

Offentlig forplejning

Resumé og redigeret udskrift af høring for Folketingets
Fødevareudvalg den 12. oktober 2005 i Landstingssalen

Offentlig forplejning

Resumé og redigeret udskrift af høring
for Folketingets Fødevareudvalg
den 12. oktober 2005 i Landstingssalen

**Projektledelse i
Teknologirådets sekretariat:**

Anne Funch Rohmann, projektleder

Jacob Skjødt Nielsen, projektmedarbejder

Vivian Palm, projektsekretær

Resumé:

Jakob Vedelsby

Redigeret udskrift:
Folketingstidende og
Teknologirådet

Tryk:

Folketingets trykkeri

ISBN: 87-91614-12-0

ISSN: 1395 - 7392

Rapporten bestilles hos:

Teknologirådet
Antonigade 4
1106 København K
Telefon: 33 32 05 03
Fax: 3391 0509
E-mail: tekno@tekno.dk

Rapporten kan hentes på Teknologirådets
hjemmeside www.tekno.dk

Teknologirådets rapporter 2005/14

Forord

Denne rapport indeholder en redigeret udskrift af en åben høring om sundhed og kvalitet i den offentlige forplejning, som blev afholdt på Christiansborg den 12. oktober 2005. Høringen blev arrangeret for Folketingets Fødevarerudvalg af Teknologirådet.

Fødevarerudvalget ønskede med høringen at sætte fokus på sundhed og kvalitet i den offentlige forplejning. Formålet var at afdække hvad der skal til fra politisk side for at kunne øge kvalitet i forplejningen og borgernes sundhed og eventuelt udvide bespisningen til også at omfatte skolemad.

Denne rapport indledes med et resumé af høringen, som fremdrager de centrale problemstillinger, der blev diskuteret på høringen. Dernæst er der optrykt en udskrift af alle høringens mundtlige ekspertoplæg og den efterfølgende spørge- og debatrunde med politikerpanelet og tilhørerne i salen. Oplægsholdernes skriftlige indlæg er derpå optrykt, som de fremstod i den høringsmappe, der i forvejen var blevet udleveret til politikerne og lå fremme til deltagere på dagen. Høringens program og deltagerliste findes bagerst i rapporten.

Denne høringsrapport kan også ses og downloades fra Teknologirådets hjemmeside www.tekno.dk under høringer eller bestilles ved henvendelse til Teknologirådet. I forbindelse med høringen om 'Offentlig forplejning' har Teknologirådet lagt lydfiler af høringen på rådets hjemmeside, hvor de kan downloades.

Teknologirådet vil gerne benytte lejligheden til at takke høringens oplægsholdere, samt Folketingets udvalgsafdeling og administration.

Teknologirådet, november 2005

Anne Funch Rohmann, projektleder
Jacob Skjødt Nielsen, projektmedarbejder

Indholdsfortegnelse

Program: Offentlig forplejning	6
Høringens spørgepanel – medlemmer af Fødevarerudvalget:	8
Resumé af høringen	9
Redigeret udskrift	18
Mad, mennesker og sundhed – hvordan hænger det sammen?	18
Henrik Højgaard Rasmussen	18
Anne Marie Beck	20
Ghita Parry	22
Jens Erik Kofod.....	23
Spørgsmål fra politikerpanelet.....	25
Spørgsmål fra salen.....	35
Den offentlige forplejning i Danmark	38
Anne Marie Beck	38
Bent Egberg Mikkelsen	39
Karin Østergaard Lassen	42
Jens Christian Elle.....	44
Spørgsmål fra politikerpanelet.....	47
Spørgsmål fra salen.....	55
En mere målrettet ernæringsindsats	57
Susanne Jensen	57
Linda Greffel.....	59
Gitte Breum.....	61
Spørgsmål fra politikerpanelet.....	64
Spørgsmål fra salen.....	69
Mad i skoler og børneinstitutioner	71
Bent Egberg Mikkelsen	72
Ulla Johansson.....	74
Gitte Holm.....	76
Spørgsmål fra politikerpanelet.....	78
Fremtiden i sektoren med hensyn til innovation inden for sundhed og kvalitet	81
Niels Rørdam Holm.....	81
Anne Birgitte Agger	83
Spørgsmål fra politikerpanelet.....	86
Spørgsmål fra salen.....	89
Facts om forplejning	93
Præsentation af oplægsholdere	95
Anne-Birgitte Agger.....	95
Anne Marie Beck.....	95
Bent Egberg Mikkelsen	95
Ghita Parry	96
Gitte Breum.....	96
Gitte Holm.....	96
Henrik Højgaard Rasmussen	96
Jens Christian Elle.....	97
Jens Kofod.....	97
Jens Olsen	97
Karin Østergaard Lassen	98
Linda Stampe Greffel.....	98
Niels Rørdam Holm.....	98
Susanne Jensen	99
Ulla Johansson.....	99

Skriftlige oplæg	100
Offentlig forplejning på sygehuse, ældreplejen og andre offentlige institutioner.....	102
Af Henrik Højgaard Rasmussen	102
Hvordan ser den danske kostpolitik ud på ældreområdet?	108
Af Anne Marie Beck	108
Bilag. Anbefalinger til fremtidig handling	113
Kost og Ernæringsforbundet	115
Af Ghita Parry	115
Mad, mennesker og sundhed	120
Af Jens Kofod	120
Den offentlige forplejning - historie, regulering, status og udviklingsbehov.....	125
Af Bent Egberg Mikkelsen.....	125
Ernæring på sygehuse.....	130
Af Karin Østergaard Lassen og Jens Olsen	130
Det velduftende plejehjem	135
Af Jens Christian Elle	135
En mere målrettet ernæringsindsats.....	140
Af Susanne Jensen	140
Offentlig forplejning, erfaring og anbefalinger.....	143
Af Linda Stampe Greffel	143
Det drejer sig om smag	146
Af Gitte Breum.....	146
Mad på skoler - den direkte vej til sundere kostvaner?	149
Af Bent Egberg Mikkelsen.....	149
Skolemåltider i Sverige.....	154
Af Ulla Johansson	154
Københavns Økologiske Sunde Skolemad (KØSS)	156
Af Gitte Holm	156
Hvordan er fremtiden i sektoren med hensyn til innovation inden for sundhed og kvalitet?	161
Af Niels Rørdam Holm	161
En række store økologiske omlægningsprojekters resultater viser.....	166
Af Anne-Birgitte Agger	166
Europarådets resolution om sund kost på skoler.....	170
Europarådet, Ministerkomitéen	170
Resolution om mad og ernæringsmæssig pleje på hospitaler	172
Europarådet, ministerkomitéen	172
Deltagerliste	180

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 Egeberg Mikkelsen*, seniorforsker, Danmarks Fødevareforskning

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 Rørdam Holm*, produkt- og udviklingschef, Medirest A/S

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

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

Spørgsmål fra spørgepanelet og opsamlende debat

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

Høringens spørgepanel – medlemmer af Fødevareudvalget

Inger Støjberg (V)
Mette Gjerskov (S)
Martin Henriksen (DF)
Elisabeth Geday (RV)
Henrik Højgaard Rasmussen (SF)
Per Clausen (EL)

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

Resumé af høringen

Overvægt og underernæring

Offentlig mad bliver serveret i daginstitutioner, døgninstitutioner, skoler, fængsler, militæret, på hospitaler og plejehjem og til ældre og syge i eget hjem. Det bliver til en halv million måltider hver dag og en udgift på ca. 4 mia. kr. på årsbasis. Og da kosten har stor indflydelse på helbredet, har offentlige forplejning stor indflydelse på folkesundheden. Problemstillingen er den, fremgik det på høringen, at den danske folkesundhed kunne have det langt bedre – og at vi i relation til kosten står overfor to hovedudfordringer: Underernæring og overernæring. I 2005 er 50 pct. af alle voksne danskere overvægtige. Overvægt og fedme er på 30 år tredoblet blandt børn og unge. 40 pct. af hospitalspatienter er i ”ernæringsmæssig risiko”. 60 pct. af ældre i hjemmepleje/plejehjem er undervægtige, 20 pct. underernærede. Både overvægt og underernæring giver øget sygdomsrisiko, ringere livskvalitet og større dødelighed. Spørgsmålet er, hvad samfundet, via den offentlige forplejning, kan gøre for at tackle disse udfordringer? Her er nogle af de ekspertbud, der kom frem på høringen:

- Sæt borgeren i centrum i forhold til al offentlig forplejning (sådan er det ikke i dag)
- Indfør madordninger i offentlige vuggestuer, børnehaver og skoler, der følges op med pædagogiske tiltag og kostrelateret undervisning
- Syge har behov for en helt anden kostsammensætning end raske – den viden skal slå igennem på hospitaler og i plejesektoren
- Ledelsen på hospitaler og plejehjem skal sætte ernæring øverst på dagsordenen (manglende ledelsesfokus er i dag en hovedårsag til, at området prioriteres lavt)
- Skab kontakt mellem køkkenpersonalet, plejepersonalet og patienten/den ældre – fx ved at ansætte ernæringsassistenter, der sikrer individuel kost og assistance i spisesituationen
- Mad skal være en del af behandlingen på sygehuset – en integreret del af ”det gode patientforløb”. Det indebærer retningslinier, standarder og opfølgning
- Find og hjælp ældre i underernæringsrisiko gennem tværfagligt samarbejde, hvor al sundhedspersonel, den ældre potentielt har kontakt med, har fokus på området
- Erkend vigtigheden af selve spisesituationen og det sociale element og skab ordentlige rammer at indtage maden i på plejehjem og hospitaler. Opret madklubber i lokalområdet og fællesspisning på plejehjem for hjemmeboende ældre
- Løbende efteruddannelse for alle personalegrupper, der beskæftiger sig med offentlig mad

Mad gør syg – og rask

Henrik Højgaard Rasmussen, overlæge ved Aalborg Sygehus Syd og ph.d. ved Århus Universitet, fastslog, at mad er ”potent stof”, der har stor betydning for menneskers sundhed og trivsel. Hvis kosten var et medicinsk præparat, ville den formodentlig indtage førstepladsen over medicinske præparater, sagde han og fortsatte: Kosten indvirker på helbredet og man kan både blive syg af at spise for meget, for lidt og forkert. Ved at spise den rigtige kost kan man også forebygge, behandle og helbrede sygdomme. WHO vurderer, at en tredjedel af alle dødsfald som følge af hjertekarsygdom kan forebygges ved en forbedret kost, sagde han og pointerede, at det er nødvendigt at skelne mellem mad til raske og syge. I forhold til raske mennesker bør man følge de officielle kost- og motionsråd for at undgå overvægt, mens syge typisk har behov for en helt anden kostsammensætning for at komme til hæfterne. Indsatsen i forhold til sidstnævnte er generelt for ringe på hospitalerne, mente han og henviste til en undersøgelse, der viser, at 40 pct. af de indlagte på en tilfældigt udvalgt dansk hospitalsafdeling er i ”ernæringsmæssig risiko”. For ældre i henholdsvis ældreboliger, på plejehjem og i hjemmene gælder det, at henholdsvis 25 pct., 47 pct. og 10 pct. indtager mindre end deres energibehov. Konsekvenserne er bl.a. svage muskler, flere infektio-

ner og et generelt set forringet helbred og øget dødelighed. Omvendt viser forskningen, at den rigtige, individuelt tilpassede kost nedsætter antallet af komplikationer, sikrer bedre livskvalitet, hurtigere udskrivelse og nedsat dødelighed. Det er samtidig 50 pct. dyrere at tage sig af en underernæret i eget hjem, i forhold til at gøre det på hospitalet, hvilket er et af flere økonomiske incitamenter for at sikre de syge en ordentlig ernæring på hospitalerne, sagde han.

Henrik Højgaard Rasmussen fortalte videre, at Europarådet i 2003 vedtog en resolution, som bl.a. fastslår, at antallet af underernærede patienter på sygehuse i Europa er uacceptabelt højt. Det fremgår også af resolutionen, at god hospitalskost og ernæringsterapi har en gunstig effekt på patienters rehabilitering og livskvalitet – og at adgang til sund og varieret kost på den baggrund bør være en fundamental menneskerettighed. I forlængelse heraf udgav sundhedsstyrelsen et sæt retningslinier for håndtering af patienter i ernæringsmæssig risiko. Retningslinierne foreskriver bl.a., at alle patienter skal have kortlagt deres ernæringsmæssige status ved hospitalsindlæggelse, og at patienter i ernæringsmæssig risiko skal have lagt en målrettet behandlingsplan, som bl.a. rummer en vurdering af energibehov og relevante kostformer. Retningslinierne er, ifølge Henrik Højgaard Rasmussen, ved at blive implementeret på danske sygehuse – og han var fortrøstningsfuld i relation til deres effekt. Dog pegede han samtidig på det, han anså for at være et væsentligt problem, nemlig at få patienterne til faktisk at spise maden. Forskning viser, at spisesituationen er afgørende for hospitalspatienternes madindtag, men netop viden om, hvilke faktorer, der er væsentlige for at patienten indtager måltidet, er sparsomme. Det samme er tilfældet for gamle og svage på plejehjemmene og i de private hjem. På det felt er vi ikke dygtige nok endnu, sagde han og opfordrede til, at ernæring bliver en obligatorisk del af lægers og sygeplejerskers uddannelse og efteruddannelse. En mulighed er også at gøre ernæring til et nyt speciale, så man kan blive speciallæge i ernæring. Samtidig bør ernæring indgå i de kvalitetsmål, som man binder sygehuse op på i fremtiden, sagde Henrik Højgaard Rasmussen og understregede, at det er utrolig vigtigt, at sygehusledelsen har fokus på ernæring og sørger for, at der er en klar ansvarsfordeling på området.

Hver femte er underernæret

Anne Marie Beck, klinisk diætist, seniorforsker ved Danmarks Fødevareforskning, koncentrerede sig primært om kost til ældre på plejehjem og i private hjem, men havde også en kommentar til hospitalernes håndtering af ernæringsspørgsmål: Selvom vi længe har vidst, at underernæring hos syge er særdeles alvorligt, er hospitalerne stadigvæk bedre til at registrere patienternes toiletbesøg end deres madindtag. Det er uacceptabelt, mente hun og gik over til at referere en sag fra Patientklagenævnet, hvor de pårørende til en beboer på et plejehjem havde fået medhold i, at deres slægtning var blevet forkert behandlet. Han havde haft symptomer som træthed, uvilje mod at bevæge sig, begyndende depression og en problematisk infektion – alt sammen tegn på underernæring, hvad personalet dog ikke havde reageret på. Det viste sig, at ingen på plejehjemmet havde forholdt sig til hans kostmæssige behov i forlængelse af den sygdom (hjerneblødning), som havde ført til, at han var flyttet ind på plejehjemmet. Der var intet tværfaglig samarbejde mellem plejehjemmets plejepersonale og køkkenpersonale, og ingen havde talt med beboeren om, hvad han havde lyst til at spise. Resultatet var massiv og livstruende underernæring, som først blev opdaget, da han blev indlagt på hospitalet på grund af infektionen.

Ifølge Anne Marie Beck er underernæring et udbredt problem blandt ældre i hjemmepleje og på plejehjem. Ca. 20 pct. har en BMI under 18,5 og er dermed underernærede, mens hele 60 pct. har en BMI under 24 og er dermed undervægtige. Ernæringsrådet anbefaler, at mad til ældre er rig på energi og næringsstoffer og består af mange små måltider, men en undersøgelse blandt 314 offentlige køkkener i Danmark fra 2002 viser, at man kun i få af køkkenerne følger disse anbefalinger. Samtidig overvåger man kun de færreste steder de ældres ernæringstilstand systematisk, ligesom de ældre sjældent inddrages i madlavningen. Deres indflydelse på maden og mulighederne for at vælge mellem forskellige retter er også begrænset. Desuden er dialogen mellem køkkenet, plejepersonalet og de ældre om måltiderne og maden typisk mangelfuld. Derimod gør de fleste plejehjem en del ud af spisemiljøet, men det er tilsyneladende ikke nok til at rette op på problemet, som altså er, at mange har en dårlig ernæringstilstand, sagde Anne

Marie Beck, der mente, at samfundet skulle sætte ind med følgende handlinger for at rette op på problemerne: Risikogrupper i forhold til underernæring skal findes tidligt gennem et tværfagligt engagement og samarbejde, hvor alle behandlere, den ældre kan komme i kontakt med – fx ved visitation til hjemmepleje og plejehjem, efter sygehusophold og i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg etc. – har fokus på området. Samtidig skal maden tilpasses det enkelte menneskes behov, ligesom madens indhold af energi og næringsstoffer skal være i orden. Der skal også større fokus på spisemiljøet – ældre skal have adgang til spisefællesskaber, der kan understøtte deres sociale og mentale velbefindende. Personalets viden om ældres ernæring og måltidets sociale aspekter skal øges gennem efteruddannelse. Og på plejehjem skal der være så meget personale til stede, at de ældre, der har behov for det, kan få hjælp i spisesituationen, sagde Anne Marie Beck, der også anbefalede, at de ældre i det omfang, det er muligt, bliver inddraget i praktiske forhold som indkøb, madlavning og borddækning.

Gab mellem køkken og brugere

Ghita Parry, formand for Kost- og Ernæringsforbundet, sagde, at offentlig forplejning har til formål at sikre mennesker den rigtige ernæring. Men vi må ikke glemme, at det netop er mennesker, det drejer sig om – og at mennesker er forskellige. Ernæring er ikke blot et spørgsmål om overlevelse, men er også forbundet med nydelse og socialt samvær. Derfor er det vigtigt, at vi sætter borgeren i centrum i forhold til al offentlig forplejning – og sådan er det ikke i dag, sagde hun og opfordrede til en holdningsændring på alle offentligt finansierede spisesteder: Vi skal være dygtigere til at skabe et team med deltagelse af alle de personalegrupper, der har kontakt med brugerne. Samtidig skal vi, der laver maden, være med i hele processen frem til, at den ligger på tallerkenen. Hun anbefalede en model, hvor man etablerer en central køkkenorganisation, som har ansvar for al offentlig bispisning i kommunen – både til børn, unge, gamle og syge. Fordelen er, at medarbejderne i en sådan køkkenorganisation har mulighed for at opbygge stor viden om korrekt ernæring, tilberedning, indbydende anretning og om at skabe rammerne for det gode måltid. Samtidig kan man udnytte stordriftsfordele og få økonomisk fordelagtige aftaler i stand med leverandørerne.

Er det i virkeligheden sådan i dag, at man bliver frataget sin valgfrihed i forhold til mad, når man kommer på plejehjem? lød et spørgsmål fra politikerpanelet. Ghita Parry svarende, at ingen forskning endnu har afdækket, hvorvidt det har betydning for sundhedstilstanden, om man har stor valgfrihed. Men situationen i dag er, at den offentlige forplejning ikke kan tilgodeses alles ønsker. Vores vurdering er, at mange problemer kan løses ved at etablere en værtinde- eller værtfunktion om plejhjemsbeboeren eller patienten på hospitalet – en ernæringsassistent, der kan opmuntre, vejlede og rådgive brugerne, sikre at alle er tilfredse og være bindeled mellem køkkenet og de mennesker, maden bliver lavet til. Her er der nemlig et gab i dag, sagde Ghita Parry.

Jens Erik Kofod, antropolog ved Danmarks Fødevarerforskning, forsker i årsagerne til, at mange ældre på plejehjem og enlige i hjemmepleje ikke har lyst til at spise og at flertallet derfor vejer for lidt. "Det er ikke så meget maden, jeg går ud for. Det er oplevelsen af at der sker noget omkring mig," citerede Jens Erik Kofod en 77-årig enlig, hjemmeboende mand, der benyttede et tilbud om at spise på det lokale plejehjem, for at udtale. Og for de hjemmeboende går det netop igen, at de ikke betragter det at spise alene som et reelt måltid – og at spisning derfor er noget, der skal overstås. Tilsvarende fremhæver mange plejhjemsbeboere, der bliver bedt om at beskrive en god spiseoplevelse på plejhjemmet, det som den vigtigste faktor, at de selv har valgt dem, de spiser sammen med. Madens kvalitet har også stor betydning for spiseoplevelsen, men kommer faktisk ind på andenpladsen, fortalte Jens Erik Kofod, der på den baggrund mente, at et afgørende skridt for at imødegå underernæring er at forbedre rammerne om måltidet. For at underbygge dette yderligere refererede han følgende beretning fra et plejehjem: Beboerne sidder sammen ved små firemandsborde, ved et af dem sidder fire kvinder altid sammen. De er glade for maden og roser personalet. Men da en af kvinderne bliver syg og ikke kan deltage i måltiderne, smager maden ikke længere de tre tilbageblevne. Da kvinden dør, bliver de tre generelt utilfredse med maden og klager jævnlige. Da den kvinde, der flytter ind i den afdødes lejlighed og får hendes plads ved bordet, er faldet til med de tre andre, begynder de igen at blive glade for maden og roser igen personalet.

Flere spørgsmål fra politikerpanelet drejede sig om, hvordan samfundet griber situationen an med de enlige ældre i eget hjem. Hertil replicerede eksperterne, at der allerede foreligger mange kvalificerende bud på, hvad samfundet kan gøre i forhold til denne målgruppe. Fx har man i Århus Kommune etableret madklubber, så ældre enlige ikke behøver at spise alene. Tilsvarende har Københavns Kommune en ordning med fællesspisning på plejehjem for hjemmeboende – et initiativ, som, udover den ernæringsmæssige gevinst, har haft stor succes i forhold til social netværksdannelse blandt de ældre.

Der er også behov for at forbedre spisesituationen på hospitalerne – og spisefaciliteter bør indgå som et vigtigt element i al fremtidigt hospitalsbyggeri, mente Anne Marie Beck. Der blev nævnt flere hospitalsforsøg med fokus på spisning – fx "Roomservice" på Rigshospitalet, hvor patienterne har haft større valgmulighed, og hvor personalet bruge ressourcer på den enkelte patients kost og bl.a. følger op på, hvad de spiser, hvilket har vist sig at have positiv indflydelse på patienternes madindtag. Plejepersonalet skal være køkkenets forlængede arm og gøre mere ud af at "sælge" maden til hospitalspatienter og plejehjemsbeboere, lød det.

Ingen prestige i offentlig mad

Bent Egberg Mikkelsen, bromatolog, seniorforsker ved Danmarks Fødevarerforskning, sagde, at offentlig bespisning på mange måder er et perifert samfundsområde – fx er ansatte, der er beskæftiget i hospitalskøkkener, blandt de lavest lønnede i sygehusvæsenet. Området er blevet udsat for massive besparelser i de sidste 10 år. Samtidig lever køkkenerne ofte deres helt eget liv uden at have kontakt med brugerne. På linie med Ghita Parry, så han et behov for at skabe langt større sammenhæng mellem køkken og brugere. Der er også behov for større tværfaglighed – forstået på den måde, at mange flere skal tale sammen om at sikre ordentlig offentlig mad, sagde Bent Egberg Mikkelsen, der mente, at der bør forskes mere i offentlig mad – også kaldet "food service". I dag udgør forskning på området kun en brøkdel af den danske fødevarerforskning. Der er fx behov for forskning i, hvad det koster at sygdomsforebygge og sundhedsfremme ved hjælp af kost, sagde Bent Egberg Mikkelsen og pointerede, at det i høj grad er i samfundets interesse at få patienter og borgerne i det hele taget til at spise bedre. Derfor må det være et mål, at mad indgår i behandlingen af patienter på sygehuse og i forhold til ældre på plejehjem og ældre hjemmeboende. Men det bør også være et mål, at der bliver større fokus på mads forebyggende og sundhedsfremmede egen-skaber i forhold til institutioner, skoler og arbejdspladser. Både staten og kommunerne er aktører. Kommunerne bør sikre, at ernæring bliver et domæne i kommunen og opprioritere deres tværgående indsats og indføre en kostpolitik – på samme måde, som de har tværgående fagdomæner i relation til fx miljø og bygninger. Og de skal erkende, at de ikke kan løse opgaven alene, men at det er nødvendigt at indgå "dynamiske partnerskaber" med private leverandører. Staten skal på sin side sikre den nødvendige uddannelse og forskning på området, ligesom staten bør bevilge penge til igangsætningsprojekter ude i kommunerne. Etablering af en masteruddannelse i ernæringsledelse vil endvidere være et signal, som både kan give status og tilføre nye kompetencer til området. Der er også et stort behov for at skabe nye, attraktive karriereveje i den offentlige forplejning, sagde Bent Egberg Mikkelsen.

