, Lauesen N. Clin Nutr. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. Clin Nutr 2002 Dec;21(6):461-8.
5. Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. CABI Publishing 2003.
6. Rasmussen HH, Kondrup J, Ladefoged K, Staun M. Clinical nutrition in Danish hospitals: a questionnairebased investigation among doctors and nurses. Clin Nutr 1999;18:153-8.
7. Lindorff-Larsen K, Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K, Kristensen H, Wengler A. Undernutrition in Danish Hospitals – Changing Clinical Practice. To be submitted.
8. Beck AM, Balknas UN, Camilo ME, Furst P, Gentile MG, Hasunen K, Jones L, Jonkers-Schuitema C, Keller U, Melchior JC, Mikkelsen BE, Pavcic M, Schauder P, Sivonen L, Zinck O, Oien H, Ovesen I; hoc group on Nutrition Programmes in Hospitals, Council of Europe. Practices in relation to nutritional care and support--report from the Council of Europe. Clin Nutr. 2002 Aug;21(4):351-4.

Hvordan ser den danske kostpolitik ud på ældreområdet?

Af Anne Marie Beck

Klinisk diætist, seniorforsker, Danmarks Fødevarerforskning (DFVF)

En kostpolitik udgør en vigtig platform for både ledelse, personale og de ældre, fordi den fastlægger procedurer for:

- Mad og drikke (dvs. kosttyper og portionsstørrelser, kostsammensætning, råvarer, tilberedning, servering, hygiejne og miljø)
- Standarder og indikatorer for god ernæringspraksis
- Ansvarsfordeling for varetagelse af opgaverne
- Viden og uddannelse
- Dialog mellem de ældre og personalet
- Samarbejde på tværs af faggrupper og sektorer
- Ledelsens rolle (dvs. organisering af kostforplejningen – herunder spisemiljø og sociale omgivelser samt ressourcer til løsning af opgaverne)

De fleste køkkener har udarbejdet beskrivelser der omfatter punkt 1.

Mange af de øvrige punkter hører hjemme på et mere overordnet niveau – dvs. hos ledelsen af plejehjem/hjemmepleje samt hos politikerne – og her er det først de seneste år, hvor man er kommet i gang med en beskrivelse. Et godt eksempel er Københavns Kommune, som i 2003 godkendte en kostpolitik på ældreområdet og siden har arbejdet særdeles målrettet med implementeringen. Herudover er der bl.a. en del af de projekter der blev støttet af Fødevarerministeriets og Socialministeriets pulje *Bedre mad til ældre*, der handlede om udarbejdelsen af en kostpolitik.

Hvori består det sundhedsfaglige grundlag?

Forekomsten af dårlig ernæringstilstand er hyppigt udbredt blandt ældre i hjemmepleje og på plejehjem. Vurderet ud fra kropsmasseindeks (BMI) er det ca. 20% der har BMI <18,5 (dvs. er underernærede) og 60% der har BMI <24 (dvs. er undervægtige). Desuden får langt de fleste for lidt vitaminer og mineraler og mange har haft et nyligt større vægttab. Forekomsten af lav vægt og vægttab er dermed af samme størrelsesorden som i andre europæiske lande. Årsagen er formodentlig en høj forekomst af ernæringsmæssige risikofaktorer der vides at kunne nedsætte ældres appetit - eksempelvis akut og kronisk sygdom, sygehusophold, tygge- og synkeproblemer, stort medicinforbrug og social isolation (1,2).

Ernæringsrådet konkluderede i 2002, at underernæring og undervægt hos ældre medfører øget sygelighed, flere sygehusophold samt nedsat funktionsevne og dermed nedsat evne til at klare sig selv. Udover at påvirke de ældres trivsel og livskvalitet er det i sidste ende belastende for samfundsøkonomien. Rådet slog også fast, at ældre beboere og klienter ofte vil have behov for og gavn af en ekstra indsats i forhold til ernæringen (2).

Fra officiel side anbefales det derfor, at maden der tilbydes ældre beboere og klienter er rig på energi (typisk i form af fedt) og næringsstoffer og består af mange små måltider, for at øge chancerne for at de ældre kan tage på i vægt (3).

Kun få køkkener følger dog de officielle anbefalinger: En spørgeskemaundersøgelse gennemført af DFVF i 2002 blandt 314 køkkener, viser, at de ældre der modtager mad fra det offentlige kun sjældent tilbydes

energirig mad. Desuden ved køkkenerne ikke hvor meget energi og næringsstoffer, der er i den mad beboere og klienter får serveret. Endvidere er der stort set ikke nogle steder, hvor de ældres ernæringstilstand overvåges systematisk.

De ældre inddrages sjældent i madlavningen og deres indflydelse på maden og muligheder for valg er begrænset. Desuden er dialogen blandt køkken, pleje og de ældre om måltiderne og maden mangelfuld. Derimod gøres der på de fleste plejehjem en del ud af spisemiljøet, og der er fokus på måltidet og de aspekter i de sociale omgivelser der vides at påvirke energiindtaget i positiv retning – men det er tilsyneladende ikke nok til at rette op på den høje forekomst af dårlig ernæringstilstand (4).

Ældre Sagen gennemførte i 2003 en undersøgelse baseret på kommunernes beskrivelse af deres madordninger i Socialministeriets frit valgs database. Resultaterne viste, at prisen for en bakke mad fra det offentlige i nogle kommuner er så høj, at mange almindelige pensionister dårligt nok har penge tilbage til, at kunne betale for dagens øvrige måltider.

Resultaterne viste også, at det er meget forskelligt hvor meget de enkelte kommuner giver i tilskud til maden. Og at der er set eksempler på, at prisstigninger på maden har medført at de ældre helt har frmeldt sig ordningen eller har valgt kun at få mad hver anden dag (5).

Fravalg af maden kan være særdeles problematisk. En undersøgelse fra DFVF og Fødevareregion Århus fra 2005, viser at madens energiindhold er alt for lavt til at kunne strække til 2 dage eller til 2 personer (6). Faktisk er energiindholdet i desserten i en del tilfælde højere end i hovedretten. Da mange kommuner giver de ældre mulighed for at fravælge desserten – og mange benytter sig af dette tilbud – betyder det, at de ældre får endnu sværere ved at få spist tilstrækkeligt.

Herudover viser resultaterne, at de kostformer der almindeligvis vil anvendes til ældre med nedsat appetit og spiseproblemer, i alle de undersøgte tilfælde indeholder for lidt protein i dagskosten og for lidt energi i mellemmåltiderne i forhold til de officielle anbefalinger.

Rapporten konkluderer, at maden fra det offentlige med den nuværende sammensætning, næppe vil kunne medvirke til en forbedring af de ældre beboere og klienters ernæringstilstand og dermed deres trivsel og livskvalitet (6).

Er de officielle anbefalinger gode nok?

Ja og nej.

Bogen *Anbefalinger for den danske institutionskost* (3) er blevet en institution i sig selv, og anvendes på mange undervisningssteder, i sygehuskøkkener og blandt sygehuspersonale. Selvom der er kendskab til bogen i de køkkener der producerer mad til ældre, så følges anbefalingerne i praksis ikke (jf. ovenfor) – måske bl.a. fordi bogen anvender begrebet *Sygehuskost* (4).

Anbefalingerne er sidst revideret i 2000 og siden da er der sket en masse på området – bl.a. i form af Fødevarerministeriets og Socialministeriets pulje *Bedre mad til ældre* og Sundhedsministeriets pulje *Bedre mad til syge*, lanceringen af *Den Nationale Kosthåndbog* på www.kostforum.dk og udgivelsen af *Nordiske Næringsstofanbefalinger 2004*. Der er derfor behov for en revision af de officielle anbefalinger. Der mangler dog en afklaring af, hvem der skal stå for en sådan.

Hvilke barrierer findes der?

En spørgeskemaundersøgelsen gennemført af DFVF i 2002 afdækkede følgende barrierer i forhold til at sikre god ernæringspraksis (4):

Manglende ansvarsfordeling

Manglende viden og uddannelse

Manglende dialog mellem de ældre og personalet

Manglende samarbejde på tværs af faggrupper og sektorer

Manglende opbakning fra ledelse/det politiske niveau

Anbefalinger til fremtidig handling (se også bilag 1)

Årsagen til den dårlige ernæringstilstand hos beboere og klienter er kompleks og kan ikke alene tilskrives den offentlige mad. Alligevel er det vigtigt at sætte ind her, idet maden og måltidet er nogle af de faktorer der reelt kan gøres noget ved og hvor nogle af de mange affødte effekter af "et godt måltid" vil være mindre social isolation, nedsat sygelighed, bedre fysiske funktionsevne, bedre trivsel og bedre livskvalitet. Der er således behov for en massiv indsats på området med fokus på dialog med de ældre, standarder og indikatorer for god ernæringspraksis, viden og uddannelse, ansvarsfordeling, samarbejde på tværs af faggrupper og sektorer samt ressourcetildeling. En metode hertil er at udarbejde og politisk vedtage en kostpolitik.

Forslag 1. Risikogrupperne i forhold til dårlig ernæringstilstand skal findes tidligt

Der skal indføres metoder til vurdering af ernæringstilstanden ved; visitationen til hjemmepleje, plejehjem m.v., den årlige re-visitatieon, efter sygehusophold, efter akut sygdomsperiode, ved vægttab m.m. Resultatet skal dokumenteres i omsorgsjournaler el. lign.

Visitor skal være opmærksom på forekomsten af de forskellige ernæringsmæssige risikofaktorer, med henblik på iværksættelse af en tværfaglig indsats, med inddragelse af praktiserende læge, tandlæge/plejer, ergoterapeut, fysioterapeut, klinisk diætist m.fl.

Forslag 2. Maden skal tilpasses den enkeltes behov

Undervægtige og underernærede ældre skal dagligt tilbydes energirige menuer samt mellemmåltider, *uden* ekstra beregning.

Underernærede klienter skal tilbydes ekstra hjemmehjælp med henblik på at sikre indkøb og tilberedning af dagens øvrige måltider. Der skal holdes øje med vægt og kostindtag, følges op og justeres efter behov og resultatet skal dokumenteres i omsorgsjournaler el. lign.

Ved særlige problemstillinger i relation til underernæring skal der kunne henvises til klinisk diætist.

Ældre der lider af fedme eller anden diætkrævende sygdom skal tilbydes individuel diætbehandling ved klinisk diætist.

Forslag 3. Kvaliteten af maden skal sikres og ønsker fra den enkelte tilgodeses

Maden skal i energi- og næringsstofindhold følge de officielle anbefalinger. Der skal føres dokumentation herfor ved kostberegning.

Maden skal ved serveringen se indbydende ud, dufte godt, være velsmagende og have den rigtige konsistens og temperatur. Der skal føres dokumentation herfor ved brugerundersøgelser, temperaturmålinger m.m.

Menuerne skal, på baggrund af brugerundersøgelser og brugerinddragelse, målrettes de ældres individuelle ønsker og behov, traditioner og kultur.

Forslag 4. Der skal tænkes i samarbejde mellem sektorerne

Det tværfaglige samarbejde og koordineringen mellem de personer og sektorer, der omgiver den ældre skal styrkes – fx mellem den praktiserende læge, hjemmepleje, den offentlige (eller private leverandør), sygehuset og pårørende – således at dårlig ernæringstilstand kan opdages hurtigst muligt.

Ved de forebyggende hjemmebesøg og hos de praktiserende læger skal der tilbydes vurdering af mad og måltidsvaner samt forekomst af de forskellige ernæringsmæssige risikofaktorer. Det skal suppleres med relevant information om sundhed og ernæring for ældre og en eventuel iværksættelse af en tværfaglig indsats.

Primærsektoren skal deltage i udskrivningskonferencer på sygehusene, når der er tale om ældre i dårlig ernæringstilstand.

Forslag 5. Der skal være fokus på måltidets sociale aspekt og spisemiljøet

Ældre skal tilbydes mulighed for spisefællesskab, der kan understøtte vedligehold af sociale, mentale og fysiske funktionsevner.

På plejehjem og lign. skal der være så meget personale til stede ved *alle* hovedmåltiderne, at de ældre der har behov for hjælp kan få det.

Ved indflytningen samt med regelmæssige mellemrum herefter, skal beboere på plejehjem og lign. visiteres i forhold til deres evne til og glæde ved at spise med andre.

Der skal være mulighed for gæsteportioner.

Forslag 6. Deltagelse i kostforplejningen skal bruges til at vedligeholde færdigheder

De ældre skal inddrages i det praktiske i forbindelse med spisningen (indkøb, madlavning, borddækning m.v.) i det omfang, det er praktisk muligt og hygiejnisk forsvarligt.

Ældre skal kunne visiteres til midlertidig hjælp til madlavning i eget hjem eller i tilknytning til nærspisning.

Indkøb og madlavning skal tænkes ind i vedligeholdelsestræning.

Forslag 7. Alle personalegruppers viden om ældres ernæring og måltidets sociale aspekt skal styrkes

Der skal iværksættes efteruddannelse af alle de faggrupper der kommer i berøring med ældre. Fokus skal være på de ældres ernæringstilstand, ernæringsmæssige risikofaktorer, betydningen af det sociale samvær og spisemiljøets indretning, samt på hvordan man sikrer at de ældre spiser tilstrækkeligt.

Der skal uddannes nøglepersoner, med særlig viden om ældres ernæring.

Der skal etableres tværfaglige ernæringsteams og erfaringsudvekslings (ERFA) grupper.

Forslag 8. Der skal ske en kvalitetssikring og -udvikling af hele området

Der skal tages initiativ til at udvikle standarder og indikatorer for god ernæringsindsats i primær sektoren.

Opfyldelsen af disse kan bruges ved kvalitetsbedømmelsen af den tilbudte hjælp.

Forslag 9. Der er behov for yderligere undersøgelser af området

I de kommende årtier vil ældre udgøre en stadig større andel af befolkningen. Det bevirker, at det også samfundsøkonomisk er vigtigt at understøtte, hvad der gør at ældre ældes med "succes". Samtidig tyder meget tyder på at der er sket/vil ske en stigning i forekomsten af dårlig ernæringstilstand blandt ældre beboere og klienter, formodentlig på grund af en øgning i de faktorer der har en negativ indflydelse på de ældres appetit.

*** Vellykket aldring – hvordan opnås det?**

Der er behov for undersøgelser af hvilke faktorer, herunder kostvaner, ernæringstilstand, fysisk aktivitet og grad af socialt engagement der hhv. betinger en vellykket aldring og udløser svækkelse og dårlig ernæringstilstand, med henblik på at overveje løsningsmodeller.

*** Hvilken betydning har sociale og kulturelle faktorer?**

Social isolation og "påtvinget" spisefællesskab hører til blandt de faktorer der kan have en negativ indflydelse på ældres ernæringstilstand. Foreløbige undersøgelser peger på at en forbedring af spisemiljøet kan føre til et forøget indtag af mad og drikke hos ældre på plejehjem - men der er behov for yderligere forskning i dette og i de øvrige sociale og kulturelle faktorer betydning for ernæringstilstanden hos ældre, med henblik på at overveje løsningsmodeller.

En evaluering af de resultater der er opnået med handlingsplanen *Bedre mad til ældre* vil kunne understøtte dette arbejde.

*** Hvilke konsekvenser er der af frit valg?**

Der kan konstateres en betydelig variation i prisfastsættelsen på kostforplejningen til pensionister kommunerne imellem. Sammenholdt med forskellige visitationsregler og den nyligt indførte frit valg

ordning betyder det, at tilbuddet i dag varierer betydeligt i tilgængelighed, indhold og pris. Der er derfor behov for en evaluering af de ernæringsmæssige konsekvenser og betydningen af frit valgs ordningen, herunder belysning af indflydelsen af forskelle i pensionisters egenbetaling, med henblik på at tilvejebringe viden der kan fungere som grundlag for kommunernes bedst mulige udnyttelse af ressourcerne. Ikke mindst set i lyset af de kommende kommunesammenlægninger.

* Hvordan opnås det bedste samarbejde mellem sektorerne?

En forebyggende indsats i relation til dårlig ernæringstilstand hos ældre i hjemmepleje og på plejehjem, er en opgave der ofte vil involvere flere sektorer. På nuværende tidspunkt er der her en gråzone og der er derfor behov for undersøgelser af forudsætninger for et godt samarbejde på tværs af sektorer, om ernæring til ældre.

Litteratur

1. Beck AM, Pedersen AN, Schroll M. Undervægt og utilsigtet vægttab hos ældre på plejecentre og i hjemmepleje – problemer, der bør gøres noget ved. Ugeskr Læger 2005;167:272-4
2. Ingerslev J, Beck AM, Bjørnsbo KS, Hessov I, Hyldstrup I, Pedersen AN. Ernæring og aldring. Ernæringsrådet 2002;28
3. Pedersen A, Ovesen I (redaktører). Anbefalinger for den danske institutionskost. Fødevarer rapport 2000;08
4. Beck AM, Kofod J. Måltidsservice på plejecentre. Fødevarer rapport 2003;04
5. Ældre Sagen. Tema kommunale madordninger. Ældre og Sundhed 2003;1
6. Hansen K, Beck AM. Færdigmad til pensionister. Danmarks Fødevarerforskning 2005

Bilag. Anbefalinger til fremtidig handling

Forslag	Eksempler på værktøjer	Løseligt skøn over økonomi
1. Risikogrupperne i forhold til dårligt ernærings-tilstand skal findes tidligt	Der er allerede udviklet validerede vurderingsredskaber(2,3), som kan integreres i de fælles elektroniske omsorgsjournaler. Der eksisterer en visitatoruddannelse, hvor der kunne sættes fokus på ældres ernæringsstilstand og de ernæringsmæssige risikofaktorer	Initiativerne vurderes ikke at kræve ekstra ressourcer
2. Maden skal tilpasses den enkeltes behov	<i>Der er allerede gode erfaringer med en ekstra indsats i forhold til undervægtige og underernærede ældre fra flere Bedre mad til ældre projekter</i> <i>Der er allerede udarbejdet Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt, hvor diætbehandling af ældre i hjemmepleje og på plejecentre også kunne indgå¹</i>	<i>Beregninger har vist at tilberedning af de energirige menuer er billigere end standardtilbuddet².</i> <i>Tilbuddet om daglige mellemmåltider uden beregning til undervægtige ældre i hjemmepleje vil koste penge. De ekstra udgifter formodes at kunne opvejes af besparelserne ved produktionen af den energirige menu.</i> <i>Tilbuddet om ekstra hjemmehjælp til underernærede ældre i hjemmepleje vil koste penge (anslået behov ½ time ekstra per dag ?).</i> <i>Tilbuddet om klinisk diætist vil koste penge (anslået behov 1 stilling pr. kommune ?)</i>
3. Kvaliteten af maden skal sikres og ønskes fra den enkelte tilgodeses	<i>Der findes allerede gode metoder til brugerundersøgelser³</i>	<i>Der vil være behov for redskaber (dvs. kostberegningsprogrammer) og dermed ressourcer til dokumentation af madens energi- og næringsstofindhold (anslået behov ?)</i>
4. Der skal tænkes i samarbejde mellem sektorerne	<i>Der er gode erfaringer fra flere steder i landet⁴, hvor de forebyggende hjemmebesøg har sat fokus på ernæringen. Disse erfaringer kan formidles.</i> <i>Sundhedsstyrelsen har, som en del af handlingsplanen Bedre mad til syge sat midler af til modelprojekter med fokus på samarbejde mellem sygehus og primærsektor</i>	<i>Tilbuddet hos de praktiserende læger vil koste penge (anslået behov ca. 100.000 samtaler per år⁵ ? – en stor del af samtalerne vil dog formodentlig kunne dækkes af de forebyggende hjemmebesøg)</i>
5. Der skal være fokus på	<i>Der er opnået mange gode erfaringer i forbindelse med hand-</i>	<i>Kørsel vil koste – hvor meget</i>

¹ Se www.sst.dk og www.ernaeringsraadet.dk.

² I bl.a. *Bedre mad til ældre* projekter

³ Birkemose A, Kofod J. Metode til vurdering af brugertilfredshed blandt plejehjemsbeboere og hjemmeboende pensionister. Fødevarerdirektoratet 2001.

⁴ Holbæk Kommune, Fredensborg-Humblebæk Kommune, Greve Kommune, Helsingør Kommune, Fyns Amt

⁵ Beck AM, Møller HC. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 2001;8:975-82

måltidets sociale aspekt og spisemiljøet	<i>lingsplanen Bedre mad til ældre</i> og implementeringen af kostpolitikken i København. Disse kan formidles	<i>vil kunne vurderes efter afslutningen af en række af projekterne i forbindelse med handlingsplanen Bedre mad til ældre. Gæsteportioner vil koste (anslået behov 4 gæsteportioner per måned⁶ ?). Ekstra plejepersonale vil koste – dog formodentlig ”kun” i form af ekstra hjælp ved aftensmåltidet (anslået behov 1 person ekstra afhængig af plejetyngden (4) ?) – det øvrige kan muligvis klares ved omstrukturering af arbejdet</i>
6. Deltagelse i kostforplejningen skal bruges til at vedligeholde færdigheder	<i>Tilbuddene i Lov om Social Service (fx i §73) kunne udvides til også at omfatte kostforplejning</i>	Midlertidig hjælp til madlavning vil koste (anslået behov 3 timer per uge ⁷ ?)
7. Alle personalegrupperes viden om ældres ernæring og måltidets sociale aspekt skal styrkes	Der findes allerede AMU-uddannelser indenfor ernæringsområdet – som vil kunne tilrettes. Der findes allerede nøglepersonuddannelser indenfor ernæring til syge – som vil kunne tilrettes. Der findes allerede en tværfaglig længerevarende efteruddannelse i gerontologi for sygeplejersker, ergoterapeuter og fysioterapeuter – hvori indgår undervisning i ernæring. Der er etableret en masteruddannelse i gerontologi ⁸ – hvor ernæring kunne indgå. Der er allerede etableret et samarbejde (<i>Rejsehold</i>) med fødevareregionerne i relation til børn, mad og måltider – som kunne udvides til også at omfatte ældre. Der er allerede udgivet meget materiale om ældres ernæring ⁹	Initiativerne vurderes ikke at kræve ekstra ressourcer.
8. Der skal ske en kvalitets sikring og – udvikling af hele området	Der er allerede tilsvarende arbejde i gang i relation til indlagte patienter ¹⁰ – det kunne videreudvikles til også at omfatte primærsektoren.	Kvalitetssikring og – udvikling vil koste ressourcer (anslået behov ukendt)
9. Der er behov for yderligere undersøgelser af området	Der er allerede indsamlet noget viden på området, hvilket har dannet baggrund for de foreslåede initiativer. Der er allerede etableret et godt samarbejde mellem Danmarks Fødevarerforskning og hhv. Socialministeriet, og Sundhedsstyrelsen i forbindelse med handlingsplanerne <i>Bedre mad til ældre</i> og <i>Bedre mad til syge</i> . Dette samarbejde kunne udvides med yderligere fokus på det forskningsmæssige	Danmarks Fødevarerforskning har ældres ernæring som et af sine kerneområder. En gennemførelse af de foreslåede undersøgelser og evalueringer vil dog koste ekstra ressourcer (anslået behov ukendt)

⁶ Forbrugerinformationens Husholdningsbudget. CASA 2001

⁷ Sydlangeland Kommune

⁸ Læren om aldring, og alle de aspekter der knytter sig til livet som ældre.

⁹ Se www.altomkost.dk under mad til mange

¹⁰ Se www.dgma og www.nip.dk

Kost og Ernæringsforbundet

Af Ghita Parry

Kost & Ernæringsforbundets medlemmer tager sig af mad og måltider i hverdagen. Det være sig til små børn, skole børn, unge, voksne og ældre samt syge og plejekrævende mennesker.

Borgernes sundhed og velvære er omdrejningspunktet for vores faglighed. Mad og sundhed hænger sammen. Hvad der er sundt afhænger af den enkelte borgers behov. Et barn i voksenalderen har et ganske anderledes behov end en voksen med stillesiddende arbejde, ligesom ældre med ringe appetit har et helt tredje behov, for slet ikke at nævne de mange forskellige behov der er hos syge. Opgaverne med at tilberede mad til forskellige grupper i samfundet bør for at lykkes tage udgangspunkt i den enkelte borger.

For os er det vigtigt at sikre helhed i hele forløbet fra maden er tænkt til den er serveret, spist og der er ryddet op efter måltidet¹¹.

Måltidet er den ramme, hvor maden spises, opleves, vurderes og bedømmes. Mange parametre har indflydelse på denne oplevelse og bedømmelse og dermed på den oplevede kvalitet af den mad som tilberedes i storkøkkenerne.

Vores mål er, at den enkelte oplever måltiderne som dagens højdepunkter og glædes ved dem uanset om det er børn, unge, voksne, ældre eller syge der er målgruppen.

Kost & Ernæringsforbundet mener, at det er helt essentielt for spiseoplevelsen at der sikres sammenhæng i de mange delprocesser som maden gennemgår inden den indgår i et måltid.

Madfremstilling er en kompleks proces, bestående af mange delelementer i en lang funktionskæde (se vedlagte bilag). For at sikre en god madfremstilling og gode måltidsoplevelser kræves både viden og indsigt i alle led i funktionskæden. Udfordringerne ligger i at sikre helheden fra maden er tænkt til den er serveret og spist. Når der opstår mangler skyldes det ofte, at der er et led i kæden som er hoppet af eller sprunget over. Sammenhængen i hele funktionskæden er helt afgørende.

Det vil være særdeles nyttigt for at opnå succes, at medarbejdere med kostfaglig viden fx ernæringsassistenter er med ved selve måltidet – når maden anrettes, serveres og spises. Ernæringsassistenternes viden er ligeledes nyttig, når borgerens behov identificeres og der skal sikres sammenhæng mellem behov og produkter fra køkkenet. Ernæringsassistenterne har dybtgående kendskab til de mange tilbud som er i køkkenets sortiment og produktionsmulighederne og kan udnytte denne viden til gavn for borgeren.

Når vi planlægger en menu, starter vi ved borgeren, analyserer borgerens præferencer og vurderer næringsmæssige behov, derudfra opstiller vi forslag til menuen. Det næste er at se på hvad maden skal gennemgå inden den kan nå frem til borgeren. Er der fx et køkken i umiddelbar nærhed, så maden kan tilberedes og straks efter sættes på bordet. Eller bliver maden tilberedt i et storkøkken, hvor den, inden

¹¹ Måltidet er den proces, hvor retter og drikkevarer indtages. En menu er en komposition af retter og drikkevarer, som kan danne grundlag for et måltid.

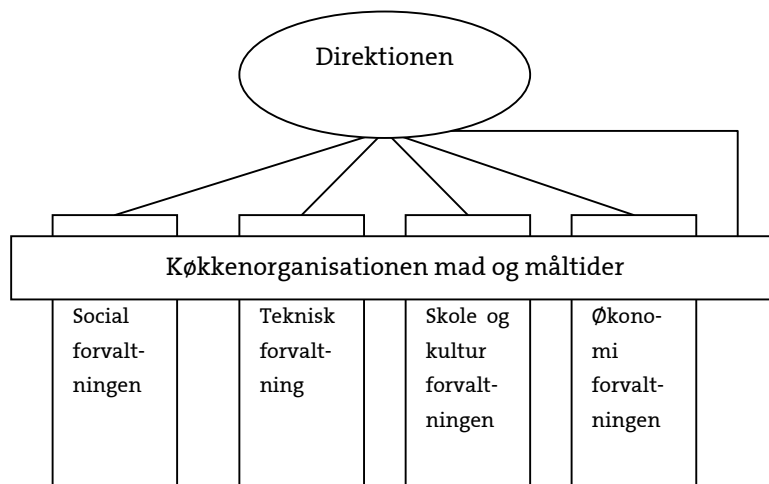
den når til borgeren, skal ud på kortere eller længere transport. Skal maden transporteres, vælges en distributionsform som sikrer bedst mulig kvalitet af maden, det være med hensyn til vitaminbevarelse og med hensyn til organoleptisk kvalitet. Der skal tages hensyn til emballage og transporternes frekvens. At maden præsenteres æstetisk er væsentlig for borgerens lyst til at spise.

Det næste element er selve tilberedningen, i store køkkener kaldet produktionen. Valg af produktionsform og -metode afgøres af de led der ligger forud i funktionskæden. Nogle steder vil det være hensigtsmæssigt med varmholdt, i andre situationer vil man opnå den bedste kvalitet ved køleproduktion, hvor maden efterfølgende pakkes i iltfattige miljøer. I langt de fleste tilfælde vil køkkenerne anvende kombinationer af de forskellige produktionsteknologier.

Inden der kan tilberedes mad, skal der vælges råvarer. Råvarerne vælges ud fra kvalitetsparametre, hvor vi er meget bevidste om at få den bedste kvalitet for færrest mulige kroner. Råvarerne vælges også med forskellig forarbejdningsgrad, igen efter hvad de efterfølgende skal udsættes for, for i sidste ende at kunne være med til at give brugeren en god spiseoplevelse.

For at sikre sammenhængen i kæden fra maden er tænkt til den er spist, skal der brydes med den traditionelle tankegang om organisering af arbejdet og indbyrdes kompetencer i de (amts)kommunale strukturer.

Kost & Ernæringsforbundets mener, at der skal sættes på en kombination af både central og decentral organisering af mad og måltider og dermed udnytte fordelene ved begge organiseringer. Centraliseringen har sin styrke, når der skal skabes det store overblik, indgås indkøbsaftaler med leverandører og lignende hvor stordriftsfordelene kan udnyttes. En centralorganisation giver mulighed for fleksibilitet blandt medarbejderne gennem en mangfoldighed af interesser, personlige og faglige kompetencer.



Den decentrale organisering har styrken i forhold til den enkelte borger. Det er vigtigt, at der kan træffes beslutninger som har betydning for borgeren, tæt på borgeren. Vi mener, at kunne opnå begge fordele gennem etablering af køkkenorganisationen – mad og måltider.

Amter og kommuner kan have stor glæde af at etablere en køkkenorganisation som har ansvaret for al mad og alle måltider i (amts)kommunens regi.

Køkkenorganisationen – mad og måltider, sørger for mad og sundhed i hele (amts)kommunen. Til de små børn, skolebørnene, de unge, alle de ansatte, forplejning til møder, til ældre, og til syge. Medarbejderne i køkkenorganisationen har stor viden om den rigtige ernæring til borgerne, hygiejne i forbindelse med madtilberedning, de ved hvordan der tilberedes mad som smager godt og ser indbydende ud. De ved hvordan maden skal anrettes og hvordan man skaber rammerne for det gode måltid.

Denne køkkenorganisation kan etableres som en stabsfunktion i forhold til den fagopdelte organisation i (amts)kommunen.

Der er en lang tradition for, at kost og ernæringsfagliguddannede tager sig af tilberedningen og derefter afleverer maden til en anden personalegruppe, som varetager anretning og servering.