Karin Østergaard Lassen, projektleder for "Medicinske patienters ernæringspleje – en medicinsk teknologivurdering", Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, undrede sig over, at underernæring som følge af hospitalsindlæggelse stadigvæk er en problemstilling i 2005, når der faktisk er tilgængelig viden på området, som kan forhindre det. Fx viser undersøgelser, at man, med den rette tilgang, kan undgå underernæring selv hos småtspisende patienter. Problemet er, at denne og megen anden viden på området ikke bliver indarbejdet i sygehusenes praksis, sagde Karin Østergaard Lassen, der har gennemført en undersøgelse af patienter på tre medicinske afdelinger på tre hospitaler og konstateret store mangler på ernæringsområdet alle steder. Fx sammensatte man på ingen af afdelingerne kosten efter patienternes ønsker. Manglende ledelsesfokus på ernæring var ligeledes et gennemgående problem og en hovedårsag til, at området blev prioriteret lavt – med den konsekvens, at mange af de patienter, som var underernærede ved indlæggelsen, blev yderligere underernærede under indlæggelsen, sagde Karin Østergaard Lassen og pegede på flere andre faktorer, udover manglende ledelsesfokus, som hæm-

mede en optimal ernæringspleje på de tre sygehuse i undersøgelsen. Fx nedprioritering af området på grund af tidsmangel hos personalet og manglende involvering i ernæringsspørgsmål fra lægerne side. Et andet problem var manglende kontakt mellem køkkenpersonalet, der laver maden, og plejepersonalet, der serverer maden. Dette betød, at køkkenet kun fik sparsomme tilbagemeldinger på, hvad patienterne syntes om maden. Og at køkkenet heller ikke havde føling med og indflydelse på serveringen af maden. Det var også uhensigtsmæssigt, at patienter typisk ikke blev tilbudt mellemmåltider som fx energi- og proteinrige drikke – og at de færreste patienter oplevede at have en dialog med plejepersonalet om deres individuelle behov for mad og drikke, sagde Karin Østergaard Lassen, der anbefalede, at der på en hospitaletafdeling bør være ansat en faguddannet person, som har ansvar for patienternes ernæringspleje. Dette har været forsøgt på Bispebjerg Hospital, hvor man i en afdeling efteruddannede en social- og sundhedsassistent til ernæringsassistent, der i tæt samarbejde med hospitalskøkkenet bl.a. kunne tilbyde den enkelte patient individuel kost og samtale om kosten. Resultaterne af forsøgsordningen var lovende – patienterne spiste mere og fik det bedre. Samtidig blev madspildsprocenten reduceret fra 50 til 20. Ordningen havde således både positive effekter for patienterne og i forhold til driften af sygehuset, sagde Karin Østergaard Lassen, der fortalte, at internationale undersøgelser viser, at indlæggelsestiden for medicinske patienter i gennemsnit kan reduceres med 3,4 dage med forbedret ernæringspleje. Hun pointerede, at den opnåede økonomiske besparelse bør anvendes til at opprioritere ernæringsaspektet via ansættelse af flere hænder.

På et spørgsmål fra politikerpanelet om, hvad det er for ny viden, der er brug for på ernæringsområdet for at komme videre, svarede Karin Østergaard Lassen, at vi har viden nok og mange gode praktiske erfaringer. Det det handler om nu er at indsamle, systematisere, formidle og udnytte erfaringerne bredt. Bent Egberg Mikkelsen pointerede behovet for større tværfaglig koordinering af ernæringsforskningen. Derudover mente han, at der var behov for ny viden inden for ernæringsledelse og ernæringsøkonomi. Karin Østergaard Lassen replicerede, at erfaringerne fra Bispebjerg Hospital netop viser, at ernæringsassistentordningen øger det tværfaglige engagement, fordi de øvrige personalegrupper ansøres til at tænke i ernæring.

Jens Christian Elle, aktionsforsker ved Institut for Produktion og Ledelse, DTU/Danmarks Fødevarerforskning, fremlagde sin vision for fremtidens plejehjem anno 2010. Der er tale om en helt ny type institution præget af smuk arkitektur med runde, bløde former og udstrakt brug af træ og rislende vand, med uden-dørs siddepladser og vinterstuer, der åbner for at opholde sig "i naturen" året rundt. Plejehjemskøkkenet laver mad til egne beboere, enlige hjemmeboende i lokalområdet, gæster og pårørende. Og de beboere, som ønsker det og helbredsmæssigt har mulighed for det, deltager i madlavningen. Plejehjemmets spise-stue er opdelt i små adskilte afdelinger, hvor grupper af beboere har indrettet sig efter eget ønske. Plejehjemmet er tillige opført efter moderne energibesparende principper. Det menneskevenlige koncept forventes at ville give forbedret helbredstilstand og dermed forøget livskvalitet for de ældre og deraf desuden et reduceret forbrug af medicin og sygepleje. Samlet set betyder det, at min vision om fremtidens plejehjem også hænger sammen økonomisk, sagde Jens Christian Elle, der fastslog, at vi i Danmark har den viden, der skal til for at skabe sådanne smukke omsorgsinstitutioner for fremtidens ældre, men at det kræver modige politikere anno 2005.

En høringsdeltager i salen – selv forstander på et plejehjem – fortalte, at kosten gennemsnitligt udgør 2 pct. af budgettet på et hospital og 8 pct. af budgettet på et plejehjem. Han fortalte også, at det at arbejde på plejehjem er lavstatus på arbejdsmarkedet – og spurgte, hvordan vi får øget interessen for at være personale på et plejehjem. Jens Christian Elle foreslog, at samfundet iværksætter forsøg med nye former for omsorgsinstitutioner, hvor man bl.a. giver personalet en bedre løn, involverer dem i, hvordan plejehjemmet skal indrettes, og forbedrer uddannelsen og efteruddannelsen af personalet.

Maden og det gode patientforløb

Susanne Jensen, cheføkonoma ved Kolding Kommune, indledte med at pointere, hvor vigtigt det efter hendes mening er at praktisere helhedsorienteret sundhedstænkning i offentlig forplejning. Det vil sige,

at der i alle led fra indkøb til tallerken er fokus på sundhed og det uanset, om der er tale om mad til daginstitutioner, plejehjem, medarbejderkantiner eller skoler. I Kolding har man i små 20 år haft en politisk vedtaget indkøbspolitik og indkøbsgrupper med ansvar for forskellige vareområder, herunder fødevarer. Alle fødevarerleverandører vælges ud fra et overordnet kostfagligt hensyn – fx har indkøbsgruppen for fødevarer defineret, at det er et mål at forbedre sundheden ved indkøb af flest muligt økologiske varer, fortalte Susanne Jensen, der vurderede, at en barriere for fortsat forbedring af folkesundheden via offentlig forplejning er økonomi. Nogle sunde produkter er dyrere end de mindre sunde, fx koster magert kød mere end kød med en høj fedtprocent og økologiske varer er dyrere end konventionelle. Den væsentligste barriere er dog at ændre befolkningens generelle holdning til det at spise sund kost, mente hun. Her har køkkenerne en stor udfordring i at tilbyde sund kost, der er tilpasset de enkelte kundegrupperes præferencer – det vil hjælpe med til at gøre sunde kostvaner til en naturlig del af hverdagen, sagde Susanne Jensen, der foreslog, at man i kommunen opretter en overordnet jobfunktion med en person, der har ansvar for at sikre et højt kostfagligt niveau, formulere en sundheds- og ernæringspolitik og har overblik over ressourceforbrug, lovgivning, udviklingstiltag m.v. Det vil sikre, at kostrelateret sundhed bliver et indsatsområde på tværs af den kommunale struktur.

I forlængelse af en pingpong mellem politikerpanelet og eksperterne om, hvorvidt man skulle bruge forarbejdede grønsager og andre halvfabrikata i den offentlige bispisning eller ej, konstaterede Susanne Jensen, at man på de offentlige køkkenet i Kolding Kommune skralder kartofler og andre grønsager selv. På plejehjemmene lever mennesker i 3 til 7 år eller længere, og vi anser det for ekstremt vigtigt, at de får noget ordentligt at spise, sagde Susanne Jensen. Ja, men på det plejehjem i Københavns Kommune, hvor jeg arbejder, er vi to personer til at lave tre måltider mad dagligt til 80 personer – så vi er tvunget rent tidsmæssigt til at bruge forarbejdede grønsager, lød det fra en høringsdeltager i salen.

Linda Greffel, chefsygeplejerske, omtalte en amerikansk undersøgelse, der bekræfter de danske resultater om helbredskonsekvenser af underernæring. Undersøgelsen viser, at forekomsten af komplicerede indlæggelser er ca. 3 gange højere blandt underernærede patienter, hvilket fører til både længere indlæggelsesforløb og højere sengedagspris. Hun beskrev også det danske forskningsprojekt, "Underernæring på sygehuse" (UPS), som har afdækket, at det gennemsnitligt tager 5 uger før 90 pct. af de underernærede patienter er udskrevet, mens de patienter, som ikke er i ernæringsrisiko, er udskrevet efter blot 2 uger. Linda Greffel fortalte videre, at UPS-projektet bl.a. har medført, at ledelserne på de tre involverede sygehuse (Rigshospitalet, Nykøbing Falster Centralsygehus og Hobro/Terndrup Sygehus) har udarbejdet detaljerede retningslinier for, hvordan ernæringsproblemer skal varetages. Samtidig har sygehusene etableret systematisk undervisning af personalet og iværksat et udviklingsarbejde i køkkenerne med henblik på at sikre, at kosten i højere grad bliver tilpasset patienterne. Fx blev der i projektforsøget ansat en køkkenmedhjælper, som gik med op i hospitalsafsnittene og forberedte maden til patienten, som kunne fortælle medhjælperen om særlige kostønsker og få serveret ønskekost. På Rigshospitalet anskaffede man endvidere en speciel madvogn, hvor patienterne både kunne se de færdiganrettede retter, dufte til maden og vælge præcis den kost, der tiltalte dem mest. På trods af de mange aktiviteter resulterede UPS blot i en vækst på 4 pct. i andelen af patienter, der fik dækket deres ernæringsmæssige behov – tallet steg fra 24 til 28 pct. Hovedårsagerne hertil var dårlig appetit hos patienterne, manglende viden hos personalet, at kosten ikke passede til patienterne, manglende motivation hos patienterne og rutinemæssig faste i forbindelse med undersøgelser og behandlinger, fortalte Linda Greffel.

Hun mente, at bedre resultater vil kunne opnås ved at sørge for, at maden indgår som en naturlig del af "det gode patientforløb", som giver retningslinier, standarder og opfølgning i forhold til alle handlinger om patienten. Man skal også fokusere på at skabe sammenhæng i alle faser omkring maden – det vil sige sikre, at maden har en god kvalitet, at der er attraktive omgivelser at indtage maden i, at der er nogle arbejds gange hospitalet, som giver ro og god tid til at spise i, og endelig, at der er personale til at hjælpe patienten i spisesituationen, sagde hun.

Linda Greffel understregede, at en væsentlig forudsætning for, at dette scenario kan realiseres er, at sygehusledelsen har stor fokus på ernæring og fremmer en praksis, hvor mad er en del af patienternes behandling. Det forudsætter til gengæld, at læger, sygeplejersker og andet personale tilføres den

nødvendige viden på området. Sygehusledelsen skal bl.a. sikre, at den nyeste, dokumenterede viden kanaliseres ud i de enkelte afdelinger, fastslog Linda Greffel, der på et spørgsmål fra politikerpanelet om, hvorvidt der var behov for startkapital for at realisere hendes scenario svarede, at holdninger og fokus er gratis. Det behøver ikke koste noget – vi kan gøre meget inden for det eksisterende budget, sagde hun og tilføjede, at det dog også er nødvendigt med langsigtede mål, som bl.a. kan sikre, at bygningskapaciteten og de ideelle fysiske rammer – fx i form af spisemiljøer og enestuer – er til stede.

Gitte Breum, cheføkonoma ved Amtssygehuset i Glostrup, fortalte, at man på sygehuset har lavet mange brugerundersøgelser i tidens løb, der samstemmende viser, at 95-98 pct. af patienterne er meget tilfredse med maden. For nylig valgte man at gennemføre endnu en kvalitativ undersøgelse, der dog var anderledes tilrettelagt. Tidligere hospitalspatienter blev interviewet om deres madønsker, hvis de skulle blive indlagt igen. Det viste sig, at de adspurgte vurderede, at maden har stor betydning for deres almentilstand. Det var også et gennemgående træk, at måltiderne gav dagen på hospitalet struktur, fordi man havde noget at se frem til. Flertallet havde ikke lyst til at eksperimentere med anderledes eller avanceret mad i en situation, hvor de var syge. Mange lagde også vægt på, at det skulle være gode råvarer, at maden skulle smage af noget og være serveret på en appetitlig måde – gerne så det lignede noget, man kunne have fået på tallerkenen derhjemme.

Gitte Breum konstaterede, at det i forhold til spisesituationen endvidere er vigtigt, at der er personale til stede, som kan "nøde" patienterne og derved øge sandsynligheden for, at alle får tilstrækkeligt at spise. På Amtssygehuset i Glostrup har vi gode erfaringer med at hente kendte kokke ind som inspiratorer, vores køkkenpersonale er jævnligt på efteruddannelse og de er generelt stolte og engagerede medarbejdere, der laver rigtig god mad, sagde hun, men påpegede samtidig, at hospitalet som helhed skal blive bedre til at møde patienten, hvilket bl.a. forudsætter en større tværfaglig tilgang til ernæring. Endelig skal vi skabe nogle attraktive steder, hvor patienterne kan indtage maden, sagde Gitte Breum, der mente, at sygehusmadens dårlige ry – og patienternes underernæring – i vid udstrækning kan henføres til en efter hendes mening alt for stor fokus hygiejnespørgsmål og på mad som ernæring frem for mad som et fristende måltid. Selvfølgelig skal hygiejnen være i orden og maden nærende, men vi skal huske, at mad ikke automatisk bliver velsmagende og fristende af at være ernæringsrigtig. Til et godt måltid hører velsmagende mad, der bliver serveret på en ordentlig måde i ordentlige omgivelser og som helst også bliver spist sammen med andre, sagde Gitte Breum og sluttede med følgende anbefaling til politikerne: Tænk på, hvad I selv har lyst til at spise, når I er syge, og hvilke oplevelser, I gerne vil have, når I selv bliver indlagt og ligger der og venter på næste måltid. Og indret jeres beslutninger efter det.

Skolemad på skemaet

Bent Egberg Mikkelsen, bromatolog, seniorforsker ved Danmarks Fødevareforskning, aktiverede atter mikrofonen og begav sig ud i en beskrivelse af Europarådets skolemadsresolution, der er styret af et ønsket om at reducere overvægt og fedme. Herhjemme er forekomsten af overvægt og fedme blandt børn og unge tredoblet over de sidste 30 år. Problemet kan bl.a. henføres til et for lavt indtag af frugt og grønsager, højt indtag af sodavand og manglende morgenmad, konstaterede Bent Egberg Mikkelsen, der understregede, at der er god grund til at formode, at man, via madordninger i henholdsvis vuggestue, børnehave og skole, der følges op med pædagogiske tiltag og undervisning, kan fremme en udvikling i retning af sundere spisevaner, som kommer det enkelte menneske selv og samfundsøkonomien til gavn på lang sigt. Fx er der tidligere gjort forsøg herhjemme med at integrere skolemadskoncepter med tværfaglige undervisningsforløb, hvor mad, sundhed, ernæring og hygiejne er indgået i fag som idræt, hjemkundskab, religion, geografi og matematik. Men der er også mange andre måder at få børn til at spise sundt, sagde han og pointerede, at man skal tage afsæt i børnenes egne ønsker til den mad, de skal spise. Børnene skal nemlig være motiverede for at spise sundt – ellers virker det ikke. Samtidig fortalte Bent Egberg Mikkelsen, at der er en klar sammenhæng mellem indlæringsproblemer og forkert eller manglende kostindtag. Han sagde videre, at skolemad har bekendt ikke kunne påvises at have knækket fedmekurven nogen af de steder, man har indført det. Og da det vil kræve en årlig driftsudgift på ca. 2,4 mia. kr. at indføre skolemad for de knap 600.000 elever på Danmarks mere end 2.000 folkeskoler, 150 gymnasier, 250 erhvervsskoler og 200

videregående uddannelsesinstitutioner, foruden store startinvesteringer i faciliteter på den enkelte lokation, mente han, at man, inden man eventuelt etablerer en landsdækkende ordning, først skal gennemføre og evaluere igangværende og kommende forsøg med skolemad, der kan dokumentere, hvad man faktisk vil få for pengene rent folkesundhedsmæssigt.

Ulla Johansson, områdechef i Malmø Kommune, beskrev Sveriges lange tradition med skolemad, som startede allerede i 1940'erne med kommunerne som ansvarlige. I Sverige mener vi, det har stor betydning for folkesundheden, at alle børn og unge, uanset sociale og økonomiske forudsætninger, får et komplet måltid mad på alle skoledage. Det er af stor betydning, at man i en tidlig alder grundlægger nogle sunde vaner for resten af livet. Samtidig påviser svensk forskning en kobling mellem sunde spisevaner og gode studieresultater, sagde Ulla Johansson.

I Malmø har man udviklet skolemadsordningen til en "skolerestaurant", som man tilstræber, skal ligne en almindelig frokostrestaurant. Alle aktiviteter administreres af en central organisation for skolemad i kommunens Serviceforvaltning, fortalte Ulla Johansson, der pointerede, at skolemaden havde flere fordele end de rent folkesundhedsmæssige. Fx fokuserer man i Sverige også på de positive sociale effekter af det daglige fællesmåltid. En af udfordringerne i Malmø er, at skolemaden skal tiltale børn og unge med mere end 40 forskellige nationaliteter. Vi har valgt at servere varieret mad, som veksler mellem "trendmad" og husmandskost – og det er hver dag muligt at vælge mellem forskellige retter, sagde Ulla Johansson, der ikke uden en vis stolthed konstaterede, at "Malmö Skolrestauranger" er en gedigen succes: 95-100 pct. af samtlige 35.000 elever på kommunens skoler spiser med hver eneste dag.

Gitte Holm, leder af Københavns Økologiske Sunde Skolemad (KØSS), bekræftede sammenhængen mellem kost og indlæring. Det er veldokumenteret, at der er en sammenhæng mellem skolebørns sundhed, trivsel og indlæringsevne og det de spiser, sagde hun. Skolelevernes mad er primært et forældreansvar, men skolerne og lokalmiljøet har et stort medansvar i forhold til de kostvaner, børn og unge udvikler i deres opvækst. Den optimale løsning er et stort køkken og en kantine på hver skole, men vi må erkende, at den løsningsmodel ikke er aktuel af økonomiske årsager. Derfor har vi udviklet et unikt koncept til de københavnske skoler (i alt 63 skoler med 32.000 elever er med i den fuldt udbyggede ordning ved udgangen af 2006) – et koncept, der nemt kan tages op af andre: Al mad fremstilles på et centralkøkken i De Gamles By, menuen er fortrinsvis økologisk og skifter tre gange årligt. Salget på den enkelte skole foregår i nydesignede skoleboder, som, sammen med salgsprocedurer og undervisningsmaterialer om driften af skoleboden, sikrer, at maden kommer hurtigt over disken og at boden i det hele taget fungerer, fortalte Gitte Holm. Hun understregede, at det er en nøglefaktor i projektet at inddrage eleverne, der, sammen med lærerne, står for salget af maden. Skoleboden er også en pædagogisk platform for tværfaglige forløb om sundhed og økonomi i fx matematik eller natur og teknik, men mad kan indgå i samtlige fag, sagde Gitte Holm.

Niels Rørdam Holm, produkt- og udviklingschef i Medirest A/S, mente, at fødevarerektoren er forpligtet til at bidrage til sundhedsfremme i det offentlige gennem en satsning på lødighed og kvalitet, gennemskuelige deklarerationer og seriøse produktinformation – og på alsidighed, der giver kommunen eller institutionen et reelt valg. Samtidig er det industriens rolle at informere om madens betydning for et sundt liv for mennesker i alle aldre, sagde han og fortalte, at den offentlige forplejnings 500.000 måltider årligt svarer til en omkostning på ca. 4 mia. kr. Produktionen på ældreområdet er fordelt på ca. 750 produktionskøkkener, men bør centraliseres med henblik på en mere effektiv produktion, mente han og opfordrede politikerne til fremover at have langt større fokus på "food service" sektoren generelt, herunder på sikring af kvaliteten af den offentlige bespisning.

Anne-Birgitte Agger, direktør i Frydenholm A/S, indledte med at fastslå, at der i 2005 – hverken praktisk, økonomisk eller kulinarisk – er noget til hinder for at omlægge helt eller delvist til økologiske råvarer i den offentlige forplejning. Fx har Albertslund og Køge kommuner blot ved at omlægge budgetterne fået råd til at gøre maden økologisk. Det eneste det kræver er, at man beslutter at gøre det, sagde hun og for-

talte, at økologiske råvarer er 15-25 pct. dyrere end de konventionelle. Når man i de nævnte kommuner kan omstille til økologi uden at bruge flere penge på driften, er det fordi, man serverer noget andet end før – og måltiderne er ikke blevet ringere. Der er tværtimod tale om sundere mad i en højere kulinarisk kvalitet, sagde Anne-Birgitte Agger, der dog tilføjede, at omlægning til økologi er en proces, der kræver en økonomisk investering i omlægningsperioden. Der er behov for statslige innovations- og forandringsmidler, som kan gives til dem, der reelt forandrer og udvikler sig. Pengene skal bl.a. bruges til at iværksætte forandringsprocesser, indhente ny viden og uddanne medarbejderne, mente hun.

Selvom det offentlige forbrug således kan blive det lokomotiv, der kan drive videreudviklingen af det økologiske marked, så viser de sidste 10 års erfaringer, at der i de fleste kommuner og køkkener stadigvæk er langt fra de politiske hensigtserklæringer og til reel indførelse af økologiske varer, fortsatte Anne-Birgitte Agger. Vi er et af verdens rigeste lande, men også et af de lande med den fattigste madkultur. Ord eller dogmer kan ikke få os til at spise sundere. Det kan kun højere kvalitetssans, smagen, hyggelige måltider og en anderledes madkultur. Forandring og udvikling sker sjældent af sig selv, og uden politiske beslutninger, initiativer og investeringer på området vil det gå langsommere, sagde Anne-Birgitte Agger, der foreslog, at man fra alle sider skal stille større krav til den offentlige mad. De offentlige måltider skal være kulinarisk attraktive, ernæringsrigtige og sunde og laves af gode råvarer, der bør være økologiske. Samtidig bør man frede køkkenerne og madtilbudene økonomisk og indføre nedskæringsstop på området. Man får groft sagt kun den mad, man vil betale for. Og det er svært at kræve forandringsvillighed af medarbejdere og institutioner, der hele tiden bliver udsat for forringelser, sagde hun.

Redigeret udskrift

Mad, mennesker og sundhed – hvordan hænger det sammen?

Christian H. Hansen (DF, formand for Folketingets Fødevareudvalg, ordstyrer):

God morgen, det var der ikke rigtig nogen, der kunne høre. God morgen, og så dem inde ved siden af, vi kunne også godt høre jer, og vi håber, I kan se jer, dem, der har fået pladser derinde.