Eksempelvis plejepersonalet er uddannet til at varetage plejeopgaver, de har ikke hjertet i maden, de tager sig af medicinering, sårpleje og alle mulige andre plejeopgaver. Dette kan være årsagen til, at der opstår barrierer i forhold til måltidet, da de ofte ikke sætter sig grundigt ind i hvilke tilbud, der findes og kan leveres fra køkkenet. Dette betyder, at mulighederne fra køkkenet ikke udnyttes i fuldt omfang. Svaret på denne form for problemstilling er, øget tværfagligt samarbejde. Som eksempel på hvorledes vi ser dette tværfaglige samarbejde, har vi vedlagt pjecen "Leve-Bomiljøer".

Ved en ændret organisering af arbejdet med øget tværfagligt samarbejde, vil man kunne udnytte ressourcerne mere optimalt. Kost og ernæringsfagliguddannede varetager alle opgaver i forbindelse med mad og måltider, det vil sige fra maden er tænkt til den er serveret, spist og der er ryddet op efter måltidet.

Lederen af køkkenorganisationen vil være ansvarlig for maden der serveres, tilberedningen, planlægningen osv. men sandelig også for at der er kost og ernæringsfagligt personale til at servere maden for borgeren, at der er drikkevarer, kolonialvarer m.v. tilstede hvor det skal anvendes – i afdelingerne eller hvor borgerne i øvrigt ønsker at nyde deres måltider.

Forudsætningen for at en sådan organisering kan lykkes og ved lykkes vil sige, at borgeren oplever at ernæring er i højsædet og at måltiderne er dagens højdepunkter, er at køkkenorganisationens personale indgår i et tæt samarbejde med de øvrige personalegrupper, der er omkring borgerne.

Den organisatoriske model giver ingen anvisninger på, hvor selve madfremstilling skal / kan foregå. Det kan være i et centralkøkken, på de enkelte institutioner, det kan være i de enkelte afdelinger eller en kombination af flere. Udgangspunktet for produktionstilrettelæggelsen må være behovet hos den enkelte bruger, afdelingens mål med maden og måltidet, de fysiske muligheder og logistiske rammer.

Produktionen skal tilrettelægges således, at der opnås den bedst mulige spisekvalitet for brugerne. Det betyder, at der kan anvendes flere forskellige teknologier afhængig af målet med maden og måltidet og den fleksibilitet der ønskes omkring måltidet.

Al mad og drikke som leveres fra køkkenorganisationen kan dokumenteres med hensyn til næringsindhold, således at det til enhver tid er muligt at opgøre indtaget hos den enkelte borger. Ligesom fremstillingsomkostningerne også er dokumenterbare.

Køkkenorganisationen er en økonomisk enhed. Økonomien planlægges og styres efter regnskabsreformens principper, således at bevillingerne til driften baseres på omkostningsregnskabet. Gennem tværfagligt samarbejde og ved at lade "værten" - de kost og ernæringsfaglige være ansvarlig for rekvirering af varer, vil man formentlig kunne reducere svind og overproduktion.

En anden del af økonomien er den mere overordnede økonomi. Det er økonomi at borgere med en god ernæringstilstand sjældnere bliver syge af ernæringsrelaterede sygdomme og har en langt bedre prognose i behandlings-/ plejeforløb.

Køkkenorganisationens succes afhænger af evnen til at kunne indgå i tværfagligt samarbejde omkring borgerne. Målet er at kunne konstatere bedre indtag af næringsstoffer hos borgerne samt stor tilfredshed blandt borgerne til køkkenorganisationens tilbud og levering af ydelser.

På alle spisesteder skal der ansættes kost og ernæringsfaglige (ernæringsassistent), de skal optræde som de måltidsansvarlige og som værter. Dermed flyttes arbejdsopgaven med hensyn til maden væk fra eksempelvis plejepersonalet. Det handler om, at gøre hele madprocessen tydelig for borgerne. Alle borgere bør have kontakt til ernæringsassistenterne, som kan opmuntre, vejlede og rådgive dem omkring deres valg af mad. I denne direkte kontakt kan borgeren fortælle, hvis der er noget specielt han/hun ønsker eller ikke ønsker. Værten skal se det som sit ansvar at tilfredsstille borgernes ønsker, og hun skal have redskaberne til at handle.

At borgerne oplever opmærksomhed i forbindelse med måltidet, vil betyde at borgeren f.eks. spiser mere af det rigtige og føler sig bedre tilpas. Efter måltidet kommer den samme vært og samler det urene service ind og vasker det af efter spisningen, samt spørger borgeren om hvorvidt måltidet var tilfredsstillende.

"Værten" har til opgave at sikre, at der til stadighed er de varer tilstede i afdelingen som er nødvendige for kunne servicere borgerne. Det betyder, at "værten" bliver bindeleddet mellem produktionskøkken og afdelingen.

Dette forslag til organisering af arbejdet vil have følgende fordele:

- Tættere kontakt mellem borger og køkken og dermed mulighed for bedre tilpasning af produkter og ydelser.
- Rationel udnyttelse af ressourcer, når udgangspunktet bliver det brugerne ønsker.
- Øget tværfagligt samarbejde, dermed øget kendskab til de andre faggruppers kompetencer.
- Større respekt for andre faggruppers viden og kunnen.
- Øget interaktion mellem faggruppers viden med brugeren i centrum.

Når Kost & Ernæringsforbundets medlemmer arbejder med kvalitetsudvikling er det altid med målet om at kunne give borgeren en endnu bedre måltidsoplevelse.

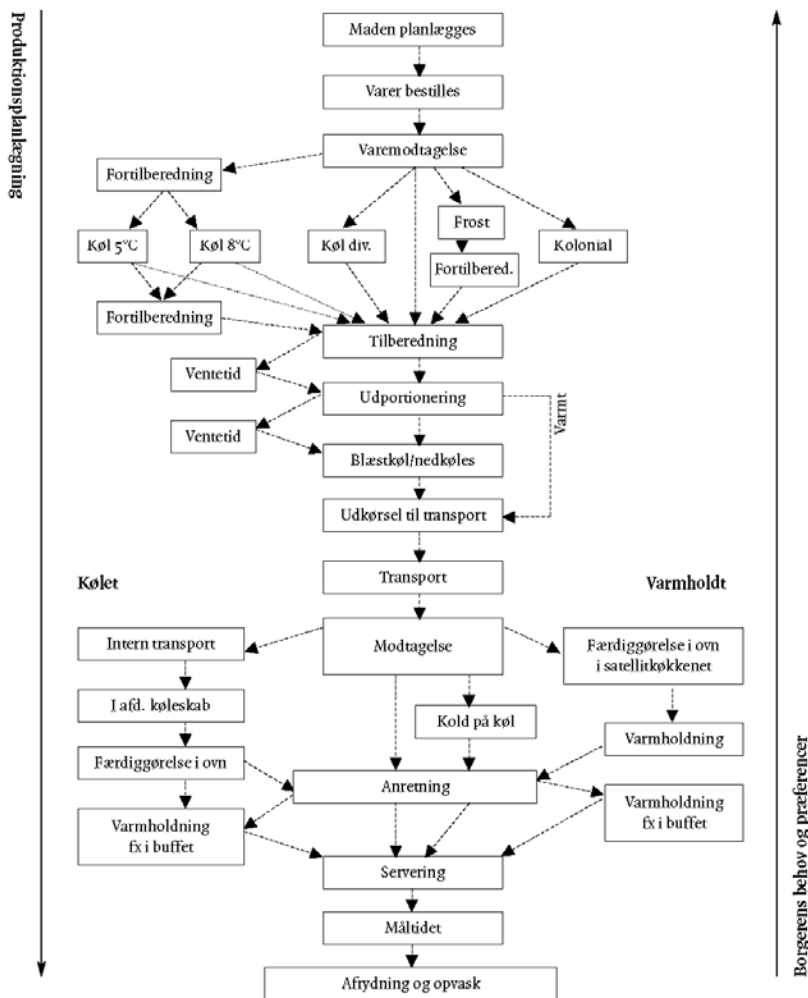
Vi analyserer problemet og finder det eller de delelementer i kæden fra råvarer til måltid som er årsagen til problemet, udvikler og måler igen om problemet er løst. Kvalitetsudvikling er en fortløbende proces, hvor vi hele tiden er opmærksomme på kvaliteten både i forløbet og ved selve måltidet. Det er ikke tilstrækkeligt, at det kun er i køkkenerne, der foregår kvalitetsudvikling og videns indsamling. Der mangler et centralt sted, hvor al viden indenfor storkøkkendrift er samlet, et sted som støtter udviklingen af alle led i hele funktionskæden.

Kost & Ernæringsforbundet anbefaler at sikre helhed og samhörighed i hele funktionskæden. Dette kan ske gennem nytænkning omkring organisering af mad og måltider, at sætte på fokus ledelsesstrukturerne, at fremme udviklingen af tværfagligt samarbejde og dermed give en bedre udnyttelse af de mange kompetencer som personalet besidder, samtidig med at efter- og videreuddannelse prioriteres højt.

Kost & Ernæringsforbundet anbefaler, at der oprettes et uafhængigt center for storkøkkener. Omdrejningspunktet for centerets arbejde er hverdagsmaden tilberedt i storkøkkener, omhandlende alle led fra

maden er tænkt til den er spist og der er ryddet op efter måltidet. Centeret skal arbejde med kvalitetsudvikling, teknologiske spørgsmål som fx tilberedningsteknikker, distributionsmetoder, vitaminbevarelse. Derudover bør centeret arbejde med måltidets æstetik – skønheden i maden og måltidet, ligesom sociologiske og kulturelle aspekter er særdeles væsentlige, når der tilberedes og serveres mad for andre. Kost & Ernæringsforbundet deltager gerne i udviklingen af et center for storkøkkener.

Funktionskæden



Mad, mennesker og sundhed

Af Jens Kofod

Mag. Scient. i Antropologi og Ph.d.-studerende, Danmarks Fødevareforskning

Madens betydning

Den madkvalitet velfærdssamfundet tilbyder hjemmeboende pensionister og plejecenterbeboere kommer jævnligt i politikeres og mediers søgelys. Pensionisternes oplevelse af madkvaliteten i spisesituationen påvirkes imidlertid også af en grundlæggende kulturel model for måltidets forløb, og af den kontekst maden indgår i. Denne kvalitetsoplevelse bliver ofte overset, fordi debatten om madkvaliteten kun fokuserer på madens kulinariske kvaliteter. Det er med andre ord nødvendigt at se på andet end de ofte kritiserede madbakker og deres indhold. Det er nødvendigt at se på, hvilken ramme denne bakke indgår i.

I dette indlæg vil jeg ud fra en antropologisk indfaldsvinkel se med de hjemmeboende pensionister og plejecenterbeboernes øjne på maden. Da det i sidste ende er dem, som skal spise maden, er det yderst relevant at høre deres stemme. At lytte til denne stemme er tillige særlig relevant set i lyset af en stigende ældrebefolkning og stor politisk fokus på dokumentation af kvalitet og krav om valgfrihed.

Der er endnu et aspekt, som er med til at understrege betydningen af at lytte til de ældres stemme. De ældre, som er tilknyttet hjemmeplejen, og får bragt mad ud eller som er beboere på et plejecenter er i overvejende dårlig ernæringstilstand i Danmark. Dette indebærer, at 60% af dem vejer for lidt i forhold til de officielle anbefalinger (Beck, A. M., Ovesen L. F. et al. 2002). Der kan ikke tales om én årsag til dette, men derimod om en række forskellige forhold som tilsammen medfører forringet ernæringstilstand. Den dårlige ernæringstilstand kan således ikke alene tilskrives den offentlige mad.

I dette oplæg vil jeg se på to situationer, som er hentet fra tidligere undersøgelser (Kofod, J. 2000, Kofod, J. 2003). Den første blandt de hjemmeboende ældre der er visiteret til madudbringning. Den anden blandt plejecenterbeboere, der spiser deres mad sammen med andre plejecenterbeboere i spisesale eller på mindre afdelinger.

De hjemmeboende med madbakken - *Det er jo ikke et måltid*

En negativ vurdering af madens kulinariske kvalitet er særligt karakteristisk for den gruppe hjemmeboende pensionister, der på grund af manglende fysik ikke magter at tilberede mad selv.

En af de hjemmeboende fortæller, hvordan han gør spisesituationen til en god oplevelse, når han i weekenden fravælger maden fra kommunen og vælger at spise på en nærliggende restaurant: *"Det er ikke så meget maden, jeg går ud for. Det er oplevelsen af, at der sker noget omkring mig... at der er lidt liv. For det er jo ikke et måltid, at sidde alene og spise."* (Kaj 77 år. Hjemmeboende). Den nøgterne konstatering af, at den ensomme spisesituation ikke er et måltid, er betegnende for de øvrige hjemmeboende pensionisters oplevelse af spisesituationen. Dertil kommer, at spisesituationen beskrives som en overvejende teknisk proces, der *"er noget som skal overstås"* (Kirstine 87 år, hjemmeboende).

Om et andet karakteristisk træk ved spisesituationen fortæller Hilmer på 84 år: *"Jeg spiser faktisk af bakken....Mange synes det er mærkeligt, at spise af bakken....men det synes jeg ikke, ...fordi maden er dejligt varm"*. Ligesom de øvrige hjemmeboende pensionister er Hilmer nærmest undskyldende i sit tonefald, når han efterfølgende indrømmer, at han *"ikke gør noget ud af det..."*, når han spiser og indrømmer, at han også ser TV, mens han spiser.

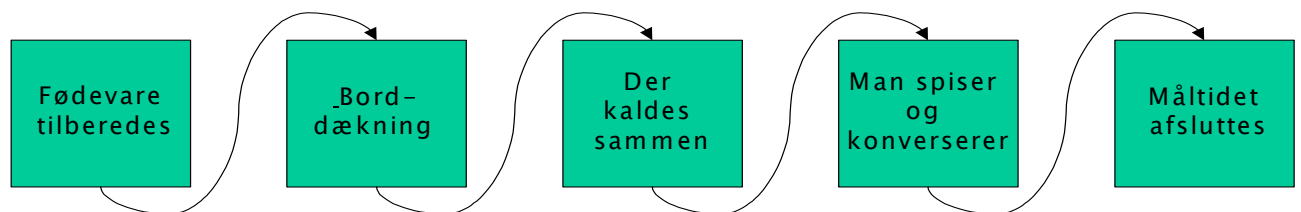
Kritikken af maden er udtryk for en reel kritik af madens kvalitet, men også af den sociale og fysiske situation de hjemmeboende befinder sig i. Andre undersøgelser bekræfter denne antagelse om, at maden

peger udover sig selv: Menneskers hverdag, sociale relationer, konflikter og dilemmaer træder tydeligt frem, når man ser på den praksis, der knytter sig til mad (Holm, L. og Iversen, T.1997:39). Denne position får ligeledes støtte af Sören Jansson. Han påpeger i en undersøgelse fra 1988, at det er i spisesituationen, at oplevelsen af ensomhed bliver tydelig (1988: 67). Han skriver endvidere i samme undersøgelse, at der er en klar tendens til, at man ikke gør ret meget ud af maden, når man skal spise alene, ligesom man ønsker at få spisningen overstået så hurtigt som muligt i modsætning til situationen, hvor man spiser sammen med andre (Ibid: 70).

Med baggrund i italesættelserne af spisesituationerne blandt de hjemmeboende og plejecenterbeboerne kan der afdækkes en kulturel model for måltidets forløb. Denne skitserer det idelle forløb.

Figur 1

Den kulturelle model for måltidets forløb



Modellen indeholder følgende elementer: at fødevarerne tilberedes, at bordet dækkes, og at dem, som skal spise sammen, bliver kaldt sammen. De pågældende spiser og konverserer, og de afslutter måltidet sammen evt. med kaffe. De enkelte begivenheder i modellen kan tillige suppleres med et eller flere af følgende træk: ”at de falder på regelmæssige tidspunkter... at fødevarer...mad og drikke kombineres efter bestemte mønstre til hvert måltid...(og)...at maden indtages på særlige steder...” (Hastrup , L. 1990: 205-206).

Når man ser på italesættelserne af spisesituationerne, er det tydeligt, at de hjemmeboende, der er tilknyttet en madudbringningsordning, forholder sig implicit til, at de ikke gennemfører den forløbssekvens, som den kulturelle model foreskriver. Det bliver således mere forståeligt, at Hilmer med et undskyldende tonefald siger, at ”mange synes, det er mærkeligt”, og som Kaj nøgternt konstaterer, at ”Det er jo ikke et måltid”.

Det er endvidere dokumenteret, at når aktiviteterne omkring tilberedning af mad har udgjort en stor del af de daglige aktiviteter for de hjemmeboende, så tømmes dagen for en stor del af dens indhold, når dette arbejde i større eller mindre grad bortfalder. Tilberedningen kan anskues som en slags identitets arbejde – en social og kulturel udtryksform, hvor vi bruger maden til at fortælle om hvem vi er både overfor os selv og andre (Bundgaard og Christensen 1999: 44, 58). Denne mulighed for at udtrykke sig forsvinder, når de hjemmeboende ikke længere formår at udtrykke sig i kraft af deres tilberedning af mad og må acceptere det udtryk, som et offentligt køkken har skabt.

Den kulinariske kvalitet af maden har således en indflydelse på hvilken oplevelse de ældre får i spisesituationen. Men set med de hjemmeboendes øjne så indgår denne bakke i en kontekst som også påvirker oplevelsen.

Måltider på plejecentre

I spisesalene på plejecentrene er situationen markant anderledes end hos de hjemmeboende. På plejecentrene følges forløbet i modellen i næsten alle aspekter. Det første element har beboerne dog kun begrænset andel i. De har således kun indflydelse på, hvilken hovedret og dessert de vil vælge og ikke på, hvordan fødevarerne tilberedes og sammensættes. De kalder heller ikke sammen, men de følger i hovedreglen de øvrige elementer, når de i grupper hjælper hinanden med at bringe maden hen til bordet, når de spiser og konverserer og endelig når de afslutter med kaffe og hjælper hinanden med at rydde af bordet igen.

Når man spørger de ældre på plejecentre, hvad der er afgørende for at spiseoplevelsen bliver god prioriterer de på følgende måde:

1. At de sidder sammen med nogen de kender
2. At kødet er mørt
3. At maden ser indbydende ud
4. At maden er rigtig varm
5. At maden er ledsaget af grøntsager

"Vi" og "de andre"

De ældre lægger meget vægt på, at de sidder sammen med nogle mennesker, de kender, og som de selv har valgt at sidde sammen med. Og de lægger stor vægt på, at de ikke vil sidde sammen med den gruppe beboere på plejecentrene, som er demente. De vil sidde sammen med andre mentalt velfungerende, som de kan føre en normal samtale med. Det er denne gruppe, som de ældre siger "vi" om, mens de siger "de" om de demente medlemmerne af de andre grupper på plejecentret. Det vigtige for de ældre er, at markere sig som en del af gruppen af mentalt friske mennesker på plejecentrene.

Der findes adskillige mindre grupper af beboere på plejecenter, der siger "vi" om hinanden. En sådan gruppe på et plejecenter er fælles om en række ting, som gør, at de kan sige "vi".

De spiser sammen på samme tid hver dag. De sidder ved samme bord og på de samme pladser. De hjælper ofte hinanden med at få maden bragt hen til bordet og få ryddet af igen. Disse "vi" grupper er endvidere meget fasttømrede. Således fortæller flere af de ældre, hvordan det har været svært at blive accepteret som ny på plejecentret, fordi de eksisterende grupper ikke var interesseret i "at optage nye medlemmer".

Ved måltiderne bliver "vi" grupperne på plejecentrene synlige. Det er således under måltiderne at plejecenterbeboerne viser den del af deres identitet, der omhandler, hvem de opfatter at de har mest tilfælles med. I de ældres prioritering er det altså vigtigere at markere, hvem man er i gruppe sammen med, end om man kan lide maden.

Maden skal være mør

At kødet er mørt, er den næst vigtigste faktor for plejecenterbeboernes kvalitetsoplevelse. For ældre beboere på plejecenter er det meget væsentligt, at maden er til at tygge, idet deres tandstatus ikke er, hvad den har været. Desuden opleves det som uværdigt, hvis ikke man er i stand til at skære sin mad ud selv. Det opleves som uværdigt, hvis man skal bede personalet om hjælp til at skære maden ud. I de tilfælde, hvor beboerne har behov for hjælp, giver flere udtryk for, at de hellere vil spise alene (Sidenvall B, Fellström C, Ek A-C 1994, Gastman, C 1998).

Favoritretter

Madens udseende fremhæves ligeledes i prioriteringen. Men uanset hvor mange favoritretter, der tilføjes menuen, så er det ikke kun dette, som i væsentlig grad kan forbedre de ældres oplevelse af god måltidskvalitet. Udseendet har dog betydning, idet evnen til at lugte aftager med årene og tillige gendannes

smagsløgnen ikke lige så hurtigt som det er tilfældet blandt yngre mennesker. Således kan der være en tendens til, at de ældre i højere grad spiser med øjnene.

At maden er rigtig varm, og at den er ledsaget af grøntsager kræver ikke yderligere uddybning. Det væsentlige er imidlertid at slå fast, at undersøgelser, der udelukkende fokuserer på madens udseende, smag og konsistens overser det faktum, at maden indgår i en social sammenhæng, som beboerne på plejehjem vurderer som det væsentligste i deres måltidsoplevelse.

Det offentlige ansvar

På baggrund af de to beskrevne måltidssituationer kan det naturligvis ikke konkluderes, at madens udseende, smag og konsistens er ligegyldig og uden betydning. Maden skal fortsat tilberedes af de dygtige hænder, som i dag arbejder i køkkenerne. Lige så vel, som det offentlige har et ansvar for madens udseende, smag og konsistens, har det også et ansvar for den måltidsoplevelse, som eksempelvis beboerne på plejecentre og hjemmeboende ældre tilbydes.

Der er behov for et helhedsperspektiv, når kvaliteten af fremtidens ældremad skal vurderes. Det handler både om menuen (madens smag, udseende og konsistens), om ernæringsrigtig mad og om de ældres oplevelse af måltidskvalitet. Med udgangspunkt i et perspektiv, der omfatter alle tre dele, vil det være muligt at tilrettelægge fremtidens ældremad, så den tager højde for langt flere af de ældres behov, end det er tilfældet i dag.

Men hvordan kan der i højere grad tages højde for måltidsoplevelsen og hvordan kan denne bruges til at forbedre ernæringstilstanden? Her er nødvendigt at tage udgangspunkt i den forskning, der sandsynliggør, at forbedringer i det fysiske spisemiljø, et meget nærværende personale samt velfungerende socialt samvær ved måltiderne, kan influere positivt på plejecenterbeboeres energiindtag og efterfølgende forbedre deres ernæringstilstand (se for eksempel Mathey, M-F. A.M. et. al. 2001 og Eaton et al 1986). Baggrunden for denne forskning er interventionsstudier, der har dokumenteret forbedringer i ernæringstilstanden blandt de ældre på plejecentre.

Tillige er der gennemført en række projekter som en del af `Bedre mad til ældre` udspillet fra den daværende regering i 2001. Disse rummer blandt andet erfaringer i etableringer af spisegrupper for ældre, der siden blev selvkørende. Samt mange lignende erfaringer, der kan anvendes.

Vi ved at de ældre der modtager madbakker og de beboere der bor på plejecentre er udsatte i ernæringsmæssig henseende. Forskningen sandsynliggør, at der kan nås meget ved at arbejde med omgivelserne og de sociale rammer for måltiderne. Så selv om der er arbejdet meget med maden i de senere år, så kan det hele ikke nås med mad. Der eksisterer projekter og forskning, der giver gode anvisninger på, hvad der kan gøres. Det er herefter op til en politisk prioritering at afgøre, hvor stor indsats der skal gøres i denne sammenhæng. For de ældre, der her er tale om vil effekterne af et godt måltid og forbedret ernæringstilstand være mindre social isolation, nedsat sygelighed og bedre fysiske funktionsevne.

Opsummering

Ovennævnte har været anvendt i en hel del foredrag. Ved et af disse replicerede en økonoma med følgende historie, som så glimrende pointen i det sociale aspekt af måltidet:

"På vores plejehjem spiser brugerne sammen ved små borde, hvor der sidder fire ved hvert bord. Ved et af dem sidder fire kvinder; Gerda, Anne, Dorit og Ingrid. De fire plejer at sidde og spise sammen. De synes at maden smager fint. De er glade for den og roser personalet. Når Gerda bliver syg og ikke kan deltage i måltidet smager maden ikke rigtigt godt længere, synes de andre tre damer. Da Gerda dør er de tilbageværende tre generelt utilfredse med maden og klager jævnlige. Den dame som senere flytter ind i Gerdas lejlighed, og får Gerdas plads ved bordet spiser ikke særligt pænt og de tre andre er fortsat jævnt utilfredse med maden. Når de tre tilbageværende har fået banket "den nye" på plads, så er de igen glade for maden og de roser igen personalet".

Referencer

- Beck, A. M., Ovesen L. F. et al. (2002) "*Body mass index, weight loss and energy intake of old Danish nursing home residents and home-care clients*" I Scandinavian Journal of Caring Science vol 16.
- Bundgaard, K. M. og Christensen, B. T. 1999 "*En bid af ældres hverdagsliv*". Ergoterapeut- og Fysioterapeutskolen, Odense.
- Eaton et al The effect of touch on nutritional intake of Chronic Organic Brain Syndrome patients Jour. of Gerontology 41: 611-616 1986
- Gastmans C. Meals in Nursing Homes An Ethical Appraisal. Scand J Caring Sci. 1998; **12**: 231-37
- Haastrup, L. 1990 "*Maden på bordet! – Strukturel kulturanalyse af husarbejde, mad og måltider*". Institut for ernæring og biokemi DHL, København.
- Holm, L. og Iversen, T. 1997: "*Moderne madvaner*" i tidsskriftet Dansk Sociologi nr. 4. København.
- Jansson, S. 1988 "*Maten och myterna*" I Vår Föda Vol. 40 Supp. 2. Statens Livsmedelsverk, Uppsala.
- Kofod, J. 2000 "*Du er dem du spiser sammen med. Et brugerperspektiv på den offentlige måltidsservice*" Fødevarerapport nr. 9. Fødevarerapport nr. 9. Fødevarerapport nr. 9.
- Kofod, J. "*Det er jo ikke et måltid*" Nordnytt 86:101-110.
- Mathey, M-F. A.M. et. al. Health effect of improved meal ambiance in a Dutch Nursing home: A 1-year intervention study. Prev Med 32: 416-23 2001
- Sidenvall B, Fellström C, Ek A-C. The meal situation in geriatric care – intentions and experiences. J Adv Nurs 1994; **20**: 613-21.

Den offentlige forplejning - historie, regulering, status og udviklingsbehov

Af Bent Egberg Mikkelsen

Hvorfor offentlig forplejning?

Den offentlige forplejning har rødder langt tilbage i tiden. På offentlige institutioner er der således lang tradition for at betragte madtilbuddet som en naturlig og integreret del af den omsorg der i øvrigt ydes på institutioner uanset om denne primære opgave på institutionen var sygdomsbehandling som på hospitaler eller pleje som på plejecentre eller strafafsoning som i fængsler Rasmussen (1987). Den oprindelige forplejning har haft karakter af at være noget indlysende – det ville ikke give mening ikke at yde en sådan service, idet det f.eks. ville betyde at patienter eller pårørende selv skulle medbringe mad. Den offentlige forplejning in har også i en række sammenhænge haft et element af social hjælp til særlig udsatte

Senere har den offentlige forplejning udviklet sig til også at dække områder hvor man strengt taget godt kunne tænke sig andre former for bespisning. Det gælder således bespisning på offentlige arbejdspladser, skoler selvom det kun er et fåtal samt i børnehaver.

Den offentlige forplejning har levet et yderst ubemærket liv op igennem dette århundrede. På trods af at der hver dag serveres ½ million måltider i denne sektor så er opmærksomheden tæt knyttet til restaurant verdenen og til kokkene mere end til den offentlige mad og økonomaerne. På samme måde som eliteidræt trækker større seer tal end bredde idrætten. Men på samme måde som bredde idrætten er et vigtigt element i folkesundhedsarbejdet så har de offentlige måltiderne også mulighed for at blive det.

Dette papir forsøger at trække perspektiverne op i den offentlige mads udvikling fra socialt foranstaltning til et potentielt strategisk element i en "fremme af sunde mad vaner" strategi.

Hvori består den offentlige regulering?

Med Levnedsmiddelstyrelsens strategiske indsats i 1983 med oprettelsen af en ernæringsenhed og senere et Storkøkkencentret fik de offentlige mad område for første gang en større bevågenhed. Centret beskæftigede sig med informations og udviklingsopgaver samt i begrænset udstrækning med forskning i perioden 1987 –2002.

Et første forsøg på at tegne en politik på området blev gjort af KL, AF, Københavns og Frederiksberg Kommuner der sammen med Levnedsmiddelstyrelsen udgav en Forplejningspolitik i 1984 og arbejdet blev i 1997 fulgt op af en betænkning om offentlig kostforplejning.(1997). Betænkningen der samlede en bred kreds af aktører pegede på en række udviklingsbehov for området.

Den stigende interesse for området har dog primært været en interesse der har været af statslig karakter. Eftersom området primært er kommunernes ansvar (skoler, plejecentre, dagsinstitutioner etc.), amternes (døgninstitutioner og sygehuse) og kun i mindre omfang statens (forsvar, fængsler, institutioner etc.) kan det forklare den begrænsede bevågenhed der i dag er på området.

De reguleringsmæssige styringsinstrumenter, der har været bragt i spil har generelt ikke drejet sig om lovgivning selvom fødevarerlovens paragraf 14 faktisk åbner mulighed for det, men om information samt en vis udviklingsindsats kombinere med en begrænset forskningsindsats.

En særlig indsats på området blev gjort i perioden 1996-2003 (DFFE, 2004; Mikkelsen & Elle, 2005) hvor ordningen Grønne indkøb resulterede i økologisk omlægningsprojekter for 50 mill kroner. På tilsvarende blev der under den foregående regering igangsat udviklingsstøtte på mad ordninger på skoleområdet med et omfang på ca. 60 projekter. Ordningen er for tiden under evaluering.

I alt om kost projektet 2002-2005 har der været gjort en særlig indsats på mad og måltidsordninger på skoler og institutioner og i begrænset omfang overfor de større køkkener (www.altomkost.dk)

I tilfældene mad til syge og til institutionaliserede ældre har der været igangsat initiativerne Bedre mad til ældre og Bedre mad til syge som direkte opfølgning på kostforplejningsbetænkningen.

Danmarks Fødevarerforskning har for eksterne midler været i stand til at opretholde en vis forskningsindsats ligesom enkelte andre universitetsmiljøer har gjort det

Hvad er de samfundsmæssige og sundhedsmæssige rationaler bag?

De samfundsmæssige og sundhedsmæssige rationaler bag den statslige indsats har primært været at brugere af den offentlige forplejning ofte er udsatte og dermed fortjener en særlig indsats og at brugerne i den offentlige forplejning er frataget det frie forbrugsvalg og bestemmelse i det at tilberede måltidet. Denne bestemmelse er i tilfældet offentlig forplejning overladt til andre – nemlig de madprofessionelle. Hvilke samfundsmæssige og sundhedsmæssige rationaler der ligger bag kommunernes og amternes indsats på området er kun beskrevet i yderst begrænset omfang, men det kan antages at der først og fremmest drejer sig om forplejning forstået som offentlig service produktion. Det forebyggende og ernæringsmæssige aspekt er dog i en række tilfælde i de senere år trådt væsentligt frem i forhold til kommunernes indsats

Hvad er de forskellige og særlige problemstillinger og perspektiver på forplejningen afhængig af sektor – fx sygehus-, pleje-, og skole-sektor?

Groft sagt står den offentlige forplejning overfor to store udfordringer hvad angår det ernæringsmæssige: Underernæring og overernæring. Underernæringen er et problem primært på sygehuse, plejecentre og andre institutioner med ældre og eller syge. Underernæring kan også være et problem blandt hjemmeboende eller boende i bo levemiljøer. Forplejningen på disse steder har derfor som et vigtigt formål at forebygge eller mindske underernæring samtidig med at maden og måltidet skal udgøre den vigtige begivenhed på dagen som måltidet generelt et for mennesker. Generelt gælder at maden spiller en meget stor rolle fordi den er døgnforplejning og for ældre kan være det i en betydelig årrække. Det langsigtede forebyggende perspektiv er derfor i baggrunden her, mens det umiddelbart ernæringsmæssige/energimæssige er i forgrunden sammen med det kulinariske, det nydelsesmæssige og det sociale aspekt

Det er en anden problemstilling der er aktuel for bespisning på skoler, institutioner for børn og unger samt på arbejdspladser. Her er fremme af sunde kostvaner forstået som ”spis efter anbefalingerne” og ”ikke for meget” med henblik på at undgå overvægt, fedme og kostrelaterede sygdomme det centrale perspektiv: For denne type af offentlig mad gælder at den må ses i sammenhæng med hvad individet spiser i andre sammenhænge og typisk udgør den offentlige mad kun 25-40% af den daglige energi. Til gengæld er der både på skoler og institutioner stor udstrækning og tillige på arbejdspladser i mindre omfang mulighed for at lade det langsigtede forebyggende aspekt spille en langt større rolle. Det forebyggende aspekt er det der kan opnås gennem ”eksemplets magt” det vil sige den sunde mad som serveres, kombineret med den påvirkning der kan opnås gennem pædagogiske tiltag

Der er argumenteret nærmere for de forskellige og særlige problemstillinger og perspektiver på forplejningen i de sektorspecifikke oplæg for sygehus-, pleje-, og skoleområdet i forbindelse med høringen.

Hvordan vægtes ernæringstilstand i forhold til andre områder, fx fødevarerikkerhed?

Generelt har fødevarerikkerheden haft en høj prioritet i den offentlige regulering på måltidsområdet, og er blevet udmøntet i lovgivning, kontrol etc., mens ernæring og kvalitet ikke har været vægte i nær samme grad. Den stigende fokus på ernæringsområdet har dog ført til en række reguleringsmæssige indsatser som det ses i de tværministerielle initiativer Bedre mad til syge og Bedre mad til ældre. Medvirkende årsag til forskellen mellem fødevarerikkerhed og ernæring/kvalitet er formentlig at Ernæring og kvalitet er to relativt vanskelige størrelser at definere og dermed at regulere via klassiske instrumenter og det er formentlig årsagen til at der ikke er sket nogen større regulering på dette område selvom fødevarerlovens paragraf 14 faktisk åbner mulighed for det.

Det er relativt lettere at definere uønskede mikroorganismer i mad end det er at definere hvad god ernæring eller kvalitet er. Dertil kommer at udvikling af ernæringsrelaterede sygdomme er betinget af mange faktorer og kvalitet er bl.a. afhængig af smag og behag. Derfor er det også svært at sætte regler. Men der er i princippet intet til hinder for at man via styringsmekanismer om det kendes fra hygiejnestyring og egenkontrol i storkøkkener vil kunne udvikle ernæringsledelsesinstrumenter der vil kunne bruges som organisatoriske instrumenter i den off. forplejning. Det gøres da også nogle steder kommuner men det har blot ikke været fremmet af reguleringsinstrumenter eller lovbundet som f.eks. egenkontrollen er det.

Hvad er behovene når det gælder uddannelses-, - forsknings og innovationsbehov? Og hvordan koordineres de statsligt/regionalt?

Et af problemerne for den offentlige madsektor er den ringe status og den perifere placering som maden har i det de pågældende institutioner (Mikkelsen 2003, Beck et al 2001, Mikkelsen 2003).

Der er ikke kun begrænset prestige over mad i sygehuslandskabet sammenlignet med den medicinske verden. Og at dokumentere og indhøste gevinster af god ernæring er meget sværere end at vise effekt af at lave hjertekirurgi. Det samme gælder maden i den øvrige del af den offentlige forplejning. De store 300 liters stål gryder i det store køkkener har ikke samme status som den lille trendy sushibar.

Den manglende status betyder også at der kun er begrænset *forskning* på forplejningsområdet og at den er helt afhængigt af eksterne forskningsbevillinger. Dertil kommer at for at få de sidstnævnte kræves et velfungerende finansieret basis forskningsmiljø. Der er behov for i højere grad at inddrage praksiserfaringer fra den offentlige køkkensektor i forskningen som det kendes fra den tradition indenfor sygehusverdenen der over de senest årtier har udviklet en sygeplejeforskningstradition der har været med til at hæve status af sygeplejen. Der er behov for at sammenkæde de eksisterende miljøer bedre både på horisontal og vertikalt det vil sig mellem sektor forsknings og universitetsmiljøer og mellem de tekniske skoler, professionsbachelor niveauet på seminarierne og universitetsmiljøerne. Det vil give mulighed for at række på fæles ressourcer som f.eks. bibliotek og dokumentationsressourcer og for en frugtbar vekselvirkning mellem teori og praksis.

Uddannelse er et andet stort behov: selvom der er sket en betydelig udvikling og uddannelse tilbuddene med oprettelse af professions bachelorerne i Catering ledelse så er der et betydelig behov for at skabe gode og attraktive karriere veje i den offentlige forplejning. Der er således ikke stor søgning til PB uddannelserne bl.a. fordi der ikke er nogen naturlig vej til forskning og ikke etableret et solidt samarbejde mellem bachelor og det akademiske niveau. En master uddannelse i ernæringsledelse vil således være et tydelig signal som både ville skabe status og som ville kunne skabe ny kompetencer, som vil kunne an-

vendes i de nye store kommuner. Kommuner har således ikke i dag tradition for at beskæftige tværgående ernærings konsulenter på samme måde som pædagogiske konsulenter.

Hvad angår *innovation* er behovene er åbenlyse i denne sektor. Tættere samarbejde mellem de eksisterende institutioner der beskæftiger sig med mad, tættere koordinering fra kommunalt hold af madopgaver på institutionerne, tættere samarbejde med private aktører i form af offentlige private partnerskaber vil kunne være med til sætte innovationstrykket betydeligt i vejret. Her kan skolemaden formentlig være en oplagt anledning til at indtænke mad og ernæring i et bredere og tværgående kommunal perspektiv. Og ikke mindst udnytte kommunerne nye forpligtigelse som primær forebyggelsesansvarlig som anledning til nytænkning.

Hvad angår behovene *lokalt i kommunerne* viser erfaringerne fra den økologiske omstillings støtte som var til rådighed i perioden 1996 til 2002 (Mikkelsen & Elle, 2005) at køkkenernes og forvaltningerne evne til at omsætte politiske ønsker om økologi på menukortet til praktisk innovation ikke forløb uden en række problemer. På trods af at der er opnået en lang række positive side effekter (Mikkelsen et al 2004, DFFE 2004) og på trods af at statistik på dette område er yderst mangelfuld, så er succesen målt i mængden af økologiske fødevarer formentlig kun begrænset. Det skyldes naturligvis primært at støtte ordningen er blevet omlagt, men en anden væsentlig forklaring er den manglende brede tværgående tænkning og i koordinering af "mad og ernæringsopgaver" i kommunerne samt de store køkkeneres begrænsede evner til innovation (Kristensen et al 2005, Mikkelsen 2004). Hospitalsområdet har allerede udviklet sig betydeligt og der er allerede sket en vis oprustning indenfor mad og ernæring i den medicinske verden (Mikkelsen et al 2005).

Det er således primært *kommuner*, der har behov for at etablere mad, ernæring og forebyggelse som et "domæne" og dermed som indsats område. På en lang række områder har kommuner tradition for at have etableret tværgående fag domæner som f.eks. indenfor bygninger, miljø, pædagogik og undervisning. Disse fagforvaltninger tager sig af deres respektive emner bredt og på tværs af kommunerne og har i de fleste tilfælde den kritisk masse der skal til for at skabe innovation og nytænkning. Det samme er ikke tilfældet på mad området. Der er således kun få eksempler på kommuner der har etableret tværgående ekspertise på det området på trods af at "mad" og ernæring er et emne i en lang række institutioner.

Erfaringerne fra omstillingsstøtten viser at den er vigtig for innovationsparathed i sektoren og den har således stor betydning for kompetence niveauet i køkkenerne (Mikkelsen et al 2004, DFFE 2004) og en fornyet støtteordning må forventes at få en betydelig effekt på innovationsparathed i sektoren.

Referencer

Beck, Anne Marie; Ulla Nilsson Balknäs, Peter Fürst, Kaija Hasunen, Liz Jones, Ulrich Keller, Jean-Claude Melchior, Bent Egberg Mikkelsen, Marusa Pavcic, Peter Schauder, Lauri Sivonen, Orla Zinck, Henriette Øien, Lars Ovesen (ad hoc group on Nutrition Programmes in Hospitals, Council of Europe). Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition – report and guidelines from the Council of Europe. *Clinical Nutrition* (2001) 20 (5) 455-460

Delfi storhushållsguide 2003, Delfi Marknadspartner

DFFE 2004. Evaluering af grønne indkøb, www.dffe.dk

IFAU, 2004 Den danske catering sektor i tal. www.ifau.dk

Kostforplejningsbetænkningen. Betænkning 1334, Levnedsmiddelstyrelsen 1997

Kristensen, N.H., Thorsen AV, Engelund E, Dahl A & Mikkelsen, B.E.: Innovation, Management and Sustainability - Change processes in the Food Service Sector. Conference Proceedings of Fifth International Conference on Culinary Arts and Sciences, Global and National Perspectives. eds. Edwards, J.S.A., Bournemouth: Bournemouth University, pp. 12-16 2005

Lov om fødevarer m.m. www.retsinfo.dk

Mikkelsen. B.E. Kristensen. N.H. & Nielsen. T. Change processes in large scale public foodservice – Case findings from implementation of organic foods in a Danish county. *Foodservice Business Research*, Volume 8, Issue 2. 2005

Mikkelsen. BE & Elle JC: Großküchen mit großen Möglichkeiten - 10-jährige Erfahrungen bei der Umstellung auf ökologische Kost in der Gemeinschaftsverpflegung in Dänemark. *Zeitschrift für Ökologie und Landbau*, 1, 2005

Mikkelsen BE Beck AM, Lassen A & Increased focus on nutrition issues in institutional food service result do not result in measurable progress – A study of compliance with the recommendations for Danish institutional menus in hospitals and nursing homes 1995 and 2002-2003, submitted for *Clinical Nutrition* september 2004

Mikkelsen BE, Pedersen T og Therkildsen K 2004 Meget mere end økologi – en undersøgelse af bevæggrunde og effekter i forbindelse med økologiske omlægningsprojekter i daginstitutioner i kommunerne, Danmarks Fødevare og Veterinær Forskning og Basiskost

Mikkelsen, B.E Are traditional food service organisations ready for organisational change? – a case study of implementation of environmental management in a work place canteen facility. *Foodservice Research Int'l*, 2004,15, p 89–106.

Mikkelsen, BE, Beck AM, Balknäs,UB, Camilo, ME Fürst, P, Gentile, MG, Hasunen, K Jones,L, Jonkers-Schuitema, C, Keller, U, Melchior, JC, Pavcic, M, Schauder, P, Sivonen, L, Zinck, O, Øien, H, & Ovesen, L. What can food service operators do to remedy undernutrition in hospitals? – a European perspective from an ad hoc group on Nutrition Programmes in Hospitals, Council of Europe *Foodservice Research International* Vol 13., #4, p269-278, 2003

Miljøstyrelsen nr. 19, 2000 Arbejdsrapport

Rasmussen Y Tre pægle suppe med 8 lod kød. dansk hospitalskost før 1900 Levnedsmiddelstyrelsen 1987. 62 sider Forlag: Storkøkkencentret, Levnedsmiddelstyrelsen

Sundhedsstyrelsen (2000) Mad og måltider i grundskoler og fritidsinstitutioner - hvordan ser det ud?

Ernæring på sygehuse

Af Karin Østergaard Lassen og Jens Olsen

Indledning

Undersøgelser viser, at mellem 20-50 % af patienterne på danske sygehuse er underernærede ved indlæggelsen. Mange af disse patienter bliver yderligere underernærede under indlæggelsen, samtidigt med, at 20-40 % af maden på danske sygehuse går til spilde. Specielt ældre medicinske patienter, der udgør ca. en tredjedel af alle indlagte patienter i Danmark, har en høj risiko for underernæring. Følgerne af underernæring er nedbrydning af patienternes muskelvæv, herunder hjerte- og respirationsmuskulaturen, og svækkelse af immunforsvaret. Patienterne bliver trætte og svære at mobilisere, med øget risiko for liggesår, årebetændelse og infektioner og dermed en længere sygdomsperiode. Samtidigt viser videnskabelige undersøgelser, at det er muligt at forbedre ernæringsplejen, så patienterne får dækket deres behov for næring i langt højere grad end det ofte er tilfældet i dag.

De officielle danske anbefalinger om institutionskost indeholder konkrete anvisninger for, hvordan ernæringsplejen i praksis bør udføres, så syge og småtspisende patienter får dækket deres næringsbehov så optimalt som muligt (1). Anbefalingerne er vejledende for sygehuse.

Baggrunden for at udarbejde rapporten "Medicinske patienters ernæringspleje – en medicinsk teknologivurdering" har været en undren over den kløft, der eksisterer mellem den tilgængelige viden om ernæring og den ofte manglende inddragelse af ernæring i behandlingen og plejen af patienterne (2). Rapportens formål er at belyse, hvordan den ernæringsmæssige pleje af indlagte medicinske patienter kan forbedres. Gennem udarbejdelse af en medicinsk teknologivurdering (MTV) kan der i højere grad skabes et helhedsbillede af ernæringsplejen, da områder som organisation, økonomi og patienternes oplevelser indgår her i. Oftest retter opmærksomheden sig mod maden, der produceres – men ikke mod helheden i ernæringsplejen på et sygehus.

Hvordan anvendes de officielle danske anbefalinger for kosten på sygehuse i praksis?

I mtv-rapporten har vi undersøgt, hvordan ernæringsplejen udføres i praksis på tre medicinske sengeafdelinger på forskellige sygehuse i Danmark. Et universitetshospital, et hospital under Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) og et lokalt sygehus har deltaget. Resultater fra disse sygehuse har vi sammenlignet med de officielle danske anbefalinger om kost til syge. De officielle anbefalinger er ret omfattende, og vi har derfor sammenfattet dem til seks punkter:

1. Kosten er en vigtig del af behandlingen uanset varigheden af indlæggelsen
2. Plejepersonalet sammensætter kosten individuelt efter patientens behov og ønsker
3. Patientens ernæringsstatus følges under indlæggelsen, og afdelingens personale handler herpå
4. Der er en klar ansvars- og opgavefordeling i ernæringsplejen
5. Maden er kulinarisk attraktiv og ernæringsmæssigt dækkende
6. Plejepersonalet giver patienten optimale forhold i spisesituationen.

Som det ses af disse punkter, er det ud over kvaliteten af maden, også rammerne for og udførelsen af ernæringsplejen, der beskrives i de officielle anbefalinger. I gennem interview med patienter, plejepersonale, læger, repræsentanter for sygehusledelser, ledere og ansatte i sygehusenes produktionskøkkener

har vi undersøgt og beskrevet, hvordan ernæringsplejen udføres i praksis, og hvordan ernæringsplejen opleves af patienterne.

Den overordnede konklusionen på analysen er, at ingen af de deltagende medicinske sengeafdelinger til fulde efterlever anbefalingerne. På et sygehus har ledelsen ikke klart meldt ud, at ernæringen er en vigtig del af behandlingen. På to af de deltagende sengeafdelinger sammensætter plejepersonalet ikke kosten efter patientens behov og ønsker. På to af de deltagende sengeafdelinger følges småtspisende patienternes ernæringsstatus ikke under indlæggelsen. På to af de deltagende sengeafdelinger arbejdes der ikke i praksis med, at finde en ansvars- og opgavefordeling i ernæringsplejen, der tager hånd om de småtspisende patienters ernæring. Den patientoplevede kvalitet af maden, og de valgmuligheder patienterne har til måltiderne, fremstår meget forskellig på de tre sygehuse.

Hvilke barrierer findes?

Når vi sammenligner, hvordan ernæringsplejen udføres i praksis på de deltagende medicinske sengeafdelinger, er det tydeligt, at der er sammenlignelige problemområder, men også områder, hvor sygehuse arbejder forskelligt med ernæringsplejen. Samtidigt er udførelsen af ernæringsplejen afhængig af mange aktører på forskellige niveauer i sygehusorganisationerne. Med andre ord har hvert sygehus, produktionskøkken og sengeafdeling deres styrker og svagheder i udførelsen af ernæringsplejen. På det enkelte sted er der således forskellige barrierer for at optimere ernæringsplejen. Derfor kan der ikke specifikt for én medicinsk sengeafdeling gives ét standard svar på, hvordan den ernæringsmæssige pleje kan forbedres. I stedet har vi på de tre sygehuse identificeret de forhold, der ud fra sygehusledelsens, sengeafdelingernes, produktionskøkkenernes og patienternes perspektiv kan hæmme en optimal ernæringspleje.

Ud fra *sygehusledelsens perspektiv* viser data fra mtv-rapporten, at det virker hæmmende for en optimal ernæringspleje, hvis der fra sygehusledelsens side er en svag eller mangelfuld udmelding om betydningen af ernæringsplejen for patientens behandling og pleje. Ligeledes virker det hæmmende hvis ledelsen ikke kan få den nødvendige indsigt til at vurdere den udførte ernæringspleje til patienterne.

Ud fra *sengeafdelingens perspektiv* viser data fra mtv-rapporten, at det virker hæmmende for en optimal ernæringspleje, hvis plejepersonalet mangler tid til ernæringsplejen. Som en følge heraf sker der ofte en nedprioritering af ernæringsplejen. Ansvar for den praktiske udførelse af ernæringsplejen er ofte placeret hos alle i plejegrupperne, men kun få – og her ofte sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter - er engageret i den praktiske udførelse af ernæringsplejen. I følge anbefalingerne om kost til syge er det overordnede ansvar formelt placeret hos lægegruppen, som dog sjældent involverer sig i ernærings-spørgsmål. På mange sygehuse er der ansat kliniske diætister, men ofte anvender plejepersonalet kun i begrænset omfang diætisternes faglige viden eksempelvis om kost til småtspisende patienter. Personalet på den enkelte sengeafdeling skal dagligt bestille mad til patienterne, men ofte mangler plejepersonalet indsigt i produktionskøkkens tilbud. Som en følge heraf kan plejepersonalet ofte ikke tilbyde patienterne måltider uden for de fem faste måltider, der serveres mellem ca. kl. 8 og kl. 20.

Ud fra *produktionskøkkens perspektiv* viser data fra mtv-rapporten, at det virker hæmmende for en optimale ernæringspleje, at personalet i produktionskøkkenet mangler kontakt til plejepersonalet, der serverer maden til patienterne. Når denne kontakt mangler får produktionskøkkenet kun sparsomme tilbagemeldinger på, hvad patienterne synes om maden. Produktionskøkkenet har derfor ingen føling med og indflydelse på servering af maden til patienterne. Omvendt kender plejepersonalet ofte meget lidt til produktionskøkkens fagområde, og hvilke kompetencer køkkenpersonalet kan bidrage med i forhold til at optimere ernæringsplejen. Besparelser i flere produktionskøkkener har betydet, at der mangles økonomisk råderum til at producere den kost til patienterne, som ledelsen i produktionskøkkenet kunne ønske sig.

Ud fra *patienternes synspunkt* viser data fra mtv-rapporten, at det virker hæmmende for en optimal ernæringspleje, at patienten ikke tilbydes mellemmåltider som f.eks. indbydende energi- og proteinrige drikke i 12 af døgnets 24 timer. Sent om aftenen, om natten og tidlig morgen tilbydes patienterne oftest kun drikkevarer som vand, saftvand o.l. eller måske en brik med proteindrik. Ligeledes oplever få patienter at have en dialog med plejepersonalet om deres individuelle behov for mad og drikke. Få patienter har oplevet at have mulighed for at vælge menuer, der er tilpasset deres ønsker til maden og deres evne til at tygge. Dette er i tråd med, at mange patienter under indlæggelsen ikke informeres om produktionskøkkenets tilbud om energitætte mellemmåltider, måltider der er lette at tygge, energidrikke o.l. Mange indlagte patienter er bevidste om, at de har tabt sig under sygdom. Men ofte oplever patienterne, at deres vægtændringer og indtagelse af næring ikke følges af personalet under indlæggelsen.

Hvilket driftsmæssigt potentiale er tilstede for at optimere ernæringen til patienterne?

Ovenstående tydeliggør, at der på danske sygehuse er adskillige forhold, der i driften hæmmer at ernæringsplejen udføres optimalt. MTV-rapporten peger på, at ernæringsplejen, der i dag udføres på danske sygehuse til medicinske patienter, rummer et end og væsentligt potentiale for at øge patienternes indtagelse af næring. Efterfølgende præsenteres eksempler, der bidrager til dette potentiale.

På sygehusledelsesniveau er det centralt, at der sker en stillingtagen til, hvordan ernæringsplejen ønskes prioriteret i behandlingen og plejen. På den baggrund kan der ske en klar udmelding fra ledelsesniveauet om, hvilken kostpolitik den ønsker at følge, hvordan kostpolitikken skal følges op af handlinger på afdelingsniveau, i faglige udvalg såsom kostråd osv. For at kvalitetssikre og kvalitetsudvikle ernæringsplejen kan ledelsen anvende værktøjer, der sikrer en tilbagemelding fra sengeafdelingerne vedrørende den udførte ernæringspleje. Herved får sygehusledelsen indsigt og viden, de konkret kan handle på. På et af de deltagende sygehuse har sygehusledelsen adgang til disse værktøjer igennem journalaudits, hvor tilfældigt udvalgte patientjournaler bliver gennemgået med henblik på at vurdere, hvordan ernæringsplejen er gennemført.

I de officielle anbefalinger for kost til syge har lægen en fremtrædende rolle. Da lægen i praksis sjældent har denne rolle, men i høj grad overlader det til plejegrupperne, er det centralt, at der skabes en klarhed over, hvordan lægerne deltager og ikke deltager i ernæringsområdet. Hvis der ikke er klarhed faggrupperne imellem, kan der skabes utilfredsstillende forventninger, som kan begrunde, at ingen/få i praksis påtager sig det ernæringsmæssige ansvar. Det er her vigtigt, at faggrupperne indbyrdes drøfter, hvordan ernæringsplejen skal udføres, hvilke opgaver det afføder, hvem der har ansvaret for, at de udføres, og hvem der konkret udfører dem. Ligeledes er det vigtigt, at der er kontinuitet i ernæringsplejen, og at der på afdelingen er et ernæringsfagligt personale, der har kendskab til kosttilbudene, hvordan de bestilles. Dette personale kan gennem en dialog med produktionskøkkenet målrette og udvikle kosttilbudene til sengeafdelingens patienter. Herved kan produktionskøkkenets faglighed bliver mere synlig og dermed i højere grad anvendes i hele sygehusorganisationen.

På sengeafdelingerne kan en generel opprioritering af uddannelse i ernæring bidrage til at øge forståelsen for vigtigheden af patienternes ernæringspleje for kvaliteten af plejen og behandlingen. Og en øget inddragelse af den kliniske diætists faglighed i ernæringsplejen på afdelingsniveau f.eks. gennem faste undervisningsforløb, kan bidrage til at højne alle faggruppers viden om betydningen af optimal ernæringspleje.

Ansættelse af en ernæringsassistent¹² har vist sig i betydelig grad at øge småtspisende patienters indtagelse af næring (3). I denne organisationsmodel er der ansat en social- og sundhedsassistent, der er efter-

¹² Denne stillingsbetegnelse er i adskillige år anvendt på Bispebjerg Hospital for en social- og sundhedsassistent, der i plejegruppen specifikt varetager ernæringsplejen til småtspisende patienter. Betegnelse må ikke forveksles med den nye stil-

uddannet til ernæringsassistent. Ernæringsassistentens jobfunktion er udelukkende ernæringsrelaterede opgaver på sengeafdelingen og herunder individuel ernæringspleje af småtspisende patienter. Hun har et indgående kendskab til og er engageret i ernæringsområdet, hun har et overblik over produktionskøkkenets tilbud og har en tæt kontakt med produktionskøkkenet. Hun skaber en vifte af valgmuligheder til patienterne ved at anvende alle muligheder fra produktionskøkkenet i kombination med mindre mellemåltider, bagværk o.l., som hun selv fremstiller i sengeafdelingens køkken.

Ernæringsassistentens arbejde betyder, at patienterne oplever nærhed og omsorg i ernæringsplejen, og patienterne "lokkes" til spise mere, og derved tager de på i vægt. Ligeledes sikrer hun, at der er øget fokus på levnedsmiddelhygiejnen, og hun fungerer som ressourceperson i ernæring for det øvrige plejepersonale. Ressourcerne i kostbudgettet anvendes mere optimalt, idet ernæringsassistenten, samtidigt med at patienterne har flere valgmuligheder, kan spare ca. 20 % på kostbudgettet. Denne besparelse skal ses i modsætning til øvrige afdelinger uden en ernæringsassistent ansat, hvor der er et merforbrug på 20 % i forhold til kostbudgettet. Da ernæringsassistenten dagligt justerer bestillingerne af mad i forhold til den foregående dags madspild, betyder det, at hun kan reducere omfanget af madspild fra ca. 50 til ca. 20 % (4). Ernæringsassistenten kan gennem den nære kontakt med den småtspisende patient og evt. dennes pårørende fortælle dem, hvad der er godt for patienten at spise under sygdom, og hvad patienten og pårørende efter udskrivelsen selv kan gøre for at sikre tilstrækkelig næring til patienten.

Ovenstående eksempler på muligheder for at optimere ernæringsplejen vil modarbejde en standardisering af ernæringsplejen og i stedet giver mulighed for at individualisere måltidet og dermed øge småtspisende patientens næringsindtagelse, så underernæring aktivt modarbejdes under indlæggelsen.

Hvilket økonomisk potentiale er tilstede for at optimere ernæringen til patienterne?

Internationale undersøgelser viser, at indlæggelsestiden for medicinske patienter i gennemsnit kan reduceres med 3,4 dage, såfremt ernæringsplejen forbedres (2). Når disse resultater anvendes på danske forhold, viser beregninger fra de tre deltagende medicinske sengeenheder, at besparelspotentialet ligger i størrelsesordenen 88.817 kr. til 1.173.745 kr. (2003-prisniveau) afhængigt af patientsammensætning og beregningsforudsætninger.

Overføres beregningsforudsætningerne til alle medicinske patientforløb i Danmark, hvor patientgruppen afgrænses til patienter på 60 år eller derover, og som er indlagt i mindst syv dage, vurderes besparelspotentialet at være 143,6 millioner kr. årligt på landsplan (2003-prisniveau), hvilket er estimeret til en reduktionen i sengedage på 6,7 %. Hvis beregningsforudsætningerne, såsom andelen af underernærede patienter (her antaget at være 35 %) og reduktionen i antal sengedage, ændres, vil besparelspotentialet ligge i størrelsesordenen 29,1 til 258,5 millioner kr. (2).

Der kan dog tænkes scenarier, hvor der ikke vil være et besparelspotentiale, f.eks. hvor reduktionen i indlæggelsestiden er beskeden, samtidig med at der skal tilføres afdelingerne ressourcer for at forbedre ernæringsplejen. Det er vigtigt at understrege, at der er tale om et besparelspotentiale, hvor besparelserne kun vil blive reelle, såfremt de sparede sengedage kan omsættes til nedlæggelse af senge og efterfølgende reduktion af personalenormeringen og det øvrige budget, hvorved ressourcerne frigøres til alternativ anvendelse. Samtidig er det vigtigt at pointere, at der er et stort pres på medicinske sengeafdelinger, og besparelspotentialet vil – alt andet lige – kunne ses udmøntet i form af lavere belægningsprocenter. Ved en optimering af ernæringsplejen kan disse ressourcer således bidrage til at afhjælpe det øgede pres, der i fremtiden kommer på de medicinske afdelinger, da andelen af ældre – og dermed behovet for medicinske sengepladser - vokser i de kommende år.

lingsbetegnelse for køkkenassistenter, der efter 15. juni 2005 betegnes ernæringsassistenter. Sidstnævnte ernæringsassistenter uddannes fortsat til produktion af mad og ikke til patientpleje. Der henvises til Bekendtgørelse nr. 453 af 10/06/2005.

Økonomiske beregninger af denne karakter, hvor resultater fra udenlandske studier anvendes på dansk klinisk praksis, er forbundet med en vis usikkerhed, hvorfor der er gennemført følsomhedsanalyser. Ligeledes er patientsammensætningen på de medicinske sengeafdelinger meget forskellig. Men samtidig gør det sig gældende, at ernæringsproblemet for den ældre medicinske patient er et generelt problem, der oftest er uafhængigt af diagnose.

Det skal understreges, at det primære sigte med en forbedring af ernæringsplejen bør være en forbedring af patienternes pleje og behandling. En forbedret kvalitet af ernæringsplejen skal ikke som udgangspunkt gennemføres, fordi det forventes at resultere i besparelser! Men gevinsterne ved at optimere ernæringsplejen kan siges at være dobbeltsidig, idet patienterne vil opleve en forbedret kvalitet under indlæggelsen, og denne positive påvirkning af patienternes indlæggelsesforløb vil sandsynligvis have en positiv effekt på driften af de medicinske afdelinger.

Hvilke tiltag kan iværksættes for at udnytte dette potentiale i praksis?