Jeg hedder Christian H. Hansen, og jeg skal byde velkommen til denne her høring om offentlig forplejning. Den er arrangeret af Teknologirådet og Fødevareudvalget. Og jeg skal byde velkommen til eksperterne, som sidder heroppe. Det kan godt være, at alle andre også er eksperter, der sidder nede bagved, men det er i hvert fald de inviterede eksperter, der sidder heroppe med et skilt. Jeg skal også byde velkommen til spørgerne, som får mulighed for at stille spørgsmål, fra Folketingets Fødevareudvalg, og sådan en personlig præsentation kommer jeg til lidt senere.

Høringen her bliver transmitteret direkte på DR2 her i formiddag, men det gør ikke, at I skal begynde på sådan nogle ting med at love en masse hen over middag, fordi der bliver det også optaget og bliver muligvis sendt senere. Om ikke andet så bliver det lagt ud på nettet, og alle båndoptagelser fra i dag bliver gemt, så man kan gå tilbage og høre, hvad det var, man nu lovede, eller hvad det var, man nu spurgte om.

Jeg lægger meget vægt på, at vi holder tidsplanen her i dag sharp, og jeg skal gøre opmærksom på over for eksperterne, at jeg har fået udleveret noget, der minder om et klippekort, som vi kender det fra trafikken. Den gule betyder, at man har et halvt minut tilbage, og den røde betyder, så er det absolut stop. Så har jeg i inderlommen en saks, og den bruger jeg så efterfølgende til at gå ned og klippe mikrofonen over, hvis man ikke overholder dette.

Endnu en gang velkommen til denne her høring. Jeg håber, vi får en god dag. Og så skal jeg også sige, at hvis mine kære politikerkollegaer fra Fødevareudvalget dæmper sig i deres spørgsmål og stiller direkte spørgsmål og ikke kommer med det, man politisk kalder foredragsspørgsmål, hvor man kommer ud med alle sine budskaber, og så er der sådan et lille spørgsmål til sidst, så gør I plads til, at tilhørerne i salen også kan stille spørgsmål. Så hvis der ikke er nogen tilhørere, der får mulighed for at stille spørgsmål i dag, så kan man bagefter henvende sig direkte til spørgepanelet heroppe og spørge: Hvordan synes I selv, det gik?

Lad os nu gå i gang med høringen. Jeg håber, I får en rigtig god dag, og vi skal være her i lang tid. Så skal jeg gøre opmærksom på, at der også er en kaffepause, det kommer jeg til, og der er også en frokostpause. Jeg håber, I alle sammen får en rigtig god dag.

Så starter vi med det, vi kalder blok 1: Mad, mennesker og sundhed. Og vi skal starte med den første foredragsholder. Det er Henrik Højgaard Rasmussen, og der skulle være 10 minutter til den herre.

Henrik Højgaard Rasmussen

Henrik Højgaard Rasmussen (Overlæge Ph.d., Medicinsk Gastroenterologisk afd., Aalborg Sygehus Syd, Århus Universitet):

Jeg siger for det første mange tak for invitationen og initiativet til denne her høring. Og det er jo et ganske stort indledende emne, det her, på 10 minutter, men egentlig er det jo ganske simpelt. Grundlæggende drejer ernæringen sig jo om indtægter og udgifter. Det er jo noget, vi sådan set alle sammen forstår. Spiser vi for meget, så tager vi på i vægt, og spiser vi for lidt, så taber vi os. Og hvis det går rigtigt skidt, så begge veje kan man faktisk blive syg af det. Hvis man er overvægtig, ja, så

kan man få det, vi kalder livsstilssygdomme. Det er sådan noget som hjerte-kar-sygdomme, det er sukkersyge. Men skidt går det også, hvis man taber sig for meget, fordi så går det skidt med immunforsvaret. Vi får risiko for infektioner og dårlige muskler, og vi har svært ved at komme på benene og sådan nogle ting.

Så er der også nogle ting, der ligger ind midt imellem. Det kan være, vi har en lidt ensidig kost, og vi ikke rigtig får hjernetilskud nok, og så bliver vi også syge af det. Og kosten kan såmænd også direkte gå ind og gøre os syge. Der er nogle ting, vi kan være overfølsomme over for, og man kan få ødelagt sin tarm og sådan nogle ting, og holder man op med de her fødeemner, ja, så bliver man rask igen. Det er jo et meget kort vue over de her ting, og det er meget komplekst. Men det, der er vigtigt i det her, det er sådan set, at mad kan forebygge, det kan behandle, og det kan helbrede sygdomme. Man kan sige, det er jo egentlig et rimeligt potent stof. Hvis det nu havde været et medicinsk præparat, så er jeg sikker på, at det havde ligget nummer et på hitlisten, men det kan være, det gør det efter i dag.

Der er to ting, der er vigtige i det her, og det er ligesom at skelne mellem mad til raske og mad til syge. Hvis vi tager de raske først, så findes der jo alle de anbefalinger, som vi alle sammen kender, kostrådene, som vi gerne skulle leve efter, og hvis vi lever efter dem, de er næsten lige udgivet, så vi kender dem jo stort set, ja, så lever vi længere og får færre sygdomme. Vi får også en højere livskvalitet. Problemet er selvfølgelig, at vi sidder for meget ned, og vi spiser måske for meget, vi bliver overvægtige. Og når det nu handler meget om institutioner i dag, så støder vi jo også på overvægtige patienter, bl.a. på sygehuse, og det gør vi i mange forskellige sammenhænge. Dels bliver patienterne indlagt med overvægt til udredning af det, eller også så er de syge af alle mulige andre årsager. Problemet er, at der er jo ikke, når man først er blevet overvægtig, så er der jo ikke nogen større succesbehandlinger. Så her er det forebyggelsen, det i virkeligheden handler om, og det skal vi også høre mere om i dag. Vi har heller ikke nogen systemer, der helt systematisk registrerer, at man er overvægtig, og hvis man så er registreret, hvad gør man så i grunden ved det. De findes ikke, men der arbejdes på sagen, bl.a. i Sundhedsstyrelsen, for det her.

Lidt anderledes forholder det sig, når vi har underernærede patienter. Der har de seneste 10 år været brugt meget krudt for systematisk ligesom at lave planer for den gruppe. Det er jo ofte ældre, der måske i forvejen er syge, og der har vi det paradoks jo, at underernæring faktisk findes på nogle af de institutioner, altså sygehuse og andre former for institutioner, plejehjem osv. Det skal vi også høre om i dag. Vi gik f.eks. ud for et par år siden på tilfældigt udvalgte medicinsk-kirurgiske afdelinger, og der viste det sig faktisk, at 40 pct. på en tilfældig dag var i en ernæringsmæssig risiko. Så det er altså temmelig mange, det her drejer sig om.

Så er spørgsmålet: Betyder det her så noget? Ja, det betyder temmelig meget, fordi som vi nævnte i starten, så kan man altså blive syg af det her, når man er underernæret og samtidig har en eller anden sygdom. Så får man flere infektioner, og man bliver svag i sine muskler. Man er længere tid om at komme til hægterne igen, sværere at få på benene, dårlig livskvalitet og så galt også en større dødelighed.

Hvad kan vi så gøre ved det? Ja, her er det sådan set ikke de otte kostråd, det kommer an på, her er det en anden type kost, fordi der må man gerne spise alt det, vi andre rigtig meget har lyst til, proteiner og fedtstoffer og det hele. Man skal have masser af kalorier, og så kan man gå tilbage til den sunde kost, når man er blevet rask igen. Og det hjælper. Man kan nemlig nedbringe antallet af infektioner, det er ikke kun antibiotika og resistens og sådan noget, det handler om. Det handler også om, at mad kan gøre en forskel på infektioner, kan bedre muskelkraften, få folk hurtigere på benene, få dem sendt hurtigere hjem. Problemet er så, når de kommer hjem, hvad gør vi så ved dem. Der er måske ikke så mange, der tager sig af underernæringsproblematikken heller.

Dermed er der også en anden ting, den økonomiske side. Det er faktisk 50 pct. dyrere at have en underernæret patient på sygehus end en normalernæret patient. Og der har været en række besparelser nævnt i pressen også omkring de her ting. Det kommer også senere.

Hvad har man så gjort ved det her? Ja, det er jo ikke kun i Danmark, at det forholder sig, som det gør her, det gør det også i andre europæiske lande. Og derfor har vi fået en EU-resolution, hvor man

har lavet en række retningslinjer for de her ting, og det har Sundhedsstyrelsen fulgt op og kommet med en række retningslinjer for, hvad gør man så. Og det, man så gør, er, at lige så snart patienterne bliver indlagt, så bliver de screenet for, om de nu er i en risikogruppe, ja eller nej. Og er de det, så lægger man en behandlingsplan, man monitorerer, man følger op og sørger for, at når de bliver udskrevet, ja, så skal man også helst vide noget om det i praksis.

Så er spørgsmålet så: Har det så hjulpet noget at komme med de her retningslinjer? Ja, til dels har det hjulpet. Der er nogle ting, vi er blevet bedre til. Vi er blevet lidt bedre til at finde ud af, at der er nogen i ernæringsmæssig risiko. Vi har også fået nogle bedre værktøjer til det. Men det, vi faktisk har store problemer med i øjeblikket, det er sådan noget med selve det at få maden i patienterne, altså spisesituationen, hvordan gør man det. Når det når det til sidste punkt, så har vi et problem, der er vi langt fra dygtige nok.

Så er der lavet en række undersøgelser støttet af Sundhedsstyrelsens midler, bedre mad til sygepuljen. De ting, som er afgørende for, at det bliver en succes, det er sådan noget med, at man har politisk opbakning, man har ledelsesmæssig opbakning, men også at det her, det kræver altså uddannelse og viden på alle niveauer i det her system. Det kræver også, at man sådan set – nu skal vi også snakke lidt om mad i dag – at man har nogle ordentlige fleksible madtilbud. Der har bl.a. været nogle undersøgelser, der viser, at man – det, der kaldes roomservice – at kan man få kosten på hvilket som helst tidspunkt af døgnet, ja, så kan det også være en medvirkende årsag. Men det er lige så vigtigt, at man har veluddannet personale.

Hvad er det så, vi skal komme videre med her? Ja, vi skal selvfølgelig sørge for, at vi får det her implementeret, den EU-resolution og Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Vi skal sørge for, at der bliver mere uddannelse til alle personalegrupper. Det her er en tværfaglig opgave, for at vi kan løse tingene. Og læger og sygeplejersker har ikke nogen uddannelse inden for ernæring, og det bør være et obligatorisk fag efter min mening.

Så skal vi have fundet ud af: Hvordan skal ansvaret overhovedet placeres i det her? Vi skal have mere viden og forskning omkring selve det her måltidssituationen, hvad patienterne skal have. Og så skal vi også have nogle retningslinjer for primærsektoren, for der findes ikke nogen. Det er fuldstændig spild af kræfter, hvis patienterne kommer hjem igen, og ingen tager sig af patienterne.

Og som det sidste, jeg vil sige i dag, for at det her kan blive endelig succes, så bliver man nødt til at lade ernæring indgå i de kvalitetsmål, som man vil vurdere sygehusene på i fremtiden. Det kan jo binde politikere sammen med administratorer og så til os behandlere. Og når vi så gør regnskabet op, så kommer vi til det med indtægter og udgifter igen, så er jeg helt sikker på, at det vil være en gevinst for patienterne, men det vil også være en samfundsmæssig gevinst.

Ordstyrer:

Vi siger tak til den første oplægsholder og går straks videre til den næste, Anne Marie Beck.

Anne Marie Beck

Anne Marie Beck (klinisk diætist, seniorforsker, Danmarks Fødevareforskning):

Det bliver et helt andet emne, fordi det kommer til at handle om de ældre i primærsektoren. Og det, jeg starter med at tage udgangspunkt i, det er en sag, jeg har fundet fra 1999 i Patientklagenævnet, som jeg lige vil læse op.

Det handler om en 78-årig mand, og vi kan jo kalde ham hr. Jensen. Han flytter på plejehjem, efter at han har haft en hjerneblødning, og dér, så ser man så, at han under opholdet på plejehjemet bliver tiltagende træt og sløv og ked af det, og han ønsker efterhånden heller ikke mere at medvirke i den gangtræning, som han har fået tilbudt af fysioterapeut. Og den praktiserende læge kommer på besøg og ser, at han er begyndende depressiv.

Så får han en infektion, som man ikke rigtig kan behandle, og han bliver indlagt på sygehus, og der på sygehuset finder man så ud af, at han er simpelt hen massivt underernæret. Og han får lagt

en sonde, altså en slange ned i næsen og ned i maven, så han kan få noget mad. Og det bliver der klaget over af de pårørende. De klager over, at de ikke synes, at man på plejehjemmet har holdt godt nok øje med, hvad manden her, hr. Jensen, har spist og drukket, og man får faktisk medhold i det fra Patientklagenævnets side. Jeg kan lige læse op, hvad det er, der står:

Der står, at nævnet har lagt vægt på, at der i plejerapporten ofte er beskrevet, om manden har haft god appetit eller kun spist og drukket lidt. Og det er rent faktisk ofte beskrevet, at manden, hr. Jensen, han har dårlig appetit, og han kun spiser og drikker lidt, uden at det har medført nogen handling. Og nævnet har fundet, at der på grund af de mange episoder med nedsat føde- og væskeindtagelse så burde der have været ført et skema over, hvad han spiste og drak, så man kunne danne sig et billede af ernæringen, inden at den blev så dårlig, som sygehuset fandt. Og det fandt endvidere, at man burde have opdaget og reageret på det store vægttab, der var en følge af den manglende ernæring. Og det står ikke nogen steder, at han bevidst selv har fravalgt at spise og drikke, som jo kunne være et argument for ikke at reagere.

Så kan man så starte med at sige: Jamen hvad er det, der er gået galt i denne her konkrete sag med hr. Jensen? Og noget af det første, der er gået galt, det er jo den dag, hvor han er kommet hjem, ind på plejehjemmet, og har haft denne her hjerneblødning, der ikke har været nogen, der har vurderet, hvad han egentlig har haft behov for at spise og drikke. Det vil sige, der har ikke været nogen, der har taget stilling til, om han eventuelt kunne have brug for noget særlig kost, i og med at han har haft en hjerneblødning er der stor sandsynlighed for, at han også har haft svært ved at tygge og synke den almindelige mad.

Det, man så har givet ham, nu dykker jeg lige ned her, det er så formentlig mad, som er sammensat ligesom det, vi andre bør spise. Det er det, han så har skullet spise i løbet af et måltid, altså volumenmæssigt noget der er lavt i fedt og højt i fiberindhold.

Det, han skulle have haft, jeg dykker lige ned igen, det var jo det her, lille små energitætte måltider. Sådan en plade Ritter Sport er sammensat, ligesom vi anbefaler, at maden bør sammensættes officielt, når man er småtspisende og bor på sygehus – eller bor på plejehjem – og i virkeligheden også er på sygehus.

Det, der jo går galt, og det er det, der også går galt ude i hjemmeplejen, det er, når hr. Jensen eller fru Jensen får tilbudt det her, så siger hun, at det kan hun ikke spise, så deler hun det over to dage. Så får man for lidt kalorier. Alternativet er jo også, at hun deler det med sin mand, og det, der så sker, det er, at han sikkert spiser sovsen og kødet og de fleste kartofler, og så sidder hun tilbage med resten af kartoflerne. Så har vi jo et underernærings, eller en risiko for et væggtabsproblem.

Man kan se konsekvenserne af det i patientklagesagen, fordi det, der sker med hr. Jensen, han bliver træt og uoplagt, og han begynder at blive deprimeret; det er typiske symptomer på dårlig ernæringstilstand. Han får en infektion, som ikke kan behandles, han ender på sygehus. Og i det her tilfælde er det så lykkeligt for hr. Jensen at komme på sygehus, fordi der gør de noget i forhold til ernæringen. Normalt så ved vi, at det kan gøre det endnu værre, når man er gammel og kommet på sygehus. Vi ved, at det har konsekvenser, hvis man er rask og frisk og 70-årig og kravler op i et vindue og skvatter ned, mens man er ved at pudse vinduer, og brækker lårbenet og bliver indlagt og ligger i en måned, så taber man 30 års funktionsevnetab. Det vil sige, man er 70 år, selvhjulpen, når man kommer på sygehuset, og man kommer hjem i løbet af en måned og er blevet svarende til 100 år gammel. Så det er ret katastrofalt normalt for gamle mennesker at komme på sygehus.

Hvad er det, der går galt? Det er mange af de samme ting, som Henrik allerede har sagt i forhold til det her. Der er ikke nogen, der tager ansvar. I hr. Jensens sag der registrerer og registrerer og registrerer man, at han spiser ikke noget, men der er bare ikke nogen, der handler på det. Der er ikke noget samarbejde, tværfagligt samarbejde, med køkkenet. Der er ikke noget ledelsesopbakning, man involverer ikke hr. Jensen selv i forhold til det her med, hvad han egentlig skal spise og drikke, og man mangler meget viden på området. Så det er mange af de samme ting, som vi ved fra sygehusverdenen.

Så er der meget det subjektive også i forhold til det her. Det er jo de gamles eget hjem, skal vi ikke bare lade dem være i fred, nu er de jo blevet gamle. Vi kan også se tiden an og se an og se an, og

vi venter til i næste uge, fordi så kommer lægen, og så går det nok bedre. Vi kan også begynde at kigge på, altså vi holder jo øje med, om deres tøj begynder at hænge løst. Når først det hænger løst, så er skaden jo sket, så er det for sent. Så mange gange er det meget subjektivt alle de her ting, der foregår.

Heldigvis så har vi jo nogle ildsjæle rundtomkring, og bl.a. har vi i Københavns Kommune en ildsjæl, som også har noget at skulle have sagt, altså det er sundhedsborgmesteren, som har været med til at få vedtaget en kostpolitik på det her område, så der faktisk sker noget i Københavns Kommune nu.

Vi havde også i den tidligere regering nogle, som synes, det var interessant det her, så vi havde hele det program, der hed Bedre mad til ældre, hvor der bl.a. var en pulje på 20 mio. kr. til forskellige projekter, som nu er ved at være afsluttet. Så der sker som sagt noget på området, så det er ikke helt så skidt, som det var i 1999. Og mens vi venter på, at der forhåbentlig som følge af i dag sker noget yderligere, så synes jeg, man skal starte med i hvert fald at afdøre med sig selv, hvem der har ansvaret for, at hr. Jensen han får smør på de her. Så vil jeg ikke sige mere.

Ordstyrer:

Tak til Anne Marie Beck. Jeg vil sige, jeg er selv kommet i denne her skrue, hvor jeg mest er til Ritter Sport, men det kan vi snakke om bagefter.

Grunden til, at jeg ikke præsenterer alle oplægsholderne, det er, fordi jeg har læst på det hjemme, og det er jo virkelig eksperter, vi har i dag, der ikke nogen, der har et cv under 15 minutter, og det tager simpelt hen for meget tid, hvis jeg skulle gennemgå det.

Men nu skal vi over til, hvordan ser den danske kostpolitik ud eller funktionskæden, den danske kostpolitik på ældreområdet, det var Anne Marie Beck, og så skal vi have funktionskæden i den offentlige forplejning, Ghita Parry.

Ghita Parry

Ghita Parry (formand, Kost & Ernæringsforbundet):

Jeg vil begynde lidt alternativt, fordi jeg tænker, hvorfor tager vi ikke bare en ernæringspille tre gange dagligt. Værsgo til den undervægtige, til den overvægtige og til det lille barn og hans bedstefar. De får selvfølgelig en lille rund en, fordi den er nemmere at sluge, og de får også et par små til det indimellem. Der vil være sundhedsfremme og forebyggelse i pilleform – værsgo at synk.

Som politikere, så kan I tørre sveden af panden. Vi spiser, men vi bliver det, vi spiser, og da det er videnskabeligt regnet ud og målt af, så får vi også lige det, vi har brug for til enhver tid og enhver livssituation. Vi slipper af med livsstilssygdomme, og børnene, der vokser op, de ved, at med disse tre piller så vil de leve sundt.

Køkkenerne, de slipper for arbejdet med at endevende hele køkkenstrukturen som følge af kommunalreformen, og vi kan stoppe det gode arbejde med kvalitetsudvikling af vores ydelser. Det hele er sat i system, og I slipper for at prioritere, om der skal flere ressourcer til maden eller til indkøb af en ny scanner.

Jeg skal godt nok ud og finde nye job til mine medlemmer, men med den viden om ernæring og kostsammensætning, mon så ikke der vil være noget ved de her pillefabrikker. Men det løber mig faktisk koldt ned ad ryggen, og er der andre, der har det sådan? For det er jo meget fornuftigt, altså det er jo både rationelt, og set ud fra en samfundsøkonomisk vinkel så er det da også en rigtig god løsning. Men det duer bare ikke, for det er jo mennesker, det handler om. Det er ikke maskiner, man kan afkode gennem analyser og fodre med videnskabeligt udregnede piller. Det er mennesker, der ikke vil nøjes med bare at overleve.

Vi har kun et liv, og det skal være fyldt med det bedste, som man selv kan skabe, og som andre kan give en. Jeg vil ikke være en blandt mange på et sygehus, jeg vil ikke være en blandt mange på et plejehjem, jeg vil ikke være et nummer, en sag eller en journal. Jeg vil faktisk være et rigtigt le-

vende menneske, og jeg vil have mad og måltider, som giver mig meget mere end det at sluge en pille.

Brugeren i centrum, hedder det på moderne dansk. Men hvad er det nu lige, det betyder? Selv om der med jævne mellemrum er kritik af vores uddannelsessystem, så er det ifølge min opfattelse ikke viden, vi mangler. Vi ved rigtig meget. Problemet ligger nok i, hvad bruger vi al vores viden til.

Jeg har taget en tallerken med. Køn er den ikke, men når jeg ser en tallerken, så bliver jeg faktisk nysgerrig, for hvad er det, der er på den. I de offentlige køkkener der tænker vi i kostsammensætning. Vi tænker i kvalitetsudvikling, i økonomi og i mad til mange mennesker. Vi skal dække mange behov med få ressourcer. Langt de fleste steder der slipper vi maden ved køkkendøren, men i stedet har vi udarbejdet kilometervis af informationsmateriale, som fortæller om, hvad det er, vi lige kan levere. Vi er meget optaget af markedsføring af hverdagsmaden. Men vi er oftest ikke til stede, når der f.eks. på en sygehusafdeling er travlt med at dele piller ud og ordne toiletbesøg og så lige anrette maden. Piller og toiletbesøg det er jo ikke en oplevelse, det er en nødvendighed. Mad og måltider det skal være en oplevelse, og ud fra alle de historier, jeg får, så synes jeg, der skal en holdningsændring til på alle de offentligt finansierede spisesteder, vi har.

Denne her tallerken, jeg viste før, den ligner måske den, der står foran patienten eller plejehjemsbeboeren eller foran en livsglad pige på 5 år ude i børnehaven; den er robust og den kan tåle mange gange i opvasken. Vi kan leve med den, fordi de ser det, der er på tallerkenen, og så kommer der en kontant reaktion, æv, det kan jeg ikke lide, eller uhm, det ser lækkert ud. En reaktion, vi kan forholde os til, hvis vi var derude.

Kost- og ernæringsfaglige er uddannet til at tænke i ernæring, mad og målgrupper. Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter de er uddannet til at tænke i pleje; læger er uddannet til at tænke i behandling af sygdomme. Vi er dygtige hver for sig, men vi skal være dygtigere til at være et team. Vi skal ikke bruge vores viden og uddannelse mod hinanden, men til at samles om det, der er vigtigst, nemlig de mennesker, vi er ansat til at betjene, de skal være tilfredse, rigtig godt tilfredse.

Målet med vores samlede indsats skal altid være brugerorienteret, så kort kan det siges. Min pointe er: Vi skal skifte spor. Vi skal se på mennesker mere end systemer. Kvalitet i funktionskæden handler for mig om, at vi, der producerer mad, skal være med hele vejen og præsentere og rådgive om maden, så den bliver valgt og spist. Ernæringsassistenter skal sammen med læger, sygeplejersker, diætister, social- og sundhedsassistenter og pædagoger danne kreds om og lytte til de mennesker, der er hele ideen i, at vi har den offentlige sektor, vi gerne vil have.

Og så skal vi tage det sure med det søde, for det er den eneste vej til succes. Den offentlige kostforplejning skal være en succes, fordi mad og måltider er mere end overlevelse. Fremtid for mad til mennesker handler ikke om, at private firmaer er bedre. De offentlige køkkener er gode til deres arbejde, arbejdet med mad og måltider, og vi vil gerne være endnu bedre. Fremtidens velfærd og systemer handler ikke kun om efterløn eller ej. For os, der er kost- og ernæringsfagligt uddannet og som arbejder med offentlig kostforplejning dagligt, så handler det om mennesker og om at skabe succes til de daglige måltider.

Jeg synes denne her høring er et skridt på vejen; et andet skridt måtte gerne være etableringen af et nyt selvstændigt center for storkøkkener.

Ordstyrer:

Tak til Ghita Parry. Så skal vi over til madkvalitet og samvær, men det er samvær om maden, har jeg forstået. Jens Erik Kofod.

Jens Erik Kofod

Jens Erik Kofod (Antropolog, Danmarks Fødevareforskning):

Jeg vil prøve med to situationer at fortælle lidt om den mad, vi nu har hørt om, hvor vigtig den er, men også sandsynliggøre, at den mad, som ligger på Ghitas tallerken, det ligger der ikke endnu, men

det, der kunne ligge dér, det indgår i en ramme, altså indgår i en social sammenhæng dér, hvor beboerne sidder på plejehjem, og dér, hvor de hjemmeboende sidder i eget hjem og spiser. Og i den ramme, som maden går ind i, der vil jeg prøve at sandsynliggøre, at den har også en stor betydning.

Baggrunden for mine undersøgelser, dem, jeg er i gang med i øjeblikket og har gennemført de sidste 6 år, ja, det er den undervægt, som er udpræget blandt ældre på plejehjem. Vi ved, at 60 pct. af dem vejer for lidt, altså har et BMI, hedder det, teknisk under 24, og det er et problem i forhold til livskvalitet. Og jeg søger så igennem de her undersøgelser at finde nogle kvalitative forklaringer på, hvorfor de ikke har lyst til at spise mere, hvorfor vi har den situation med undervægt på plejehjem.

Den første historie eller den første situation, det er blandt en af de hjemmeboende, Hilmar, han er, bor, boede, han er død nu, desværre, boede i en forstad til København, modtog dagligt madbakker fra kommunen, og når jeg bad ham om at fortælle mig historien om, når han sad og spiste af de her madbakker, ja, så var det en lang teknisk forklaring. Han satte maden i dampkogerens præcis på slaget fem minutter i tolv; når rådhusklokkerne ringede kl. 12 så tog han den ud, og når Radioavisen var færdig med deres nyhedsoversigt, det vil sige ca. fem minutter over tolv, så var han færdig med at spise. Han dækkede ikke op, ryddede ikke bordet eller pyntede op eller noget som helst, spiste af bakken og smed det ud bagefter.

Noget af det karakteristiske, som han sagde om den situation, og som de andre hjemmeboende, jeg har undersøgt, siger om den situation, ja, det er for det første: Det er jo ikke noget måltid at sidde og spise alene. Og det andet, de siger, er, at det skal overstås så hurtigt som muligt.

Det er ikke noget måltid, hvorfor siger de det? Ja, det gør de, fordi vi har alle sammen inde i hovedet en kulturel model af, at et måltid det forløber i nogle bestemte faser. Vi planlægger, køber ind, tilbereder maden. Vi kalder sammen, der er nogle, der skal sidde og spise sammen, konverserer, der er nogle bestemte regler for, hvordan vi agerer, når vi spiser, og dernæst bliver der ryddet af, altså en række faser som måltidet går igennem. De hjemmeboende, som sidder med madbakken, forholder sig til den her model og siger, det er jo ikke noget måltid, når de ikke lever op til den her model. Derfor skal det også overstås så hurtigt som muligt, og den situation gør, at vi også blandt hjemmeboende har en udpræget undervægt, og de her hjemmeboende med madbakkerne er altså udsatte i ernæringsmæssig sammenhæng.

En anden ting, som er vigtig, når man som Hilmar ikke har mulighed for at tilberede maden selv, ja, så har man ikke mulighed for at sætte sit personlige præg på maden. Det at tilberede mad for andre, for sig selv, det kan man anskue eller se på som en slags identitetsarbejde. Vi udtrykker, hvem vi er gennem den mad, vi spiser, både den, vi selv spiser, og den, vi serverer for andre.

Den næste situation, ja, det er på plejehjemmet. Og når man nu spørger de ældre, hvornår er det en god oplevelse at sidde i spisesalen eller sidde på afdelingen og spise sammen med de andre? Hvad skal der til, for at det er en god oplevelse at sidde og spise sammen. Det vigtigste i den sammenhæng, ja, det er, at de sidder sammen med dem, de gerne vil sidde sammen med, altså at de selv har valgt det selskab, de sidder i, sidder sammen medigestillede. Det er det vigtigste. Det næstvigtigste det er, at kødet er mørt.

Det, det handler om, når man ser på, hvad der sker på plejehjemmet, ja, det er, at de ældre sætter sig sammen i grupper, de kalder sig vi-grupper, og er vi i forhold til en nogenlunde fælles livshistorie, en nogenlunde fælles eller ensartet social status. Man søger altsåigestillede i de her grupper, viser, når man går ind i spisesalen, hvem man er vild med, og hvem man ikke har lyst til at have noget at gøre med.

Jeg følger i øjeblikket et phd.projekt, en række ældre på vej ind på plejecentre. En af dem, datter af en rig manufakturhandler i Århus, søger selskab med pæne ældre damer, som hun siger. En anden, som har været ude at tjene fra hun var 13 år, søger selskab med nogle, der ligner hende. Og det er altså det vigtigste for, at det bliver en god oplevelse, for at de er tilfredse, når de sidder og spiser, at de finder de her grupper.

Løsningen på problemet med undervægt, altså det, at de vejer for lidt, ja, det bliver vi nødt til også at søge i de omgivelser, som maden går ind i. Vi har dygtige folk, som tilbereder maden, men det gør det ikke alene. Der er en efterhånden grundig forskning, som dokumenterer, at de rammer,

som maden går ind i, dem kan man arbejde med på forskellige måder, man kan forandre dem, forbedre dem og dermed sikre, at de ældre spiser noget mere.

Dertil kommer også det, Anne Marie nævnte, det er Bedre mad til de ældre, som den forrige regering satte i værk i 2001, der har vi også en hel række danske projekter, som dokumenterer og sandsynliggør, at der er en vej frem i forhold til undervægt blandt de ældre.

For lige at opsummere pointen, så vil jeg lige læse en lille kort historie op, som en økonomia var så sød at fortælle mig, efter at jeg havde fortalt noget, der ligner det her, på et plejehjem oppe i Frederikssund. Og hun fortæller fra sit plejehjem: På vores plejehjem spiser brugerne sammen ved borde, hvor der sidder fire ved hvert bord. Ved et af dem sidder fire kvinder: Gerda, Anne, Dorrit og Ingrid. De fire plejer at sidde sammen 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 længere, så smager maden ikke rigtig godt, synes de øvrige tre damer. Da Gerda dør, er de tilbageværende tre generelt utilfredse med maden, og de klager jævnlige.

Den dame, som senere flytter ind i Gerdas lejlighed, får Gerdas plads ved bordet, spiser ikke særlig 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 roser personalet.

En lille historie, som skulle sandsynliggøre, at maden har en stor betydning, men det, der sker omkring maden, har også en betydning for oplevelsen af den kvalitet af maden, som de ældre spiser.

Ordstyrer:

Tak til Jens Erik Kofod, tak til jer alle fire. Det var nogle glimrende oplæg, I kom med, og derfor skal I have et bifald, og jer inde ved siden af, I klapper også med, fordi jeg er den eneste, der kan se jer. Så jeg holder øje med, om I gør det.

Så går vi over til den fase, hvor spørgepanelet får en mulighed for at spørge, og helt ude fra siden herude, der har vi Inger Støjberg fra Venstre. Så har vi Mette Gjerskov fra Socialdemokratiet, Martin Henriksen fra Dansk Folkeparti, Poul Henrik Hedeboe fra SF og Per Clausen fra Enhedslisten. Der er to huller inde i midten, og efter hvad jeg har hørt, så skulle det være noget med den offentlig trafik eller et eller andet andet, hvad man nu plejer at sige, når man er forsinket, men de er i hvert tilfælde forsinket.

Vi gør det, at vi tager to spørgsmål ind ad gangen. Jeg vil gerne have, at I fortæller, hvem det er, I spørger. Og så når der er kommet to spørgere ind, så går vi over til besvarelsen. Og jeg fik jo ikke brug for de gule og de røde kort, og kære politikerkolleger, det vil jeg heller ikke have i jeres runde.

Hvem vil være den første spørger? Mette Gjerskov, Socialdemokratiet, værsgo.

Spørgsmål fra politikerpanelet

Mette Gjerskov (S):

Faktisk er mit spørgsmål til flere, for der er flere, der har nævnt det her med at spise alene, og især Jens Erik Kofod, du sagde, det her med, det er ikke et måltid at spise alene. Men hvad gør vi så? Altså, det er jo et problem, når en meget stor del, og så er det især ældre mennesker, du taler om, de rent faktisk bor alene. Er det noget med vores arkitektur, er det noget med, ville de kunne lokkes hen i et fælles beboerhus og spise deres mad derhenne, f.eks. i forbindelse med beskyttede boliger? Eller hvad gør vi? Handler det også om, hvordan man, selv om man spiser alene, får maden præsenteret, når den bliver leveret?

Ordstyrer:

Tak til Mette Gjerskov, og så er det Poul Henrik Hedeboe fra SF.

Poul Henrik Hedeboe (SF):

Henrik Højgaard, jeg forstår, at vi ligger sådan på grænsen. Der skal bruges nogle flere ressourcer på det her område, og mad går hen og kan ses på linje med medicin, specielt på sygehuse, over for ældre. Det gælder sikkert også for børn og andre, kunne jeg forestille mig.

Det koster penge, men jeg forstod også, at der lå noget underliggende om, at det måske kan betale sig. Er der nogle nærmere undersøgelser på, om det kan betale sig også at servere kvalitetsmad, altså ud fra denne her medicinbetragtning. Og det var en videreførelse over til Ghita Parry omkring oplevelsen, fordi oplevelsen den koster også penge, og jeg er ikke afskrækket ved, at det koster penge. Det er ikke det, jeg siger. Men igen: Er der beregninger på, at det faktisk kan betale sig? Jeg aner, at det er det, I siger.

Ordstyrer:

Tak til Poul Henrik Hedeboe, og så går vi over til besvarelse fra panelet. Jens Erik Kofod som den første.

Jens Erik Kofod:

Ja, et godt politikersvar, ja, men på den måde, at der, jeg vil sige, der er lavet adskillige projekter om, hvad man så kan gøre for de her hjemmeboende. Noget af det er at lokke dem hen og spise sammen med nogle andre. Noget andet kan være madklubber, etablering af forskellige madklubber, det har man i Århus Kommune arbejdet med og lavet et stort projekt dér, som viser sådan i store træk, hvad der skal til, før det bliver en succes, og hvad der skal til, for at det ikke bliver. Så der er arbejdet meget grundigt med nogle af de her ting omkring, hvad man kan gøre for de hjemmeboende, både lokke dem hen, lave madklubber typisk for enlige ældre mænd, der er blevet alene, hvor det er den bedre halvdel, der har lavet maden. Men der ligger en lang række projekter, som dokumenterer viden om de her ting og muligheder i den sammenhæng.

Ghita Parry:

Ja, altså jeg synes da, da jeg læste høringsmappen, at der kommer nogle indlæg senere i dag, som rent faktisk beskriver lidt om, at det godt kan betale sig, det der med at investere helt ude ved brugeren. Og i forhold til, om vi har midlerne til det, altså man må jo omstrukturere. Hvis ikke der falder flere penge ned fra himlen, hvad der som regel ikke gør, så må man jo se på, jamen hvordan kan vi så bruge den pose penge, vi har, bedst muligt. Det skal ikke være en hindring for, at vi ikke går i gang, at vi ikke lige får tilført 5 mia. kr. på det her område. Så må vi se på, hvor er midlerne, og bliver de rent faktisk brugt effektivt.

Anne Marie Beck:

Så vil jeg supplere i forhold til det der med at spise alene, fordi der har vi i hvert fald fra Københavns Kommune et initiativ, der hedder nærspisning, som har været en virkelig, virkelig stor succes, hvor de gamle får tilbud om at komme hen og spise på de lokale plejehjem. Og nogle af dem, som man faktisk har kunnet lokke, som ellers er meget svære at lokke, det er de gamle mænd, fordi de vil meget gerne hen og spise sammen med andre.

Jeg ved ikke, om du vil supplere med noget Susanne, nu har jeg jo en bisidder med på det område.

Ordstyrer:

Værsgo til Susanne, som er bisidder for Anne Marie Beck.

Susanne Westergren (Sundhedsstaben, Kostsekretariatet, Københavns Kommune):

Altså 40 pct. af dem, der kommer, det er faktisk mænd, og det hedder fællesspisningstilbud, det, vi har. Men det, som vi også kan se vi får ud af det, det er, at 78 pct. af dem, der kommer til fællesspisning, er begyndt at gå til andre aktiviteter, og det er faktisk også en stor gevinst for os. Og 62 pct. af

dem, der kommer, er begyndt at ses med andre, altså dem, de møder til fællesspisning. Så hele den der sociale kontakt, man også får, det har en stor betydning for deres trivsel.

Henrik Højgaard Rasmussen:

Ja, jeg vil godt lige supplere også med det første, fordi nu ser jeg det jo fra et sygehus synspunkt, og jeg synes, det er en meget relevant kommentar: Hvad gør vi så egentlig dér, det her med fællesspisning? Det er et arkitektonisk problem, fordi der er jo et begrænset område, hvor man overhovedet kan spise sammen på et sygehus, men ikke desto mindre ved vi jo, at det er helt afgørende overhovedet at spise sammen, men det er også afgørende, at patienterne overhovedet går, rejser sig fra sygesengen og får den fysiske aktivitet og alle de andre gevinster ved det. Så ja, det har da bestemt noget med arkitekturen at gøre, det er også noget, man er nødt til at tænke ind i fremtidigt byggeri osv.

Når vi tænker på det med økonomien, så ved jeg jo, at det bliver et punkt senere, hvor der er lavet nogle helt konkrete beregninger, så måske skal vi vende mere tilbage til det. Der foreligger både danske og amerikanske undersøgelser, der viser nogle regulære besparelser. Fødevarerdirektoratet lavede jo nogle beregninger for nogle år tilbage, så hvis man indførte det her ideelt set for alle patienter på sygehusene, så kunne man spare en halv til en hel milliard kroner om året, og det er selvfølgelig med en lang række af forudsætninger og også meget usikre beregninger.

Per Clausen (Enhedslisten):

Ja, nu er det jo sådan, at i en stor del af vores liv der bestemmer vi jo selv, hvad vi vil spise, og det har selvfølgelig nogle ernæringsmæssige konsekvenser, der ikke altid er lige heldige. Men to spørgsmål i forlængelse af det her, og det første er til Anne Marie Beck:

Er der nogen erfaringer med, at et af problemerne kan være, at man lige pludselig bliver frataget sin valgfrihed i forhold til, hvad man skal spise, altså når man dels kommer på sygehus, men også når man bliver ældre og kommer under de offentlige køkkener?

Og det andet er så til Ghita Parry omkring: Er de offentlige køkkener i stand til at løfte den opgave, der hedder, at man skal give folk et varieret udbud? Fordi jeg tror måske, at det er vigtigere for folk, om de har noget forskellig mad at vælge imellem, end de kan få lov til at vælge mellem forskellige steder, hvor de kan få det samme.

Martin Henriksen (DF):

Det er til Henrik Rasmussen og sådan set også til Anne Marie Beck.

Hvis vi taler ernæringspolitik på plejehjem og ældreboliger, sygehuse osv., jamen så synes jeg, det går igen i det skriftlige oplæg, I har, men også i mundtlige, at der er en for dårlig fordeling af opgaver og ansvar, og manglende og for dårlig uddannelse bliver også nævnt som et problem i nogle af de skriftlige oplæg. Så mit spørgsmål er, om ernæring skal gøres til et selvstændigt fag for de relevante faggrupper, som er på plejehjem og sygehuse osv., om I mener, om ernæring er godt nok inde i uddannelsesforløbet, som det er nu?

Ordstyrer:

Tak til Martin Henriksen. Og den første spørger, Per Clausen, stillede spørgsmål, som var til Anne Marie Beck og Ghita Parry, så Anne Marie Beck, værsgo.

Anne Marie Beck:

Jamen vi har ikke nogen konkrete erfaringer, om det betyder noget, om man kan vælge eller ej. Altså det, der jo sker, når man bliver gammel og kommer hen på et plejehjem, så er man så dårlig, så de fleste, hvis man kan få kommunikeret noget, så handler det bare om, bare der er nogen, der vil ligesom tage sig af mig, så jeg ikke skal tage stilling til for mange ting.

Men det er jo fuldstændig rigtigt, fordi det vil vi sikkert også se, når vi skal op og spise frokost sammen, når man kigger på de tallerkener, hvor forskelligt det er sammensat, og det kan man ikke tilgodese, som det er lige nu i den offentlige forplejning.

Så er der det her med, jeg ved ikke, om jeg skal svare på det der med ernæring og uddannelse. Der tror jeg, at på nogle af social- og sundhedsassistentuddannelserne og sygeplejeuddannelserne der er der noget ernæring. Og det, jeg tror der i virkeligheden er behov for, det er efteruddannelse, det vil sige, når man er ude de konkrete steder, hvor man arbejder, at man så dér lærer noget om de konkrete problemstillinger, man har. Fordi jeg tror, det er svært, ja, at få glæde af det, mens man går og bare går i skole og mest måske har med patienter at gøre.

Ghita Parry:

Per, du spørger, om vi er i stand til at løfte opgaven ved at lave et varieret udbud. Det gør vi faktisk allerede. Det betyder ikke, at dem, der sådan ikke lige er optaget af mængden af udbud, men måske mere optaget af dybden, altså kvaliteten af to måltider f.eks. eller et hovedmåltid, at de ikke også synes, at der skal være et varieret udbud. Vi gør det faktisk allerede i dag.

Ordstyrer:

Det næste spørgsmål, som var fra Martin Henriksen, det var til Henrik Højgaard Rasmussen og Anne Marie Beck. Og skal vi starte med, for nu at gøre det i den rækkefølge, der er mest høflig: Anne Marie Beck.

Anne Marie Beck:

Ja, men jeg siger så igen, det vil du kunne høre på båndet, men at jeg synes, det er en god idé med noget mere ernæring, men jeg tror, man skal satse på det i forhold til efteruddannelsen af de forskellige faggrupper.

Henrik Højgaard Rasmussen:

Jamen jeg er meget enig med Anne Marie. Jeg vil dog sige, at når jeg tænker på min egen uddannelse, hvor meget fysiologi og biokemi, og hvad ved jeg, og mærkelige cyklus, og det løber rundt, og jeg faktisk ikke rigtig ved, hvad jeg skal bruge til, så synes jeg, det kunne være en, var en rigtig god idé, at man havde ernæring indbygget i lægeuddannelsen. Også fordi, når vi undersøger, hvilke barrierer der er blandt læger, det er altså meget viden omkring de her ting. Man er slet ikke rigtig klar over, hvordan skal man egentlig forholde sig til det her, og så lægger man det også hurtigt fra sig og siger, det er nok noget, sygeplejerskerne kan gøre.

Men det viser sig de steder, hvor læger også er engageret i det her, den tværfaglighed, jamen det betyder noget, for at tingene altså også lykkes. Så jeg mener helt klart, at det bør indgå også bl.a. i lægeuddannelsen, men både i selve uddannelsen, men også som efteruddannelse. Og det kunne såmænd også godt udvikle sig til at være et selvstændigt speciale.

Inger Støjberg (V):

Nu fik jeg faktisk svar på det ene af mine to spørgsmål her i den sidste besvarelse fra Henrik Højgaard Rasmussen. Men jeg kunne godt tænke mig at vide, om der er nogle praktiske eksempler omkring spisesituationen på sygehusene, hvor man rent praktisk har prøvet at løfte opgaven med at få patienter måske til at spise sammen, sådan lidt som opfølgning på Mette Gjerskovs spørgsmål.

Ordstyrer:

Er der andre i panelet heroppe? Der er ikke nogen, der har markeret. Er der nogen, der lige vil med i denne her runde? Ja, det skal man aldrig spørge om, Mette Gjerskov.

Mette Gjerskov (S):

Ja, du er selv ude om det.

Det var lidt som opfølgning på det her med fleksibiliteten, for hvad er det for en fleksibilitet, vi taler om? Ghita Parry nævnte, at der er faktisk fleksibilitet, men er det at kunne vælge mellem forskellige retter, er det med at få maden på forskellige tidspunkter, eller hvad er det, du lægger i fleksibilitet?

Ordstyrer:

Tak for det spørgsmål. Og skal vi starte med det første spørgsmål, det var jo egentlig til vores sygehuseksperter, og I må selv om, hvordan I vil besvare det.

Henrik Højgaard Rasmussen:

Jamen det vil jeg da gerne kommentere. Som jeg startede med at sige, så er rammerne altså ikke ret gode til det, og derfor har der heller ikke været lavet frygtelig mange interventionsforsøg, hvor man sådan slæber patienterne hen, hvis der er plads til, at der kan sidde en tre stykker sammen, det er måske maks. mange steder, som jeg ikke kender til i hvert fald.

Det har specielt været på geriatriske afdelinger, hvor man har ældre patienter, bl.a. i Århusområdet, hvor man har gjort en ret stor indsats netop for både at få mobiliseret patienterne, og der har man altså også rammerne til det. De bliver klædt på i tøj, altså ikke i sygehustøj, og bliver sat ved bordene, eller bliver næsten tvunget ved bordene, og det har da helt klart en indvirkning på, hvad man spiser, også jf. det Jens Kofod forklarede. Det er der ingen tvivl om.

Ordstyrer:

Anne Marie, har du noget til det her?

Anne Marie Beck:

Ikke konkret til det, men jeg vil godt supplere alligevel, synes jeg, med et projekt, der lige er blevet afsluttet fra Rigshospitalet, som man har kaldt roomservice, hvor det, man har gjort, det er, at nogle patienter har fået det her særlige tilbud, at man kunne ringe ned på alle tider af døgnet mere eller mindre og få, hvad man lige havde lyst til at spise. Og nogle andre patienter har haft den, at det har været en sygeplejerske, der har fulgt maden godt til dørs, så der simpelt hen har været en sygeplejerske, altså det er roomservicen, kan man sige, at der har været en sygeplejerske og taget sig særligt af dem og interesseret sig for, også hvad de spiste og drak. Og der har man kunnet se, at begge grupper spiste mere, men dem her, hvor sygeplejersken fulgte godt til dørs, det var dem, der spiste bedst.

Og det samme har man set i Københavns Kommune, og også det her med, at der har været nogle sygeplejersker, der har interesseret sig for de gamle, der sad i hjemmeplejen og spiste alene, og interesseret sig for hvad de spiste og fulgte op på det. Det har haft positiv effekt på, at de har spist noget mere.

Jens Erik Kofod:

Jo, men det var lige præcis det, Anne Marie sluttede med her, som lige skulle nævnes.

Ordstyrer:

Jo, men det er jo så smukt, når nogen kan svare for hele panelet på en gang måske. Ghita, det sidste spørgsmål det var til dig.