I mtv-rapporten belyses de officielle tiltag og landspolitiske drøftelse, der inden for de seneste ti år har haft relation til hospitalsindlagte patienters ernæringspleje. Denne gennemgang viser, at der fra Folkeetinget og regeringernes side har været en vis politisk opmærksomhed på området med udmeldinger om mange positive intentioner om en opprioritering og forbedring af ernæringsplejen af patienterne på sygehusene. Men ud over enkeltstående ernæringsprojekter, hvor der ofte implementeres nye tiltag for at prøve at sikre, at patienterne får tilstrækkelig næring, er det meget sjældent at disse tiltag permanent forankres i sygehusorganisationerne. Oftest har disse tiltag en begrænset levetid – en levetid, der ofte er afhængig af enkelte ildsjæle på området.

Underernæring er derfor fortsat et problem på danske sygehuse – et problem der kræver en opprioritering på ledelsesniveau og en langsigtet planlægning og implementering af en *levedygtig* organisationsform. Den her skitserede organisationsmodel med ansættelse af en efteruddannet social- og sundhedsassistent på en sengeafdeling, har vist sig levedygtig. Denne organisationsmodel er på nuværende tidspunkt implementeret i driften på flere sengeafsnit på Bispebjerg Hospital, hvor den er tilrettet den enkelte sengeafdeling. De positive erfaringer herfra kan med fordel afprøves og evalueres i en større sygehusorganisation. Et sådant tiltag kan bidrage til at bane vejen for at alle småtspisende patienterne i fremtiden vil opleve, at der tages hånd om deres ernæringspleje, når de er indlagt på et sygehus.

Referencer

1. Levnedsmiddelstyrelsen og Økonomiskolten i København. Anbefalinger for den danske institutionskost. Pedersen AN, Ovesen I, editors. København. 1995.
2. Lassen KØ, Olsen J, Grinderslev E, Melchiorsen H, Kruse F, Bjerrum M. Medicinske patienters ernæringspleje - en medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering's puljeserie. Juni 2005. (Sammenfatning og hele rapporten findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk – udgivelser – søg "ernæringspleje"):
3. Villadsen B, Strøm B. Ernæringsprojekt afsnit M4, Ortopædkirurgisk afdeling M., H:S Bispebjerg Hospital, København, Danmark. 2001.
4. Lassen KØ, Grinderslev E, Nyholm R. Mad til patienterne - evaluering af modelprojekt. Schultz Grafisk. Oktober 2005. ISBN 87-991040-0-8.

Det velduftende plejehjem

Af Jens Christian Elle

Cand. Scient. Soc., Innovation og Bæredygtighed / IPL, DTU¹³

Den offentlige kostforplejning på ældreområdet er tiltagende grad kommet i offentlighedens søgelys. Først og fremmest på grund af den veldokumenterede dårlige ernæringstilstand og heraf følgende nedsatte funktionsevne, trivsel og livskvalitet hos plejehjemsbeboerne (se f.eks.: Beck, Pedersen og Schroll 2005). Også ældremadens æstetiske, smagsmæssige og ernæringsmæssige kvaliteter (eller rettere mangel på samme) er genstand for en tilbagevendende og højlydt medieåret debat.

Indsatsen fra forskningen, forvaltningen og de enkelte institutioner har i kølvandet på disse problemer primært samlet sig om hvordan vi kan sikre de ældre får en god og nærende kost gennem implementeringen af mad- og måltidspolitikker. Disse politikker peger på behovet for at basere madlavningen på de ældres individuelle præferencer og behov, forankre menuplanlægningen i de officielle kostbefalinger og forandre de sociale rammer omkring måltidet så de ansporer de ældre til at spise. (Kofod 2000, Beck & Kofod 2003) Karakteren af disse kostpolitikker bevidner om et øget fokus på behovet for sammenhæng i den offentlige kostforplejning. Udviklingen og implementeringen af sådanne kostpolitikker ses betinget af en systematisk inddragelse af de ældre, deres pårørende, køkkenpersonalet og plejepersonalet samt tværfagligt samarbejde mellem disse faggrupper og de respektive uddannelses institutioner, faglige organisationer, ledelsen, forvaltningen og de korresponderende forskningsmiljøer.

Karakteristisk for denne udvikling er at det er de ældres ernæringstilstand, funktionsevne og heraf følgende livskvalitet der er i fokus. Spørgsmålet er så om vilkårene for de ansatte der skal lave og servere maden gør dem i stand til at leve op til disse kostpolitikker.

Igennem det forskningsprojekt som danner grundlag for dette indlæg er det blevet tydeligt at de ansatte på plejehjemmene oplever en stor frustration over ikke at have mulighed for at leve op til de faglige mål-sætninger og værdier som kommer til udtryk i de lokale og kommunale kostpolitikker og som de i høj grad identificerer sig med. De oplever at de hverken har den nødvendige tid eller ressourcer til rådighed. Manglende indflydelse på arbejdets tilrettelæggelse, manglende udviklingsmuligheder, ensformighed, fragmenteret arbejdstid, stort tidspres, manglende social anerkendelse og respekt samt usikkerhed i forhold til yderligere rationaliseringer, udliciteringer, nedskæringer¹⁴ og sammenlægninger er med til at fremkalde forskellige grader af stress. (Prætorius 2004, FOA 2004, Christiansen og El-Salanti 2001)

Spørgsmålet – som det ville være oplagt at gøre til genstand for en selvstændig undersøgelse – er om disse effektiviseringer og rationaliseringer af den offentlige kostforplejning og pleje i et samfundsøkonomisk perspektiv i sidste ende høster de gevinster der har dannet udgangspunkt for beslutningerne, når vi blandt andet ved: 1) at arbejdsmiljørelaterede sygdomme inden for den offentlige sektor koster samfundet 2,8 mia. kroner årligt (FOA 2004) 2) at arbejdet i den offentlige sektor giver 55 % større chance for at havne på førtidspension (FOA 2004) 3) at der efter al sandsynlighed er store samfundsøkonomiske udgifter forbundet med den øgede sygelighed blandt ældre på grund af dårlig ernæringstilstand og livskvalitet i øvrigt. (Beck, Pedersen og Schroll 2005)

¹³ Indholdet i dette indlæg afspejler i væsentlig grad arbejdet i tænketanken *det velduftende plejehjem*.

¹⁴ Selvom der i nogen tilfælde ikke er tale om egentlige nedskæringer, så er arbejdet blevet så meget mere krævende at en opnormering vil være rimelig, og da denne ikke kan bevilges opleves det i hverdagen som en reel nedskæring.

I 2040 vil der være ca. 400.000 flere personer over 65 år. (Velfærdskommissionen 2004) Vi må alt andet lige forvente at denne demografiske udvikling vil kræve flere hænder i omsorgssektoren. Det kan imidlertid blive et problem at rekruttere de nødvendige medarbejdere. Allerede nu oplever plejehjemmene hvor svært det er at besætte stillingerne. Arbejdet er simpelthen for nedslidende, utilfredsstillende og dårligt lønnet.

Fokusset for nærværende forskningsprojekt har med afsæt i de ovennævnte problematikker været orienteret mod at indkredse konturerne af en anden form for omsorgsinstitution der er i stand til at forene de ældres behov for et godt måltid med de ansattes behov for et godt arbejdsliv.

Igennem en række fremtidsværksteder, workshops og arbejds møder har en bred kreds af mennesker med daglig gang i køkkenerne, i afdelingerne, i de faglige organisationer, forvaltningerne samt enkelte ældre¹⁵ formuleret udkast til hvordan det gode arbejdsliv, den gode mad og det gode ældreliv kunne tænkes sammen til en helhed. Maden og måltidet har været udgangspunktet for forskningsprojektet men som det vil fremgå af nedenstående præsentation af visionen om *det velduftende plejehjem* har forsøget på at bestemme forudsætningerne for madglæde i køkkenet og ved spisebordet resulteret i et tankevækkende bud på en anden form for ældreinstitution. Vi skruer tiden frem til år 2010, men først skal vi lige se tilbage på etableringsfasen.

Forhistorien

I oktober 2007 udskrev Kommunernes Landsforening sammen med en række centrale ministerier og organisationer en idekonkurrence om fremtidens ældreomsorg, med undertitlen 'et rigt liv i et rigt samfund'. Et initiativ der skyldtes en række sammenfaldende forhold der med tiltagende kraft var blevet til temaer i den offentlige debat. For det første viste flere undersøgelser samstemmende at fremtidens ældre ikke kunne identificere sig med hverken *forbrugerrollen* eller *klientrollen*, med ønskede som *medborgere* at have indflydelse på og aktiv deltagelse i væsentlige beslutninger vedrørende deres individuelle og fælles liv. For det andet havde evalueringer af den hidtidige offentlige kostforplejning afsløret at den generelle sundhedstilstand for såvel de ældre som personalet var tydeligt forværret i takt med centraliseringer af kostforplejningen og implementeringen af effektivitetsfremmende foranstaltninger. For det tredje havde DTU præsenteret en omfattende og opsigtsvækkende livscyklusanalyse i relation til de måltider der blev produceret i den offentlige kostforplejning. Analysen viste at energitabet fra jord til fordøjelsesapparatet - som var alarmerende stort - blev reduceret betragteligt når madlavningen decentraliseres og baseres på en skånsom og håndværkspræget tilberedning af årstidens råvarer i tæt dialog med de spisende. Endelig havde undersøgelser vist at de ekstra bevillinger der ved flere lejligheder havde tilfaldet ældreinstitutionen og kostforplejningen i alt overvejende grad var brugt på ekstern konsulentbistand til rådgivende ingeniørfirmer og administrativt personale i kommunerne.

Idekonkurrencen resulterede i en række originale ideudkast, hvoraf flere efterfølgende blev realiseret for herved at kunne efterprøve om de nu også i virkeligheden kunne forene de ældres behov for aktiv deltagelse, give dem den nødvendige omsorg og pleje og danne ramme for et godt arbejdsliv.

Den grundlæggende ide bag flere af disse ideudkast var at fremtidens ældreinstitutioner skal etableres med udgangspunkt i de friske ældres ideer til hvordan en sådan institution skal se ud og hvad den skal rumme. Når det gælder *det velduftende plejehjem* blev lokalområdet efterfølgende inviteret til at komme med ideer til hvordan denne institution kunne integreres i forhold til områdets andre institutioner og aktiviteter. Hvad der kommer ud af denne form for lokalplanlægning varierer fra sted til sted afhængigt af de kulturelle forskelle. Med afsæt i denne foreløbige skitse blev arkitektstuderende, rumdesignere, landskabsarkitekter, kunstnere samt køkken- og sundhedsfagligt ekspertise og personale inviteret til at kvalificere udkastet til *det velduftende plejehjem*. Arbejdet med at formgive gennem dialog var baseret på

¹⁵ Enkelte ældre deltog i forskningsprojektets indledende fase.

et princip om at forene de bærende lokale ideer med mere almene former for viden om hvad der skal til for at skabe en institution der er social, sundhedsmæssig, økologisk og økonomisk bæredygtig.

En rundtur

Det første der slår én når man kommer til *det velduftende plejehjem* er egentlig ikke duften men derimod hvor grønt der er. Omkring bygningerne er der anlagt et grønt område, med duftende rosenhave, køkkenhave, udekøkken og et dyrehold (som det lokale fritidshjem har ansvaret for at passe) Herudover er der etableret et større sammenhængende areal til en glasoverdækket vinterhave, der gør det muligt at være 'i haven' i al slags vejr hele året.

Indenfor er der gjort op med det klassiske institutionspræg (hårdt ovenlys, rumklang, vinyl, indelukket atmosfære og grimt service ved måltiderne) *Det velduftende plejehjem* er kendetegnet ved flere runde former, træ, planter, rislende vandtrapper, smukt lys, frisk luft, gulvtæpper¹⁶¹⁷, og smukt service ved måltiderne) Ikke alene havde de grønne omgivelser og den imødekommende indretning været et centralt ønske for de ældre, men havde samtidig en dokumenteret gunstig sundhedsmæssig effekt, der også i sundhedsøkonomisk forstand var meget interessant.

Køkkenet er hjertet i hjemmet og har mottoet "Maden skal være spændende og det skal være spændende at lave mad". Køkkenet laver mad til 50 beboere, 80 daglige gæster og 40 hjemmeboende der af den ene eller anden grund ikke har mulighed for at spise på hjemmet. De ældre havde i udgangspunktet ikke yttret særlige ønsker om økologisk mad, men de sidste 10 års erfaringer fra økologiske omlægninger af den offentlige kostforplejning viste det havde været en god investering hvad angår miljøhensyn, reduceret madspild, kostfaglig udvikling, fagstolthed, ernæringstilstanden og den generelle tilfredshed blandt de spisende. Efter en række prøvesmagninger og ture til de økologiske producenter var man enige om i videst muligt omfang at anvende økologiske råvarer. Ja faktisk udviklede der sig i den forbindelse en tradition med at tage på gårdbesøg.

At arbejde i den offentlige kostforplejning har traditionelt ikke være omgivet med stor prestige. Det havde derfor fra starten af været vigtigt for køkkenpersonalet at skabe en arbejdsplads der gav dem faglige udfordringer, efteruddannelse, afvekslende arbejde, kontakt til de spisende og mulighed for social anerkendelse af deres arbejde. Selvom ikke alt bliver lavet fra bunden er håndværket og de gode råvarer i centrum og man er i køkkenet synligt stolt over sin arbejdsplads og den mad der laves her.

At planlægge og udstyre køkkenet var en både meget spændende men også til tider vanskelig proces. Man havde simpelthen en ambition om at lave det mest smukke, velfungerende og fornuftige køkken en offentlig dansk institution endnu havde set. Det blev ikke bare til et samarbejde mellem en mangfoldighed af køkkenprofessionelle men også mellem de køkkenprofessionelle og de kommende brugere og beboere. En af de ting der kom ud af denne proces var en anden form for grænseflade mellem køkkenet og

¹⁶ Roger S. Ulrichs undersøgelser og de i alt omkring 100 videnskabelige arbejder om emnet arkitektur, indretning og helbred viser mange tankevækkende og måske provokerende resultater. Blandt de sidstnævnte er fx undersøgelser ifm. hospitaler, som viser, at der kan være en række fordele ved at skifte den allestedsnærværende vinyl og linoleum ud med gulvtæpper. Der er selvfølgelig besværet med at rense tæpperne, men flere undersøgelser tyder på, at der ikke er signifikant større smitterisiko ved tæpper frem for hård gulvbelægning. Fordelen med tæpper er, at især ældre patienter går hurtigere og mere sikkert og føler sig mere trygge. Besøgende bliver længere.

¹⁷ Se også Pia Schmidtbauer (2005) Demente har særlig god gavn af ophold udendørs i grønne områder. Det giver glæde, ro, mindre tristhed, mindre vrede, mindre irritation, mindre døsigthed men mere fysisk træthed - og dermed bedre søvn. Det virker meningsfyldt for beboere, der skal gangtræne, at det kan ske på en sti i det grønne frem for op og ned ad en lang institutionsgang.

Desuden lægges der vægt på det forbedrede arbejdsmiljø for personalet ved muligheden for at kunne bruge veltilrettelagte udendørsanlæg.

resten af hjemmet. Hvor det normalt er meget adskilt, har beboerne her mulighed for at deltage i en række af køkkenfunktionerne. Det er tydeligt at de ældre har stor fornøjelse med og tilfredshed i at deltage i madlavning og borddækning. *Det giver ikke bare appetit på maden men også appetit på livet at kunne give en hånd med* - som en af de ældre udtrykker det.

Den store spisestue ligner ikke noget andet spiserum man har set på et dansk plejehjem. De ældre havde ifølge vores rundviser klart givet udtryk for, hvad også videnskabelige undersøgelser havde vist, at et godt måltid først og fremmest handler om hvem man spiser sammen med.¹⁸ Spisestuen er opdelt i en række mindre afsnit adskilt af flytbare og duftende "plantekasser". De respektive spisemiljøer har de ældre skabt ud fra hvad de synes er smukt, og giver stedet en mangfoldigt udtryk, som måske kunne karakteriseres som rodet, hvis ikke arkitekturen var i stand til at bære det.

Der serveres tre daglige måltider og i modsætning til tidligere praksis serveres den varme mad nu om aftenen sådan som de ældre har været vant til det. Det giver samtidig en mulighed for at invitere familien til middag på hjemmet. Madens høje kvalitet og de rare omgivelser har medført at mange af de ellers så travle børnefamilier nu kan besøge bedstemor og samtidig få et godt måltid til en rimelig penge.

I direkte forlængelse af spisesalen befinder der sig en havestue hvor man kan nyde en kop kaffe og rummets arkitektur og ventilation giver mulighed for at tage sig en cerut uden at nogen andre generes heraf. Mellem de tre hovedmåltider bruges spisesalen til alle mulige former for cafearrangementer. Er man ekstra sulten kan man det meste af døgnet hente noget spiseligt i de særlige køleskabe og fryserer der er opstillet og som byder på lidt for en hver smag.

Etableringen af *det velduftende plejehjem* var også et farvel til mange af de dyre og stressfremkaldende styrings- og kontrolsystemer, der i en årrække havde domineret hverdagen inden for omsorgssektoren. Men også goddag til nogle nye systemer til erfaringsopsamling og – overlevering udviklet i samarbejde mellem medarbejderne, deres faglige organisationer, kommunen og IT-højskolen. Processen med at skabe plejehjemmet fra bunden med deltagelse af de ældre selv, lokalsamfundet, de faglige og frivillige organisationer og kommunen har skabt et grundlæggende tillidsforhold parterne imellem. En gensidig tillid, der ifølge vores rundviser, mere end noget andet har været årsag til den gode og omsorgsfulde atmosfære som så tydeligt hviler over stedet.

Som afslutning på denne korte rundtur på plejehjemmet skal der spørges lidt til økonomien. I betragtning af den flotte arkitektur, den spændende have og de gode forhold i køkkenet og spisesalen for slet ikke at tale om den gode mad, forekommer det umiddelbart som en bekostelig affære. Vores rundviser forklarer hertil at grundlæggende tanke bag *det velduftende plejehjem* har været at skabe en institution der i alle aspekter er sundhedsfremmende. De grønne omgivelser, arkitekturen, muligheden for at deltage i meningsfyldte aktiviteter, den gode mad, de gode måltider med og uden familien, muligheden for at kunne holde husdyr, og omsorgen fra omgivelserne har resulteret i betragtelige reduktioner i behovet for medicin og pleje. Disse besparelser har sammen med væsentlige reduktioner i udsmidet af mad (sammenholdt med andre institutioner), inddragelse af lokalsamfundets børn og voksne i arbejdet med at vedligeholde hjemmet og området omkring, samt indførelsen af energieffektive løsninger i byggeriet skabt et økonomisk råderum for indkøb af gode råvarer og ikke mindst bedre lønninger til de ansatte.

Besøget på *det velduftende plejehjem* er slut for denne gang. Man kan ikke andet en beundre den kreativitet og det engagement som er blevet lagt i at skabe dette unikke men også i mange henseender eksemplariske plejehjem. Det vidner om de muligheder vi som samfund har for at kunne skabe vores sociale institutioner på en måde der forener de unikke lokale behov, ideer og ressourcer med mere almene former for viden om hvordan en demokratisk, sundhedsfremmende og bæredygtig omsorgsinstitution kan skabes. Men man må også beundre politikkerne for det mod de i sin tid viste da de besluttede at iværksætte idekonkurrencen og støtte op om realiseringen af det der skulle blive til det velduftende plejehjem og de mange institutioner der siden er fulgt efter.

¹⁸ Se Jens Kofods undersøgelse: Du er dem du spiser sammen med – et brugerperspektiv på den offentlige måltidsservice, Fødevarerdirektoratet 2000.

Referencer:

- Beck AM, Pedersen AN & Schroll M (2005) Undervægt og utilsigtet vægttab hos ældre på plejecentre og i hjemmepleje – problemer, der bør gøres noget ved. Ugeskrift for Læger 167/3
- Beck AM og Jens Kofod (2003) Fremtidens kost til ældre – måltidsservice til plejecenterbeboere i fremtiden, Fødevaredirektoratet. <http://www.foedevarestyrelsen.dk/FDir/Publications/2003018/Rapport.htm>
- Christiansen, Jørgen Møller og Nadia El-Salanti (2001) På fuldt blus. Undersøgelse af arbejdsmiljø i køkkener, med særlig vægt på det psykiske arbejdsmiljø, Casa.
- FOA (2004) Omsorgsmedhjælpernes psykiske arbejdsmiljø + Sygefravær blandt FOA's medlemmer <http://www.foa.dk/sw692.asp>
- Kofod, Jens (2000) Du er dem du spiser sammen med – et brugerperspektiv på den offentlige måltidsservice, Fødevaredirektoratet. <http://www.foedevarestyrelsen.dk/fdir/publications/2000009/Rapport.doc>
- Prætorius, Nadja U. (2004) Livet som undtagelsestilstand – Overlevelsestrategier, fremmedgørelse og stress set i lyset af styringsstrategier i interpersonelle og samfundsmæssige relationer, Psyke & Logos Vol. 25 s. 728-761.
- Schmidtbauer, Pia. *Tänkvärda trädgårdar*. Formas, Stockholm 2005.
- Velfærdskommissionen (2004) Fremtidens velfærd kommer ikke af sig selv. www.velfaerd.dk

En mere målrettet ernæringsindsats

Af Susanne Jensen

Den offentlige forplejning som en del af det offentlige folkesundhedsarbejde

Det er vigtigt, at der i offentlig forplejning tænkes helhedsorienteret, dvs. at alle led, lige fra indkøb til produktion af maden, til kunden spiser den, vægtes og at der i alle ledene er fokus på sundhed. En af forudsætningerne for, at det vi spiser er sundt er således, at det vi kommer i indkøbsvognen er sundt.

Det gælder også, når det drejer sig om offentlig forplejning, som mad til daginstitutioner, plejecentre samt kantiner for medarbejderne.

Kolding Kommune har haft en politisk vedtaget indkøbspolitik siden 1987. Indkøbsarbejdet er organiseret af logistiktjenesten og alle medarbejdere er forpligtet til at efterleve indkøbspolitikken.

Der samarbejdes med de øvrige kommuner i trekantsområdet, Middelfart Kommune samt Kommunerne i det gamle Haderslev Amt. Disse kommuner kan også benytte de indkøbsaftaler, der indgås med eksterne leverandører.

Organisering:

Der er nedsat indkøbsgrupper for de forskellige vareområder. I indkøbsgruppen for fødevarer og køkkenudstyr deltager repræsentanter fra køkkenområdet i Kolding Kommune og de øvrige kommuner i indkøbssamarbejdet. Logistikchefen er formand for alle indkøbsgrupper.

Ud over de indkøbsansvarlige på køkkenområdet i kommunerne deltager der en medarbejder fra miljøafdelingen, med ansvar for, at sikre en mest mulig miljøvenlig indkøbspolitik. Denne medarbejder sikrer, at der bliver stillet krav om miljøvenlighed ved kørsel, emballage, bortskaffelse af affald, energiforbrug mm., samt sikrer ønsker til indkøb af økologiske produkter. Ligeledes er der en medarbejder fra Arbejds miljøtjenesten med i indkøbsgruppen.

Vægtning af pris og miljø:

Ved udvælgelse af leverandører vægter følgende forhold:

Pris: 60 %

Service: 20 %

Leveringsbetingelser: 10 %

Miljø: 10 %

Indkøbsaftaler indgås for to til tre år ad gangen, og altid i forhold til gældende lovgivning.

Alle varegrupper vurderes på egnethed i forhold til indkøbsaftalen. Der er indkøbsaftaler på følgende:

Kød, slagterivarer.

Kolonial/frost/konserves mm.

Kaffe.

Øl/sodavand.

Emballage.

Storkøkken udstyr, porcelæn mm.

Service af inventar, køleanlæg, biler/gasanlæg

På indkøb af friske dagligvarer som brød, ost, grøntsager, frisk fisk og mælk er der ikke indkøbsaftaler. Her køber den enkelte enhed selv ind, og kan således evt. handle lokalt.

Perspektiver for forebyggelse og synergi i at koordinere opgaverne

Alle leverandører vælges ud fra et overordnet kostfagligt hensyn. Indkøbsgruppen har bl.a. defineret, at det er et mål at forbedre sundheden ved indkøb af flest mulige økologiske varer, særlige krav til diætprodukter og høj hygiejne fra leverandørens side samt veldefinerede kødprodukter, hvor bl.a. krav til fedtprocenten i kødet er fastlagt på forhånd, hvilket er vigtigt i forebyggelsessammenhænge, da for højt fedtindhold i maden er en sundhedsskadelig faktor.

Fordele ved indkøbsaftaler

En af fordelene ved indkøbsaftalerne er bl.a. at de frigør de kostfaglige medarbejders tid til at tænke i sundhedsforebyggelse i arbejde med planlægning og tilberedning af mad, samt udvikle ernæringsrigtige menuer til kundegrupper med specielle behov. Dvs. aftalerne er med til at sikre, at medarbejderne i de enkelte køkkener ikke bruger unødigt tid på at tjekke priser og kvaliteten af varerne mv.

Gode indkøbsaftaler skaber derved grundlag for, at der kan etableres forebyggende projekter i driften. Bl.a. er der på et cafeteria på et plejecenter i Kolding Kommune igangsat et projekt om "hjertesund mad". Cafeteriet sælger således både almindeligt smørebrød samt "hjertesundt smørebrød", der er smørebrød med en tykkere skive brød belagt med magert pålæg.

Ligeledes sikrer en indkøbsaftale, at der kan købes målrettet ind til de enkelte kundegrupperes behov. Via indkøbsaftaler kan der lettere opnås aftaler om specialprodukter, også ved akutoptståede behov.

Krav til gode råvarer

Indkøbsaftaler med udgangspunkt i kravspecifikationer sikrer veldefinerede produkter. F.eks. er det i Kolding Kommune valgt at kød og andre slagterivarer skal opfylde bestemte krav, der beskrives ved hjælp af konceptet FOKUS (Forbedring af indkøb og tilberedning af KødUdskæringer i Storkøkkener). Ved udarbejdelse af udbudsmaterialet fik Kolding Kommune hjælp fra De Danske Slagterier og fik lavet lokalt tilpassede FOKUS-krav. Disse nedskrevne krav sikrer, at kødudskæringerne lever op til de ønskede mål for fedtindhold, mørhed og mængdeangivelser.

Kødet er den dyreste råvarer der benyttes i køkkenerne, og kødets kvalitet har stor kundeopmærksomhed.

Tværkommunalt og sektorielt samarbejde som instrument for øget folkesundhed

Samarbejdet og dialogen i indkøbsgruppen med andre kommuner og institutioner giver mulighed for refleksioner og drøftelser af kvalitet og behov i forhold til forskellige kundegrupper.

Kravspecifikationerne der er grundlaget for indkøbsaftalerne udvikles til stadighed via dialogen i indkøbsgruppen. Det vil sige, at kravspecifikationerne er et dynamiske redskab der til stadighed sikrer, at den nyeste viden om ernæring ligger til grund for indkøbsaftalerne. Styrken ved tværfagligheden i indkøbsgruppen er, at der er flere forskellige vinkler på den kostfaglighed som indkøbsaftalerne afspejler. Der er stor forskel på den faglige indgangsvinkel til opgaven, alt efter hvilken målgruppe der skal laves mad til. Sundhedsplejersker der arbejder med overvægtige børn har et andet fokus end et køkken på et plejecenter der skal sørge for, at småt spisende ældre får den rigtige ernæring.

De forskellige målgrupper gør, at der vægtes forskelligt i forhold til prioritering af fokuspunkter i kravspecifikationen. Det gør selvfølgelig at der indimellem skal indgås kompromisser, men ligeledes giver disse drøftelser og uenigheder også mulighed for udvikling og nytænkning i forhold til sundhedsfremmende tiltag.

For til stadighed at sikre en høj kvalitet i maden erfaringsudveksles der med økonomaer fra andre kommuner, ved deltagelse af eksterne økonomaer til økonomaernes møder, ligesom der deltages i erfagrupper, udviklingsopgaver og inspirationsgrupper. Derudover afprøves der nye produkter med henblik på at opnå den bedst mulige kvalitet i produkterne.

Samarbejdet med leverandører og kunder

Ligeledes er dialogen mellem leverandører af råvarer, producenter og kunden af stor værdi. Det er i samarbejdet og dialogen mellem kunder og producenter og leverandører, at den gensidige erfaringsudveksling finder sted.

På Seniorområdet i Kolding Kommune er det et tæt samarbejde med Ældrerådets Madudvalg om kostfaglige spørgsmål. Madudvalget deltager bl.a. i prøvesmagninger af nye produkter, for herefter at give det kostfaglige personale tilbagemeldinger på brugergruppens vurderinger af disse.

Indkøbsaftalerne skaber en ramme for samarbejdet med leverandørerne. For at skabe en god kontakt til leverandørerne og afstemme forventninger, tages der ofte på besøg hos gamle som nye leverandører. Ved at indgå i et formaliseret og forpligtende samarbejde med leverandørerne, sikres det, at leverandørerne også tager ansvar for den kvalitet der leveres.

Mulige barrierer for den videre udvikling

De væsentligste barrierer for en fortsat styrkelse af indsatsen for forbedring af folkesundheden er økonomi samt behovet for en holdningsændring i befolkningen.

Økonomien er en barriere da nogle sunde produkter er dyrere end de mindre sunde. F.eks. koster magert kød mere end kød med en høj fedtprocent. Men også her kan en god indkøbsaftale være med til at sikre magre kødprodukter til en rimelig pris.

En anden, og nok den væsentligste, barriere er at få ændret befolkningens holdning til at spise sund kost. Der ligger en stor udfordring i at komme i dialog med befolkningen generelt om vigtigheden af sund kost samt at oplyse de forskellige kundegrupper om lige netop deres ernæringsbehov. I denne forbindelse har producenterne af kommunal forplejning en stor udfordring i at tilbyde sund kost der er tilpasset den specifikke kundegruppens præferencer, og herved hjælpe til med, at gøre sunde kostvaner til en naturlig del af hverdagen.

Anbefalinger til politikerne

Min anbefaling er at man i den nye stor kommuner/regioner søger for at have en stilling som kostfaglig/cheføkonoma/diætist eller tilsvarende.

At denne stilling ikke er i ordinære driftsområder, men er en overordnet stilling for at sikre et højt kostfaglige niveau, formulering af sundheds/ernærings politik, fællesindkøb, tilpasning af serviceniveau, fokus og overblik på indsatsområder, ressourceforbrug, lovgivning, udviklingstiltag mm.

Kun ved at have en person med dette som sit primære område, sikre man sig at helheden bevæger sig i den rigtige retning, tværfagligheden optimeres til alles bedste og at SUNDHED bliver en del af indsatsområdet på tværs i organisationen.

Offentlig forplejning, erfaring og anbefalinger.

Af Linda Stampe Greffel

Erfaring

Ifølge flere undersøgelser, fra midten af 80'erne og til i dag er underernæring på sygehuse stadig hyppigt forekommende. Visse har skønnet at op til 30 % af patienterne indlagt på danske sygehuse er underernærede og at deres kostindtag kun udgør ca. 60 % af behovet for næringsstoffer (1). Undersøgelser har også vist at 80% af de patienter som var underernærede ved indlæggelsen var endnu mere underernærede ved udskrivelsen, dvs at manglende opmærksomhed på ernæringsproblemer under sygehusopholdet er en medvirkende årsag til underernæring.(3)

Talrige undersøgelser har vist at det kliniske forløb på sygehuset er afhængig af patientens ernæringstilstand, og en amerikansk undersøgelse af 800 indlagte patienter viste, at forekomsten af komplicerede indlæggelser var ca. 3 gange højere blandt underernærede patienter i forhold til ikke underernærede. Dette resulterede i både længere indlæggelsesforløb og i større sengedagspris. Ifølge UPS- projektet viste det sig at , det varede 5 uger før 90 % af patienterne der var i ernæringsrisiko var udskrevet, hvorimod 90% af patienterne der ikke var i ernæringsrisiko var udskrevet inden 2 uger.

UPS- projektet:

I 2000 bevilligede Sundhedsministeriet penge til projektet "Underernæring på sygehuse" (UPS). Overlæge, dr.med. Jens Kondrup, Rigshospitalet var projektleder og 3 sygehuse, Rigshospitalet, Nykøbing Falster Centralsygehus og Hobro/ Temdrup Sygehus, deltog.

Projektet forløb over 2 år, og projektet opdeltes i 3 faser.

Fase 1: Var deskriptiv. Dagligt blev 3 patienter på hvert sygehusudvalgt, de valgtes tilfældigt blandt de nyindlagte i det foregående døgn. I alt 750 patienter skulle undersøges.

Disse 3 patienter blev kontaktet af projektsygeplejersken, som undersøgte:

- om de 3 patienters ernæringstilstand var blevet vurderet ved indlæggelsen
- om afsnittet havde kriterier for patienter i ernæringsmæssig risiko
- om der var iværksat en plan for de patienter der var i ernæringsrisiko
- om kostindtag og vægt blev fulgt for patienter i ernæringsrisiko
- om de mål der er for kostindtagelse og vægtændring blev opnået for patienter i ernæringsrisiko

Efter gennemgang af patientpapirer og samtale med patienten, kontaktedes patientens sygeplejerske for at forklare mulige årsager til, at ovennævnte ting ikke blev effektueret.

Endvidere blev 200 sygeplejersker interviewet via spørgeskema om deres paratviden indenfor ernæring.

Det viste sig, at 22 % af patienterne var underernærede, eller i risiko for at blive underernæret pga. deres sygdom. For størsteparten af disse patienter, havde afdelingen hverken lagt en plan for kostindtaget under sygehusindlæggelsen, fulgt vægten under indlæggelsen eller noteret sig hvad patienterne spiste. Resultatet var at kun 25 % af de underernærede patienter havde et tilstrækkeligt kostindtag og at ca. 15 % af dem havde et betydeligt vægttab under indlæggelsen (mere end 5 % af vægten ved indlæggelsen)

Samtalerne med sygeplejerskerne og spørgeskema undersøgelsen afslørede at hovedårsagen til ovennævnte var, at personalet havde utilstrækkeligt kendskab til, hvorledes ernæringsproblemer skulle varetages. Dette afspejledes både i manglende retningslinier fra ledelsen og et utilstrækkeligt kendskab og viden omkring, hvordan man vurderer patienternes behov for ernæring i forhold til den mad der serveres på sygehusene. Kun i få tilfælde var årsagen, at den mad der blev serveret, ikke passede til patienten.

Fase 2: Målet i fase 2 var at rette op på de fejl og mangler som blev afdækket i fase 1.

- der skulle udarbejdes instrukser
- der skulle instrueres i screening af patienter, samt identifikation af risikopatienter

- der skulle undervises i manglende viden og kendskab, herunder metoder til at beregne energi- og proteinbehov, lave en kostplan, vurdere energi- og protein indtaget, og følge ernæringstilstanden
- der skulle undervises i motivering af patienten, midler til at øge appetitten og til at øge hjælpen til svage patienter ved måltidet.
- der skulle fokuseres på køkkenets leveringssikkerhed og forbedring af sammensætningen, tilberedningen og anretningen af kosten.
- der skulle fokuseres på bestilling af måltider, mellemmåltider og frostvarer.
- der skulle fokuseres på ressourcespørgsmål.

Efter en grundig gennemgang af resultaterne i fase 1, blev der taget en række initiativer.

- Alle sygehusledelser udarbejdede detaljerede retningslinier for hvordan ernærings problemer skulle varetages.
- Projektsygeplejerskerne og projektdiætisten etablerede systematisk undervisning af alt personale.
- Der blev udført udviklingsarbejde i centralkøkkenerne, så kosten i højere grad blev tilpasset patienterne.

Der blev ansat en køkkenmedhjælper som skulle gå med i afsnittene og forberede maden til patienten, så patienten kunne fortælle om ønsker og få "ønske kost". På Rigshospitalet blev hjemkøbt en speciel madvogn, hvor patienterne både kunne se de færdig anrettede tilbud, dufte maden og vælge præcis den kost de ville have.

Fase 3: Tredje fase var en gentagelse af 1. fase.

Man gentog den samme udvælgelse, stillede de samme spørgsmål og uddelte spørgeskemaer.

Foruden denne almindelige 3. fase af projektet, blev der gennemført en lodtrækningsundersøgelse blandt de patienter der blev fundet i ernæringsrisiko.

Patienternes ernærings problemer blev enten varetaget af afdelingernes personale (kontrolgruppen) eller af projektets diætister og sygeplejersker (team-gruppe)

Teamet motiverede patienten, lagde kostplan sammen med patienten, og fulgte op på hvad og om patienten spiste.

Resultaterne af 3 fase var:

- andelen af patienter der blev undersøgt (screenet) ved indlæggelsen var øget fra 49 % til 60 %
- andelen af patienter i ernæringsrisiko der fik udarbejdet en kostplan steg fra 47 % til 58 %
- andelen af patienter der fik foretaget registrering af kostindtaget var steget fra 31 til 65 %
- andelen af patienter der blev løbende vejede under indlæggelsen steg fra 39 % til 65 %
- men trods den store indsats steg andelen af patienter der fik dækket deres ernæringsmæssige behov kun fra 24 % til 28 %.

I fase 1 var de 3 hyppigste årsager til utilstrækkelig kostindtag: dårlig appetit hos patienterne, manglende viden hos personalet, og at kosten ikke passede til patienterne, mens det i fase 3 var: dårlig appetit, manglende motivation hos patienten og rutinemæssig faste i forbindelse med undersøgelser og behandlinger.

I lodtrækningsforsøget viste det sig at der i teamgruppen:

- var dobbelt så mange patienter der fik dækket deres ernæringsbehov (71% op imod 38%)
- livskvaliteten blev forbedret
- at patienter der havde et kompliceret sygdomsforløb, hurtige blev selvhjulpne og udskrevet end kontrolgruppen

Netværk af forebyggende sygehuse:

I efteråret 2000 blev der på tværs af landets sygehuse nedsat en tværfaglig gruppe, en netværksgruppe, med fokus på ernæring.

Netværksgruppens arbejdsmetode var formel udveksling af god klinisk praksis og evidens på ernæringsområdet med fokus på udvikling af anbefalinger, retningslinier og metoder for implementering af det ernæringsrigtige sygehus.

I publikationen er der lagt vægt på at et ernæringsrigtigt sygehus beskæftiger sig med ernæring for såvel patient som personale.

For patientens del er der lagt vægt på at mad foruden den ernæringsmæssige betydning, også har en kulturel og social betydning, at det er vigtigt at fokusere på indtagelsen af maden, hvor og hvordan, at der fokuseret på hvordan patienten kan stimuleres til at spise.

At patienten hjemlige vaner medtænkes og at pårørende derfor er en vigtig del af ernæringen.

For personalets del er det håbet, at personalets øgede bevidsthed om ernæring vil have afsmittende effekt på personalets sundhedspædagogiske arbejde i relation til patienten, samt målet at kunne bevare en sund og rask medarbejder i et langt arbejdsliv.

Behov og barrierer

Der er et stort behov for at få ernæring, maden, til at indgå som en naturlig del af patientens behandling. Dette kan gøres ved at der i højere grad beskrives " gode patientforløb" hvor der er retningslinier og guidelines for alle handlinger der omkring patienten. At der for disse retningslinier findes standarder og at der dagligt dokumenteres og auditeres.

Ved øget fokus på om læger og sygeplejersker bruger den viden de har, bruger de redskaber der er stillet dem til rådighed.

Der skal være fokus på ledelsen af sygehuset. Har ledelsen en holdning til ernæring. Hvordan udmøntes denne holdning. Er der sammenhæng imellem hvordan maden produceres og distribueres i det enkelte sygehus, hvordan maden håndteres i den enkelte afdeling og hvordan den serveres for patienten. Det hjælper ikke at madens kvalitet er god, hvis den ser uappetitlig ud når den kommer frem, hvis det personale der skal håndtere maden ikke har viden om maden, hvis de redskaber der er til rådighed enten ikke kendes, forstås eller ikke findes i afdelingen, hvis de omgivelser maden skal indtages i ikke er i orden, hvis der ikke er personale til at hjælpe den svage patient der er i ernæringsrisiko med at indtage maden, hvis arbejds gange på sygehuset gør at der aldrig er ro til indtagelse af maden, hvis patienten ikke har information om og forståelse af madens betydning

Der er behov for øget og altid opdateret viden hos sygehusets personale. Ernæring, kost fedme, slanke kure, maden er emner der er in i tiden.

Alle udtaler sig om emnerne. Og i pressen/ blade kan man hver uge læse om nye undersøgelser, nye ideer. For mange patienter og for noget personale er det den viden de har om emnet.

Dette vil kræve at ledelsen altid sætter fokus på sidste nye viden på området og holder løbende og kontinuerlig undervisning. At der er tilgængeligt materiale til opdatering af viden. F. eks at der er pc'er nok til at man kan gå på "nettet" og finde evidensbaseret viden.

Anbefalinger:

- At ernæring ses som en livslang proces. At der fokuseres på ernæring af mennesket i alle dets faser: fødsel, vuggestue, børnehave, skole, arbejdsliv, fritidsliv, såvel som rask eller syg.
- At kost drøftes i alle sammenhænge, og at både overvægt og underernæring er skadelig for kroppen.
- At der er vigtigt at måltidet igen får en central plads i familien. Hovedmåltidet kunne være det centrale samlingspunkt for familien, hvor der kunne sættes fokus på viden om måltidet. En kampagne lig " Fisk er godt " kunne danne trend.

Referencer:

Kondrup J, et al: Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. J. Clin. Nutr. (2002)

Kondrup, J. Ovesen LF. Ernæring på sygehuse. Ugeskrift for læger 1997, 159 (24) 3755-9

McWhirterJP, PenningtonCR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. BrMed J 1994.

Ernæringsrigtig Sygehus, Netværk af forebyggende sygehuse, 2002

Vejledning til læger, sygeplejersker, social og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister, Sundhedsstyrelsen, 2002

Det drejer sig om smag

Af Gitte Breum

Det giver først mening at tale om ernæring, når vi ved, at patienterne faktisk spiser maden.

Patienterne på Amtssygehuset i Glostrup udtrykker stor tilfredshed med den mad de får, når de bliver spurgt. Det har de gjort i den ene brugertilfredshedsundersøgelse efter den anden. Så kunne vi i køkkenet egentlig også bare være tilfredse. Men det var vi ikke. Vi ville nemlig gerne vide mere om, hvad det er, patienterne gerne vil have. Derfor gennemførte vi en langt mere kvalitativ undersøgelse baseret på spørgeramme og fokusgruppeinterview. Denne undersøgelse kaldte vi "mad af i morgen" fordi den undersøgelse ikke skulle se bagud men netop se fremad for at undersøge hvad patienterne ønskede at få at spise hvis du skulle indlægges i morgen. Ud fra denne undersøgelse ville vi så lave udviklingsmål for vores køkken.

Vi spurgte en gruppe meget forskellige patienter, hvad maden betyder for dem, når de er indlagt på sygehuset. Og vi samlede 6-8 personer i 8 veldefinerede grupper til interview i en undersøgelse for at få mere viden om, hvad forskellige patienter forventer af den mad de får, og hvilke ønsker de har til maden på sygehuset i fremtiden.

Undersøgelsen viste, at mad og måltider først og fremmest har stor betydning for patienternes oplevelse af trivsel på sygehuset, herunder samværet med andre. Desuden betragter de maden, som den der giver dem den ernæring der er vigtig for deres sundhed og helbredelse. Og maden er naturligt nok med til at give dagen struktur.

Når man er patient, har man ikke megen appetit. Og derfor ønsker patienterne da også mad der passer til den enkelte, mad som er let og lækker og genkendelig. Men de lægger også vægt på hygiejne, gode råvarer og ordentlig servering. Maden må gerne have farver, se godt ud og anrettes indbydende. Ældre patienter vil gerne have faste spisetider, de yngre efterlyser større fleksibilitet.

Når man er syg, er lysten til at prøve noget nyt ikke stor. Så når vi spurgte om ønsker til fremtidens mad svarede patienterne, at den skal være let og enkel og genkendelig. Helst traditionel dansk mad og råvarer efter sæsonen. Og så må den gerne smage af noget.

Sund fornuft

Vores undersøgelse understøtter, hvad vi i køkkenet kalder almindelig sund fornuft. Vi tænker på, hvad vi selv og vores børn har lyst til at spise, når vi er syge. Det er almindelig sund fornuft, at man ikke er til de helt store gastronomiske eksperimenter, når man er syg. Det ved enhver der bare har været forkølet. Når man er syg, skal maden være enkel og let at spise, samtidig med at den er nærende. Det var ikke uden grund, at man i gamle dage i landsbyerne kom med hønsekødssuppe til de syge og til kvinder efter barsel. Den er nem at spise, den er nærende og den smager af noget, hvis den altså er lavet ordentligt. Det er sidste er afgørende for, om at suppen også bliver spist.

Den største smagsoplevelse behøver ikke at være den, man får på den dyreste gourmet-restaurant, der eksperimenterer med det nyeste i finere fransk madlavning (eller hvad det nu hedder i dag). Den kan jo lige så godt være den tallerken stegt flæsk med kartofler og persillesovs, som serveres i den lokale kro eller forsamlingshus. Et stykke flæsk der er stegt lige præcis som det skal, kartofler der bare har fået, hvad de skal have, hverken mere eller mindre, og en sovs der bare lige smager som den skal, fordi den er lavet

med omhu og omtanke. Det kan være en uforglemmelig oplevelse. Og det er den slags oplevelser, vi gerne vil give patienterne på sygehuset.

Når vi spørger patienterne, hvilke retter de kunne tænke sig at få på sygehuset, er supper af forskellig slags og stegt flæsk blandt retterne. Det er også andre traditionelle danske retter som frikadeller, krebinetter, hamburgerryg, kylling, rødspætter, kogt oksebryst, forloren hare, svinekoteletter, gule ærter plus lasagne og andre italienske retter, som efterhånden er blevet danske.

Enkel mad af gode råvarer

Vores holdning er, at ikke nogen af de retter behøver laves uden smag. Og at man ikke behøver at introducere helt andre retter for at få mad med smag. Det vi gør er at servere mad, som patienterne kan genkende. Vi laver enkel mad af gode råvarer. Overraskelsen findes i smagen. Den udvikler vi, til den er helt i top og sætter nyt spændende tilbehør til de traditionelle retter. Vi vælger at arbejde med og udvikle det danske køkken med fokus på smagen. Man kan fx lave boller i karry med løse ris på mange måder. Vi vælger at lave en eksotisk inspireret karrysovs med krydderier der giver en fantastisk smag og ris smagt til med forårsløg, sød peber og citrongræs. Eller vi serverer en god hakkebøf med en lækker topping af mascarpone smagt til med krydderurter og peberfrugt sammen med en spændende pebersauce og hertil små kartofler ristet i god olivenolie. Somme tider vælger vi så også at udfordre patienterne lidt mere ved at introducere nye og lidt mere eksotiske menuer som fx ristet smørfisk eller en chilimarineret skaldyrssalat.

Selvfølgelig har vi også retter uden svinekød og retter helt uden kød, ligesom vi tilbyder forskellige menuer til voksne og børn.

Vi vægter kvalitet frem for kvantitet. Vi har valgt, at hovedparten af retterne tilbydes sammen menu, nemlig en veltillavet tre retters menu (forret/hovedret/dessert). Vi har valgt at bruge vores ressourcer på at lave en rigtig god menu, hvor vi har tid til at kæle for smagen frem for at have et valg mellem 2 til 3 menuer, som mange sygehuse har i dag. Nogle vil mene, at det er vigtigt at have valget mellem flere menuer. Men vi tænker på, at det vi skal lave er rigtig god hverdagsmad. Og hvordan er det nu lige det er derhjemme? Har vi valgmenu der ??? Nej vel? Det er sund fornuft.

Der er flere fordele ved på den måde at vælge for patienterne. En er mindre madspild, fordi vi bedre kan tilrettelægge produktionen. En anden er, at ved at koncentrere os om én menu har vi tid til at gøre, det vi gør, godt. Den mad, vi tilbyder, har vi kælet for til mindste detalje. Og lige nu arbejder vi med at udvikle lækre mellemmåltider af den slags, som vi selv gerne vil have, når vi er syge. Her har vi igen valgt fokusgrupper til at hjælpe os.

Omsorgen er vigtigst

Når sygehusmad har fået et dårligt ry, og når vi hører, at patienter taber sig, når de er indlagt på sygehus, tror jeg, det er fordi der har været alt for megen fokus på hygiejne og ernæring. Selvfølgelig skal hygienen være i orden og maden være nærende. Men der har været alt for mange regnestykker ved alt for mange skriveborde for langt væk fra patienterne. Vi har haft alt for megen fokus på mad som ernæring frem for mad som et fristende måltid. Mad bliver ikke velsmagende og fristende af at være ernæringsrigtig.

Til et godt måltid hører mad der smager godt, serveret på en ordentlig måde i ordentlige omgivelser. Og helst skal den spises sammen med andre.

Her har plejepersonalet en vigtig opgave i det daglige, og sygehusejerne en særlig vigtig opgave, når sygehusplaner skal lægges. Det der gør måltidet til en oplevelse og som har størst betydning for, om patienterne faktisk spiser den mad, de får, er at der på afdelingerne er tid til at give omsorg, tid til at sprede

hygge i forbindelse med måltiderne og nøde, når appetitten er lille. Det vi kan gøre i køkkenet er at understøtte den indsats ved at lave mad det er værd at lokke med.

Smagen udvikles i køkkenet

Det vi har valgt at gøre i Centralkøkkenet på Amtssygehuset i Glostrup er at satse på smagen. Der må gerne være knald på smagen. For vi tror, at mad der bare smager godt glider lettere ned, end mad der prøver at tilfredsstille alle ved ikke at smage af noget.

Vi ved godt, at andre køkkener har valgt at indbyde kendte gæstekokke til at forny menuen og gøre den mere fristende for patienterne. Det er der sikkert kommet spændende mad ud af. Problemet med gæstekokke er bare, at de forsvinder efter et stykke tid. Derfor tror vi mere på, at smagen skal udvikles af dem der står med skeen i gryderne hver dag. De må gerne lære af gode kokke og andre med forstand på smag. Men de skal selv udvikle en sikker fornemmelse for smag.

Det, vi har gjort, er at arbejde med målet efteruddannelse af køkkenets personale. De har lært dels en masse "kokkefil" om smag, men også det at finde glæden ved at trylle med råvarerne. Vi har givet mulighed for, at medarbejderne frem for at opleve sig som produktionspersonale nu opfatter sig som "madhåndværkere".

Vi har givet rum til fordybelse og pirret medarbejdernes nysgerrighed, og vi ved at der i dag laves mad med bedre smag også hjemme i medarbejderne private køkkener.

Vi har nu nogle gode madhåndværkere, som udvikler smagen i vores køkken hver dag. De gør det med dygtighed, engagement og arbejdsglæde. Og vi tror, at det kan smages på maden. Vi tror at køkkener der går til arbejdet med viden og lyst også laver mad, som patienterne får lyst til at spise. Og først når vi er sikre på, at maden frister så meget, at den faktisk bliver spist, giver det mening at tale om ernæring.

Vores anbefaling til politikerne er:

Tænk på, hvad I selv har lyst til at spise, når I er syge, og hvilken oplevelse I gerne vil have, når I selv bliver indlagt og ligger der og venter på næste måltid.

Og indret jeres beslutninger efter det.

Fokusgruppeinterview i køkkenet

Vi havde lavet en spørgeskemaundersøgelse blandt patienterne og ønskede en række spørgsmål vi yderligere belyst. Vi udpegede de otte fokusgrupper i samarbejde med Københavns Amts enhed for brugerundersøgelser og en spørgeguide i samarbejde med Eva Winther fra Jysk CVU samt Ulla Lundstrøm fra TL Kommunikation. De underviste 2 af køkkenets medarbejdere i at gennemføre fokusgruppeinterview og gennemførte også det første.

Derefter gennemførte køkkenets medarbejdere fokusgruppeinterviewene - en person var interviewer, mens den anden var referent. Referaterne blev sendt til Eva Winther og Ulla Lundstrøm, der foretog analysen og drog konklusionerne og skrev den endelige rapport.

Mad på skoler - den direkte vej til sundere kostvaner?

Af Bent Egberg Mikkelsen

Overvægt og fedme er blevet en trussel mod folkesundheden. Især en stigende forekomst blandt børn og unge giver anledning til bekymring og her har skolen fået en central plads i debatten om mulige forebyggelsesstrategier. Hvor man tidligere har fokuseret på individets ansvar, så er fokus nu skiftet til af have fokus på såkaldte "upstream" strategier. (WHO, 2004) Skolen er et godt eksempel på en strategi der både er "downstream" og dermed understreger individets rolle og "upstream" ved at understrege omgivelsernes betydning. Den øgede forekomst af overvægt og fedme gør sig gældende allerede i 3-4 års alderen, og nylige data fra England viser en forekomst af overvægt på 19 % og fedme på 7 % blandt 5-årige. I Danmark er forekomsten af overvægt og fedme blandt børn og unge tredoblet over de sidste 30 år.

Det er ikke første gang debatten om skolemad bliver taget op herhjemme. Skolemad har været inde og ude af de danske skoler i flere omgange. Først som varm mad og med karakter af socialt projekt (Benn, 2002) der skulle sikre at alle børn fik mad at spise, senere bl.a. som madpakkeordninger – den såkaldte Oslofrokost og i dag ordninger der primært tjener som serviceprojekter (Hastrup, 2003), ved at aflaste travle forældre og børn der vil have et alternativ til madpakken. Men den store udfordring i dag er imidlertid en anden og vedrører spørgsmålet om hvorvidt mad på skolen kan indgå som en forebyggelsesstrategi i forhold til fedme og overvægt og samtidig kan være med til at forme børns og unges maddannelse i en retning der også sætter fokus på forbrug, kvalitet, gastronomi, nydelse sociale fællesskaber og bæredygtighed. Sammenligner vi os med andre lande har Danmark en lang tradition for at frokost i skolen er forældrenes ansvar. Madpakken er således den traditionelle, men den trues fra flere sider f.eks. af fast food og af familiers manglende tid. Derfor vokser der lokale skolemadsordninger frem flere steder i landet. Denne "bottom up" tilgang er i modsætning til Sverige og Finland, hvor skolemaden er ensartet og landsdækkende.

Når der er stor interesse så skyldes det dels de foruroligende tal om overvægt og fedme og dels vores viden om udviklingen i børns spisevaner. Set i forhold til de gældende anbefalinger ligger det fast at børn (4-14 år) generelt spiser for lidt fisk, for lidt frugt og grønt og får for få kostfibre og for meget sukker ifølge DFVFs undersøgelser af danskernes kostvaner. Der er også en tendens til, at mellemmåltider er meget søde, og at de jo ældre de bliver, oftere springer frokosten over.

Manglende frokost og morgenmad udgør et indlæringsproblem i skolen og der er efterhånden en stor mængde af litteratur der viser en sammenhæng mellem kostindtag og kognitiv funktion (Nicklas et al 1995, Breaky 1997, Pérez-Rodrigo & Aranceta 2001, Blades 2001, Bellisle, 2004). Og nylige svenske undersøgelser viser nu også at børn der bevæger sig også lærer bedre (Klarlund, 2005). Der er altså vægtige grunde til at sætte en mad og bevægelses dagsorden på skolerne.

De forkerte kostvaner og livsstil blandt børn og unge kan aflæses i sundhedsstatistikkerne og overvægt og fedme er således for alvor blevet temaer i den danske skole. F.eks. viser undersøgelsen Ung i Århus, at der er sket en stigning på 33 procent i antallet af overvægtige drenge i århusianske 9. klasser siden 1993 og på landsplan er en tredobling af overvægt og fedme blandt børn og unge over de sidste 25 år. Det samme billede tegner sig i andre lande. Det transnationale studie Health Behaviour of Schoolaged Children, HBSC, der løbende leverer data for kostvaner og adfærd blandt elever i aldersgrupperne 11, 13 og 15 år i 35 forskellige lande i verden (Currie et al 2004) viser, at der er et betydeligt antal af unge, som ikke lever op til gældende kostanbefalinger. Problemerne er bl.a. for lavt indtag af frugt og grønt, højt

indtag af sodavand og manglende morgenmad. Studiet viser også, at der er et betydeligt antal unge, som ikke når anbefalingerne for daglig fysisk aktivitet.

Giver skolemad sundere børn?

Et vigtigt omdrejningspunkt i den igangværende debat om mad på skoler er spørgsmålet om hvorvidt det vil have en positiv effekt på børns ernæring. Her er det værd at påpege på at der er meget lidt der tyder på at skolemad automatisk fører til bedre kostvaner end skolebørn. Resultaterne fra Europarådets arbejde (COE, 2005) slår fast at der er store og spændende perspektiver, men kan ikke påpege på lande hvor man har fundet den ideelle skolemadsløsning og hermed kunnet antyde at en effektiv strategi for fremme af sunde kostvaner var fundet. Det skyldes naturligvis at børns kostvaner determineres af en række andre faktorer end blot skolefrokosten. Den videnskabelige litteratur viser også at det er svært at designe interventioner i maden på skoler, der giver overbevisende resultater i form af ændret kostadfærd eller sygdomsrisiko.

På den anden side vil det være rimeligt at kunne forvente at udbuddet af mad på skoler giver mulighed for at børnene kan træffe et sundt valg. Selvom der kun er begrænset kendskab til den ernæringsmæssige kvalitet af danske skolefrokostordninger så peger en række kilder på at udbuddet ikke nødvendigvis er sundt. En undersøgelse af maden og måltiderne i grundskoler viser, at der i 1998 blev solgt sodavand i 10% af landets kantiner, og at boller med eller uden pålæg er den mest solgte madvare i skoleboder og kantiner (Marosi, 2000). Slik, mælkesnitte og lignende indgår oftere i skolebodens sortiment end grønsager, salat og frugt (Marosi, 2000). Til gengæld er sodavandsautomater ikke noget større problem idet de kun findes i et begrænset antal skoler i Danmark. Det kan man især glæde sig over fordi Europarådets undersøgelse viser at flere lande har været tvunget til at gribe ind på dette område.

Derfor skal resultaterne fra Europarådets arbejde snarere ses som en påpegning af muligheder og udfoldelse af perspektiver snarere end evidens for en entydig sammenhæng mellem skolemad og sundhed.

Skolemad er andet og mere end sundhed

Dernæst peger resultaterne fra Europarådets arbejde på at der er oplagte muligheder for at udnytte læring og pædagogik i at fremme sunde kostvaner. Og det er ikke kun de pædagogiske muligheder der er oplagte når det gælder sundhed. Der er oplagte muligheder for at opdrage børn og unge til kvalitetsforbrugere og være i stand til at sætte pris på gode fødevarer simpelthen ved at lade undervisning om ernæring indgå i et bredere mad begreb omfattende forbrug, kvalitet, bæredygtighed, produktion og gastronomi.

Selvom organiseret skolemad kun er lidt udbredt herhjemme er der allerede gjort spændende forsøg med at integrere skolemadskoncepter med tværfaglige undervisningsforløb på 5-7. klassetrin. Undervisning om mad, sundhed, ernæring og hygiejne kan integreres i en række som idræt, hjemkundskab, religion, geografi, matematik og den har dermed mulighed for at få et langt mere konkret ophæng i børns indlæringshorisont.

En vigtig del af pædagogikken er at inddrage elever i udvikling og drift af mad koncepter. Her har Europarådets arbejde givet en lang række erfaringer med aktiv inddragelse af elever og der er også herhjemme gjort en række erfaringer med inddragelse af elever. Det kan samtidig betyde at der bliver bedre økonomi i ordningerne samtidig med at det skaber ejerskab.

Mad i børnehaver og vuggestuer

En del af Europarådets anbefalinger kan direkte overføres til før-skole området. Og det bemærkes at før-skole området i en lang række europæiske lande er integreret i skolesystemet

Selvom data om dette område i Danmark er sparsomme kan der hentes oplysninger i (Kostforplejningsbetænkningen 1997) Børnehaver drives af omkring 96% af kommunerne, men kun 13% af disse har bespisning. Der findes 2300 børnehaver og der produceres skønsmæssigt 20.000 måltider dagligt (Kostforplejningsbetænkningen 1997). Vuggestuer for de op-til-og-med tre årige drives af omkring 30% af kommunerne og af disse havde 90% madordninger. Der var 570 vuggestuer og der produceredes skønsmæssigt 20.000 måltider dagligt (Kostforplejningsbetænkningen 1997).

Madsystemer og omgivelser disse steder er relativt små og det afspejles i indkøbsbudgetterne der typisk ligger på 50-100.000 kroner årligt (Nielsen et al 2002). Typisk er der ansat en "madmor" og faglærte med ernæringsbaggrund er ikke udbredt.

Der sker sjældent nogen tværgående koordinering af madopgaverne bortset fra en række eksempler i forbindelse med den økologiske omlægnings bølge i 1996-2003.

Der sker også kun sjældent en koordinering af de ernæringspædagogiske elementer i forbindelse med det børnehave-indskolingsarbejde som finder sted i en del kommuner – altså overgangen mellem børnehave og skole. Det på trods af en ernæringspædagogiske indsats naturligt bør igangsættes allerede i børnehavealderen og på trods af at der er oplagte muligheder i forbindelse med det læreplans arbejde som danske børnehaver for tiden er i gang med.

Økonomien er en udfordring

Selvom en række politiske signaler og ønsker fra organisationer går i retning af gratis skolemad så må det alligevel betragtes som mindre sandsynligt at skolemaden ikke bliver afhængig af en eller anden form for økonomi. Europarådets rapport viser at økonomi hvad enten den er baseret på statstilskud som f.eks. i Sverige eller på fuld eller delvis brugerbetaling så er økonomien en vigtig faktor når det gælder skolemadsordningernes "ernæringsprofil". Er ordningens økonomiske bæredygtighed afhængig af salg af usunde produkter? Er ordningen underlagt en eller anden form for kostpolitik?