Ghita Parry:

Det var lidt om fleksibilitet, hvad er det egentlig, når vi er fleksible? Altså, det kommer an på, hvor er du henne? Hvis det er på sygehuset, så må det jo også handle om, at vi har forståelse for i køkkenet, hvad foregår der på afdelingen, så der ligger, nu når madvognen kommer, som det nu hedder, at så skal alle slippe, hvad de har i hænderne, og så skal det stå i madens tegn. Så der må vi jo indgå naturligt i den rytme, der er på afdelingen, ellers så tror jeg, madvognen bliver kørt hen i et hjørne. Det kunne være en måde for fleksibilitet at forstå, hvad der foregår.

Hvis vi snakker den hjemmeboende, som selv vil bestemme, hvornår skal jeg spise min mad, jamen så må vi have et produktionssystem i det køkken, der nu leverer den mad, så det matcher det, den gamle nu vil. Det kan godt være, hun ikke gider være hjemme klokken kvart over elleve hver dag, fordi der kommer den varme mad. Hun vil måske hellere have syv gange frostportioner, for så kan hun selv bestemme. Det er også fleksibilitet.

Vi kan snakke lev/bo-miljøer, det er lidt af det samme, hvad foregår der derude. Vi kan snakke børnene, vi kan snakke bredde i udbud. Altså, de kan få næsten hvad som helst, var jeg lige ved at sige, bare de vil betale for det, ikke? Men der er fleksibilitet på alle leder og kanter.

Jeg ved ikke, om det var uddybende nok, eller du vil sådan mere specifikt ned?

Ordstyrer:

Nej, det vil vi ikke i første omgang, kan jeg sige dig. Så må Mette markere en gang mere. Per Clausen fra Enhedslisten.

Per Clausen (EL):

Jamen altså, nu forstod jeg det der med, at køkkenerne kan levere både fleksibilitet på den ene og den anden måde, det er ikke noget problem. Så skal mit spørgsmål være til Henrik Højgaard Rasmussen: Hvordan kan det så være, at mange patienter i hvert fald oplever, at de ikke rigtig har noget valg? Det hører jeg i hvert fald tit, altså nu henvender folk sig mest til politikere af min observans, når de har noget at klage over, men alligevel.

Ordstyrer:

Ja, så fik vi det med også. Mette, vil du lidt mere i dybden?

Mette Gjerskov (S):

Ja, det ville jeg gerne, fordi det er faktisk lidt i forlængelse af det, Per han siger netop, ja, det er hvad mulighederne er, men hvad er praksis? Altså hvad er praksis i forhold til fleksibiliteten, kan man vælge? Kan man vælge mellem forskellige retter f.eks.?

Ghita Parry:

Det kan man da. Altså vi har haft valgmenu en masse i, ja, jeg kan da huske, da jeg var ude i den virkelige verden, siden 1987, og det var da også nyt for borgerne, nej, det var nu ikke nødvendigt. Men lige så snart de har vænnet sig til det, og det gør de i løbet af en uge, så vil de have valgmenu hele tiden, og de vil have rigtig meget. De vil have festmad derhjemme, de vil benytte det på alle mulige måder. Vi skal næsten være cateringfirma eller ude i det private.

Omkring det, om patienter – hvad var det, du spurgte om Per? – patienterne det ved de ikke, at de har den mulighed. Var det det, du spurgte om?

Per Clausen (EL):

Jamen altså, jeg kan jo ikke, nu får jeg at vide, at man kan vælge mellem alting altid, og der er ingen problemer. Det lyder vældig godt. Så siger jeg bare, at når man snakker med de mennesker, som nyder godt af jeres service, så er det ikke altid den forklaring, man hører, og i hvert fald slet ikke når vi snakker om sygehuse.

Ghita Parry:

Nu skal jeg også moderere mig lidt. Der er da rammer for, hvad man kan vælge imellem. Det er jo offentlig kostforplejning, og midlerne de begrænser jo også, hvad vi kan. Men der findes faktisk mange muligheder, og de informationsmaterialer, der bliver lavet rundt omkring, de findes faktisk også.

Problemet, tror jeg, ligger i, får man rent faktisk kendskab til, hvad der findes af muligheder, og det var jo her, jeg plæderede lidt for, der mangler den værtinde eller vært omkring patienten, om-

kring beboeren, omkring den demente på lev/bo-enhederne, som skal være det forlængede led fra køkkenet, som skal fortælle: Hov, jamen hvis ikke du kan spise det ene, så kan du spise det andet. Det kommer vi også til at høre lidt om i dag ud fra et eksempel. Så de ved det måske ikke, og det findes, så der er et gab der, som vi sagtens kan gøre noget ved, vi skal bare gøre det. Vi skal måske også blive enige om, hvem er det, der skal gøre det. Og det nytter ikke noget at hænge det op på, at der er nogle ildsjæle, der gør det, fordi de har det sådan med også at miste pusten, når der er gået tilstrækkelig mange år. Man kan ikke løfte den opgave alene.

Ordstyrer:

Tak skal du have Ghita. Henrik Højgaard, er det sådan med frit valg på alle hylder, næsten? Er det sådan i Aalborg også?

Henrik Højgaard Rasmussen:

Nej, det kan jeg ikke forstå. Altså, jeg vil lige sige, der er jo to ting, der er vigtige i denne her sammenhæng. Vi har jo hørt, at selvfølgelig betyder måltidet noget i sig selv, og hvad det er, man får, men det er ikke den eneste ting, der betyder noget. Vi skal lige huske de andre ting også, at det her, det er altså en tværfaglig ting, der starter helt fra, at vi køber ind og til patienten altså får spist og det her.

Men selvfølgelig betyder maden da noget, og det er fuldstændig rigtigt, som der bliver sagt, at der er ikke de store valgmuligheder. Og jeg kan da sige fra vores eget sygehus vedkommende, der har vi da først for nylig begyndt at introducere de her forskellige kosttilbud, altså kost til småtspisende. Så der har jo så fuldstændig rigtigt været ikke mange valgmuligheder, og store portioner har været serveret for patienterne. Så det kommer stille og roligt, men det er en tung proces, og jeg har ikke så meget forstand på køkkendrift og sådan noget, men det er en tung proces at få et helt køkken til pludselig at omstille de her ting, og det har også kostet lidt penge og sådan nogle ting, og det er også et spørgsmål om ressourcer, så vender vi også lidt tilbage til det.

Så helt ideelt er det ikke, men det bliver bedre.

Ordstyrer:

Tak skal du have, og det vil så sige, at dem, der klager til Per, de kommer fra Aalborgegnen, kan vi høre.

Så går vi over til Poul Henrik Hedeboe.

Poul Henrik Hedeboe (SF):

Nu hørte jeg specielt fra Ghita Parry, at der faktisk er rigtig store muligheder, og der kræves lige en ekstra person.

Jeg er også en af dem, som hører ude fra befolkningen, at det faktisk ikke måske er helt så godt. Og når der er stress og for få medarbejdere, det er det, jeg hører, sygeplejersker som bliver meget stressede og skal lave tingene meget hurtigt og bliver nedslidte og må forsvinde ud fra dette arbejdsmarked, i den situation, er det så rigtigt, at der er lige en ekstra person at tage til at give den ekstra opmærksomhed. Er det rigtigt, at køkkenerne er oppe i den standard og har den bemanning, så de bare lige kan klare det?

Det er sådan næsten det, jeg hører, og det passer slet ikke sammen med det billede, jeg har ude fra virkeligheden. Jeg kan lidt bedre forlige mig med Aalborg.

Ordstyrer:

Tak for det. Nu tror jeg i hvert fald, vi får gang i debatten. Martin Henriksen.

Martin Henriksen (DF):

Jeg vil sige, at vi får også klager en gang imellem, faktisk får vi også ros. Det ved jeg så ikke om også går til den side, men det er så en anden side.

Mit spørgsmål går på, det er til Ghita Parry, nu ved jeg godt, du er fra det offentlige, men er der forskel fra de private tilbud og så de offentlige tilbud kvalitetsmæssigt og udbudsmæssigt? Er der det?

Ordstyrer:

Ja, Ghita er fra det offentlige, men det er jo også en høring om den offentlige forplejning, så tingene de falder jo naturligt sammen. Der var i hvert fald et spørgsmål til Ghita.

Ghita Parry:

Så vil jeg starte fra en ende af. Altså, jeg mener ikke, jeg har sagt, og nu ved jeg, at det bliver båndet, at vi har masser af personaler i køkkenet, vi lige kan sende på afdelingerne. Det, jeg sagde, det var, at hvis vi rigtig gerne vil det her, hvis vi vil noget med denne her høring, og det skal have en betydning, når vi går hjem i dag, så må vi se på, hvordan vi bruger ressourcerne. Og fordi jeg nu repræsenterer køkkenverdenen, så betyder det ikke, at så skal vi udelukkende se på, hvordan vi bruger ressourcerne i køkkenerne. Altså, der kunne man jo se på hele sygehusets funktionskæde eller hele plejehjemsektorens funktionskæde. Vi kan ikke trække det læs alene, så må jeg sige stop. Så kan vi ikke, så bliver det heller ikke til noget, og så kan vi sådan set gå hjem i pausen.

Jeg synes, køkkenerne de er måske ikke så højt oppe i omdrejninger, som du lægger op til at have forstået, men det er rigtig meget på vej. Og her i weekenden var jeg faktisk til et kvalitetstræf blandt vores egne medlemmer, hvor vi evaluerede på, hvad er der foregået i de sidste 10 år. Der er faktisk foregået rigtig meget kvalitetsarbejde, men det er en tung skude at få fokus på, især hvis man skal gøre det alene. Måske er man på et sygehus, hvor der er en professor, der interesserer sig for ernæring, så er man rigtig, rigtig heldig, men ellers klarer køkkenerne faktisk denne her opgave alene. Og det er ikke for at skyde på andre faggrupper, de har nemlig travlt med noget andet.

Du spurgte om, ja, hvad var det, du spurgte om? Om offentlig mad var bedst, var det det, du sagde?

Martin Henriksen:

Det var ikke lige det, jeg sagde, men det kan du jo svare på. Det var, om der er forskel på de udbud, der er, når private bringer ud, eller når offentlige bringer ud. Det kunne f.eks. være til private hjem.

Ghita Parry:

Altså, jeg kan høre, du ikke spørger om kvaliteten, men spørger udelukkende om variationen af, hvad man kan købe eller få som borger. Og vi har da medlemmer både på den ene og den anden type offentlig virksomhed, og de laver også noget af det, som man laver i offentlige køkkener. Altså, man kan også få menuvalg, og man kan også få kølemad, og man kan også få de forskellige ting. Men jeg kan ikke udtale mig om kvaliteten af maden sammenlignet med, hvis det er det, du spørger til. Det var det nemlig.

Ordstyrer:

Er der andre i panelet deroppe, der vil med i denne her runde, eller skal vi gå videre med lidt spørgsmål? Vi går videre med lidt spørgsmål, og så er det Inger Støjberg.

Inger Støjberg (V):

Nu er der sådan ligesom flere af jer, der har nævnt, at på et sygehus er der en overlæge, der interesserer sig for det her, og nu bliver det nævnt, det kunne være, der var en professor der interesserede sig for det, og nogle siger, det kan være, der er nogle sygeplejersker der interesserer sig for det. Og hvis der var det, så var man rigtig, rigtig heldig som patient.

For mig lyder det, som om det er lidt sådan en tilfældighed. Hvis der lige pludselig er en eller anden, der interesserer sig for det, så er man egentlig heldig som patient, og ellers så må man tage til takke med den forlorte hare, og så var det dét.

Er det en politisk opgave at sætte det her i system på en eller anden måde og tænke det tværfaglige og sætte det i system? Er det en politisk opgave, og hvordan skal vi så forholde os til det som politikere?

Ordstyrer:

Tak til Inger. Det er ikke en beskrivelse af den forlorne hare, men alligevel.

Ghita Parry:

Jeg vil da fat i det sidste først: Er det en beskrivelse, eller er det en politisk opgave? Altså hvad er grunden til, at vi sidder her? Det er vel egentlig, fordi I interesserer jer for, at vi skal ud over stepperne, vi skal rykke på det her område, at der skal noget mere status på det offentlige måltid, for det hører jeg bare igen og igen. Det er der ikke status på, og jeg forstår det virkelig ikke, fordi det må da være en rigtig, rigtig særlig og vigtig opgave at lave mad til mennesker, der har det svært og som har nogle særlige behov. Så det synes jeg faktisk, det er.

Jeg har anbefalet, at vi genopliver storkøkkencenteret i en eller anden ny moderne form, fordi jeg synes, at det kunne være det sted, der kunne være med til at trække, at vi får vendt skuden for alvor og så sejler i samme retning, uanset om man er barn, eller man er plejehjemspensionist, eller man er patient. Så jeg synes, der er en opgave at gøre.

Henrik Højgaard Rasmussen:

Jamen jeg vil da gerne supplere. Altså, jeg er da helt enig i, at det her er også en politisk opgave. Vi ved, det er en barriere i hvert fald, hvis lederen på sygehuset så at sige ikke også ligesom giver opbakning ned igennem systemet, så er det meget svært at få det her til at hænge sammen.

Vi er også så heldige i Nordjyllands Amt, inklusive i Aalborg, at vi har et amt, der faktisk interesserer sig meget for ernæring, også sundhedsudvalg osv., og som har støttet mange af de her projekter, vi faktisk har lavet. Og det har bestemt givet et ret stort løft, vil jeg sige, til Nordjyllands Amt. Så der er ingen tvivl om, at vi kan ikke klare det her alene.

Og det viser jo også, at man har taget det med ned i EU og lavet denne her EU-resolution, som absolut jo er en politisk opbakning og som ligesom skal udmøntes. Det hører vi også lidt senere om i dag.

Anne Marie Beck:

Jamen det var i forhold til også, fordi i hvert fald på nogle sygehuse i Danmark er det jo sådan, at ernæring indgår som en del af krediteringen i det hele taget, og det kunne jo være, altså hvis man skal snakke om mit eget område, som er de gamle, kunne det være oplagt, at man tænkte den kvalitetssikring ind i det, også ude på plejehjemmene, så man havde nogle standarder for, at alle skulle vurderes med hensyn til deres ernæringstilstand, og det skulle sikres, at de fik den mad, som passede til deres behov osv.

Ordstyrer:

Tak skal du have, Anne Marie, og du må undskyldte Jens Erik Kofod, men vi er jo født til at vente, men nu får du ordet.

Jens Erik Kofod:

Ja, det må jeg sige, jeg aldrig skal afbryde en dame, det skal jeg huske, til jeg kommer hjem.

Du spørger, altså det, jeg hører i dit spørgsmål, er sådan lidt om madens plads på de her sygehuse. Jeg har også haft lejlighed til at undersøge sygehuse, tre forskellige, i en stor kvalitativ undersøgelse, og et af de sygehuse, det var faktisk i Nordjyllands Amt, der havde de nogle ordninger omkring at samle de patienter, man nu kunne, henne i noget, der lignede en spisesal, og så var der en fra personalet og en fra køkkenet, som var henne og fortælle lidt om maden og spørge, hvad de havde lyst til at spise. Og på det sygehus oplevede jeg en markant mere positiv vurdering af maden i

sammenligning med de to andre sygehuse, hvor det blev serveret fra bakke og ind på sengen ind i sengestuen. Så det, at de gjorde noget, lavede en ramme for maden, det så ud, som om det virkede positivt.

Og jeg vil også lige igen pege på det projekt, som Anne Marie nævner fra Rigshospitalet, der hvor det med nødningen, altså det med en sygeplejerske, der var over på det her med roomservice, det, at man sørger for, at det bliver spist, det er jo der, man skal hen også og satse på den situation for at komme denne her undervægt/underernæring til livs både på sygehuse og på plejehjem.

Ordstyrer:

Så vil jeg sige til jer inde ved siden af, at jeg håber, I har det godt derinde. Lige om lidt så lukker vi op for spørgsmål fra salen, og hvis der er nogle af jer, der sidder derovre, som har lyst til at komme over og stille et spørgsmål, så er I velkommen. Koden til at komme herover det er at gå hen til porten, og så banker I tre gange, og så går porten op, og så kan I komme herind og stille et spørgsmål. Så hvis der er nogle af jer derovre, der har et spørgsmål, så kom endelig herover.

Vi tager lige den sidste i denne her runde. Og Mette, jeg vil sige til dig, nu lukker vi op for spørgsmål om lidt fra salen, så du får ingen fordybning i dit spørgsmål denne her gang, men et kort kontant spørgsmål Mette, kan du det?

Mette Gjerskov (S):

Jeg står med eneansvaret. Nej, men jeg vil faktisk gerne lidt ind på det med tværfagligheden igen, fordi jeg synes, det, jeg hører jer sige, det er: 40 pct. af de ældre er i risiko for underernæring. Vi har fedmeproblemer især blandt børn, vi har i det hele taget en lang række problemer, og vi har også den viden, der skal til for, hvad vi gør, men at det i høj grad er kommunikation, dialog osv., der skal til, at alle faggrupper har fokus på ernæring.

Er det her et faggruppeproblem, eller handler det alene om, at der skal være, altså et faggruppeproblem i den forstand at der er modvilje, eller handler det alene om, at der skal fokus på den koordination?

Ghita Parry:

Jeg tror ikke, der er modvilje, det kan jeg simpelt hen ikke forestille mig, at der er modvilje mod, at man vil nogle mennesker, dem, som man skal betjene, at man vil dem det godt. Jeg tror, at hver faggruppe er optaget af sine ting og har en travl hverdag, det var Henrik også lidt inde på, og så har man den kernefaglighed, og det er den, man yder først. Og der er maden jo, det er sådan noget, man gør sådan siden hen, når nu vi får lidt tid tilovers. Så jeg tror, der skal fokus på koordinering af arbejdet, og jeg er også tilhænger, at vi skal efteruddanne. Og hvis lægerne fik i deres grunduddannelse noget ernæring ind, og vi skal gerne give en god opskrift på forloren høre, så vil jeg tro, at vi kunne komme et rigtig, rigtig godt skridt frem, for det er altså hos lægerne, at tovet måske skal trækkes allermest. Jeg siger ikke, at I ikke vil, men jeg siger bare, at I er optaget af andre ting. Og hvis I sætter fokus på det, så tror jeg også, det kan sætte det lokomotiv stille og roligt i gang med at få alle med.

Ordstyrer:

Tak skal du have, Ghita, den forlorne høre den spøger, og det bliver spændende at se, hvad vi skal have til frokost i dag.

Vi skal nu over til spørgsmål fra salen, og hvis man lige markerer, og når man så får mikrofonen, så siger man, hvem man er, og hvor man kommer fra, og hvem spørgsmålet er til. Og er der nogen i salen her, der vil stille et spørgsmål.

Spørgsmål fra salen

Janne Kappel:

Det er til Mette, du spørger om, hvad der er problemet. Nu kommer jeg fra et plejehjem, Hanne og jeg er i køkkenet, og der ved vi jo en masse om ernæring og følger med og får lavet kost til småtspisende og laver brugerundersøgelser og sådan noget.

Det, det hele tiden halter med, det er at få gjort det færdigt ud til afdelingerne, for de prioriterer det ikke højt nok, altså det kostfaglige. De har så travlt med at indføre BUM og alle de nye tiltag, der er med medicin osv. Så det der med de småtspisende, alle de skemaer, vi beder om, at de skal fylde ud, og hvor meget vejer de og hvor meget har de spist osv., osv., det får vi ikke op, når vi skal have det. Så det er noget med tværfagligheden, der kikser eller tidsmæssigt. Vi er jo også blevet mindre og mindre på plejehjemmet. Da jeg startede for 10 år siden, der var der 98 fuldtidsansatte på plejehjemmet, og nu er vi 78 til stadig væk 80 beboere. Og køkkenpersonalet er også, vi er kun lige nok til at lave maden, fordi det, man bliver målt på, det er, hvor meget man producerer, så vi skal lave til 20 pr. hoved, uanset om man har ferie eller er på kursus osv. Så man har ikke tid til at gå ned på afdelingen, desværre, og følge det op.

Så det er sådan, som jeg ser problemet.

Ordstyrer:

Tak for det. Er der nogen, der har nogen kommentarer til det? Nej, det er, fordi man kender situationen. Andre der vil stille spørgsmål?

Jens Holm fra Gastroimport:

Jeg fik indtrykket af, at vægten ligger meget på det, der skal gøres, de ønsker, der er fra panelets side, jamen det kører meget på, at der skal være et rigt og varieret udbud. Og jeg vil derfor gerne spørge, om kvaliteten slet ikke er på tale, om ikke man kunne forestille sig, at der var bedre chancer for, at man kastede sig over maden, når den var lækker og af en god kvalitet frem for mere pulverpræget udbud. Altså hellere en eller to gode ting at vælge imellem, som var lavet med hjerte og omhu end 20-30 pulvering.

Ghita Parry:

Altså nu snakker du kvalitet. Kvalitet er utrolig mange ting. Kvalitet kan jo være for dig, hvordan smager det, men kvalitet kan også godt være, kan jeg tygge det, det siger Jens jo, og kvalitet kan være, kan jeg betale for det. Altså har jeg råd til det, eller er portionen stor nok til, at jeg kan spise og dele med min kone.

Men når nu du nævner, at det kunne jo være lige så godt, hvis ikke bedre, hører jeg du siger, at man bare havde to retter mad, og så var det sådan set meget bedre end 20-30 pulverversioner. Altså alternativet til en ret, der er rigtig god, det er altså ikke 20-30 pulvere, det er tre retter, der er rigtig gode, eller fem eller hvor stor rammen nu skal være, for vi er jo så forskellige.

Hvis nu der bliver serveret vegetarmad herude bagefter med bønner og linser, og jeg ved ikke hvad, og vi bare skal spise det, så vil der nok være rigtig mange, der tænker, nej, det er jeg ikke lige så meget for, kvaliteten er sådan lidt bob-bob, så er alternativet ikke at lave en pulverbudding eller gøre noget andet, men at så have et andet buffetbord med to eller tre andre ting, som er lavet lige så godt.

Anne Marie Beck:

Jamen jeg tror også, at man skal passe på, fordi kvaliteten kan være nok så god, fordi hvis det så f.eks. er plejepersonalet, der ikke sælger maden godt nok, men bare stiller den ind på bordet foran fru Jensen, så spiser hun den stadig væk ikke. Eller hvis hun har problemer med at tygge og synke, eller hun er deprimeret, eller hvad ved jeg, så spiser hun den stadig væk ikke. Så man bliver nødt til at tænke lidt bredere end bare, og det tror jeg, vi alle sammen har forsøgt at sige, end bare maden.

Henrik Vestergaard, Foodhouse, formand for Venstres Fødevarerudvalg og i al ubeskyndhed initiativtager til dagens høring:

Henrik Højgaard Rasmussen: Ernæringsindsats som kvalitetsmål på sygehusene, kan du uddybe lidt, hvordan du forestiller dig, det skal måles, det kan jo ikke bare være vægt, og hvordan det skal belønnes?

Og så et spørgsmål til Ghita: Er det ikke et spørgsmål om på sygehusene, at centralkøkkenerne bliver nedlagt, og at vi opererer med cafelignende miljøer, hvor folk, patienterne, kan komme og spise hele døgnet rundt, når de har lyst til at spise, og ikke når centralkøkkenet sender madvognen rundt?

Ordstyrer:

Tak for det spørgsmål. Værsgo til besvarelse, skal det være Ghita også? Jeg spørger dig først, du plejer at insistere.

Ghita Parry:

Ja, man skal jo aldrig afbryde en kvinde, var det det, du sagde?

Skal vi nedlægge centralkøkkenerne og så bare have nogle cafeer derude? Hvor vi du få maden fra? Altså en af stordriftsfordelene er jo, at vi har nogle enheder, hvor man samler det her, og så kan vi sende ud til en café, en patientcafé, eller ude på afdelingen eller lev/bo-miljøer eller skolerne. Det er jo sådan, vi skal organisere arbejdet, det er det, der er effektivt. Og så kan vi altid diskutere: Hvad er stort? Er det 100, det er måske stort for ganske almindelige borgere i Danmark, eller er det 10.000? Den diskussion kommer vi nok til at føre sådan her hen over kommunalreformsårene, tror jeg.