Det er vigtigt at afklare økonomien ved planlægning og indførelse af skolemad. Generelt lider de enkelte skolemadsprojekter herhjemme under dårlig økonomi og usikker organisering og ofte et betydeligt spild som betyder en belastning af økonomien. Også en god indretning der gør at eleverne hurtigt kan få deres måltid er vigtig for at kunne skabe økonomi. Generelt er hurtig og effektiv betjening i en ofte alt for kort spisepause et af de største problemer i europæiske ordninger.

Kommuner som i disse år alle er gået i gang med skolemaden omfatter bl.a. Hjørring, Roskilde, Ballerup, Hillerød, og København, mens Århus allerede i en årrække har haft madordning. Og erfaringerne fra virksomheders deltagelse på dette marked tyder på at der kan være et betydeligt potentiale i skolemad også for dem

Hvad vil skolemad koste?

Det skønnes at omkostningerne til skolemad i Danmark vil udgøre 2,4 mia årligt såfremt der antages en produktions pris på 20 kr pr måltid, idet der er knap 600.000 elever i folkeskolen fordelt på over 2000 skoler. Dertil kommer 150 gymnasier, 250 erhvervsskoler og ca. 200 videregående uddannelsesinstitutioner

Indretningen på skolerne vil skønsmæssigt forventes at udgøre 2-300.000 kr pr skole i engangsinvestering for den minimale løsning uden produktionsfaciliteter. En løsning hvor der indrettes køkkener decentral som det kendes fra Sverige skønnes at ville koste minimum ca 3 mill. pr skole for den billigste løsning. De eksisterende køkkener og serverings faciliteter på skolerne er yderst begrænsede og eksempelvis har kun 10% af skolerne spiselokaler. De eksisterende fysiske rammer er overordentligt forskellige fra skole til skole. Indretning af skoleboder/kantiner er primært afhængig af myndighedskrav til indretningen – og dertil kommer logistikken og betjeningssituationen der skal kunne sikre hurtig og nem betjening i den begrænsede periode der er til rådighed for servering i skolernes frikvarter .

Madordninger kan inddeles i tre overordnede grupper efter, hvordan maden produceres: Madordning, hvor maden produceres i eksternt køkken, madordning, hvor maden produceres i køkken på skole/daginstitution eller madordning, hvor maden produceres med deltagelse af børn.. Man kan endvidere skelne mellem skoleboder og egentlige kantiner samt mellem ordninger hvor eksisterende kommunale køkkener udnyttes og ordninger hvor andre kommercielle køkkener står for leverancen.

Hvad mener befolkningen om skolemad?

En række undersøgelser viser at befolkningen bakker op om ønsket om skolemad. Eksempelvis mener 77 % af deltagerne i en analyse (A&B analyse, 2005a) at børn bør tilbydes et sund måltid mad i skolen. I en anden undersøgelse fandt Sonar 56% at danskerne mener at der bør indføres en ordning der sikrer at børn i folkeskolen bliver tilbudt et måltid mad midt på dagen. 32% svarede i denne undersøgelse nej til en obligatorisk madeservering. Hvad angår betalingen var er 53% villige til at lade forældrene betale for maden (Sonar 2004). Ifølge en undersøgelse udført af (A&B Analyse 2005b) mener syv ud af ti danskere at det offentlige bør punge ud med et sundt måltid mad til børn i skoler og daginstitutioner.

Afrunding

Danmark har kun begrænset viden om effekterne af skolemad. Derfor bør der samtidig med at de første udviklingsprojekter er i gang og samtidig med at en landsdækkende ordning eventuelt sættes i gang, igangsættes en grundig evaluering og forskningsindsats. Kun på den måde vil skolemad kunne implementeres på et solidt grundlag og således at der opnås den fornødne sundhedsmæssige og samfundsmæssige gavn af den betydelige investering som indførelse og drift af skolemad vil være. På samme måde som indførelse af nye behandlingsteknologier underkastes en medicinsk teknologivurdering så er der i Danmark behov for en lignende vidensbaseret vurdering af skolemaden.

Samtidig bør der sikres en bedre koordinering af den igangværende forsknings og udviklingsindsats og det kan ske ved at trække på eksisterende forskning, uddannelses og udviklingsmiljøer. Der er behov for at udvikle og evaluere nye og innovative tilgange til mad og ernæring på skoler så Danmark undgår at havne i en situation som det svenske skolemads eksempel der efter adskillige årtier viser tydelige tegn på behov for revitalisering.

Men indsatsen den skal også – som noget nyt – sikre en tættere dialog mellem alle aktører i fødevarer sektoren, herunder i særdeleshed fødevarerproducenterne. Der er god evidens for at lokale sundhedsfremmende partnerskaber (Mikkelsen og Trolle 2004) kan spille en vigtig rolle i fremme af sunde kostvaner. Og der bør derfor sikres en speciel forsknings- og udviklingsrettet indsats for at udnytte potentialet i disse og i at etablere samarbejder med erhvervet i forbindelse med design og udvikling af nye fødevarer

Selvom der endnu savnes belysning af de ernæringsmæssige effekter af skolemadordninger så er der tilstrækkelige indikationer for at kunne pege på at skolerne er en vigtig arena for en indsats der kan sætte fokus på mad og ernæring. En fremtidig forskningsindsats bl.a. bør fokusere på

- Hvordan er børns kostadfærd i et frit marked. Børn vokser op til at kunne foretage et frit forbrugsvalg. Hvordan kan skolemadsordninger indrettes så de tager hensyn hertil?
- Den integrerende baggrund. Hvordan kan vi integrere den pædagogiske indsats, når det gælder læring om mad og ernæring i grænsefladen mellem børnehave og skole?
- Hvordan kan vi integrere ernæring på skoler i den sundhedsfremmende indsats som de nye større kommuner skal praktisere i fremtiden
- Hvordan kan vi integrere mad og ernæring i undervisningen og hvordan integrere fremme af sunde kostvaner i det øvrige skolecentrerede sundhedsarbejde
- Hvorledes kan vi udnytte erfaringer fra skolefrugt ordninger her og i andre land og indtænke dem i skolemadsordninger
- Hvorledes skabelse af lokale partnerskaber hvor NGO, erhvervsliv, forældre, sundhedsprofessionelle kan bidrage til at skabe lokale "bottom up" løsninger
- hvorledes elever kan inddrages mere aktivt ikke bare i udvikling af gode skoleernæringsløsninger men også i selve driften af dem ikke mindst med henblik på at gøre dem efterspurgt og økonomisk bæredygtige
- Hvordan kan børn samtidig med den ernæringspædagogiske indsats kan lære noget om mad, forbrug og kvalitet
- Hvad der børns kostadfærd når de kan vælge frit mellem madpakke og skolemad. Skolemadordninger fremmer ikke per definition sunde kostvaner. Her savnes viden om børns adfærd og vaner i forbindelse med brugen af madpakker/skolemad.

Referencer

A&B Analyse. Offentliggjort i Altinget den 19 april 2005a

A&B Analyse. Offentliggjort i Altinget.dk 21. september 2005b

Benn, J: Mad på skolens spiseseddel. Danmarks Pædagogiske Universitet, Publiceret i Dansk Pædagogisk Tidsskrift 2002;1:44-51

Blades, M (2001) Catering for young people in schools Nutrition & Food Science Volume 31 . Number 4 . 189±193

Bellisle, F (2004) Effects of diet on behaviour and cognition in children, British Journal of Nutrition Volume: 92

COE (2005) COUNCIL OF EUROPE COMMITTEE OF MINISTERS Resolution ResAP (2005)3 on healthy eating in schools. Adopted by the Committee of Ministers on 14 September 2005 at the 937th meeting of the Ministers' Deputies

COE (2005) Eating at school – making healthy choices, COUNCIL OF EUROPE, 2005

Currie et.al.(2004) www.hbsc.rog

Kostforplejningsbetænkningen (1997)

Klarlund, B (2005). Citeret fra JP Nyheder 23.9

Mikkelsen, B.E & Trolle, E. Partnerships for better nutrition – an analysis of how Danish authorities, companies, organisations and practitioners are networking to promote healthy eating Scandinavian Journal of Nutrition 2004; 48 (2): 61-69

Marosi, Karl (2000) Mad og måltider i grundskoler og fritidsinstitutioner : hvordan ser det ud? : en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse af vilkår og rammer for mad og måltider 1. udgave.

Nicklas TA, Webber LS, Johnson CC, Srinivasan SR and Berenson GS (1995)

Nielsen, T., Kristensen, N.H & Mikkelsen, B.E (2002).: Anvendelsen af økologiske fødevarer i kommuner og amter. Publikation Storkøkkencentret, Fødevedredirektoratet.

Pérez-Rodrigo, C. and J. Aranceta (2001): School-based nutrition education: lessons learned and new perspectives. Public Health Nutrition, 4, 1A, 131-139.

Hastrup, I (2003).Mad og måltider i skolen. I Mad, mennesker, I og måltider : samfundsvidenskabelige perspektiver 1. udgave.. 312 sider

WHO 2004 Global strategy on diet and physical activity

Skolemåltider i Sverige

Af Ulla Johansson

Indledning

Servering af skolemad i Sverige har en lang tradition. Kommunerne fik pålagt ansvaret i 1940'erne. At alle børn og unge bliver tilbudt mad i skolen havde, og har, en stor betydning for folkesundheden. Alle, uanset sociale eller økonomiske forudsætninger, får et komplet måltid mad på alle skoledage. Det var det oprindelige formål, da skolemaden blev indført. I dag er tiden til madlavning i hjemmet blevet mindre i hverdagen, både som følge af at flere forældre begge arbejder ude, samt at der er flere alene-forældre. Mange har desuden mindre erfaring med madlavning. Mange måltider består af færdigretter som set ud fra et ernæringsmæssigt synspunkt ikke er sammensat særligt sundt. Udover færdigretterne er der et meget stort udbud af snacks, slik og sodavand som frister til overindtagelse af mad. Derfor har skolefrokosten i dag fået en anden, men stadigvæk meget stor betydning for folkesundheden. Sunde spisevaner i kombination med i øvrigt sund levevis påvirker vores helbred positivt. Det er af stor betydning at man i en tidlig alder grundlægger sunde vaner for resten af livet. Der er svensk forskning der påviser en kobling mellem sunde spisevaner og gode studieresultater.

Organisation og kvalitet

Skolemadsordningerne er organiseret på forskellige vis i de svenske kommuner. Kvaliteten kan også variere. Der er ingen generelle anbefalinger for hvor meget måltiderne må eller skal koste. Til gengæld findes der anbefalinger for energi- og næringsindholdet samt for balancen mellem de energigivende næringsstoffer. Måltidet skal give 1/3 af det daglige behov. Det er de ansvarlige for skolemadsordningerne som skal sørge for at måltiderne både ser indbydende ud og er velbalancerede. Men forudsætningerne for at få glæde af dette er naturligvis, at alle tager en portion hvor alle komponenter indgår i måltidet, sådan som vi anbefaler. Dette er et fælles ansvar som det pædagogiske personale og kantine personalet har.

Malmö Stad har en samlet organisation for skolemad inden for en Serviceforvaltning.

Der er mange fordele med sådan en organisation, f.eks.

- vi kan sikre den rigtige kvalitet samt en jævn kvalitet indenfor kommunen
- en ledelse med specifik kompetence som udvikler virksomheden
- kontrol af omkostninger
- styring af menuer og valg af produkter
- ansvar for efteruddannelse af køkkenpersonale
- efterlevelse af miljø- og sundhedsforvaltningens forskrifter
- mm.

Vores "Skolebespisning" er blevet udviklet til en Skolerestaurant. Vi vælger bevidst at bruge denne benævnelse eftersom vi arbejder for at skolerestauranten skal ligne en "almindelig frokostrestaurant". Begrebet bespisning er forældet. Vi arbejder aktivt for at få et bedre samarbejde med skolerne, for at få måltidet integreret som en del af den pædagogiske virksomhed.

Serviceforvaltningen udfører tjenester på opfordring af kommunens Bydelsforvaltninger som betaler for disse tjenester, hvoraf skolefrokosterne er en af dem. Der føres kontinuerligt en dialog mellem kunde og udbyder hvad både pris og kvalitet angår.

Skolemåltiderne generelt -

Fordele:

Udover alle de fordele som påvirker folkesundheden positivt findes forskellige andre værdier i at spise fælles måltider. Hygge, socialt samvær, lidt "etikette". Personalet i skolerestauranten er mange gange en vigtig person for nogle elever. De kan være en støtte, en person at tale med, som eleven kan forholde sig til på en anden måde end til en pædagog.

Vi skal også lære om forskellige madkulturer. Der er 45-50 forskellige nationaliteter repræsenteret på Malmös skoler.

Ulemper:

Mange skoler er store hvilket medfører at mange elever skal spise samtidigt på ganske kort tid. Det resulterer i kødannelse hvor irritation og skænderier nogle gange opstår. Derfor kigger vi på forskellige løsninger i serveringen for at mindske disse problemer. Et andet aspekt er at ikke alle sætter tilstrækkeligt stor pris på den fordel som gratis måltider i skolen indebærer. Det er blevet en selvfølge. Skolens engagement i at belyse vægten af sunde måltider er vigtig og bidrager til en større bevidsthed og respekt for dette fantastiske gode.

At få succes med at få eleverne til at spise vores sunde mad

At give mulighed for at vælge selv, medfører at flere elever er tilfredse med udbudet. I Malmö serverer vi hver dag for ca. 35.000 elever i alderen 6 – 18 år. Vi planlægger så alle får mulighed for at vælge blandt minimum to retter. Vi kommer længst på gymnasieskolerne, hvor der udover de to retter også findes et vegetarisk alternativ hver dag. Grøntsager bliver serveret i en buffet med forskellige sorter hvilket også tiltaler øjet. Derfor er omsætningen af grøntsager steget.

Vi arbejder aktivt for at skabe en atmosfære hvor alle kan trives og som gør at alle vælger skolerestauranten i stedet for kiosk- eller fastfoodudbud. Noget andet vi også har valgt at satse på, er økologisk mad. Flere og flere af vores kunder, elever, forældre og skolepersonale er interesseret i madvarernes oprindelse og kvalitet set ud fra et miljømæssigt synspunkt. Vi køber økologiske madvarer for 20 % af vores madbudget. På en af vores skoler vil vi fra januar '06 udelukkende servere økologisk mad. Det indgår i et projekt, Mad og Klima, som skal evalueres i januar '07.

Vi kalder Malmö Skolrestaurangers koncept for,
Mere end et måltid.

Aspekter at tage hensyn til ved indførelse af skolemåltider

- Dialog med skolen, for at sikre at måltidet integreres i det pædagogiske arbejde, samt at være i overensstemmelse med kundens ønsker.
- En organisation som sikrer
 - den rigtige kompetence indenfor ledelse såvel som produktion
 - økonomisk kontrol af budget og opfølgning
 - udvikling

Københavns Økologiske Sunde Skolemad (KØSS)

Af Gitte Holm

I Københavns Kommune har der været arbejdet med at udvikle et koncept for mad til skolerne siden 2001, hvor Københavns Kommune, Uddannelses og Ungdomsforvaltningen besluttede at indføre mad på samtlige skoler. Oprindeligt opereredes med en plan om etablering på samtlige 63 skoler og 9 specialskoler inden for 3 år, hvortil der blev søgt midler i Børnekostpuljen og i Fødevarerministeriet.

Københavns Kommune havde blandt andet baseret beslutningen om indførelse af mad på skolerne på en bevilling fra Børnekostpuljen. Med regeringsskiftet i slutningen af 2001 blev børnekostpuljen nedlagt, og dermed forsvandt 11,2 millioner, som Københavns Kommune havde fået lovning på.

Fødevarerministeriet havde i 2001 givet tilsagn om støtte på 7.7 mil. til fremme af grønne indkøb og afsætningsfremme. Københavns Kommune, Uddannelses og Ungdomsudvalget besluttede af hensyn til økonomien, at fastholde indførelsen af mad på skolerne, men over en 5-årig periode.

I dag har eleverne på 46 folkeskoler mulighed for daglig at købe sund fortrinsvis økologisk mad på deres skole, resten af skolerne forventes at indgå inden udgangen af 2006. Når samtlige skoler er med, har 32.000 elever dagligt mulighed for at købe mad.

KØSS skal leve op til målsætningerne og sundhedsanbefalingerne i København Kommunes Folkesundhedsplan. Samt Dogme 2000 et forpligtende miljøsamarbejde mellem 5 kommuner hvori bæredygtighed og anvendelse af økologiske fødevarer i offentlige institutioner indgår.

Målet med KØSS er:

- At tilbyde sund og fortrinsvis økologisk mad til eleverne i Københavns Kommune
- At fremme anvendelsen af økologiske varer
- At skabe sunde kostvaner og forebygge kostrelaterede sygdomme
- At være en pædagogisk platform for sundhedsfremme

Udviklingen af KØSS konceptet – service og læring

Siden 2001 har der været arbejdet med at etablere og udvikle produktionssteder, mad, salg, salgssteder, og logistik både i køkken og skoler. Skolemad skal være mere end mad derfor er der udviklet pædagogiske materialer, hvor maden indgår som et af omdrejningspunkterne omkring læring om økologi, miljø, bæredygtighed og sundhed.

Desuden er der udviklet et undervisningsmateriale der direkte relaterer sig til driften af skoleboder, her lærer eleverne om driften af skoleboder.

Samlet indgår i udviklingen af Københavns økologiske Sunde Skolemad følgende elementer:

- Menuplaner med sund, lækker, fortrinsvis økologisk mad
- Indretning af produktionskøkken og produktion af mad i centralkøkkenet i De Gamles By
- Design og indretning af skoleboder
- Organiseringen af driften af skoleboderne/satellitkøkkenerne

- Et egenkontrolprogram til skoleboden, så hygiejnekrav overholdes
- Skoleboden som en pædagogisk platform, hvor arbejdet i skoleboden integreres i skolens arbejde med mad, sundhed og økologi
- Nyudviklede undervisningsmaterialer

Er det skolens ansvar, at sikre at eleverne får sund mad ?

Det er veldokumenteret, at der er en sammenhæng mellem skolebørns sundhed, trivsel og indlæringssevner og det de spiser. Skoleelevernes mad er primært et forældreansvar, men omgivelserne og hermed også skolerne og lokalmiljøet har et stort medansvar i forhold til de kostvaner, børn og unge udvikler i deres opvækst. Her har både det sociale og fysiske miljø og tilgængeligheden af sund mad stor betydning.

Derfor er meningen med KØSS:

- at give de elever der får penge med til at købe mad – enten på vej til skole – eller efter skole mulighed for at købe et sundt måltid mad på skolen
- at sikre tilgængeligheden af sund mad i nærmiljøet/ skolen
- at give forældrene en hjælpende hånd med madpakken, ved at garanterer at eleverne på skolen har mulighed for at købe et sundt – delvis økologisk måltid mad

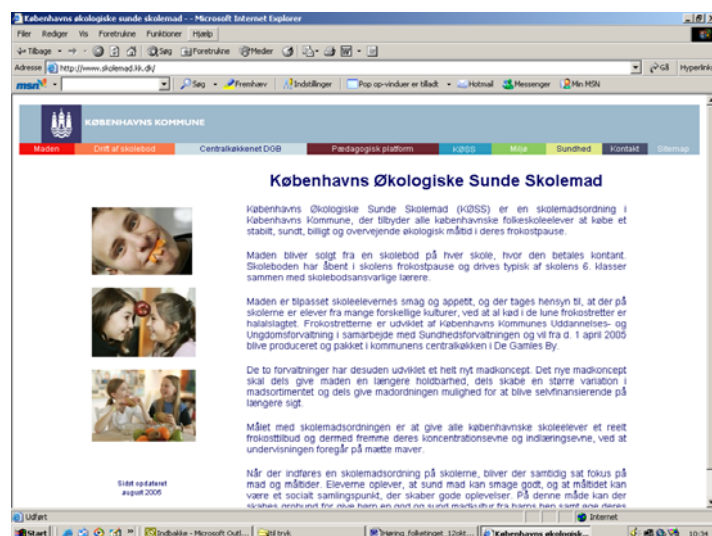
Salg af maden ude på skolerne

Når maden kommer ud på skolerne, varetages den daglige drift skolens 6. klasser i samarbejde med en skolebodsansvarlig lærer. Den skolebodsansvarlige lærer har en time daglig til undervisning i skolebøden.

På den enkelte skoler er et antal lærere i det daglige ansvarlige for den læring og undervisning, der er omkring mad og måltider. Samtidig forestår de undervisningen, blandt andet i hygiejne og egenkontrol, for de elever der varetager forskellige funktioner i skolebøden i dagligdagen.

Hjemmeside

I 2004 fik KØSS ny hjemmeside. Siden henvender sig primært til lærere og forældre, som har brug for informationer om skolemaden. Hjemmesiden indeholder informationer om:



- Maden
- Drift af skolebød
- Centralkøkkenet DGB
- Pædagogiske platform
- KØSS
- Miljø
- Sundhed

Maden

Maden i skoleboden er fremstillet ud fra følgende principper: den skal være ernæringsrigtigt sammensat, den skal smage godt og være indbydende for eleverne, og den skal så vidt muligt være økologisk. Derudover tager KØSS hensyn til, at skolerne har elever fra mange forskellige kulturer, idet kødet i de lune frokostretter aldrig indeholder svinekød og er halalslagtet.

Økologiske råvarer i skoleboden

Udbuddet af økologiske råvarer er årstidsbestemt, og derfor er menuerne sammensat sæsonens økologiske varer. Som udgangspunkt er alle kornprodukter, mejeriprodukter samt de fleste grøntsager økologiske i varme retter og sandwich.

Den lune ret

Madproduktionen er en såkaldt cook-chill produktion, som betyder, at maden pakkes og nedkøles straks efter endt produktion. Frokostretterne bliver produceret og pakket i Centralkøkkenet DGB og leveres til skolen kold og portionsanrettet i filmede bakker. En lun frokostret består af to dele, hvor den ene del opvarmes i skolebodens mikroovn i forbindelse med salget, hvorefter eleven kan hælde den varme del over den kolde del af retten, så det giver en lun ret.

Fordele ved det nye madkoncept

Denne form for produktion har flere fordele. Det giver maden en bedre kvalitet, fordi den bliver nedkølet straks efter produktion og først opvarmet lige inden brug. Det er også grunden til, at maden har en holdbarhed på tre dage, så længe emballagen er ubrudt.

Desuden reducerer tre dages holdbarhed madspild. Nogle dage kan der dermed være flere forskellige retter at vælge i mellem, hvis der er nogle usolgte, uåbnede retter fra 1-2 dage tidligere.

Energiindhold

Energi fra et frokostmåltid bør udgøre 25-30% af det samlede daglige energiindtag på ca. 9800KJ. KØSS har taget afsæt i Ernæringsrådets anbefalinger i sine energiberegninger. Det betyder, at en lun frokostret ifølge sundhedsmæssige anbefalinger skal indeholde ca. 2490 KJ.

I skolemadens frokostretter er den samlede energifordeling for en ret:

- max. 30% fedt
- 55-60% kulhydrat
- 10-15% protein

3 sæsoner i skoleboden

Menuplanen i skoleboden er opdelt i sæsoner med hhv. en vintermenu, en forårsmenu, og en efterårsmenu, som følger årstidens råvarer. Menuplanen kører efter en 14-dages plan opdelt i lige og ulige uger. I skoleboden kan man hver dag købe:

- 1 lun frokostret
- 4 slags sandwich
- Pastasalat, suppe, sushi, grøntsagssnack, frugtsalat eller kage
- Frugt/grønt
- Mejeriprodukter

Menuplanen er bygget op så der hver fredag serveres fisk og hver onsdag er der en vegetarret.

Den pædagogiske dimension

KØSS er mere end mad. KØSS har også en pædagogisk dimension idet eleverne inddrages i salg af mad. Hermed er der etableret et læringsrum, hvor den teoretiske undervisning kan tilføjes en praktisk og nærværende dimension.

Erfaringerne viser, at eleverne udviser et stort engagement, når de står i skoleboden. De tager ansvar og er stolte af at kunne drive en skolebodsforretning. For nogen elever får visse fag pludselig mening, når det går op for dem, hvad undervisningen i fx matematik kan bruges til. Og netop forståelsen og engagementet hos eleverne kan også udnyttes i undervisningen til at understøtte den læring, der foregår, til at øge deres kendskab til mad, sundhed og miljø.

På dette tidspunkt foreligger undervisningsforløb i:

- Oplæring i skolebodsdrift: "Nu er skoleboden snart vores"
- Mad, tilberedning og sundhed: "Hjemkundskabskassen"

Et brætspil om økologi er et af de næste undervisningsmaterialer, som er på tegnebrættet i KØSS- regi sammen med flere undervisningsforløb til hjemkundskab.

Hjemkundskabskassen



Hjemkundskabskassen er en del af KØSS' pædagogiske dimension, hvor faget hjemkundskab kan bruges til at fokusere på velmagende sund økologisk skolemad. Materialet introducerer eleverne til Madens historie, måltider, råvarers ernæringsmæssige og sensoriske kvalitet – eleverne skal lære hvad sund mad er og ikke mindst lære hvordan man laver den.

Hjemkundskabskassen handler om at fremme børnenes livskvalitet, sundhed og trivsel. KØSS gør sund mad tilgængelig og prøver derudover med hjemkundskabskassen at få eleverne tilbage til køkkenet.

Eleverne skal lære hvad sund mad er og få de praktiske redskaber, så de både kan gennemskue færdigretter og lave sunde velmagende retter og træffe valg, som kan være til gavn for egen og andres sundhed.

Oplæring i skolebodsdrift – "Nu er skoleboden snart vores"



Materialet består af 9 undervisningsforløb, der belyser forskellige emner og arbejdsopgaver i skoleboden. Hvert undervisningsforløb tager ca. én time og de kan bruges til at forberede eleverne på at stå i skoleboden ved at træne dem i opgaverne og ved at give eleverne en forståelse og forklaring på hvorfor opgaverne skal udføres.

Læreren vurderer selv, hvilke og hvor mange undervisningsforløb det er nødvendigt at arbejde med.

Fremtiden

I fremtiden vil KØSS arbejde videre med:

- Mad- og måltidspolitikker ift. KØSS-konceptet og retningslinier for sund mad.
- Undervisningsmaterialer: Økologispil, Hjemkundskabskasser, Kursus for hjemkundskabslærere.
- Aktivitetstilbud – fra jord til bord (undervisning i råvarens vej fra bonde til indkøbskurv)
- Forbrug: Bæredygtig udvikling og produktion – kobling til Økobaser, natur/miljøskoler og vandværkstedet.

Økonomi

Udover investeringer i udvikling af konceptet, er der investeret i :

- Indretning af skoleboder/ indretningskøkkener på skolerne. Der er konkret afsat 100.000 til den enkelte skole, yderligere et beløb til entreprenør og endelig har flere skoler deltaget med medfinansiering på op til 50.000.
- Køkkenet i De Gamles By er der indkøbt nye maskiner og renoveret for 2.6 mil.
- Pædagogisk materialer

Når udviklingen og dermed investeringerne i køkken og skoler er gennemført, skal Københavns Økologiske Sunde Skolemad være selvfinansierende

En række store økologiske omlægningsprojekters resultater viser

Af Anne-Birgitte Agger

Der er ingen væsentlige praktiske, økonomiske eller kulinariske hindringer eller grunde til, at økologiske varer ikke kan få en dominerende placering i Danmarks storkøkkener og i de offentlige gryder. Og samtidig viser projekterne behovet for og en række veje til at gøre maden i de offentlige køkkener bedre.

Erfaringerne siger at:

- De fleste økologiske varer kan skaffes – men det kræver, at køkkenerne gør sig selv til seriøse kunder på det økologiske marked.
- Pengene og de offentlige fødevarebudgetter rækker til store økologiske fødevarekøb og høje økologiprocenter. Men det kræver et valg af omlægning og ikke konvertering af forbruget.
- De fleste køkkener kan gennemføre en kostomlægning med succes, – men det kræver, at der er forandringsvillighed og køkkenfaglighed tilstede. Eller at dette skabes via en investering i en omlægningsproces.

Der kan blive en sund sammenhæng mellem økologisk omlægning, bedre ernæring og øget madkvalitet, men det kræver, at man skaber sammenhængen. Og det er en besværlig forandringsproces, hvor udfordringerne om maden kan vise sig at handle om meget mere end blot mad.

(* Se bilag om de væsentligste kostomlægningsområder set ud fra Sygehus Vestsjælland og Dogme økologiprojektet i Københavns Kommune)

Det offentlige forbrug kan altså blive det lokomotiv, der kan fortsætte udviklingen af det økologiske marked. Men det sker ikke af sig selv – og det vil være løgn at sige, at det offentlige indkøb har været drivkraften i det økologiske marked i Danmark frem til nu. På trods af 10 års gode erfaringer og stabile omlægningsresultater fra en række kommuner og amter er der stadigvæk langt fra de politiske hensigts-erklæringer og til reel indførelse af økologiske varer i de fleste kommuner og køkkener.

Der er behov for beslutsomhed og for investering i omlægning af såvel hoveder som gryder.

Sammenhæng mellem økonomisk og økologisk bæredygtighed tvinger køkkenerne til at se sig selv kritisk an:

De økologiske omlægningsprojekter har haft en meget klar forandringsdagorden: uden kostomlægning og uden at finde frem til et omlægningspotentiale ville projektet ikke lykkes, og man ville ikke kunne gøre varerne økologiske, med mindre man ville betale en merpris på omkring 20 procent, som en økologisk konvertering af varerne ville medføre.

Denne forandringsdagsordenen tvinger køkkenerne og institutionerne til at se sig selv kritisk an – og dermed har resultaterne været langt bredere end bare indførelse af økologiske varer. Innovationen har medført bedre madkultur og højere spisekvalitet såvel ernæringsmæssigt som kulinarisk.

Vi har som udgangspunkt for projekterne haft et motto: *”Pas på vi er ude på noget – og det kræver forandring”*:

Jorden og menneskene har bedst af at anvende økologiske fødevarer. **Det oprindelige er det sundeste.** Hellere være lidt for konservativ end lidt for radikal når det gælder menneskenes formåen i og med naturen. Vi var ingen ting uden mad.

Vores rigdom skaber mange af de problemer, vi har med vores mad og spisning. **Jagten på økonomien er også jagten på økologien.** En stram husholdningsøkonomi medfører en ny og nødvendig respekt for baskost. Og kan medvirke til bedre ernæring. I gamle dage døde vi af sult - nu æder vi os ihjel.

Maden har ikke kun brug for at blive økologisk, men også at blive bedre. Det basale skal vægtes højere end det bliver gjort. Mad er omsorg. Mad er kultur. Mad er nødvendigt.

Maden i det offentlige rum skal både skabe mæthed og glæde. Desværre har vi midt i al overfloden ikke styr på at give de allermest trængende mad nok, og en stor del af vores skoleelever og de mange underernærede pensionister går rundt og er sultne.

Vi er et af verdens rigeste lande – men med en af de fattigste madkulturer. **Ord eller dogmer kan ikke få os til at spise sundere.** Det kan kun højere kvalitetssans, smagen, hyggelige måltider og en anderledes madkultur.

Hverken en ny madkultur eller økologisk omlægning kan få succes ved udstedelse af dekretter - men omvendt er **hensigtserklæringer heller ikke nok.**

Forandring sker sjældent af sig selv. Der er behov for, at flere går forrest. Der er behov for initiativ, investering og motivation.

Uden politiske beslutninger vil det gå langsommere.

Uanset hvem der tager føringen må mottoet være: at **ingen kan omlægges.** Man kan kun omlægge sig selv. Omvendt hvis man ikke vil – så vil det ikke lykkes.

Og så midt i al det besværlige – så husk: Det er bare mad...

Barriererne for øget økologisk omlægning er i overskrifter:

Man kan undres over, at der med udgangspunkt i ovenstående erfaringer ikke sker mere på området. Og det er derfor naturligt at se på, hvilke barrierer der findes, og på hvordan disse overvindes:

Den menneskelige faktor

Der skal være nogen, der tager de nødvendige beslutninger og valg. Der er behov for initiativ. Og for færdighed og faglighed. Der skal være nogen der føler et ansvar, og der skal være forandringsvillighed tilstede. På to niveauer: både ledelsesmæssigt og hos personalet i køkkenerne.

Og det er der ikke i nok udstrækning.

Omlægning og forandring koster:

Der skal investeres i omlægning: Tid, penge, viden og engagement.

Køkkenområdet er under permanent pres

En faktor der gør, at processen har svært ved at opstå fra neden, er, at køkkenerne er under konstant pres, omstrukturering og nedskæring, hvilket gør det svært at overskue nye udfordringer og økologiske forandringer.

Anbefalinger:

1. Der skal tages politiske initiativer på området – øget fokus er ikke nok.

Maden skal opprioriteres, køkkenerne skal oprustes og ikke nedlægges. Vi skal se i øjnene, at mange af de offentligt serverede måltider simpelthen ikke er gode nok. Det skal der gøres noget ved. Og dette sker ikke af sig selv. For mange er det en svær indsigt og konsekvensen er umiddelbart uoverskuelig. Udfordringen og behovet for forandring skal formuleres skarpt.

2. Der bør stilles øgede krav til de offentlige måltider.

Der er behov for øget satsning på kvalitet og forbedring af de mange måltidstilbud. Mange er simpelthen ikke gode nok. Der bør laves et kvalitetsparameter for de offentlige køkkener. Egenkontrolprogrammer og fødevarer sikkerhed bør ikke være det eneste målbare.

De offentlige måltider:

- skal være kulinarisk attraktive
- skal være ernæringsrigtige og sunde
- skal laves af gode råvarer
- bør være økologiske

Og der skal gøres plads til dem, og de skal prioriteres i dagligdagen, de steder hvor de bliver tilbudt.

3. Køkkenerne og madtilbudene skal økonomisk fredes.

Der skal simpelthen være nedskæringsstop på området. Man får groft sagt kun den mad, man vil betale for. Og det er svært at forandre forandringsvillighed af medarbejdere og institutioner, hvis man hele tiden skal udsættes for forringelser.

4. Der skal investeres i omlægning, inspiration og uddannelse.

Maden kan gøres bedre og blive økologisk inden for de nuværende økonomiske rammer, men det kræver investering i en periode. Mad prioriteres lavt – men skal i en periode opprioriteres. Der skal ske en oprustning af mad og måltider.

Kommunerne er trængte og har svært ved at finde de nødvendige ressourcer – der skal tænkes i statslige innovations- og forandringsmidler koblet med et klart mål. Og ressourcerne skal gives til de der reelt forandrer og udvikler sig. Ikke kun til forskning og rejsehold, men til projekter og institutioner der går

efter den nødvendige forandring. Og ikke til køb af råvarer – men til forandringsprocesser, ny viden og uddannelse af medarbejderne.

5. Tilbud om dejlig og sund mad til børn og unge via indførelse af skolemadsordninger og afskaffelse af madpakkerne i børnehaverne.

Det er mere end oplagt at sætte ind med skolemadsstilbud. Men hellere gøre det ordentligt end at komme med hurtige løsninger, fordi det er politisk nemt håndterligt.

Udfordringen er at skabe plads, økonomi og kultur til rigtige måltider. Kort sagt tilbyde eleverne mad og skabe kantineløsninger, der bygger på attraktive og ernæringsrigtige måltider og til en pris, der gør det realistisk, at eleverne og forældrene vælger denne model.

Maden SKAL være sund og dejlig. Og bedre end de fleste madpakker. Ellers er det ligegyldigt.

En kvalitativ løsning er ikke private eller offentligsmurte madpakker. Er dybest set enig med de konservative i, at det burde vi forældre bedre selv kunne gøre.

Erfaringer fra Sverige og England viser, at kantinetilbud heller ikke i sig selv medfører sund og god mad. Der kan som bekendt godt laves dårlige offentlige måltider – også selvom de er gratis...

Men omvendt er jeg STOR tilhænger af, at der tilbydes og iværksættes skolemadsordninger på alle landets skoler. Men disse skal tilbyde rigtige måltider og dejlig mad. Dette vil både kræve investeringer og en vis driftstøtte.

- Der skal være support til etablering af de fysiske forhold såvel køkkenen som spisepladser. På denne måde vil der kunne skabes et alternativ, der ikke minder om flymad eller madpakker.
- Og der bør gives et løntilskud til at sikre driften.
- Råvarerne og en del af forarbejdningen af disse betales af forældrene.

Hvordan er fremtiden i sektoren med hensyn til innovation inden for sundhed og kvalitet?

Af Niels Rørdam Holm

1. Sundhedsaspektet som drivkraft i markedsudviklingen – fødevarerektorens rolle?
2. Hvad gør industrien? Udvikling på markedet, produktudvikling?
3. Fremtidsperspektiver?
4. Hvilke barrierer er der for den videre udvikling?
5. Hvilke anbefalinger har du til politikerne?

1. Sundhedsaspektet som drivkraft i markedsudviklingen

- + Generelt mere fokus på sundhed, ernæring, fedme samt -forebyggelse
- Reklamer for mindre gode produkter virker effektivt

Fødevarerektoren bør bidrage til sundhedsfremme i den offentlige sektor gennem satsning på lødighed og kvalitet, gennemskuelige deklarerationer og seriøs produktinformation til kunder/brugere. Samtidig satse på alsidighed, så kunden har et reelt valg.

Fødevarerektorens rolle er - foruden at levere lødige produkter - at give information om madens betydning for et sundt liv til børn, unge, voksne, ældre - altså alle aldersgrupper

2a. Hvad gør industrien?

Industrien er som udgangspunkt baseret på store produktioner af en ensartet kvalitet, en god holdbarhed og konkurrencedygtige priser.

Der sættes som oftest lighedstegn mellem kvalitet og friskhed, men det er vigtigere at måle kvaliteten på slutresultatet.

Der bliver forsket meget i nye produktions- og pakkemetoder samt kontrolsystemer – herunder for hygiejne, temperaturer og kvalitet i opvarmningen. Udviklingen sker fortrinsvis for at give maden en længere holdbarhed i et stadig mere fleksibelt madproduktions- og udbringningssystem og for at optimere den generelle kvalitet af maden.

Mærkningsregler er blevet skærpet (EU nr. DCC)

2c. Udvikling på markedet og produktudvikling

Markedets størrelse

Offentlig forplejning (årligt): ca. 500.000 måltider = omkostninger: ca. 4 mia. kr.

Ældreområdet: ca. 166.667 måltider

fordelt på: ca. 28.000 plejehjemsbeboere
og ca. 51.400 hjemmeboende pensionister

Hospitaler: ca. 150.000 måltider

Produktionen på ældreområdet foregår i ca. 750 produktionskøkkener. Dette bør centraliseres mere for at opnå en mere effektiv produktion. Produktionen af patientbespisning foregår fortrinsvis i hospitalernes eget regi – meget få udliciteringer er sket. Der er et stigende behov for rationalisering i hospitalernes produktionskøkkener som følge af overordnede økonomiske rationaliseringskrav til hospitalsdriften.

(Kilde: IFAU 2002)

Ældrebespisning: De ældre i dag ønsker god gammeldags mad tilberedt af gode råvarer og med hensyntagen til årstiderne. Den næste generation af ældre har derimod andre kostvarer. De har rejst mere, de har hørt mere om madens betydning, og de er aktive i længere tid. De vil gerne have udenlandske retter og mere variation, og det skal vi som producenter være forberedt på. Rent produktionsmæssigt er den traditionelle kartoffel vanskelig at håndtere i nogle systemer, og i de nyere retter indgår den kogte kartoffel ikke.

Denne udvikling bliver også forstærket af et stigende antal danskere af anden etnisk herkomst, som har deres ønsker og traditioner for mad.

Tradition med fornyelse: Uanset denne udvikling skal vi bevare de gode danske og nordiske madtraditioner og gøre dem lige så gode, som de var "i gamle dage".

Industrien har de senere år vist større åbenhed og samarbejdsvilje til at fremme den gode dialog kunde og leverandør imellem. Det har medført mere målrettet produktudvikling i forhold til storkøkkensektorens behov og stimuleret til større forståelse gennem alle led i kvalitetskæden. Bl.a. satser industrien på at udvikle målrettede convenienceprodukter efter de nyeste teknologier for at tilbyde kunderne bedre og mere fleksible løsninger mht. portionsstørrelser, produktionsbetingelser, kvalitet, hygiejne og holdbarhed.

2d. Fremtidsperspektiver

❖ **Strukturreformen**

De større kundeenheder/kommuner og regioner gør det både muligt og nødvendigt at satse på større individualisering af serviceydelser og produkter, der samtidig kan foregå på rentable vilkår som følge af produktion i større enheder.

- ❖ Mht. dialog: Ønske om dybere indsigt hos kommunale og regionale indkøbsansvarlige i leverandørens produktionsvilkår for at sikre en hensigtsmæssig dialog om sammenhængen mellem kvalitetskrav og produktions- og leveringsmuligheder.

❖ **Mad til unge**

- Brands - det skal være "in" at spise maden
- Undervisning, aktiv deltagelse (andet indlæg)
- Erfaringer fra andre lande (Compass Group)

3. Hvilke barrierer er der for den videre udvikling?

- ❖ **Manglende indsigt hos politikere og indkøbsansvarlige (se ovenfor).**
- ❖ Pressens indstilling generelt til offentlig forplejning
- ❖ Fordomme om offentlig tilberedning af mad, varm mad, kølet mad, frossen mad
- ❖ Politisk interesse går frem for brugernes interesse

4. anbefalinger til den videre udvikling

- ❖ Mere politisk fokus på food service sektoren generelt og på kvaliteten af måltider produceret uden for hjemmet.
- ❖ Offentlig støtte til udvikling af nye teknologier inden for varmebehandlings- og pakketeknologi. Dette med henblik på højere kvalitet og større fleksibilitet i service- og kvalitetstilbud til brugere i alle aldre – syge såvel som raske.

Europarådets resolution om sund kost på skoler

Europarådet, Ministerkomitéen

Uddrag af Resolution ResAP(2005)3. om sund kost på skoler.

(Vedtaget af Ministerkomitéen den 14. september 2005 ved Stedfortræderkomitéens 937. møde)

Europarådets resolution:

Anbefaler, at regeringerne i medlemsstaterne i aftalen "Partial Agreement in the Social and Public Health Field", på baggrund af metoderne indeholdt i bilaget til denne resolution og under hensyntagen til deres særlige forfatningsmæssige strukturer, nationale, regionale eller lokale forhold, såvel som økonomiske, sociale, kulturelle og tekniske forhold, og under hensyntagen til nationale fremgangsmåder i forbindelse med skolemåltider:

a. gennemgår fremgangsmåder for madtildeling på skolerne for at afgøre i hvilken grad disse fremgangsmåder (eller manglen på disse fremgangsmåder) stemmer overens med, eller er en indbygget del af, en sundhedsfremmende skolemetode;

b. overvejer udarbejdelsen af nationale bestemmelser og ernæringsmæssige standarder for tildelingen af mad på skoler, der:

- anerkender ændringen i unge menneskers helbred og livsstil i Europa;
- tager hensyn til de gode fremgangsmåder for tildelingen af sund kost på skoler i Europa, der blev demonstreret ved det europæiske forum for skolemad;
- fremmer støtten af unge menneskers helbred;
- involverer eleverne og alle interessenter i dette forløb;
- er integreret i den sundhedsfremmende skolemetode;
- har indbyggede metoder til overvågning og vurdering;

c. overvejer udviklingen af hjælpende initiativer på nationalt og regionalt niveau, der støtter skolerne i deres indførelse og gennemførelse af fremgangsmåder for sund kost. Disse initiativer kunne omfatte finansiel opstartsstøtte og praktiske redskaber til indførelsen og udviklingen af kvalitetsvurderingssystemer.

Bilag til Resolution ResAP(2005)3

Nationale bestemmelser bør dække et bredt område og kunne omfatte de følgende områder, der nævnes som eksempler:

- udvikling af ernæringsmæssige standarder;
- fremme af indtagelsen af frugt og grønsager som mellemmåltider og som en vigtig del af hovedmåltider;
- sikring af et udvalg af sunde drikkevarer, som friskt vand og fedtfattig eller fedtfri mælk;
- reducere indtagelsen af fødevarer, der har et højt indhold af sukker, salt og fedt;
- aktiv styring af madmiljøet, hvilket ikke bare omfatter kantinen, men også salgsmaskiner og steder med salg af drikkevarer;
- udvikling af politikker for markedsføring af fødevarer og drikkevarer på skolen;
- etablering af prispolitikker;
- aktiv involvering af forældre, unge mennesker og andre interessenter i planlægningsforløbet;
- udnyttelse af informationsteknologi til at fremme sunde valg;

-
- arbejde med fødevarereproducenter og leverandører af madservice om specifikke, sunde produkter;
 - overvejelse af spørgsmål i forbindelse med bæredygtighed, spild og miljøet;
 - gennemgang af undervisningsplanen i forbindelse med sund kost for at sikre at unge mennesker forlader skolen med den nødvendige viden og de nødvendige færdigheder med hensyn til fremstilling, køb, forberedelse, tilberedning og nydelse af sund kost;
 - gennemgang af efteruddannelsesbehovet hos alle, der er involveret i fødevarerfremstilling og tilberedning af mad og de tilknyttede fag på skolerne;
 - identificering af partnere og interessenter, især ikke-statslige organisationer, der spiller en særlig rolle, og udarbejdelse af forslag til fremgangsmåder, der kan lette den opgave;
 - overvejelse af forbindelser mellem fremmelsen af sund kost på skolerne og den sundhedsfremmende skolemetode;
 - udarbejdelse af forslag til bæredygtige metoder til at overvåge og vurdere ændringer, der opstår på baggrund af nye politikker;
 - sikring af, at selvom formindskelsen af overvægt er et vigtigt mål, bør ingen ung person være sulten eller underernæret på skolen;
 - udvikling af praktiske værktøjer til at støtte samfund i deres indførelse af bestemmelser om sund kost i deres skoler.

Ordliste

Fremme af sundhed på skoler: Enhver handling på skoler og i skolernes samfund, der beskytter eller forbedrer alle skoleelevers sundhed.

Metode, der omfatter hele skolen: En metode til fremme af sundhed på skoler, der ikke kun lægger vægt på den formelle læseplan, men også integrerer skolelivets mere generelle områder, som forbindelser mellem skole og forældre, forbindelser mellem skole og samfund, madudvalg, skolemiljøet og politikker, der fremmer sund kost. Denne metode anerkender, at man ikke kan nøjes med at kigge udelukkende på ernæring for at forstå et emne som overvægt eller undervægt. Fysiske aktivitetsfaktorer, sociale faktorer, følelsesmæssigt helbred, rygevaner eller genetiske anlæg er eksempler på andre områder, der kan have indflydelse på problemer med overvægt eller undervægt.

Det europæiske netværk for sundhedsfremmende skoler: (www.euro.who.int/en/hps). Et netværk af 43 europæiske lande, der er aktivt involveret i fremmet af sundhed på skoler. Netværket har en holistisk og demokratisk fremgangsmåde og det opmuntrer en fællesskabsmodel, der anvendes på hele skolen og ikke kun på den formelle læseplan. Netværket har en international planlægningskomité, der omfatter et samarbejde mellem WHO's (verdenssundhedsorganisationen) europæiske regionalkontor, Europarådet og den Europæiske Kommission.

Kraftig overvægt: Da det er svært direkte at måle kroppens indhold af fedt, bruges *Body Mass Index* (BMI), som måler forholdet mellem vægt og højde (kg/m^2), til at klassificere kraftigt overvægtige og overvægtige voksne. WHO har offentliggjort internationale standarder og kraftig overvægt defineres som et BMI på $30\text{kg}/\text{m}^2$ eller mere. International Obesity Task Force, som er en international tænketank for bekæmpelse af overvægt, har nu foreslået, at en modificeret udgave af det ovennævnte tal bør bruges til at definere kraftig overvægt hos børn. *Overvægt* defineres som et BMI på $25\text{-}30\text{kg}/\text{m}^2$.

Resolution om mad og ernæringsmæssig pleje på hospitaler

Europarådet, ministerkomitéen

Uddrag af Resolution ResAP(2003)3 om mad og ernæringsmæssig pleje på hospitaler

(Vedtaget af Ministerkomitéen den 12. november 2003 ved Stedfortræderkomitéens 860. møde)

Europarådets resolution:

11. Anbefaler, at regeringerne i medlemsstaterne i aftalen "Partial Agreement in the Social and Public Health Field", under hensyntagen til deres særlige forfatningsmæssige strukturer, nationale, regionale eller lokale forhold, såvel som økonomiske, sociale og tekniske forhold:

a. udarbejder og gennemfører nationale anbefalinger til mad og ernæringsmæssig pleje på hospitaler, der er baseret på de principper og metoder, der bliver fremsat i bilaget til denne resolution;

b. fremmer gennemførelsen af og gør skridt til at fremme anvendelsen af de principper og forholdsregler, der er beskrevet i bilaget, på de områder, hvor regeringen ikke har direkte ansvar, men hvor offentlige myndigheder har en vis magt eller spiller en rolle;

c. sikre den bedst mulige udbredelse af denne resolution blandt alle de implicerede parter, især offentlige myndigheder, hospitalspersonale, den primære sundhedssektor, patienter, forskere og ikke-statslige organisationer, der er aktive på dette område.

Bilag til Resolution ResAP(2003)3

1. Ernæringsmæssig vurdering og behandling på hospitaler

1.1 Undersøgelse af ernæringsmæssig risiko

i. Vurderingen af den ernæringsmæssige risiko bør tage hensyn til patientens ernæringsmæssige tilstand og sygdommens alvorlighed.

ii. Metoden til undersøgelse af den ernæringsmæssige risiko bør være baseret på beviser, for at sikre identificeringen af patienter, der kan have nytte af ernæringsmæssig støtte.

iii. Metoden til undersøgelse af den ernæringsmæssige risiko bør være enkel at bruge og let at forstå.

iv. Der bør tages hensyn til betydningen af alder, vækst og køn, når en patients ernæringsmæssige risiko vurderes.

v. Det bør være almindelig praksis at vurdere alle patienters ernæringsmæssige risiko før eller ved indlæggelsen.

Denne vurdering bør gentages regelmæssigt under hospitalsopholdet (hyppigheden afhænger af niveauet af den ernæringsmæssige risiko).

vi. Der bør foretages undersøgelser for at udvikle og efterprøve enkle vurderingsmetoder beregnet til brug på hospitaler og i den primære sundhedssektor.

vii. Identificering af en patient med ernæringsmæssig risiko bør følges af en grundig ernæringsmæssig vurdering, en behandlingsplan, der omfatter ernæringsmæssige mål, kontrol af kostindtag og kropsvægt og vurdering af behandlingsplan.

viii. Standarder for fremgangsmåder for vurdering og kontrol af ernæringsmæssig risiko/status bør udvikles på nationalt og europæisk niveau.

1.2 Identificering og forebyggelse af årsager til underernæring

- i. De forskellige årsager til sygdomsrelateret underernæring bør altid tages i betragtning ved hver patient.
- ii. Brugen af medicin og kombinationer af medicin med bivirkninger som anoreksi, kvalme og andre fordøjelsesmæssige symptomer, vekselvirkninger mellem medicin og næringsstoffer eller ændringer af smags- og lugtesansen bør være velbegrunder og bør undgås så vidt muligt, og læger og sygeplejersker bør være opmærksomme på disse bivirkninger.
- iii. Sondeernæringsdiæter, faste og tarmrensningsprocedurer med kostbegrænsninger bør ikke være sædvanlig praksis; man bør studere litteratur for at vurdere hvilke procedurer, der kræver sådanne diæter, og for de undersøgelser/procedurer, der kræver kostbegrænsninger, bør den præcise periode med kostbegrænsning fastsættes.
- iv. Definitionen af sygdomsrelateret underernæring bør være almindeligt anerkendt og bør bruges som en klinisk diagnose og behandles som en sådan.

1.3 Ernæringsmæssig støtte

- i. Ernæringsmæssig støtte som del af patientbehandlingen bør regelmæssigt overvejes.
- ii. Den ernæringsmæssige behandlingsplan bør, hvis det er passende, revideres og tilpasses mindst en gang om ugen ved hjælp af oplysninger om patientens ernæringsmæssige indtag, vægtændringer og andre relevante ernæringsmæssige og kliniske variabler.
- iii. Ernæringsmæssig støtte bør tilpasses korrekt til den individuelle patient. Den tilførte kunstige ernæring og det, der eventuelt kasseres, bør dokumenteres omhyggeligt.
- iv. Ingen patient bør modtage kunstig ernæringsmæssig støtte uden korrekt vurdering af symptomer, risici og fordele, velorienteret samtykke fra patienten og omhyggelig kontrol af bivirkninger.
- v. Særlige immunmodulerende midler bør begrænses til patienter, der kan have fordel af dem i lyset af tilgængelige randomiserede prøver.
- vi. Patienter, der har brug for ernæringsmæssig støtte, bør modtage denne behandling før indlæggelsen (hvor det er muligt), på det tidligst mulige tidspunkt under hospitalsopholdet og efter udskrivelsen.
- vii. Optegnelser fra forskellige former for indlæggelse, udskrivelse og ambulante behandling bør indeholde oplysninger om hver patients ernæringsmæssige status og fysiske og psykiske tilstand i forbindelse med kostindtag.
- viii. Randomiserede prøver og systematiske gennemgange af specialister inden for klinisk ernæring bør finde sted for at vurdere virkningen af ernæringsmæssig støtte på den ernæringsmæssige status, det kliniske resultat og den fysiske og psykiske tilstand.
- ix. Randomiserede prøver, der vurderer virkningen af almindelig kost på det kliniske resultat, bør prioriteres højt.
- x. Standarder for praksis i forbindelse med vurdering af og kostplanlægning for patienter med dysfagi bør udvikles på nationalt niveau, hvis det er påkrævet. Nationale beskrivende identifikatorer for modificering af konsistens bør udvikles.

1.4 Almindelig kost

- i. Almindelig kost, der indtages oralt, bør være det første valg til at afhjælpe eller forhindre underernæring hos patienter.
- ii. God praksis for at sikre patienternes indtag af normal kost bør undersøges og dokumenteres. Det er afgørende at dokumentere og vurdere indtaget af normal kost hos patienter med ernæringsmæssig risiko.
- iii. Flydende kost bør ikke bruges som erstatning for en tilstrækkelig mængde almindelig mad og bør kun bruges, hvis der er tydelige kliniske symptomer.
- iv. Kunstig ernæringsmæssig støtte bør kun påbegyndes, når brugen af almindelig kost mislykkes eller ikke er egnet.

1.5 Kunstig ernæringsmæssig støtte

- i. Standarder for praksis, der etableres og gennemføres for påbegyndelse, sikker levering, sterile håndterings-teknikker, kanylepleje, overvågning og afslutning i forbindelse med kunstig ernæringsmæssig støtte, bør udvikles på nationalt og europæisk niveau.
- ii. Standarder for praksis bør udvikles for påbegyndelsen, forberedelsen, uddannelsen, udstyrsforsyningen, den sikre levering og overvågningen af patienter, der udskrives med ernæringsmæssig støtte i hjemmet.

2. Udbydere af ernæringsmæssig pleje

2.1 Fordeling af ansvar ved ernæringsmæssig pleje på hospitaler

- i. Sundhedsministeriet, de lokale og regionale myndigheder og ledelsen for hvert hospital bør vedkende sig deres ansvar med hensyn til ernæringsmæssig pleje og støtte, og madservicesystemer.
- ii. Hospitalsledelsen, læger, apotekere, sygeplejersker, diætassistenter og madservicepersonale bør arbejde sammen om at give ernæringsmæssig pleje, og hospitalsledelsen bør være opmærksom på dette samarbejde.
- iii. Forskellige personalekategoriers ansvar i forbindelse med ernæringsmæssig pleje og støtte og madservice bør være omhyggeligt defineret.
- iv. Hospitalerne bør udvikle passende systemer til at fastsætte standarder for ernæringsmæssig pleje og støtte, især i forbindelse med udgifter, kontraktforskrifter, undersøgelse og vurdering af ernæringsmæssig risiko, og til at gennemføre disse standarder gennem kontrol, overvågning og vurdering af den ernæringsmæssige pleje og støtte.
- v. Undersøgelse, vurdering og overvågning af ernæringsmæssig risiko bør være omfattet i hospitalernes godkendelsesstandarder.

2.2 Kommunikation

- i. Organisationsmæssige undersøgelser bør udføres for at vurdere og forbedre samarbejdet mellem forskellige personalegrupper.
- ii. Madservicepersonale, afdelingspersonale og patienter bør udvikle, afprøve og indføre formularer til menubestilling.
- iii. Der bør oprettes regelmæssig kontakt mellem afdelings- og madservicepersonale.
- iv. En eller flere repræsentanter på hver afdeling og i køkkenet bør udpeges til at have det primære ansvar for kommunikation og information ved ernæringsmæssige spørgsmål.
- v. Der bør oprettes regelmæssig kontakt mellem hospitalet og den primære sundhedssektor.

2.3 Uddannelse og ernæringsmæssig viden på alle niveauer

- i. Der bør indføres et vedvarende uddannelsesprogram om generel ernæring og teknikker til ernæringsmæssig støtte for alt personale, der er involveret i patienternes ernæring.
- ii. Lægers uddannelse og efteruddannelse bør omfatte klinisk ernæring.
- iii. Der bør etableres professorater i klinisk ernæring.
- iv. Klinisk ernæring for både voksne og børn bør anerkendes som et særligt fag på medicinske uddannelsesinstitutioner. Undervisningen bør omfatte forebyggende såvel som terapeutiske aspekter af ernæringsmæssig pleje og støtte.
- v. Sygeplejerskers undervisning i klinisk ernæring, med særlig vægt på undersøgelse af ernæringsmæssig risiko, overvågning og ernæringsteknikker, bør forbedres.

-
- vi. Uddannelsen af kliniske og almindelige diætassistenter på nationalt niveau bør foregå på højeste uddannelsesmæssige niveau for at gøre det muligt for alle europæiske diætassistenter af påtage sig en mere central rolle i forbindelse med ernæringsmæssig pleje og støtte.
 - vii. Uddannelsen af administrative diætassistenter bør forbedres, især på ledelsesområdet.
 - viii. Uddannelsen og efteruddannelsen af ledere inden for hospitalsmadservice bør adskilles fra hotelledelse ved at forberede dem på at sørge for syge mennesker.
 - ix. Der bør lægges særlig vægt på den ernæringsmæssige uddannelse af ikke-klinisk personale, som for eksempel plejeassistenter på deltid og hjælpere på afdelingen, og afgrænsningen af deres ansvarsområder.
 - x. Der bør lægges særlig vægt på at uddanne og informere offentligheden (heriblandt patienterne) om vigtigheden af god ernæring.
 - xi. Europæiske initiativer i forbindelse med uddannelse inden for klinisk ernæring bør fremmes.
 - xii. Samarbejdet mellem foreninger for klinisk ernæring i forskellige lande bør udvides.

3. Praksis inden for madservice

3.1 Organisering af hospitalers madservice

- i. Ansvar og pligterne i forbindelse med hospitalsernæring bør være tydeligt defineret hos sundhedseksperterne og hospitalsledelsen.
- ii. Der bør vedtages og indføres en madservicepolitik på hospitalsniveau eller regionalt niveau.
- iii. Hospitalsledere bør være opmærksomme på madservicepolitik og ernæringsmæssig støtte.
- iv. Alt hospitalspersonale – klinisk og ikke-klinisk – bør anerkende madservice som en vigtig del af patienternes behandling og pleje.

3.2 Udliciteret madservice

- i. Retningslinjer og standarder for udlicitering af hospitalsmadservice bør udvikles.
- ii. Kontrakter bør være tilstrækkeligt detaljerede og omfatte særlige diæter ved medicinske og personlige symptomer, energirige og proteinrige menuer og tildeling af mellemmåltider og/eller måltider på afdelingsniveau eller tæt på afdelingsniveau. De bør også omfatte konsistens-modificerede menuer til behandlingen af dysfagi.
- iii. Omkostningerne for passende kontraktovervågning bør være omfattet af kontrakten.
- iv. En afdeling for klinisk ernæring, et ernæringsudvalg, et ernæringsmæssigt støttehold eller en person med passende uddannelse bør gives ansvaret for at sikre, at kontrakten er i overensstemmelse med ernæringsmæssige standarder.

3.3 Måltidsservice og spisemiljø

- i. Serveringssystemet bør tilpasses til patienternes behov under hensyntagen til deres fysiske og psykiske tilstand. Dette kræver ofte forskellige serveringssystemer.
- ii. Alle patienter bør have mulighed for at vælge deres spisemiljø.
- iii. Alle patienter bør have mulighed for at sidde ved et bord under hovedmåltiderne.
- iv. Hospitalers spisemiljø bør forbedres med særlig vægt på omgivelserne, tilstedeværelsen af personale og frihed for ubehagelig lugt.
- v. Korrekt uddannet personale bør være til stede til at hjælpe patienter med psykisk/fysisk spisebesvær og passende modificeret udstyr bør være tilgængeligt, når det er nødvendigt, til at hjælpe/lette uafhængig spising.