Så vi skal ikke nedlægge centralkøkkenerne, men vi skal gøre dem gode, og så skal vi sikre, at det transportled, der er fra centralkøkkenet til den enhed, hvis nu vi skal kalde det sådan lidt klinisk, hvor maden skal spises, at der rent faktisk er hænder der, der er køkkenets forlængede arm og værner om det måltid, der nu kommer ud, for ellers så kan maden være rigtig god, når vi sender ud af køkkendøren, og så er der bare sket rigtig meget undervejs, og så er den rigtig dårlig eller kold eller hård at tygge.

Henrik Højgaard Rasmussen:

Ja, jeg synes, det var et meget vigtigt spørgsmål det her med kvalitetsmål, og det er jo noget, som læger måske også nogle gange prøver at flygte en lille smule fra. Men det er jo ligesom om, at det er jo vejen frem i det her system, vi bliver målt og vejlet på alle leder og kanter, og vi skal have smileys det ene og det andet sted. Og egentlig tror jeg også, det er vigtigt, og vi sidder også og arbejder med det i Sundhedsstyrelsen i øjeblikket, præcis hvordan vi egentlig skal gøre det.

Jeg tror, man skal gøre det relativt simpelt med at opsætte nogle standarder og indikatorer for det her. Vi har nogle gode guidelines jo, Sundhedsstyrelsen har jo allerede givet os de her forskellige trin, vi ligesom skal opfylde. Og der kunne man fint sætte mål ind for hvert af de fire-fem punkter, det nu kunne handle om, som man nu skulle opfylde. Det er relativt simpelt. Men det vigtigste jo i den sammenhæng, det er jo ikke, om man opdager, at folk er underernæret, det er jo, om man gør noget ved det. Altså resultatet, kommer der mad i patienten, det er dér, vi skal have belønningen, både til patienten, men også for os, der yder indsatsen.

Så et system, der ikke tager hensyn til det, duer ikke. Så jeg mener, det helt afgørende er, at man kvalitetssikrer det, patienten simpelt hen spiser, og det kan man godt måle og opstille kriterier for, fordi det registrerer vi jo, hvor meget de spiser. Så der kan man nemt opstille kvalitetsmål, og det synes jeg bestemt, man skulle belønne. Der findes jo forskellige diagnosekoder og dag-satser og sådan noget, og så skulle vi selvfølgelig have pengene for det også jo. Så kan det være, vi kunne komme et skridt videre.

Ordstyrer:

Andre i panelet, der vi med i det her spørgsmål? Så kan vi nå, til jer inde ved siden af, vi kan godt nå stadig væk, at der er en der når at løbe over og stiller et spørgsmål. Men vi tager et herinde.

Susanne Nørregaard:

Det er helt rigtigt, den største del af det tværfaglige. Hvis ikke vi har tværfaglighed i det her, så får patienterne altså ikke noget at spise. Vores beboere får ikke noget at spise. Hos os har vi det mål, jeg kommer fra Plejecenteret Øresundshjemmet i Humlebæk, hos os har vi det mål, at hver gang, vi modtager en ny beboer, så måler vi BMI. Det bliver skrevet ind i et omsorgssystem, det er nemlig også systemer i alle henseender. Det er nået dertil, at vi nu går sådan og småsnakker lidt om BMI, i cafeen der bliver snakket BMI på alle områder, der bliver snakket BMI på tværfaglige møder, vi har. Vi snakker BMI alle steder. Vi bliver ved med at koncentrere os om den der kost, vi nu har lavet. Vi laver god kvalitetskost, men hvad hjælper det, hvis ikke der er nogen plejepersonaler, der er interesseret i, at den kvalitetskost, vi har lavet, den bliver spist af vores beboere.

Vi møder beboerne, vi er fra køkkenet, der kommer ud og ser vores beboere, snakker med dem, får en sludder med dem, hvad er det, de godt vil have. Er det risengrød, de hellere vil have hver aften eller tre gange om ugen, jamen så er det sgu risengrød, vi serverer for dem. Det er da ikke noget problem altså.

Ordstyrer:

Tak skal du have. Du sagde, hvor du kom fra, men jeg kan jeg ikke få dig til – du ser så sød ud – jeg kan ikke lige få dit navn.

Susanne Nørgaard:

Jeg vil gerne reklamere, hvor jeg kommer fra. Jeg kommer fra Fredensborg-Humlebæk Kommune, Plejecenteret Øresundshjemmet og jeg hedder Susanne Nørgaard.

Ordstyrer:

Det var det Susanne, jeg skulle have fat i, det andet det hørte vi jo. Det var bare, hvis jeg skulle finde på at sende en invitation en dag, så skal jeg kunne skrive et navn.

Ja, værsgo til panelet til at besvare det sidste spørgsmål her. Lidt kvikt og hurtigt denne her gang. Er det Ghita? Du tør slet ikke. Jens Erik.

Jens Erik Kofod:

Jo, men jeg kan kun give dig ret. Jeg undersøger selv ældre, der flytter på plejehjem i øjeblikket, deres møde med plejehjemmet, og præcis det, du beskriver her der, er det de efterlyser også, altså denne her kontakt og denne her mulighed for at vælge og sådan tagen personlig hensyn til, hvad de har af behov. Så ja.

Susanne Nørgaard:

Jamen nu siger du, der skal være noget plejepersonale i den anden ende, ja, men der kunne også være nogle af os fra køkkenet, der kunne også være nogle tredje. Altså, der skal bare være nogen, det er i virkeligheden det, der er mission, og vi står gerne til rådighed, hvor det kan lade sig gøre.

Henrik Højgaard Rasmussen:

Ja, altså jeg vil godt lige vende tilbage til det her med ansvarsfordelingen, det er også en ret stor barriere, for at noget det lykkes overhovedet, fordi vi måske alle sammen hverken har tid og fraskriver os ansvaret for det. Hvis man gør, som vi bl.a. har gjort i Aalborg, som man sikkert også har gjort mange andre steder, helt præcis skriver ned alle de her faggrupper, der er involveret, hvilket ansvar har du, og udpeger nøglepersoner og har nogle teams, der står for det her, så er der altså også en langt større chance for succes.

Ordstyrer:

Så skal vi over til det næste punkt på dagsordenen, og det er det punkt, der hedder kaffe og samvær om kaffen. Vi mødes herinde igen 10.45 må det blive, og jeg kan godt se, der er nogen inde ved siden af, der allerede har sneget sig ned til kaffen, så de kender vejen, men det er ned af trappen ovre i Fællessalen, og så ses vi herinde. Så skal I være lige så friske, som I var ved blok 1 til blok 2.

Give nu lige de her folk en hånd, inden I går.

Den offentlige forplejning i Danmark

Ordstyrer:

Ja tak. Så er klokken 10.45 præcis, og så går det nogenlunde, som jeg gerne vil have at det skal gå, nemlig at vi holder tiden. Velkommen tilbage fra jeres fælles kaffe. Nu skal vi til blok 2, som er den offentlige forplejning i Danmark.

Så har jeg lige et par ting, jeg skal sige, det er til jer inde ved siden af. Det har flimret for jer, har jeg hørt i pausen, ikke sådan, at det har flimret for jer selv, men skærmen har været ude af drift. Pausen er blevet brugt til, at I har fået en dugfrisk ny skærm, så nu skulle det virke, nu kan I også se os, og så håber jeg jo, at det, at I kan se os derinde, det også bevirker, at I virkelig får lyst til at komme ind til os. Nu kan jeg forstå, hvorfor I ikke kom ind og stillede spørgsmål til den første blok, I kunne ikke se, hvor hyggeligt der var herinde. Men hav det nu godt derinde, og jeg håber, at I får lov til at se med.

Så har Susanne fortalt mig i pausen – der kan du se, at det var godt, at jeg fik fat i dit navn – at jeg kom til at sige, at det var TV 2, det blev transmitteret på. Det er selvfølgelig det rene sludder, det er DR 2, det her, det bliver transmitteret på. Men det gør jo ikke, at I ikke skal tænke over, hvad I siger, fordi der er rigtig mange, der ser den kanal også.

Vi går nu videre til den næste blok, og det er Anne Marie Beck, det er Bent Egberg Mikkelsen, Karin Østergaard Lassen og Jens Christian Elle.

Og skal vi gøre det, at vi siger velkommen til Anne Marie igen. Værsgo, 5 minutter.

Anne Marie Beck

Anne Marie Beck:

Ja, tak fordi jeg måtte komme igen. Denne her gang så har jeg tænkt mig at tage udgangspunkt i et indlæg, jeg fandt i avisen i lørdags, hvor der stod »Sultestrejke bliver alvorlig«, og det handler så om de fanger på Guantánamobasen, som nu, nogle af dem har sultestrejket i 56 dage.

Og der ved vi fra nogle andre fanger tidligere, nogle irske fanger, som man faktisk satte sig ned og observerede, hvad havde det af konsekvenser for folk at sultestrejke, det vil sige kun få noget væske. Da der var gået de her 56 dage, da havde de tabt 40 pct. i vægt, altså cirka 30-40 kg. En tredjedel af dem var døde. Man ved, at hvis man har tabt cirka halvdelen i vægt, så vil der være stor chance for, at alle, de dør; større vægttab kan man ikke tåle.

Det her, der er med de her fanger på Guantánamobasen, det er, at det er mænd, og de er formodentlig i en nogenlunde god ernæringstilstand i forvejen, det vil sige, at problemet er jo større, hvis det handler om gamle, eller det handler om kvinder, og det handler om børn, og problemet bliver endnu større, hvis man oveni lægger, at man har en sygdom, fordi så er det meget mere katastrofalt ikke at få tilstrækkeligt at spise og selvfølgelig også at drikke, og det får meget større konsekvenser meget hurtigere, så allerede i løbet af en måned vil man se, at der er en stor overdødelighed.

Og det har man vidst i masser af år. For flere tusinde år siden blev det allerede beskrevet, det her med, at underernæring i forbindelse med sygdom, det er alvorligt. Florence Nightingale er også cite-

ret for at tale om det, det her med, at de her patienter, hun ser, som sulter midt i det her overflods-samfund, som vi jo også lever i i dag.

Og alligevel så sker der ikke noget; alligevel ved vi, at i dag på sygehusene så er man bedre til at registrere, om patienterne har været på toilettet, end man er til at registrere, om de har spist og drukket maden.

Og det var så det, der var grunden til, i og med at man syntes, at retten til mad og drikke, det er en menneskeret, og det var derfor, Europarådet valgte i 1999 at samle en gruppe af lande – det var 12 lande i alt, der var med til at kigge på det her problem med henblik på at finde ud af, hvad kunne man gøre ved det.

Man fandt ud af, at der var fem barrierer i de her 12 lande, der var fælles, og dem har vi jo allerede hørt tidligere i dag, i forhold til at sikre patienterne nok at spise og drikke.

Det var det her med manglende tværfagligt samarbejde; manglende ansvarsfordeling; manglende ledelsesmæssig opbakning; manglende inddragelse af patienten og manglende viden.

Og det endte så med, at man lavede en resolution, som ligger i jeres mappe i dag, og som i dagens anledning faktisk nu her – jeg ved ikke, hvor mange år efter – er blevet oversat til dansk, så det er jo meget fornemt, og den blev vedtaget af Europarådet i 2003. Det var så op til de enkelte lande, inklusive Danmark, at gå tilbage til diverse ministerier - i Danmark er det selvfølgelig Sundhedsministeriet - og så er det så dem, der har ansvaret for at omsætte resolutionen til praksis.

Og som vi allerede har hørt, så sker der jo noget i Danmark, at der er lavet det her initiativ fra Sundhedsstyrelsen, der hedder »Bedre mad til syge«; der er udmøntet en pulje på 5 mio., hvor der er forskellige projekter, der nu bliver gennemført; der er kommet en vejledning; og der er lavet et idé-katalog.

Det, der jo så kan være min bekymring i forhold til, hvad er så det næste, hvad sker der så nu, fordi hvorfor er det mig, som ikke er Sundhedsstyrelsen, som sidder og fortæller om det her i dag? Det burde jo være Sundhedsstyrelsen, der kom og fortalte om deres initiativer. Og de er derude, reelt jo to personer, der beskæftiger sig med det område, og der fylder fedme, som det gør i hele Danmark, fylder jo meget på dagsordenen.

Ordstyrer:

Tak skal du have, Anne Marie. Og jeg kan se, at Ritter Sporten, den er stadig væk ikke brudt.

Bent Egberg Mikkelsen, værsgo.

Bent Egberg Mikkelsen

Bent Egberg Mikkelsen (bromatolog, seniorforsker, Danmarks Fødevareforskning):

Tak. Jeg er blevet bedt om at give sådan lidt et overblik over den offentlige kostforplejning, det, vi kalder mad til mange, se lidt på den historiske udvikling, og hvor er vi i dag, og hvad er der måske af udviklingsbehov på længere sigt.

Det er sådan, at da jeg startede på det her område for 20 år siden sammen med min gode kollega og bisidder, Orla Zinck, så sagde han: Det kan godt være, at du ikke gider at stå tidligt op om morgenen, men du skal altså ud og se, hvordan de her køkkener, de arbejder, kl. 6 om morgenen tager du derud, og du kan være helt rolig, det er meget let at finde, du kigger bare efter den høje skorsten, der ligger et kapel, og der ligger køkkenet, perifert i forhold til sygehuslandskabet.

Og det her mentale billede eller billedet på, hvordan den offentlige mad, den er perifer på mange, mange områder; organisationsmæssigt er det nederst i hierarkiet på sygehusene, lønmæssigt; du finder nogle af de laveste lønninger i køkkenlandskaberne i de store institutioner. Mad er noget af det, som skal gennem en hel masse, mange hænder, før det når fra køkkenet ud på tallerkenen ud til patienten; der er ikke nogen direkte kontakt mellem køkken og brugeren, det er ikke sådan, at økonomaen går stuegang ligesom overlægen. Økonomaerne ser typisk – det gør de i nogle tilfælde – men typisk ser de ikke dem, de bespiser, så der bliver meget langt fra det, som man i virkeligheden

kunne kalde fra grydelse til nydelse, altså fra gryderne, til det bliver til noget ude hos patienten på tallerkenen. Så jeg plejer at sige - så kigger økonomaerne skræmt på mig: Spræng køkkendøren, der mangler i virkeligheden noget, noget meget mere integreret mellem de rustfrie stål gryder og den hvide tallerken ude på afdelingen. Og det er svært, det kræver tværfaglighed.

I virkeligheden er, kan man sige, at problemet er, at den offentlige mad ikke rigtig har kunnet finde ud af, om den er sundhed eller den er fødevarer. Denne her tværfaglighed kræver f.eks. af sådan nogle bromatologer, som jeg selv er, læger, økonomaer, mange forskellige professioner, sygeplejersker, skal tale sammen om det, som den offentlige mad er, og det er svært.

Det her med den perifere status betyder også, at det er kompliceret, og det betyder, at, som det har været nævnt et utal af gange, vi har lav status på det her felt. På trods af at maden, den kun udgør omkring 2 pct. af, hvad en sengedag koster, så har det her område faktisk i de sidste 10-15 været et af de områder, der har været mest udsat for besparelser i forhold til, hvad man kan sige at den medicinske verden har været udsat for, og dermed siger jeg også, at svage områder er dem, der bliver udsat for besparelser; de stærke områder, de medicinske områder, har jo typisk ikke været igennem de samme besparelser.

Hvis man prøver at sammenligne lidt med, hvad er det, der i virkeligheden er specielt ved denne her verden, så kan vi prøve at sammenligne med fødevarerindustrien eller fødevarerindustrien, og vi kan prøve at sammenligne med sundhedsverdenen og finde ud af, at på forskningsområdet der bliver der brugt omkring skønsmæssigt 2-3 mia. kr. på at forske i fødevarer, og vi kan med lidt god vilje pege på, at måske 5-10 mio. kr. af dem bliver brugt på den offentlige mad. Det er meget, meget lidt. Efteruddannelsesbudgettet i et køkken ligger typisk på 200-300 kr. pr. medarbejder.

Jeg prøvede at søge i går på, hvad er der publiceret af videnskabelig litteratur - nu kommer vi fra en forskningsinstitution, så vi kigger på, hvad bliver der publiceret på det her område - og der er blevet publiceret 679 artikler om food service, og inden for det medicinske område var det omkring 109.000, ja, det var 109.936, så der er meget, meget stor fortsat fokus på det medicinske område sammenlignet med, hvad vi finder på food service.

Der er ingen akademiske uddannelser. Hvis vi kigger på fødevarerindustrien, så er der et utal af akademiske baggrunde, i den gren, på sundhedsområdet er der læger, og der er mange andre akademiske uddannelser, der befolker sundhedsområdet og befolker fødevarerindustrien. Her er food service speciel.

Hvad er så problemet med det? Vi kan sige, at det grundlæggende problem er jo, at vi som borgere deponerer det sociale, det nydelsesmæssige, det ernæringsmæssige, noget af det mest personlige, vi kan pege på, og som jo er, at vi selv går ud og køber ind og bestemmer, hvad vi skal spise, hvordan maden skal tilberedes, og hvilke råvarer vi skal bruge, det deponerer vi hos nogle andre. Det kræver meget, meget stor tillid, og det kræver, at dem, vi så deponerer det hos, de gør det godt.

Problemet er også, at vi i dag med maden vil meget mere, end vi ville for år siden. Altså, mad har jo typisk været noget, som vi har, hvis vi sammenligner med for et par hundrede år siden, da brugte vi en stor del af vores dagligdag på at søge efter mad eller på at skaffe os noget at spise, i dag er mad jo blevet noget produktionsistisk, noget, vi får i stor skala i store mængder billigt og som en massevarer, og man kan sige, at det er et problem i forhold til, at vi vil en hel masse mere med maden i dag.

Der er mange gode indikationer på: Hvad er det, det mere, vi vil med maden? Vi vil på hospitalerne, vi vil have det til at være en del af behandlingen, indgå og understøtte den medicinske behandling; på plejecentre vil vi gerne have, at det understøtter livskvaliteten, det er ellers livskvalitet, i forhold til spiseoplevelser osv., osv.; på arbejdspladser vil vi gerne have, at det indgår som en strategi til at fremme sunde kostvaner; på skoler og institutioner vil vi gerne have, at det understøtter til at udvikle børnenes maddannelse og på lang sigt fremme deres sunde kostvaner og i virkeligheden også på længere sigt undgå ernæringsrelaterede sygdomme.

Så problemet er: Vi vil en hel masse mere end det, som mad typisk var inden for den offentlige forplejning, nemlig en driftsmæssig opgave, det er noget, vi sætter nogen til. Og det kan jo ikke være så svært, vel?

Problemet er, at det er, som vi har hørt mange gange, utrolig svært, fordi det kræver tværfaglighed, og at der er mange forskellige led, som maden skal igennem.

Her er det så vigtigt at sige, at der skal lige skelnes mellem de to grene af den offentlige forplejning, fordi vi har jo to grundlæggende problemstillinger, og i den tidligere session her har vi fokuseret mest på sygehusene. I virkeligheden er problemet jo, at vi har sygehusene og plejecentrene, hvor problemet grundlæggende er, at vi spiser for lidt. Vores interesse, det offentliges interesse er at få patienter, klienter til at spise mere.

Snakker vi den erhvervsaktive del af befolkningen, på arbejdspladserne og på kantinerne, på skolerne, på børnehaverne, så er problemet i virkeligheden noget andet. Der er nogle, vi gerne vil have til at spise mindre, og så er der nogle, som vi over gerne vil have til at fremme deres sunde kostvaner.

Så vi kan sige, at groft sagt har vi lidt en overforbrugs/underforbrugsproblematik på det her område, og det gør så, at det bliver lidt kompliceret at snakke to forskellige problemstillinger, eller det bliver problematisk at snakke den offentlige mad som sådan. Der er to grundlæggende udfordringer, som den offentlige mad står for.

Rent historisk kan vi sige, at den offentlige mad, den er jo kommet, fordi det vil ikke give nogen mening ikke at have den offentlige mad på sygehusene. Jeg tror, at de fleste sygehusdirektører, de ville betakke sig for, som man gør nogle steder i verden, når man ryger på hospitalet, så inviterer man familien indenfor i foyererne til at lave maden. Det ville ikke gå. Vi ville heller ikke kunne klare os med et lille campingkøkken på plejecenteret, når vores forældre, de flyttede på plejecenter. Det giver ikke nogen mening ikke at yde sådan en service. Det var den klassiske holdning.

I dag, som jeg siger, er problemet, at vi vil noget mere med det; vi vil gerne have, at det bevæger fra at være noget driftsmæssigt til noget, der også indeholder nogle andre kvaliteter.

Hvordan er det her område så blevet reguleret i de sidste 10 år eller i de sidste 20 år? Det er jo ikke sådan, at der ikke har været interesse for det her felt.

Da vi startede, eller da jeg startede i det, der hed Levnedsmiddelstyrelsen dengang, da kom der i 1983 et oplæg til forplejningspolitik, det er over 20 år siden. Ca. 10 år senere kom der denne her betænkning, som der jo refereres til ved flere lejligheder, omkring den offentlige kostforplejning, og som der også er blevet peget på, så oprettede Levnedsmiddelstyrelsen i 1984, tror jeg, det var, 1987, var det, et storkøkkencenter, som opererede i 15 år, indtil 2002, som skulle beskæftige sig med informations- og udviklingsopgaver og også let forskning. Så, kan man sige, der har været en vis fokus.

Problemet med den, kan man i virkeligheden måske sige, har været lidt, at det har været en statslig interesse. Denne her statslige interesse for at gøre noget, den har ikke rigtig været fulgt op af en tilsvarende kommunal interesse, og det er i virkeligheden kommunerne, de nye store kommuner, der får ansvaret for den primære forebyggelse, og som jo i hvert fald skal kigge på maden til de ældre, maden til børnene, og det er de nye storregioner, der skal stå for maden på sygehusene. Så matchningen af den interesse, der i hvert fald har været fra statens side på det her område, den er ikke blevet fulgt op.

Faktisk er det også sådan – nu er jeg blevet spurgt omkring, hvordan er det her med ernæringen i forhold til det fødevarerikkerhedsmæssige - at der er faktisk, og meget af den offentlige regulering, den foregår jo på det fødevarerikkerhedsmæssige, vi vil ikke have bakterier i maden osv. osv., det er relativt velgennemreguleret. Faktisk er det sådan, at i fødevarereloven er der hjemmel til at regulere det ernæringsmæssigt, det er bare aldrig rigtig blevet gjort med love og bekendtgørelser. Og det skyldes jo også, at der er sværere at opstille gode kriterier for, hvad er god mad, det er jo smag og behag, og det vil være forskelligt fra individ til individ.

Jeg vil slutte af med at sige, at de her problemer med den offentlige, de her udfordringer, som den offentlige mad, den står over for, den offentlige kostforplejning, den betyder, at nogen skal gøre noget.

Hvad er det, der skal gøres, og hvem er det, der skal gøres? Og jeg har jo allerede peget på to aktører, som i hvert fald er vigtige, nemlig kommunerne, og vi kan sige, at vi kan tilføje storregionerne, og staten.

Hvad er det, kommunerne skal gøre? Jamen de skal i hvert fald efter min mening opprioritere deres indsats, opkvalificere deres indsats på det her felt. De skal indføre ernæringsledelse, tværgående ernæringsledelse i kommunerne, koble de her mad-, ernæringsopgaver sammen mellem børnehaverne, skolerne, plejecentrene og alle de steder, hvor man opererer med mad i kommunerne, det bliver jo ikke koordineret nu om dage; man skal indføre en kostpolitik, og man skal formulere: Hvad er det for en politik, vi vil have på det her område, og følge den op af handlingsplaner. De bør simpelt hen etablere mad og ernæring og forebyggelse som et domæne i kommunerne. Det er efter min bedste mening ikkeeksisterende, og der ligger nogle muligheder for nytænkning i forhold til strukturreformen.

Og så skal de tænke partnerskaber. Jeg tror, at kommunerne er meget tilbøjelige til at tænke, at det her, det er noget, vi som kommuner selv skal løse. Hvorfor ikke løse det sammen med det lokale foreningsliv, sammen med det lokale erhvervsliv, sammen med andre kommuner måske? Tænk de der tværgående partnerskaber, så er der nogle opgaver for, og nu har jeg 30 sekunder, så skal jeg være færdig, staten, der mangler noget uddannelse på det område, vi får ingen højere status, hvis vi ikke får noget uddannelse på det her felt, noget akademisk uddannelse. Der er nogle forskningsbehov, som staten kunne tage op - som jeg siger, der bliver ikke forsket på det her område - og der skal være nogle seed money, nogle igangsætterpenge, til innovative projekter ude i kommunerne.

Ordstyrer

Tak skal du have, Bent. Jeg tror, at du har lyttet til politikere meget, fordi de plejer jo også det der med at sige, nu slutter jeg snart, og så går der en rum tid.

Jeg sad faktisk lige og tænkte på den offentlige danske, anbefalinger for kosten på sygehuse, den ville jeg gerne vide lidt om, og så er det jo heldigt, at du er her, Karin Østergaard Lassen, værsgo.

Karin Østergaard Lassen

Karin Østergaard Lassen (projektleder, »Medicinske patienters ernæringspleje – en medicinsk teknologivurdering«, udgivet af Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering):

Jo, tak for det. Ja, for overskriften på mit indlæg, det er ernæring til sygehuse ...

Overskriften på mit indlæg er som sagt »Ernæring på sygehuse«.

Mellem 20 og 50 pct. af de patienter, der indlægges på sygehusene, er jo underernærede, når de indlægges, og mange, de underernæres fortsat under indlæggelsen.

Og som vi før har hørt i dag, så betyder det jo, at patienten taber vigtig muskelmasse, og patientens immunforsvar nedsættes. Og det medfører så, at patienten har sværere ved at genvinde kræfter, er i større risiko for at få komplikationer, og indlæggelsestiden forlænges. Og som vi har hørt før i dag, så er det jo en problemstilling, der har været kendt i længere tid.

Men hvorfor er det, at vi hører det igen og igen, når vi samtidig har en viden om, hvad det er, der skal til for at modarbejde, at patienterne underernæres under indlæggelsen? Og nogle vil her sige, at patienterne på grund af deres sygdom ingen appetit har, så det kan vi ikke gøre noget ved.

Men forskning og ernæringsprojekter viser faktisk, at det kan lade sig gøre at sikre, at småtspisende patienter får en langt bedre ernæringspleje end den, de modtager i dag. Men ofte bliver resultaterne af ernæringsprojekterne ikke systematisk indarbejdet og anvendt i driften på sygehusene.

Forplejning på et sygehus består jo, som vi også tidligere har hørt i dag, af en lang kæde af arbejdsfunktioner, fra bestilling, planlægning, indkøb, produktion, levering og endelig servering af maden.

Men når talen er om forplejningen på sygehuse, er det oftest kvaliteten af maden, der er det centrale. Jeg har på mange sygehuse oplevet, at ansatte i produktionskøkkenerne vil gøre deres yderste for at producere måltider af høj kvalitet inden for de økonomiske rammer, de nu har.

Igennem mit arbejde, i det, der tidligere hed Levnedsmiddelkontrollen, nu hedder det Fødevarerregionerne, og senere i en ph.d.-afhandling, blev det dog tydeligt for mig, at det ikke er tilstrækkeligt kun at se på et enkelt led i kæden, nemlig selve produktionen af maden, men det er nødvendigt at se på helheden for at belyse patienternes ernæringspleje.

Så sammen med en projektgruppe har jeg i en medicinsk teknologivurdering undersøgt ernæringsplejen til indlagte medicinske patienter. Og ved at anvende en medicinsk teknologivurdering – det er også det, man forkortet kalder en MTV – ved at anvende det giver det mulighed for at inddrage alle relevante områder som f.eks. organiseringen, økonomien og patientens synsvinkel.

Og vi har valgt patientgruppen af medicinske patienter, fordi de udgør cirka en tredjedel af alle indlæggelser i Danmark, og den medicinske patient er ofte en ældre person med nedsat appetit.

I MTV-undersøgelsen der har vi sammenlignet teorien, det vil sige de officielle anbefalinger om kost til syge, med, hvordan udførelsen af ernæringsplejen rent faktisk sker på tre medicinske sengeafdelinger på forskellige sygehuse i Danmark. Og de officielle anbefalinger de foreskriver jo f.eks., at kosten er en vigtig del af behandlingen, og at plejepersonalet sammensætter kosten individuelt efter patientens behov og ønsker, og at der er en klar ansvars- og opgavefordeling i den måde, ernæringsplejen udføres på.

Men den overordnede konklusion af undersøgelsen er, at ingen af de deltagende sengeafdelinger til fulde lever op til anbefalingerne.

På ét sygehus har ledelsen f.eks. ikke klart meldt ud, at ernæring er en vigtig del af behandlingen. På to af de deltagende sengeafdelinger sammensætter plejepersonalet ikke kosten efter patientens ønsker og behov, og på to af de deltagende sengeafdelinger arbejdes der ikke i praksis med at finde en ansvars- og opgavefordeling i ernæringsplejen, og mange patienter får ikke information om de valgmulighederne, som produktionskøkkenerne rent faktisk kan tilbyde dem.

På de tre sygehuse har vi så set på, hvilke forhold der i organisationen kan hæmme eller fremme en optimal ernæringspleje. Og der er flere forhold, der virker hæmmende. Men et af de væsentligste er en manglende ledelsesmæssig involvering og støtte til ernæringsområdet. På sengeafdelinger betyder plejepersonalets prioritering af opgaverne i en travl arbejdsdag, at ernæringsplejen oftest kommer bagest i køen af opgaver. Patienterne udtrykker, at de sjældent snakker detaljeret med plejepersonalet om, hvad der er bedst for dem at spise og drikke.

Men hvad kan så fremme, at ernæringsplejen til patienterne bliver bedre? På baggrund af MTV-undersøgelsen der kan vi pege på, at det er fremmende for kvaliteten af ernæringsplejen, hvis der på en sengeafdeling er en faguddannet plejerson, der arbejder aktivt med ernæringsplejen, og som har tiden til at udføre de praktiske opgaver såsom at servere små individuelle måltider til småtspisende patienter.

I den medicinske teknologivurdering der har vi også kigget på de økonomiske aspekter af underernæring.

I internationale undersøgelser der vises det, at indlæggelsestiden for de medicinske patienter i gennemsnit kan reduceres med 3,4 dage, hvis ernæringsplejen forbedres. Og overfører man denne reduktion i indlæggelsestiden til alle medicinske patientforløb i Danmark, hvor patienten er over 59 år, og patienten er indlagt mindst 7 dage, så vurderer vi, at besparelsespotentialt er på ca. 143 mio. kr. årligt på landsplan.

I vurderingen er det indregnet, at ca. en tredjedel af patienterne vil have gavn af en optimeret ernæringspleje. Hvis beregningsforudsætningerne ændres, så vil besparelsespotentialt selvfølgelig også blive ændret.

Men hvad kan der konkret ændres i driften på en sengeafdeling, så ernæringsplejen kan forbedres?

Et kirurgisk sengeafsnit på Bispebjerg Hospital har i flere år med succes arbejdet med en ny organisering af ernæringsplejen, hvor en social- og sundhedsassistent er ansat til at varetage denne netop

til småtspisende patienter. Denne stilling kaldes her en ernæringsassistent. Ernæringsassistenten har gennemgået en skræddersyet efteruddannelse, så hun er klædt på til at varetage ernæringsplejen netop til de patientgrupper, som hun så at sige skal lokke maden i.

De gode erfaringer fra dette kirurgiske sengeafsnit er nu afprøvet på medicinske sengeafsnit også på Bispebjerg Hospital, hvor der har været ansat tre social- og sundhedsassistenter, der også er efteruddannet til ernæringsassistenter. De har en indgående viden om produktionskøkkenets tilbud til patienterne, og det betyder, at patienterne kan få gavn af hele produktionskøkkenets sortiment.

Da ernæringsassistenten har et tæt samarbejde med produktionskøkkenet, oplever køkkenet, at personalet, altså personalet i køkkenet, at de har en ambassadør på sengeafsnittet, og i forhold til patienterne så viser resultaterne tydeligt, at ernæringsassistenterne gennem deres tilbud om individuelle måltider, omsorg og nærvær hjælper de småtspisende patienter, så de spiser og drikker mere, end de ellers ville have gjort. Patienterne får med andre ord hjælp til at få vendt en negativ spiral med mismod, dårlig appetit og vægttab til en positiv spiral med øget livsmod, øget appetit og vægtøgning.

Plejepersonalet, de oplever at have en kollega, som er engageret, vidende og kompetent på ernæringsområdet, og som fastholder personalets fokus på ernæringen.

Selv om de småtspisende patienter gennem ernæringsassistenten får tilbudt flere forskellige typer måltider, så er hun alligevel i stand til at spare 20 pct. på kostbudgettet. Og ernæringsassistenten hun regulerer også bestillingen af mad til den efterfølgende dag ud fra patienternes behov og dagens spild, madspild, og det betyder, at mængden af madspild, det bliver reduceret fra 50 til 20 pct.

Jeg vil slutte med at understrege, at det er vigtigt at sikre en ledelsesmæssig involvering i ernæringsplejen, hvis den skal forbedres på danske sygehuse. Hvis denne ledelsesmæssige involvering er til stede, kan en mulig vej for at forbedre ernæringsplejen til den småtspisende patient være at anvende den her skitserede organisering. Denne organisering kan på en koordineret og systematisk måde anvendes i sengeafdelingernes drift og sikre, at småtspisende patienters næringsbehov dækkes i langt højere grad, end tilfældet er i dag.

Det er vigtigt at fremhæve, at en forbedret kvalitet af ernæringsplejen ikke som udgangspunkt skal gennemføres, fordi det forventes at resultere i besparelser. Men gevinsterne ved at optimere ernæringsplejen kan siges at være dobbeltsidige, da patienterne vil opleve en forbedret kvalitet under indlæggelsen, og denne positive påvirkning af patienternes indlæggelsesforløb vil have en positiv effekt på driften af de medicinske sengeafdelinger, der i dag oplever et meget stort indlæggelsespres.

Ordstyrer:

Tak skal du have, Karin. Det var et godt indlæg.

Og man kan jo få hindbær og kager og jordbær for sjov med Jens Christian Elle. Er det den rigtige kost for de ældre på plejehjemmene?

Jens Christian Elle

Jens Christian Elle (Ph.d.-studerende ved Institut for Produktion og Ledelse, DTU):

Det med hindbær tror jeg nu ikke.

Tak for invitationen. Det er mig en glæde at være her i dag og kunne aflægge beretning fra mit forskningsprojekt. Et forskningsprojekt, der har kredset om, hvordan vi kan forestille os fremtidens ældreomsorg med særlig fokus på maden og måltidet. Et projekt, der har udviklet sig i et tværfagligt samspil med en bred kreds af personaler og organisationsfolk og embedsmænd inden for ældresektoren.

Jeg vil nu skruetiden frem til 2010 og berette om et besøg på det velduftende plejehjem. Ja, egentlig ligner det ikke et plejehjem, som vi kender det i dag, men forestil jer en helt ny form for

institution i byen, i lokalsamfundet, hvor mennesker i alle aldre har udfoldelsesmuligheder, kommer hinanden ved, men også et sted, der er formet af og særligt appellerer til den ældre del af befolkningen, et sted, hvor man, i takt med at kræfterne og livsenergiene rinder ud, trygt kan læne sig tilbage og vide, at der bliver draget omsorg om en på bedste vis.

Nu er vi i dag samlet her om maden og måltidet, og jeg vil derfor koncentrere min beretning om det velduftende plejehjem til det her centrale aspekt af det menneskelige liv og medmenneskelig omsorg, og en mere udfoldet beskrivelse af det velduftende plejehjem er under udarbejdelse blandt flere her i dag, som er med i det arbejde.

Men inden vi ser nærmere på plejehjemmet, skal vi lige have forhistorien med. Det hænger nemlig sådan sammen, at i oktober 2007 udskrev Kommunernes Landsforening sammen med en række centrale ministerier og organisationer en idékonkurrence om fremtidens ældreomsorg med undertitlen »Et rigt liv i et rigt samfund«. Et initiativ, der skyldes en række sammenfaldende forhold, der med tiltagende kraft var blevet til temaer i den offentlige debat.

For det første viste flere undersøgelser samstemmende, at de ældre hverken kunne identificere sig med klientrollen eller forbrugersrollen, men så sig selv som medborger og ønskede som medborger at have indflydelse på og direkte aktiv deltagelse i væsentlige beslutninger vedrørende deres eget og deres fælles liv, så længe de havde kræfterne dertil, altså også være med til at bygge det her velduftende plejehjem op med alt, hvad der hører til, og altså også være med til at lægge linjerne for, hvad, hvor, hvordan og hvornår, og med hvem man ville spise.

For det andet havde omfattende undersøgelser af hidtidig offentlig kostforplejning og omsorg afsløret, at den generelle sundhedstilstand og livskvalitet for så vel de ældre som personalet var tydeligt forværret i takt med centralisering af kostforplejning og implementering af markedsøkonomiske organisationsmodeller og styringsteknologier som f.eks. bomodellen. Man kunne også påvise, at samfundsøkonomiske udgifter til behandling af stress, nedslidning i den offentlige sektor og den efterfølgende offentlige forsørgelse af disse mennesker langt overgik de økonomiske gevinster, man fra centralt hold forventede ville komme i kraft af de implementerede teknologier og organisationsmodeller. Hertil kan det så siges, at det i stigende grad har været svært at rekruttere ansatte til omsorgssektoren på grund af de dårlige arbejdsforhold, hvilket ikke mindst er problematisk i forhold til den demografiske udvikling, som peger på et samfund i fremtiden med mange flere ældre.

Og for det tredje havde undersøgelser vist, at de ekstra bevillinger, der ved flere lejligheder var givet til ældresektoren og kostforplejning, i overvejende grad var blevet brugt på ekstern konsulentbistand fra rådgivende ingeniørfirmaer og administrativt personale i kommunens hastigt voksende visitations- og evalueringsafdelinger.

Så denne her idékonkurrence resulterede i en række spændende, originale udkast, og flere blev jo så efterfølgende realiseret, dels lå det i selve prisen, at man blev realiseret, men også for selvfølgelig at kunne efterprøve, om det nu i virkeligheden kunne forene de ældres og de ansattes behov for et godt arbejdsliv og et godt ældreliv.

Så lad os springe frem, ja, lad os springe selve etableringsfasen, som i sig selv er en meget spændende historie, og springe helt frem til 2010 og aflægge det velduftende plejehjem et besøg.

Det første, der slår en, når man kommer ind, er ud over den smukke arkitektur, den er virkelig flot, og den stilfulde indretning, egentlig ikke, hvor godt der dufter, men hvor grønt der er. I skal forestille jer sådan hele vejen rundt om sådan et parkområde med køkkenhaver og krydderurtehaver og frugthaver og udespisepladser og et stort dyrehold, som den lokale og tilstedende skole/fritidsordning står for at passe. Da jeg var der i oktober, der var fyldt med liv i alle aldre og alle etniciteter og i gang med alskens gøremål.

Som sådan en overgang mellem hele det her parkområde og bygningerne, så var der en stor glasoverdækket vinterhave, hvor det var muligt at være i og spise i hele året. Og når man kommer indenfor, så er der gjort op med hele dette klassiske institutionspræg, det her hårde ovenlys og rumklangen og vinylen og den indelukkede atmosfære og tis og alt muligt andet og rustfrit stål, ja, hele den her kedelige funktionalisme, som vi har kendetegnet det offentlige institutionsbyggeri de sidste

150 år. Det velduftende plejehjem er kendetegnet med flere runde former; træ, planter, rislende vandtrapper, behageligt lys, frisk luft. Forestil jer det.

Vi bevæger os nu ned i køkkenet, fordi køkkenet er hjertet i hjemmet og har mottoet: Maden skal være spændende, og det skal være spændende at lave mad. Køkkenet har 50 beboere, 80 daglige gæster og 40 hjemmeboende, der af den ene eller anden grund ikke kan spise eller har lyst til at spise på hjemmet. De ældre havde i udgangspunktet ikke nogen særlige ønsker om økologisk mad, men de sidste 10 års erfaringer fra økologiske omlægninger af den offentlige kostforplejning havde vist, at det var en god investering, hvad angår miljøhensyn, reduceret madspild, kostfaglig udvikling, fagstolthed, ernæringstilstand og den generelle forbrugertilfredshed eller brugertilfredshed. Så efter en række prøvesmagninger og ture til økologiske producenter var man enig om i videst muligt omfang at anvende økologiske råvarer, ja, faktisk udviklede sig på det tidspunkt en tradition med at tage på gårdture, fortalte min rundviser mig.

Og min rundviser fortalte mig også, at da vi kom ind i selve køkkenet, at arbejdet med den offentlige forplejning traditionelt jo ikke har været omgivet af stor prestige, og det gav dem derfor, de ansatte, altså fra starten af var det vigtigt for de ansatte at skabe en arbejdsplads, der gav dem faglige udfordringer, efteruddannelse, afvekslende arbejde, kontakt til de spisende og mulighed for social anerkendelse af det arbejde, de lavede. Og selv om ikke al maden blev lavet fra bunden, så var det virkelig tydeligt, at håndværket og de gode råvarer var i centrum, og man var synlig stolt over sin arbejdsplads og den mad, der blev lavet her.

Da jeg var der, så var en gruppe ældre i gang med at skrælle pastinakker og dække bord, og det var tydeligt, at de havde stor fornøjelse med og tilfredshed i at deltage i madlavning og borddækning. Det giver ikke bare appetit på maden, det giver også appetit på livet, som en af de ældre udtrykte det. Den store spise-stue ligner ikke noget andet, man har set på et dansk plejehjem. Spise-stuen er opdelt i små nicher, små afdelinger, hvor de her vigrupper, som Jens snakkede om tidligere, selv indrettede sig af, hvad de syntes var smukt, områder adskilt af duftende plantekasser, og det gav stedet et meget mangfoldigt og levende udtryk. Nogle vil måske sige rodet, hvis ikke lige arkitekturen kunne bære det. I forlængelse heraf var så den havestue, som var foromtalt, hvor man så kunne gå ud og få sig en kop kaffe bagefter og nyde en cerut, uden at nogen blev generet heraf.

Der serveres tre daglige måltider her på hjemmet, og i modsætning til tidligere praksis serveres den varme mad nu om aftenen, som de ældre har været vant til gennem hele livet, og madens høje kvalitet og de rare omgivelser har fået de ellers mange travle børnefamilier til nu at besøge bedstemor meget mere ofte og sammen få et godt måltid til rimelige penge.

Som afslutning på min korte rundtur på hjemmet, så kunne jeg ikke lade være med at spørge lidt til økonomien, fordi altså i betragtning af den her spændende have, de gode forhold i køkkenet og spisesalen og den gode mad, ja, og så de formidable boligforhold, som jeg slet ikke har været inde på i dag, så forekommer det umiddelbart som en meget bekostelig affære. Men min rundviser forklarede mig, at hele tanken bag det velduftende plejehjem havde været at skabe en institution, der i alle aspekter var bæredygtig og sundhedsfremmende. De grønne omgivelser, arkitekturen og indretningen, muligheden for at deltage i meningsfulde aktiviteter, ikke blot sidde og spille bold op ad en væg og høre H.C. Andersen, den gode mad, de gode måltider med og uden familien, muligheden for at holde husdyr og ikke mindst et arbejdsliv, der følger menneskelige rytmer, en omsorgsrelation, der giver ro og mulighed for faglig kunnen, professionel kundskab, personlig indlevelse, ja, menneskekundskab, ja, alt dette har resulteret i betragtelige reduktioner i behovet for medicin og sygepleje.

Og disse besparelser – og det var meget sjovt og meget spændende at høre – har sammen med væsentlige reduktioner i udsnid af mad, sammenholdt med andre institutioner og tidligere tider, med inddragelsen af lokalsamfundets børn og voksne i at passe parken og vedligeholde de mange værksteder og aktiviteter, indførelsen af energieffektive løsninger af byggeriet og madlavningen, plus at det her var interessant, et økonomisk tilskud i relation til de reduktioner, der havde fundet sted i medicinforbruget, arbejdsmiljørelaterede sygdomme og miljøbelastning. Og alle disse ting havde skabt et plejehjem, der ikke bare i sundhedsmæssig og bæredygtighedsmæssig forstand, men

også i driftsøkonomisk og samfundsøkonomisk forstand hang meget, meget, meget fornuftigt sammen.

Besøget på det velduftende plejehjem var slut for denne gang, og man kan ikke lade være andet end at beundre den kreativitet, det engagement, der blev lagt i at skabe de der unikke, men også i mange henseender eksemplariske plejehjem. Det vidner om de muligheder, vi som samfund har for at skabe vores sociale institutioner på en måde, der på den ene side forener de særlige lokale behov, ideer og ressourcer, engagementer med mere almene former for, hvordan vi på demokratisk, sundhedsfremmende, bæredygtig og ikke mindst, hvordan vi kan skabe smukke og velduftende omsorgsinstitutioner.

Jeg må også beundre politikerne, der i sin tid viste det mod, der skulle til, da de iværksatte idékonkurrencen og støttede op om realiseringen af det, der blev til det velduftende plejehjem og de mange institutioner, der siden er fulgt efter.

Her tilbage i 2005 kan den her utopi måske tage sig lidt naiv ud i betragtning af den voldsomme tendens til centralisering, rationalisering og styringsiver, som vi i stigende grad ser blive udøvet fra centralt hold. Men jeg tror, at skal vi løse de her kriser på en stadig mere, altså som melder sig stadig mere kraftfuldt i form af fejler næring og stress og svigtende livsmod og bureaukratisering og resourcespild – you name it – så skal det ske i sammenhæng.

Vi har den nødvendige viden, der skal til, ideer og engagementer skal nok komme, når mulighederne viser sig, så måske det første skridt skulle være iværksættelse af sådan en idékonkurrence og opbakning bag konkrete eksperimenter i retning af en omsorg, der både imødekommer den ældre og de ansatte som de hele mennesker, vi er. Tak for ordet.

Ordstyrer:

Tak til Jens Christian Elle og tak til jer alle frie. Nu skal vi over til spørgsmålene fra spørgepanelet.

Men inden da skal jeg lige sige, at det jo er sådan her i Folketinget, der kan man kalde en minister i samråd, og, Jens Christian, det skete også, da hindbærsagen var der, kan jeg sige til dig. Men det er så det, der er sket for Elisabeth Geday i dag, dog ikke om hindbær, men det er noget i arbejdsmarkedsudvalget, og det er altså grunden til, at hun ikke sidder i panelet nu, det er, at hun er låst fast i et samråd med en minister, og det kan jo også være utrolig vigtigt at sørge for at være der og stille de rigtige spørgsmål.

Nu er det jeres tur til at stille de rigtige spørgsmål. Først Inger, og husk det der med at sige, hvem spørgsmålet er til.

Spørgsmål fra politikerpanelet

Inger Støjberg (V):

Ja, og mit spørgsmål er til Bent Egberg Mikkelsen. Du nævner, at den store statslige interesse, der faktisk har været på det her felt, ikke er blevet videreført, når det så kom til kommunerne. Så noget tyder jo på, at vi egentlig godt kan sidde her på Christiansborg måske og få nogle ideer og sætte nogle puljer i værk og sådan nogle ting, men det bliver ligesom ikke rigtig fulgt op. Jeg kunne godt tænke mig at høre, om du har nogen anbefalinger til, hvordan vi så får det fulgt op. Nu har vi også et kommunalt selvstyre, som vi også skal tage hensyn til.

Og så kunne jeg også godt tænke mig at høre, om du ellers ser nogle barrierer, altså nu nævner du f.eks. partnerskab og privatoffentlige partnerskaber rundtomkring i kommunerne, er der nogen barrierer for at få partnerskaber op og køre, og hvad er det i det hele taget for nogen barrierer, vi slås med?