3.4 Madtemperatur og hygiejne

- i. Alle patienter bør modtage hospitalsmad, der er blevet opbevaret, tilberedt og transporteret på en måde, der sikrer hygiejne, sikkerhed, smag, gastronomi og ernæringsmæssigt indhold på højt niveau.
- ii. Alle varme måltider bør serveres ved en temperatur på ca. 60-70° C.
- iii. Ernæringsudvalget, det ernæringsmæssige støttehold eller en person med passende uddannelse bør have ansvaret for madservicens hygiejniske aspekter.
- iv. Køkken- og afdelingspersonalet bør uddannes korrekt inden for fødevarerhygiejne, og den hygiejniske kontrol af fremstillingen af hospitalsmaden bør bruges til at involvere hospitalsledelsen i begrebet hospitalsernæring.

3.5 Særlige forbedringer af praksis inden for madservice for at forhindre underernæring

- i. Der bør udvikles standarder for madservicesystemer, der er baseret på patienternes behov i stedet for hospitalernes behov.
- ii. Uanset hvilket serveringssystem man bruger, kræver det tæt samarbejde mellem patient, pårørende og sygepleje-, diæt- og madservicepersonale at få patienten til at spise.
- iii. Tildelingen af måltider bør være fleksibel og individualiseret. Alle patienter bør have mulighed for at bestille mad og ekstra mad på alle tidspunkter og skal informeres om denne mulighed.
- iv. Menuerne bør tilpasses specielt til forskellige patientkategorier.
- v. Der bør stilles passende spisningshjælpemidler til rådighed.
- vi. Vellykkede fremgangsmåder til at forhindre underernæring bør gives offentlig omtale.

4. Hospitalsmad

4.1 Hospitalsmenuer og –diæter, der er baseret på medicinske symptomer

- i. God praksis bør etableres gennem udvikling af nationale retningslinjer og standarder for madtildeling på hospitaler for at opfylde alle patientkategoriers behov, heriblandt diæter baseret på medicinske symptomer, vegetariske menuer, konsistens-modificerede menuer og menuer, der er rige på energi og protein.
- ii. Der bør foretages undersøgelser, der vurderer virkningen af menuer, der er rige på energi og protein, på madindtag og patientresultater.
- iii. En række retter, der er rige på energi og protein, bør være tilgængelige på alle hospitaler med henblik på patienter, der lider af sygdomsrelateret underernæring.
- iv. Lægen bør altid være opmærksom på patienternes ernæringsmæssige status og kun ordinere diæter, der er baseret på videnskabeligt dokumenterede resultater.
- v. Sundhedspersonalet bør være opmærksomt på patientens brug af "alternative diæter" og den indflydelse, det kan have på den ernæringsmæssige status.
- vi. Umiddelbar tilbagemelding fra patienterne til køkken- og afdelingspersonalet med hensyn til om de kan lide eller ikke lide maden, der bliver serveret, bør opmuntres.
- vii. Ernæringsindholdet, portionernes størrelse og madspild bør kontrolleres årligt.
- viii. En menus ernæringsmæssige indhold bør dokumenteres allerede på planlægningsniveau. Afdelingen for klinisk ernæring, ernæringsudvalget, det ernæringsmæssige støttehold eller en person med passende uddannelse bør gives ansvaret for at sikre, at menuen er i overensstemmelse med ernæringsmæssige standarder.
- ix. Der bør oprettes en database med måltiders/menuers ernæringsindhold og portionsstørrelser i hver madserviceafdeling, der skal gøres tilgængelig for at kunne vurdere menuernes ernæringsmæssige tilstrækkelighed og overvåge patienternes madindtag.

x. Der bør foretages undersøgelser for at skabe mere pålidelige oplysninger om tab af næringsstoffer i forbindelse med forskellige madservicesystemer.

4.2 Måltidsmønstre

- i. Serveringstidspunkterne bør gennemgås for at sikre, at der er nok tid mellem hvert måltid til at gøre mellemmåltider om formiddagen, eftermiddagen og sent om aftenen mulige.
- ii. Måltiderne bør fordeles så de dækker de fleste af de vågne timer.
- iii. Forstyrrelse af patienternes måltider på grund af stuegang, undervisning og diagnostiske procedurer bør minimeres.
- iv. Mellemmåltider og nærende drikke mellem måltiderne bør tilbydes, når det er passende, og bør være tilgængelige på alle afdelinger.
- v. Pårørendes involvering i serveringen af patienternes måltider bør fremmes, når det er muligt.
- vi. Brugen af flydende kost bør være målrettet og der bør udvikles og indføres en protokol for tildeling og overvågning af flydende kost.

4.3 Overvågning af madindtag

- i. Personalet på afdelingerne bør være uddannet i, hvordan man overvåger madindtag.
- ii. Patienternes madindtag bør overvåges ved hjælp af et delvist kvantitativt system.
- iii. Indsamling af bakker bør overvåges omhyggeligt for at kunne kontrollere patienternes madindtag.
- iv. Niveauet af madindtag bør bruges til at vurdere patientens behov for ernæringsmæssig støtte.
- v. Madindtaget hos patienter med ernæringsmæssig risiko, der modtager ernæringsmæssig støtte, bør registreres ved hjælp af kostjournaler.
- vi. Oplysninger fra køkkenet og fra databasen med oplysninger om hospitalsmadens portionsstørrelse og energiindhold bør være tilgængelige for at hjælpe afdelingspersonalet med at overvåge patienternes madindtag.
- vii. Oplysningerne om patienternes madindtag bør bruges til at udvikle passende menuer, der er tilpasset til målgrupperne.
- viii. Der bør foretages undersøgelser for at udvikle og efterprøve enkle kostregistreringsmetoder.

4.4 Informering og involvering af patienten

- i. Offentligheden bør oplyses om ernæringens positive rolle som behandling for at skabe offentlig opmærksomhed og støtte.
- ii. Ved indlæggelsen eller før indlæggelsen bør patienterne informeres om vigtigheden af god ernæring for behandlingens resultat.
- iii. Patienterne bør gives tilstrækkelig skriftlig og mundtlig information om tilgængelige retter og fødevarer.
- iv. Retterne bør altid beskrives nøjagtigt så patienterne har en rimelig idé om, hvad de kan forvente.
- v. Patienterne bør modtage oplysninger om madvarers og drikkevarers indhold af næringsstoffer.
- vi. Patienterne bør få hjælp til og vejledning i at bestille mad af afdelingspersonalet.
- vii. Patienterne bør involveres i planlægningen af deres måltider og have nogen indflydelse på valget af fødevarer.
- viii. Patienterne bør kunne modtage en menu, der er passende til deres alder, religion og etniske eller kulturelle baggrund.
- ix. Der bør udvikles og indføres metoder til at vurdere patienternes tilfredshed.

5. Sundhedsøkonomi

5.1 Omkostningseffektivitet og rentabilitetshensyn

- i. Beregninger af rentabilitet og omkostningseffektivitet i forbindelse med ernæringsmæssig støtte bør også udføres på hospitalsniveau.
- ii. Beregninger af rentabilitet og omkostningseffektivitet bør inddrage eksperter inden for sundhedsøkonomi.
- iii. Ved beregning af rentabiliteten og omkostningseffektiviteten bør valget af ernæringsmæssig støtte tages i betragtning.
- iv. Ved beregning af rentabiliteten og omkostningseffektiviteten bør resultaterne omfatte patienternes funktionelle evner og livstilfredshed.

5.2 Madservice og omkostninger ved madspild

- i. Madservicepraksisens indflydelse på madspild bør undersøges.
- ii. Flexibilitet i forbindelse med patientens menuvalg og portionsstørrelse bør sikres.
- iii. Ved vurdering af omkostningerne ved forskellige madtilberedningssystemer bør patienternes tilfredshed med den serverede mad tages i betragtning.
- iv. Madbudgettet bør vurderes som en del af budgettet for klinisk støtte og behandlingsservicer.
- v. Ved vurderingen af omkostningerne ved ernæringsmæssig pleje og støtte bør hospitalslederne overveje de potentielle omkostninger ved komplikationer og forlængede hospitalsophold på grund af underernæring.
- vi. Der bør gøres skridt til at formindske dokumenteret madspild, flydende kost og kunstige ernæringsprodukter.

6. Definitioner

Kunstig ernæringsmæssig støtte

Tildeling af specielt sammensatte flydende næringsstoffer gennem en sonde, der føres direkte ned i tarmkanalen (sondeernæring) eller via et kateter direkte ind i en blodåre (parental ernæring).

Diæter, der er baseret medicinske symptomer

En ordineret ration af mad eller næringsstoffer, der indtages oralt og bruges i behandlingen af specifikke sygdomme, som for eksempel lipidreducerende kost, diabetikerkost og energireduceret kost.

Sygdomsrelateret underernæring

En tilstand med utilstrækkeligt indtag, udnyttelse eller optagelse af energi og næringsstoffer på grund af individuelle eller systemmæssige faktorer, der resulterer i nyligt eller hurtigt vægttab og ændringer i organers funktion, og som sandsynligvis vil blive forbundet med et dårligere udfald af sygdommen eller behandlingen. Underernærede patienter kan være overvægtige eller meget overvægtige i henhold til deres BMI (body mass index).

Menu, der er rig på energi og protein

En menu, der har et højt indhold af næringsstoffer på grund af brug af fødevarer med et højt indhold af fedt eller protein.

Madservice

Et system, hvor der tilberedes og serveres måltider for hospitalspatienter i professional sammenhæng. Systemet omfatter madservicelokalene, fremstillings- og distributionsteknologien og det personale, der er involveret i ledelse, fremstilling, distribution og servering.

Hospitalsmad

De måltider, der serveres på hospitaler – heriblandt diæter, der er baseret på medicinske symptomer.

Ernæringsmæssig vurdering

En omfattende vurdering af *ernæringsmæssig status*, deriblandt et eller flere af disse områder: sygehistorie, kosthistorie, fysisk undersøgelse, antropometriske målinger og laboratoriedata.

Ernæringsmæssig pleje

Den grundlæggende opgave, der består i at give patienten tilstrækkelig og passende mad og drikke og/eller kunstig ernæring.

Ernæringsmæssig risiko

Risikoen for ernæringsrelaterede komplikationer i forbindelse med sygdommen eller behandlingen.

Vurdering af ernæringsmæssig risiko

Fremgangsmåden for at identificere kendetegn, der typisk er forbundet med ernæringsrelaterede komplikationer. Formålet er at identificere udsatte patienter, der kan opleve forbedrede kliniske resultater, hvis de får ernæringsmæssig støtte.

Ernæringsudvalg

En rådgivende komité, der består af personale fra alle områder, heriblandt den del af ledelsen, der er involveret i patientens ernæringsmæssige pleje.

Ernæringsmæssig støtte

Vurdering af nuværende ernæringsmæssig status, vurdering af ernæringsmæssige behov, ordinerings og tilde-
ling af passende mængder energi, makro- og mikronæringsstoffer, elektrolytter og væske (i form af almindeligt
hospitalsmad (første valg), flydende kost og/eller kunstig ernæring), overvågning af det førstnævnte i forbin-
delse med klinisk status og sikring af, at den mest optimale ernæringsrutine benyttes på alle tidspunkter. Er-
næringsmæssig støtte er en del af den medicinske behandling og dens formål er at forbedre eller bevare
patientens ernæringsmæssige status og fremskynde og forbedre helbredelsen.

Ernæringsmæssige støttehold

Et multifagligt hold med ekspertise inden for ernæring, der er involveret i ernæringsmæssig støtte, og hvis
ansvarsområder varierer i henhold til lokale forhold, interesser og ressourcetildelinger. Tager som regel aktivt
del i ernæringsmæssig støtte, og udfører opgaver inden for kvalitetskontrol, standardiseringspraksis, indsam-
ling af nye oplysninger og uddannelse af andre sundhedseksperter.

Deltagerliste

Høringen "Offentlig forplejning" den 12. oktober 2005 i Landstingssalen på Christiansborg

Alice Linning	Klinisk diætist
Alis Erikstrup	Sct. Hans Hospital Centralkøkkenet
Ammi Stein Pedersen	Forbrugergruppen VEST
Anders Jensen	Tulip Food Company
Anette Berg Carlsen	Servicecenter ØST
Anette Rønnholm	Bispebjerg Hospital
Ann Britt Holt	Suhr's Seminarium
Anna-Grethe Thøgersen	Findus Danmark A/S
Anne Bank Sørensen	JCVU Århus
Anne Lassen	Danmarks Fødevareforskning
Anne Marie Beck	Danmarks Fødevareforskning
Anne Marie Madsen	Plejhjemmet Ingeborggården
Anne Nielsen	Suhr's Seminarium
Anne Thøgersen	Ældrecentret Tolleruphøj
Anne Vibeke Thorsen	Danmarks Fødevareforskning
Anne-Lise Olsen, Køkkenchef	Rigshospitalet Centralkøkken
Annette Ellyt	Sygehus Vestsjælland - Slagelse Sygehus
Annette Hoff	Ældrecentret Tolleruphøj
Astrid Dahl	DTU, IPL
Bent Hansen	NNF Ringsted
Bente Nødkou	C&E Gastro-import
Bente Scheel-Krüger	Holbæk Centralsygehus
Bente Schiødt	Psykiatrisk Hospital i Århus Centralkøkkenet
Bente Sloth	Randers Centralsygehus
Birgit Petersen	Sct. Hans Hospital Centralkøkkenet
Birgitte Bruun	Bystævneparken - Centralkøkkenet
Birgitte Dinesen	Diakonissestiftelsen
Birgitte Hensch	KAS Gentofte
Birgitte Købke Jacobsen	Nutricia A/S
Birgitte Nielsen	Øselsgården
Birte Brorson	Miljøkontrollen
Birthe Jonsen	Ældre Sagen
Birthe Pugholm	Holbæk Centralsygehus
Bo Ege Hansen	Ældrecentret Tolleruphøj
Britta Busch	Hylleholtcentret
Camilla Bonde Holmegaard	Suhr's Seminarium
Camilla Jølver	Blindehjemmet Bredegård
Carsten Elert	NNF
Charlotte Bach-Dal	Health Care Consulting
Charlotte Bjørnkær	Kong Frederik den IX's Hjem
Charlotte Simson	Suhr's Seminarium
Christa Larsen	Støvring Højskole
Daniel Ostenfeld	Socialdemokratiet
Dorte Arslev	KAS Gentofte
Dorte Borup Jørgensen	KRAM Madservice A/S
Dorte Grau Hansen	Amager Hospital
Dorte Langgaard	Plejecentret Kærbo
Dorte Skipper	Hammel Neurocenter
Dorthe Elle Ilsøe	RUC, Institut for miljø, teknologi og samfund
Dorthe Pedersen	Dansk Industri
Elise Ølgaard Slavad	inco Danmark A.m.b.a.
Ella Abraham	

Else Marie Vesterager Lind
Else Molander
Elsemarie Olsen
Erik Schulz
Eva Engelund

Flemming Arp

Ghita Parry
Gitte Breum
Gitte Fogh Nielsen
Gitte Mikkelsen
Gotte Holm
Gudrun Lau Bjerno
Gunvor Bruus

Hanne Bach
Hanne Lund Axelsen
Hanne Pedersen
Hans Henrik Thyrted
Helle Thyge
Helle West
Henny Brix
Henriette Højsteen
Henriette Skibdal
Henrik Blum-Hansen
Henrik Clausen
Henrik Dyrby Mogensen
Henrik Kjær
Henrik Marcussen

Henrik Mertins
Henrik Seest
Henrik Vestergaard

Ilse Bach
Inge Geertsen
Ingeborg Thusgaard
Inge-Lise Popperud
Inger-Lise Frederiksen

Jan Michelsen
Janne Kappel
Janni Madsen
Jens A.W. Holm
Jens Adler-Nissen
Jens Egsgaard
Jens Kofod
Jens Therkel Jensen
Jette Christensen
Joan Agine
Johnny Jørgensen
Jonna Sylow
Julie Lindberg Skovmand
Jytte Aaen
Jørgen Mariager

Karen Margrethe Lehmann
Karen Margrethe Pedersen
Karen Thomsen
Karin Bredgaard
Karin Dankjær
Karin Elmquist
Karin Nødgaard
Karin Wiene Jacobsen
Karin Østergaard
Karina Stenskrøg Larsen

Hørsholm sygehus
Fødevarerstyrelsen
Sundhedscenter Trongården
Hørkram Schulz Food Service A/S
DTU

Kost & Ernæringsforbundet
Amtssygehuset i Glostrup Centralkøkkenet
Skælskør Kommune Madservice
Gentofte Kommune
Københavns Kommune
BioInfo, Danmarks Veterinær og Jordbrugsbibliotek
Plejhjemmet Strandmarkshave

HTS Interesseorganisationen
Roskilde Kommunes Lokalkøkken
Æblehaven - Fakse
Danish Crown
Kirsebærbacken
Omsorgscentret Kærbo

Ældrekontoret Vanløse Brønshøj Husum

ECB A/S Kødbyen
Catering Engros A/S
EUD/KØA Uddannelsescentret i Roskilde
HK/Centrum, Sjælland
Holbæk Centralsygehus Ernæringsrådet - Sygehus
Vestsjælland
Oscar A/S
KRAM Madservice A/S

Suhr's Seminarium
Holbæk Centralsygehus
Sygehus Vendsyssel Hjørring
Horsens Kommune
Plejhjemmet Johannesgården

Spis brød til
Øselsgården
Privathospitalet Hamlet A/S
C&E Gastro-import
DTU Biocentrum
Københavns Kommune
Danmarks Fødevarerforskning
Fødevarerstyrelsen
Døgnplejen Østbornholm
Frederiksberg Kommunes Hjemmepleje
Peder Lykke Centret
Helsingør Sygehus
Suhr's Seminarium
Sygehus Vendsyssel Hjørring
Praktiserende læge

Lyngby-Taarbæk Kommune
Grindsted Sygehus
Betania Hjemmet
Bystævneparken - Centralkøkkenet
Danmarks Fødevarerforskning, Afdeling for Ernæring
Roskilde Kommunes Lokalkøkken
Medlem af Folketinget (DF)
Nykøbing Sjælland Sygehus
jcvu - ernæring og sundhed
Kirsebærbacken

Karsten Skawbo-Jensen
Katrine Skagen
Kenneth Virkelyst Nielsen
Kirsten Bak Hansen
Kirsten Blicher Friis
Kirsten Fyllgraf Andersen
Kirsten Koudal
Kirsten Lindemann
Kirsten Nyland
Kirsten Sivertsen
Kirsten Sommer
Kirsten Thostrup
Klara Marie Mikkelsen
Kim Kristensen
Kristine Kokbøl

Laila Engebretsen
Laila Toft
Lars Grønbæk
Lars Peter Bergqvist
Lars Wildt
Lau Svendsen-Tune
Laust Sørensen
Lene Dahl Larsen
Lene Dale
Lene Hansen
Lene Møller Christensen
Lene Schönemann
Lene Sillasen
Lina Maria Johnsson
Linda Jonesco
Lis Hauerslev
Lis Nøhr
Lisbet Nielsen
Lisbeth Vester Olesen
Lise Justesen
Lise Lotte Bjerge
Liselotte Boas
Lone Chrisander
Lone Jørgensen
Lone Melciorsen
Lone Møller
Lotte Fovsholm
Lotte Kirk
Lotte Møllerup
Lotte Aaen
Louise Hechmann
Louise Rasmussen
Lykke Hansen
Lykke Thostrup

Magdalena Marczak
Maja Ramsgård
Majken Alexander
Margit Dörffer
Marianne Lange
Marianne Reitz
Martin Dauw Jacobsen
Martin Kristiansen
Martin Skov Rasmussen
Mattias Afzelius
Max Nielsen
Melinda Frandix
Merete la Motte
Mette Aaltonen
Mona Petersen

Patientforeningen Danmark
Socialministeriet Socialfagligt Center, Ældreheden
Peder Lykke Centret
Agrova Food
Frydenholms Skolemad
Stenløse Kommune Køkkenet
Amtssygehuset i Gentofte
Plejhjemmet Kredens Hus
Fresenius Kabi
Holbæk Centralsygehus
Helsingør Kommune
Horsens Kommune
ISS Facility Services
Kristensen
Miljøkontrollen

Døgnplejen Østbornholm
Lindevejscentret

RestaurationsBranchens Forbundet
Plejeboligerne Østervang
Københavns Kommune
Betania Hjemmet
Kost og Ernæringsforbundet
Hermann Koch Gården
Medlem af Folketinget (S)
Danmarks Fødevareforskning
Frederiksberg Hospital
Sundhedsforvaltning
Københavns Kommune
Bystævneparken - Centralkøkkenet
Plejhjemmet Johannesgården
Plejecentret Sjælsø
Ministeriet for Familie- og Forbrugeranliggender
Medirest
Suhr's Seminarium
Kost og Ernæringsforbundet
inco Danmark A.m.b.a. Salgsafdelingen
Unilever Foodsolutions
Ældrekontoret Vanløse Brønshøj Husum
Plejecentret Sjælsø
Medlem af Folketinget (S)
Bystævneparken - Centralkøkkenet
Silkeborg Centralsygehus
Kost & Ernæringsforbundet
Centralkøkkenet - Næstved Kommune
Suhr's Seminarium
KAS Gentofte
KRAM Madservice A/S
BioInfo, Danmarks Veterinær og Jordbrugsbibliotek

MM Institut
Århus Sygehus
Diakonissestiftelsen
Slagteriernes Forskningsinstitut
Omsorgscentret Bakkegården
Centralkøkkenet - Næstved Kommune
Det Danske Madhus
Landbrugsraadet
Københavns Økologiske Sunde Skolemad
Fresenius Kabi
Findus Danmark A/S
Holbæk Centralsygehus Anæstesi- og operationsafd.
Bystævneparken - Centralkøkkenet
Krogstenshave Plejehjem Serviceenheden
Plejecentret Sjælsø

Nanna Thrane
Nelle Søndermark
Niels Heine Kristensen
Niels Rasmus Poulsen
Niels Rørdam Holm
Nils Lønstrup

Ole Hoffmann Sørensen
Ole Myglegård
Orla Zinck

Pernille Hansted
Pernille Nørbak
Peter Hansen
Peter Wedelheim
Pia Hein Grimm
Pil Ammundsen

Rikke Nymann
Rikke Pedersen
Ruth Nyholm

Signe Frese
Simone Eliasson
Sofie Krogh Andersen
Steen Kledal
Steen Krogh
Stella Larsen
Sune Læborg
Susanne Bak
Susanne Hjortsberg
Susanne Hviid
Susanne Jonasen
Susanne Nørregaard
Susanne Westergren

Tea Wad
Tina Gotschalk
Tina Juul Rasmussen
Tina Kragh Mikkelsen
Tine Skriver
Tove Drejer
Tove Hald Nielsen
Trine Claudi Mortensen

Ulla Bahne Rasmussen
Ulla Lundstrøm
Ulla Møller Christensen

Vibe Nemming
Vibeke Søndergaard

Yrsa Hørby

Åse Toft Gydesen

Oplægsholdere:

Anne Marie Beck
Anne-Birgitte Agger
Bent Egberg Mikkelsen
Ghita Parry
Gitte Breum
Gitte Holm
Henrik Højgaard Rasmussen
Jens Christian Elle
Jens Kofod
Jens Olsen

Suhr's Seminarium
Ankerhus Seminarium
DTU, Institut f. Produktion og Ledelse
Roskilde Kommunes Lokalkøkken
Medirest Danmark
RestaurationBranchens Forbundet

Psykiatrisk Hospital i Århus Centralkøkkenet
Suhr's Seminarium
Dansk Catering Center

Rigshospitalet Centralkøkkenet
Aalborg Sygehus
Sygehus Vestsjælland - Slagelse Sygehus Køkkenet
Oscar A/S
Kost og Ernæringsforbundet
Spis brød til

Suhr's Seminarium
KAS Gentofte
Hospital, sygeplejerske

WWF Verdensnaturfonden
Frederiksberg Kommune
Sofieka Consult
Scandinavian Brewers Review
LSG Skychefs
Hospital
Bispebjerg Hospital
Kost og Ernæringsforbundet
Tulip Food Company
Krogstenshave Plejehjem Serviceenheden
De Gamles By Centralkøkkenet
Plejecentret Øresundshjemmet
Sundhedsforvaltningen

Suhr's Seminarium
Novartis Healthcare A/S
Kost & Ernæringsforbundet
Suhr's Seminarium
HTS Interesseorganisationen
Psykiatrien i Nordjyllands Amt Centralkøkkenet
KAS Gentofte
Catering Engros A/S

LUNDSTRØM
Kost og Ernæringsforbundet - Herning

Peder Lykke Centret

Ældrecentret Tolleruphøj

Grindsted Sygehus

Danmarks Fødevareforskning Afdeling for ernæring
Aggers Selskab
Danmarks Fødevareforskning
Kost & Ernæringsforbundet
Amtssygehuset i Glostrup Centralkøkkenet
Københavns Økologiske Sunde Skolemad
Aalborg Sygehus
DTU Innovation og bæredygtighed
Danmarks Fødevareforskning
Center for anvendt Sundhedstjenesteforskning

Karin Østergaard Lassen
Linda Greffel
Niels Rørdam Holm
Ulla Johansson

Ortopædkirurgi Nordjylland
Medirest Danmark
Malmö Stad, Skolrestaurangerna

Bisiddere:

Kirsten Skovsby
Margit Dörffer
Peter Lindhqvist
Susanne Westergren

Kost & Ernæringsforbundet
Medirest Danmark
Malmö Stad, Skolrestaurangerna
Sundhedsforvaltningen

Politisk panel:

Inger Støjberg
Mette Gjerskov
Martin Henriksen
Per Ørum Jørgensen
Elisabeth Geday
Kristen Touborg
Per Clausen
Christian H. Hansen

Medlem af Folketinget (V)
Medlem af Folketinget (S)
Medlem af Folketinget (DF)
Medlem af Folketinget (KF)
Medlem af Folketinget (RV)
Medlem af Folketinget (SF)
Medlem af Folketinget (EL)
Medlem af Folketinget (DF)

Teknologirådet:

Anders Hoff
Anne Funch Rohmann
Jacob Skjødt Nielsen
Vivian Palm

Teknologirådet
Teknologirådet
Teknologirådet
Teknologirådet

Teknologirådets udgivelser 2003 – 2005

Teknologirådets rapporter:

"Retssikkerhed og aktivt medborgerskab i digital forvaltning"
Anbefalinger fra en arbejdsgruppe under Teknologirådet.
Teknologirådets rapport 2005/13

"Balancen mellem arbejdsliv og andet liv"
Teknologirådets rapport 2005/11.

"Husdyrbrug og miljøgodkendelser"
Resumé og redigeret udskrift af høring i Folketinget den 25. maj 2005.
Teknologirådets rapport 2005/10.

"Retssikkerhedsmæssige konsekvenser af kommunalreformen"
Resumé og redigeret udskrift af høring i Folketinget tirsdag den 3. maj 2005.
Teknologirådets rapport 2005/8.

"Anbefalinger til fremtidens patentsystem"
Rapport fra en arbejdsgruppe under Teknologirådet.
Teknologirådets rapport 2005/6.

"Nye GM-planter – ny debat"
Borgerjury afholdt af Teknologirådet.
Teknologirådets rapport 2005/5.

"Bedre miljø for børnene – et oplæg til handling"
Vurderinger og anbefalinger fra en arbejdsgruppe under Teknologirådet.
Teknologirådets rapport 2005/4.

"Energi i fremtiden – globale, regionale og nationale udfordringer"
Resumé og redigeret udskrift af høring i Folketinget den 19. januar 2005.
Teknologirådets rapport 2005/1.

"Fødevarerudbuddet i Danmark – myter og facts"
BioForum-konference den 2. juni 2004 for BIOSAM på Christiansborg.
Teknologirådets rapport 2004/10

"Energiteknologi som vækstområde"
Konference i Landstingssalen mandag den 27. oktober 2004.
Teknologirådets rapport 2004/9

"Energikatalog" Teknologier der udnytter vedvarende energi.
Teknologirådets rapport 2004/8

"Erfaringer med sameksistens - høring om erfaringer med sameksistens mellem genmodificerede afgrøder og konventionelle og økologiske afgrøder"
Resumé og redigeret udskrift af høring for BIOSAM i Folketinget den 11. maj 2004.
Teknologirådets rapport 2004/7.

"Viden og information om lægemidler"
Resumé og redigeret udskrift af høring i Folketinget den 8. juni 2004.
Teknologirådets rapport 2004/6.

"Når havet stiger /Nyt klima-nyt liv?"
Rapport fra en arbejdsgruppe under Teknologirådet.
Teknologirådets rapport 2004/5.

"IT-infrastrukturens sårbarhed"
Rapport og anbefalinger fra en arbejdsgruppe under Teknologirådet.
Teknologirådets rapport 2004/4.

"Medicin til raske – en syg idé?"
Resumé og ekspertoplæg fra konference på Christiansborg den 21. januar 2004.
Teknologirådets rapport 2004/3.

"Sundhedsrisici ved mobiltelefoni"
Resumé og redigeret udskrift af høring i Folketinget den 10. marts 2004.
Teknologirådets rapport 2004/2.

Andre udgivelser:

BIOSAM videndeling og samarbejde i den bioteknologiske debat.
Teknologirådet december 2004

"Farmakogenetikens fremtid i Danmark"
BIOSAM, oktober 2003.

"Den globale centrifuge. Et debatoplæg om teknologi og globalisering". Teknologirådet, april 2002.

Nyhedsbrevet "Fra rådet til tinget":

Nr.208 10/05: Verdens varer flyder i olie
Nr.207 09/05: Globalisering skal være en folkesag
Nr.206 09/05: Svin og miljø savner enkle regler
Nr.205 08/05: Ny arbejdskultur truer livet
Nr.204 06/05: Betinget ja til nye GM-planter
Nr.203 05/05: Reform rykker ved retssikkerhed
Nr.202 05/05: Et bedre miljø for børnene

BIOSAM Informerer:

Nr.23 06/04: GMO til Danmark
Nr.22 06/04: Den digitale patient
Nr.21 06/04: Hvornår flyver grisene?
Nr.20 06/04: Hvad får du i kurven?
Nr.19 06/04: Sundhedsvæsenet ved en korsvej

TeknologiDebat Fokus:

TD3/2005: Ny GMO- muligheder og konsekvenser
TD2/2005: Teknologirådet 1995-2005
TD1/2005: Årsberetning 2004
TD4/2004: Kampen om tiden
TD3/2004: Røg, støj og møg – det ik' for børn
TD2/2004: Mere vand – mindre land
TD1/2004: Årsberetning 2003

Alle Teknologirådets udgivelser kan læses og hentes gratis fra Rådets hjemmeside www.tekno.dk

Gratis nyhedstjenester:

- Abonner på Teknologirådets elektroniske nyhedsbrev TeknoNyt, der orienterer om hvad der sker i Teknologirådet og i teknologiens verden. Send en mail til tekonnyt@tekno.dk
- Abonner på Teknologirådets nyhedsbrev til Folketinget "Fra rådet til tinget" ved at sende en mail til rtt@tekno.dk