Poul Henrik Hedeboe (SF):

Først til Jens Christian Elle: Du gav også en opfordring, så vil jeg så opfordre dig til at gå ind i politik, det ville være en god ting.

Til Bent Egberg Mikkelsen: Det er kun 2 pct., mad fylder på budgetterne, specielt i sygehusene, forstod jeg, og de kunne godt fylde mere. Snakker om kvalitet, og at det tidligere har været anderledes.

Hvad betyder det, altså jeg har et billede af sygehusene og sygehuskøkkener som et sted, hvor der står nogle medarbejdere foran nogle store gryder, og så har de en kniv, og det er til at åbne poser med forkogte kartofler og frosne grøntsager, og så bliver de så hældt ned, og det er sådan set det, de laver. Ville det betyde noget, hvis man indførte madkultur og ikke bare lukke pose op-kultur på køkkener f.eks.?

Omkring Karin Østergaard Lassen: Der var 143 mio. kr. at spare, hvis der var fuld opmærksomhed og godt klima til dem, der skal spise. Sådan forstod jeg det. Sagde også, at det var ikke noget med besparelse. Men er det, fordi, og sådan må jeg forstå det, at der kræves en ekstra person for at bære den her opmærksomhed videre, så er det vel, fordi vi ansætter nogle ekstra personer.

Jeg kan sige, når vi snakker om medicinske afdelinger, som du tog udgangspunkt i, så har jeg selv en datter, der er sygeplejerske og har været på Bispebjerg, og hun har altså strakt våben. Hun har sagt, nu har jeg prøvet det, og det er simpelt hen for stressende, og det er kun de rigtig hårde typer, der klarer det, og hun er så for blød en type og søger nogle andre steder hen. Det er stress, og det er hårdt. Så det må være de 143 mio. kr., når de ikke skal spares, de må skulle bruges til nogle ekstra folk. Er det rigtigt forstået?

Ordstyrer:

Tak til Poul Henrik Hedeboe. Og det er ikke sådan for, men nu er vi sådan ved at være ovre i det, der hedder »indlæg«, det er sådan lige på grænsen. Skal vi ikke gå over til panelet nu, og skal vi starte med Karin Østergaard Lassen? Der var noget til dig i hvert fald

Karen Østergaard Lassen:

Tak for det. Man kan sige, at det, du lukker op til med, at de 143 mio. kr. kan anvendes til ekstra hænder, det er også sådan, vi har tænkt det. Man kan sige, vi har været lidt bange for, når man melder sådan en besparelse ud, at man så siger, haps, det tager vi lige uden egentlig at komme ind og gøre noget ekstra på et andet område.

Jeg har også Jens Olsen med fra Syddansk Universitet, som har været med til at udarbejde MTV-rapporten, jeg ved ikke, har du et ord...

Ordstyrer:

Værsgo.

Jens Olsen:

Det kan jeg godt. Altså, den måde, vi har regnet på, det er, at det er ældre medicinske patienters, over 60 år, tallene viser, de er indlagt meget længe, og hvis de bliver bedre ernæret under indlæggelsen, så viser internationale videnskabelige undersøgelser, at de kan udskrives tidligere, så besparelsen fremkommer ved, at man sparer indlæggelsesdage. Det er jo ikke det samme, som at det er sikre penge i banken, fordi der er et stort pres på de medicinske afdelinger, så pengepotentialer kunne bruges på nogle andre patienter og måske ansætte nogle folk, som kunne tage sig af ernæringen. Lidt afhængig af hvor mange penge man sparer, så kan man sige, der er et potentiale i en vis størrelsesorden, men om man får dem i hånden, det er ikke statsgaranteret.

Ordstyrer:

Bent Egberg Mikkelsen, der var også nogle spørgsmål til dig.

Bent Egberg Mikkelsen:

Og det gik på, at selvfølgelig kan man ikke tvinge kommunerne til at gøre det her. Det, man kan gøre, det er, det, som staten kan gøre, det er at tilbyde noget forskningsindsats, nogle uddannelses-

aktiviteter og nogle iværksætterpenge. Resten er op til kommunerne. Og der synes jeg at strukturen er en vældig god anledning til at tage det op. Der er det jo sådan, at ifølge den får kommunerne det primære ansvar for forebyggelse.

Jeg tror, man skal tænke i retning af det, du foreslår, som vi har hørt masser af eksempler på, eller et eksempel på fra sygehusverdenen, prøve at regne på, hvad det koster. Altså, i virkeligheden har vi brug for nogle sundhedskonsekvensvurderinger. Det er sådan, i Danmark betaler man 2-3 mia. kr. for at behandle følgerne af overvægt og fedme. Kunne vi hente bare 5 pct. af dem, så ville en investering i f.eks. skolemad være betalt hjem meget hurtigt. Jeg tror, man skal regne i sundhedsøkonomi, ernæringsøkonomi og det, som kommunerne kan se et perspektiv i.

Så vil jeg sige med hensyn til partnerskaberne, at så tror jeg, der har været en tendens til at fokusere meget på, at det her er noget, det offentlige selv skal lave. Jeg tror, der er mange gode eksempler på, at man i de private små og mellemstore virksomheder, som faktisk forsøger at opdyrke det her marked med skolemad, og som tænker i retning af sundhedsfremme, jeg tror, vi skal være mere eller kommunerne skal være mere åbne for, at vi faktisk kan lave nogle partnerskaber også med det lokale foreningsliv, det civile samfund. Og der tror jeg at nogle kommuner er meget bange for at hvad er så de juridiske aspekter af det.

Vi er selv dybt involverede i nogle partnerskaber omkring sundhedsfremme i staten, der hvor jeg kommer fra, og kan se, at der er nogle faldgrupper. Der er nogle juridiske begrænsninger osv., og dem må vi få afklaret. Fordi der er mange udmeldinger om, at vi gerne vil det her med partnerskaber, men jeg tror, at når de holder igen, så er det af angst for de her juridiske markedsføringsmæssige ting. Det må vi få afklaret.

Med hensyn til det sidste spørgsmål omkring, det er rigtigt, at på sygehuse fylder det kun 2 pct. af udgiften, og det er jo paradoksalt set i relation til, at det faktisk er det område, der har været ramt hårdest af besparelser. Men det, som de besparelser, kan man sige, groft sagt har ført til, det har været en implementering af ny teknologi, vi har haft meget ny fødevareteknologi med rustfri stål, forlænget holdbarhed osv., hvad den slags hedder, vi har haft personalereduktioner, og så er det rigtigt, at det har også ført til en fokusering på brug af, hvad det er for nogle nemme fødevarer, vi bruger, convenience, eller hvad vi kalder det. Så jeg tror, at det måske også er med til at fjerne den status, der er omkring det at lave mad, hvis man kun står og knapper poser op.

Jeg tror, at udviklingsvejen for den offentlige mad er at gå i tre retninger: den gastronomiske retning; mere styr på økonomi og ledelse og organisation; og så den sundhedsmæssige retning. Og der tror jeg, at den kulinariske, den kunne vi sagtens, f.eks. i form af uddannelse, dyrke mere op. Der skal være mere kulinaritet, mere gastronomi, ja, det mangler vi i den offentlige forplejning.

Ordstyrer:

Tak skal du have, Bent. Var der andre i panelet deroppe, der ville svare? Jens Christian, du blev spurgt, om du var på vej ind i politik. Skal vi have svaret på det? Nej, o.k. det var en opfordring, ja, men det får vi nok ikke at vide i dag. Så går vi over til Mette Gjerskov.

Mette Gjerskov (S):

Jo tak. Til Bent Egberg Mikkelsen: Jeg hørte det sidste panel, der var her, sige, at vi faktisk har en masse af den viden, vi har brug for, men at vi bare ikke bruger den ordentligt, og at vi ikke får det koordineret ordentligt. Men jeg hører dig sige, at vi har brug for noget ernæringsforskning f.eks., altså at vi har brug for ny viden inden for ernæring. Og jeg vil bede, om ikke du kan specificere lidt, hvad er det egentlig for noget forskning, som du mener vi har brug for.

Og så synes jeg også, at det var lidt interessant, det, du siger omkring fødevarer sikkerhed, at vi har været enormt gode til at have fokus på fødevarer sikkerhed og regulering af fødevarer sikkerhed, men det gør vi ikke på ernæring. Men jeg er ikke sikker på, at jeg forstod dig ret i, at du efterlyste noget lovgivning omkring ernæring. Det vil jeg gerne bede dig om at svare på.

Og så havde jeg lige en kort bemærkning til Jens Christian Elle og det velduftende plejehjem, for det synes jeg jo, det lød jo fantastisk. Og vi må jo gerne være nogle fremsynede politikere åbenbart,

som sætter den her slags i sving, og det synes jeg også er enormt fristende, og det ville jeg faktisk gerne. Men spørgsmålet er, om når nu du lige præcis tager det op som et plejehjem, om ikke din forudsætning er, at beboerne på plejehjem har mange flere ressourcer, end de selv har. Altså, sådan som jeg ser virkeligheden, så er det, at mange beboere på plejehjemmet er sengeliggende, mange har meget svært ved sådan de helt basale ting, så det der med at stå i køkkenet og grave kartofler ude i haven og sådan noget, det er simpelt hen ikke er realistiske på et plejehjem. Tak.

Ordstyrer:

Tak til Mette Gjerskov fra Socialdemokratiet. Så er det Martin Henriksen fra Dansk Folkeparti, værsgo.

Martin Henriksen (DF):

Ja tak. Det er til Bent Egberg Mikkelsen. Jeg tænkte på, om du har nogen konkrete eksempler ude fra nogle kommuner, hvor de kan finde ud af det her med partnerskab f.eks. og sådan set også til Karin Østergaard Lassen. Nu nævnte du Bispebjerg Sygehus, om der er nogen steder, nogen plejehjem, nogen sygehuse, som ligesom kan være et foregangsbillede for andre. Jeg tænkte, også det med partnerskab kunne være relevant for Sundhedsudvalget, Fødevareudvalget og Socialudvalget og komme ud og se det her. Fordi jeg forstår også, at der er nogle, der efterlyser politisk handling, og så ville det jo være rart at komme ud og se, hvordan der er nogle, der faktisk får det til at fungere, så de ligesom har noget at gå efter.

Og så til Jens Christian: Har vi ikke det der lidt, som du efterlyser i dag, med bofællesskaber, som ældre selv laver, det kan også være andre grupper, andre aldersgrupper i befolkningen, som laver det, og har du kendskab til måske nogle lande i Europa eller andre steder, som måske trækker i den retning, som vi måske kan lære af eller noget i den stil?

Ordstyrer:

Tak til Martin Henriksen. Og jeg skal love for, at de sidste to var nogle, der kunne få spredt spørgsmålene godt ud over hele panelet. Så skal vi ikke bare starte med Anne Marie Beck.

Anne Marie Beck:

Jo, det er så i forhold til det her med, om de er for dårlige på plejehjem i dag i virkeligheden til at kunne udnytte de tilbud, som Jens Christian fortæller om. Og i virkeligheden er det jo ikke så mange ting, der skal til. Altså, jeg har hørt engang en mand, der sagde, at når han kom på et plejehjem, i en spisestue der, så var der ikke en eneste ting, han havde lyst til at stjæle. Og det synes jeg siger lidt om, at det er de små ting, der tæller, at det, vi har fundet ud af, også ude hos os, i forhold til at man har sit eget krus med. Vi har alle sammen vores yndlingskop, som aldrig bliver vasket af osv., det er de små ting, der tæller, og det kan de gamle jo godt få glæde af.

Og faktisk, hvis du efterlyser steder, bl.a. har de i Amsterdam en meget, meget berømt hipcafé, som simpelt hen er ét stort lokale svarende til det her, hvor der står 500 bornholmerure, som er fra alle de gamle, der bor på det plejehjem der, og de tikker og ringer, og det er simpelt hen et hip sted at komme hen. I stedet for at deponere det i en kælder, alle deres ting, så har man taget det med hjem og samlet bornholmerurene i det rum der, så det kan man tage hen og se.

Ordstyrer:

Tak skal du have, Anne Marie. Det var simpelt hen en form for tyverisikrede spisestuer, vi har. Karin Østergaard Lassen, værsgo.

Karin Østergaard Lassen:

Til spørgsmålet, om vi har viden nok på området, så vil jeg egentlig sige, at jeg mener, vi har viden nok, vi mangler egentlig bare at omsætte det til praksis. Og et af de eksempler kunne jo være det, som jeg fortalte om ude fra Bispebjerg Hospital, hvor de faktisk i organiseringen på sengeafdelinger,

det fungerer på tre sengeafdelinger derude, og jeg tror, I er meget velkomne, der fungerer det i praksis med, at de småtspisende patienter, efter at plejepersonalet har vurderet om den småtspisende patient, så går ernæringsplejen videre til ernæringsassistenten, som så tager hånd om disse her patienter.

Og på de tre sengeafsnit har ernæringsassistenten typisk 8-10 patienter, som hun specielt serverer, kan man sige, går ud i køkkenet og laver små specielle retter, tilretter dem ud fra deres behov. Og de behov den småtspisende patient har er jo ikke fransk nødvendigvis, sådan stor fransk kogekunst, det er oftest meget små, men meget energitætte måltider, som de får serveret. Og egentlig måltider, som er meget nemme at producere, men man skal bare være der med det rigtige på det rigtige tidspunkt, når patienten udtrykker ønske om det, og så, kan man sige, få det spredt ud over hele døgnet.

Sådan som det er i dag, der serverer man de fem måltider fra produktionskøkkenet oftest mellem kl. 8 om morgenen og kl. 8 om aftenen. Og så er der så 12 timer resten af døgnet, hvor man faktisk ikke tænker så meget på ernæringen, og heller ikke til de småtspisende patienter, selv om det for den småtspisende patient så skal energiindtaget egentlig komme fra mellemmåltider, halvdelen skal komme fra mellemmåltider. Og det er meget svært at dække, når man har planlagt ernæringsplejen på den måde.

Så jeg vil sige på spørgsmålet om Bispebjerg Hospital kunne være et foregangsbillede, der vil jeg sige, de tre sengeafsnit, som har ansat en ernæringsassistent, altså en efteruddannet social- og sundhedsassistent, de vil kunne bidrage som et forbillede for, hvordan man kan få mere fokus på de småtspisende patienters ernæringspleje, og det kan man endda gøre meget hurtigt.

Ordstyrer:

Tak skal du have Karin. Jens Christian.

Jens Christian Elle:

Vores udgangspunkt det var også det klassiske plejehjem, og jeg har etableret sådan en tænketank sammen med alle de her folk, jeg nævnedes her i starten, og det første, vi gjorde, det var virkelig sådan at dekonstruere hele det her lidt klassiske plejehjem, for jeg har også været ude at besøge nogle, en hel del plejehjem, og de er sløje, de er meget gamle og meget funktionshæmmede, og det er sådan lidt trist at komme sådan et sted, det må jeg sige. Jeg var faktisk nærmest chokeret flere steder.

Og det, vi var enige om, det var ... det mindede om opbevaring meget af det her, ikke, og samtidig så har vi så også oplevet, at så mange, der sidder derhjemme og er isoleret, og derfor så opstod den her tanke om et ..., og det tror jeg også, jeg gjorde lidt klart, selv om jeg skøjtede hurtigt hen over det i starten af mit indlæg, at det er en ny form for omsorgsinstitution i lokalsamfundet eller i kvarteret, som de ældre kan komme og bruge igennem, ja, gennem livet, altså, og ikke kun når de er ældre, men som lægger særlig vægt på, at man også som ældre skulle have et frirum, hvor man kan komme og bruge værksteder og være sammen, være til vinsmagning og holde foredrag og alt muligt. Altså som et center, et medborgerhus i virkeligheden, men så, som i takt med at man bliver ældre og mere svagelig og ikke har behov for at vælge, man har brug for at kunne læne sig tilbage og sige: Nu bærer I mig resten af vejen, så skal man kende stedet, så kender man stedet i forvejen, og man kender de folk, der er ansat, det er de samme folk, som er ansat, fordi de er ansat der før, og de bliver der, fordi det er et godt sted at arbejde, og den der genkendelighed, og man kender stedet, man kender menneskerne, det tror vi var et vigtigt element i fremtidens ældreomsorg.

Så var der lige Martin, der spurgte der med hensyn til, jeg ved ikke, om du peger på leve/bo-miljøerne, og altså der kan man jo godt sige, der er nogle ting, det der med at de ældre bliver inddraget i at lave mad og sådan. Altså, jeg må sige, jeg har ikke besøgt mange af de her leve/bo-miljøer, men de forekommer mig meget sådan lidt klassisk institutionspræg, der er arkitekter. Der har planlagt det hele på forhånd, og det er ikke sted, man kommer og vil stjæle fra, vel og det er altså heller ikke, så vidt jeg har forstået, så er de altså under de samme pres for at skulle kunne en hel masse, men har simpelt hen ikke tiden og ressourcerne til det, og at mange af de ting, som er lagt ind i le-

ve/bo-miljøerne, så vidt jeg kan forstå det, de bliver jo tit skåret væk igen. Jeg ved ikke, om der er nogen her, der vil være, jeg har ikke taget en bisidder med, men hvis der er nogen, der vil ... altså jeg kunne forestille mig Anne Marie ved mere om det her.

Ordstyrer:

Anne Marie, værsgo.

Anne Marie Beck:

Tak. Både det vi også har set, eller det er Jens Kofod, der har set, at de mange gange også bliver for små, altså fordi de gamle er så dårlige, som de er, og hvis de så sidder 6-8 mennesker sammen, og ikke rigtig nogen har overskud til at være flinke ved hinanden, så betyder det altså meget, at man kan med hinanden i forvejen, og man ikke har overskud til at involvere sig i dem, som er dårligere end en selv.

Og så må jeg sige, det, der er problemet med det, det er jo hele tankegangen i forhold at det, der sker i hjemmeplejen i dag, det er jo, at de gamle bliver jo ikke medinddraget i det her med at lave mad, og de bliver ikke medinddraget i det her med at gøre rent og alt muligt, men de bliver sat over i et hjørne, når hjemmeplejen kommer, og så bliver der støvet af rundt om dem og hen over dem sikkert også, og når de så kommer hen på plejehjemmet, så skal de lige pludselig alle de her ting igen, som de jo ikke har gjort i alle de år, de var i hjemmepleje. Det hænger ligesom ikke, jeg synes ikke rigtig, det hænger sammen. Jeg kan sagtens se tanken med hjemlige og sådan noget, ikke.

Ordstyrer:

Tak skal du have, Anne Marie. Bent Egberg Mikkelsen.

Bent Egberg Mikkelsen:

På spørgsmålet omkring vi har behov for mere forskning. Nej, vi har behov for bedre koordinering af den eksisterende forskning. Jeg tror, at nøgleordet her det er tværfaglighed, og det har været nævnt adskillige gange. Vi har behov for en bedre koordinering tværfagligt af den forskning, der sker inden for folkesundhedsvidenskab, inden for ernæringsvidenskab, inden for fødevarer og inden for organisation og ledelse.

Så det man kunne måske sige, der var behov for, jeg tror i virkeligheden, man har langt hen ad vejen den viden, vi har brug for, når det angår det klassisk naturvidenskabelige ernæringsmæssige, der ved vi godt, hvad der skal til.

Det, vi har behov for viden om, det er, det man kunne kalde ernæringsøkonomien, at der faktisk er økonomiske aspekter, forebyggelsesmæssige aspekter, i ernæringen. Det, vi også har behov for, det er ernæringsledelse, altså viden omkring, hvordan laver man en kostpolitik, hvordan sørger man for, den bliver opfulgt af en handlingsplan, hvordan evaluerer vi på den, hvordan certificerer vi den, præcis på samme måde som en enhver kommune med respekt for sig selv jo har en miljøpolitik og har et helt ledelsesinstrument opbygget omkring det at lede og styre ernæringen i kommunerne. Præcis det samme kunne man i virkeligheden have på ernæringsområdet. Så jeg tror, ernæringsledelse, ernæringsøkonomi og så noget gastronomisk ledelse det ville være de steder, hvor staten skulle gå ind. Staten skal sørge for, at der er en minimum kritisk masse til rådighed for forskning og skal resten foregå ude i kommunerne.

Og det bringer mig i virkeligheden over til det næste spørgsmål omkring partnerskaber. Det her det skal ikke være et lovgivningsspørgsmål. Når du spørger: Går jeg ind for lovgivning, fordi der er en § 14 i levnedsmiddel, fødevarerloven? Nej, jeg tror partnerskaber, altså dynamiske partnerskaber mellem det offentlige, mellem sådan nogle som os og lokale kræfter i kommunerne, foreningerne og ikke mindst erhvervslivet, det er den måde, man skal udvikle det her område på. Og kan jeg henvise til nogle kommuner, altså Ballerup Kommune, Roskilde Kommune er der i hvert fald eksempler på steder, hvor private firmaer, små innovative virksomheder, går ind og udvikler ideerne. Det er jo ikke kontraktforhold. Det er jo ikke sådan, at man byder på en færdig kontrakt og siger, driv den her

skolemad for os. Der går de ind og udvikler det sammen med kommunerne. Det tror jeg i virkeligheden er gode eksempler. Der er masser af eksempler fra andre kommuner, hvor også virksomheder går ind og laver noget innovativt og tilbyder drift af madopgaver. Der tror jeg man skal være mere åben over for perspektiverne i dem.

Ordstyrer:

Tak skal du have Bent. Og der skulle ikke være flere i panelet, der ønsker ... nåh, der var alligevel lidt reaktion. Ja, det var også for ligesom at se, om I var vågne. I er skrevet på sedlen. Per Clausen, Enhedslisten, værsgo.

Per Clausen (EL):

Ja, det er et spørgsmål, der primært retter sig i forhold til Bent Egberg Mikkelsen og Karin Østergaard Lassen. Og det er, fordi vi skal også ligesom komme ind på, hvad kan vi gøre. Og en af de ting, som jeg godt vil spørge jer, om det ikke er en af de ting, hvor det kunne være fornuftigt økonomisk set at forsøge at skabe lidt luft, det er, at jeg opfatter, at meget af det, I snakker om, det er, at det handler om også at få personalet engageret i den her proces. Altså ikke bare i virkeligheden køkkenpersonalet i forhold til maden og ikke bare plejepersonalet i forhold til plejen, men på tværs. Og der er det klart, der kan man ansætte ledere og særlige ansvarlige. Det er jo rigtig nok, men er det ikke også et spørgsmål om at få gang i en proces, hvor der sker sådan en gensidig involvering?

Det er jo sådan rigtig tværfaglighed, der går på tværs, og man ikke gør det kun, fordi der er en leder, der siger man skal, men også fordi man selv har forstået det og synes, det er vigtigt. Og i den fase, hvis man skal i gang med sådan nogle processer, kan der godt være brug for nogle ressourcer, også i det, som Poul Henrik antydede, sådan en meget stresset hverdag.

Det vil jeg godt høre, om det var noget, hvor I mente, der kunne være en model, hvor der kunne være en eller anden form for statsligt engagement. Vi kan jo godt finde ud af at lave puljer til forskellige formål, og indimellem kan vi også sikre, at de ikke bliver misbrugt til alt mulig andet end det, der var hensigten.

Og det sidste, og det er lidt i forlængelse af det, det var Bent også inde på, om det ikke også er vigtigt, at der faktisk bliver skabt plads til, at man involverer producenterne af de her fødevarer i processen, altså så det ikke bare er et sted, hvor man køber pulver eller for den sags skyld alle mulige andre færdigvarer, men hvor den del af produktionen af madvarer, som ligger uden for køkkenet, og det kan jo være på forskellige niveauer, at den faktisk også afspejler og spiller ind på de målsætninger, man har ude på institutionerne.

Ordstyrer:

Tak til Per Clausen. Poul Henrik Hedeboe, værsgo.

Poul Henrik Hedeboe (SF):

Denne gang et kort spørgsmål til Bent Egberg. I dit oplæg der sagde du, at vi havde haft et storkøkkencenter, som havde eksisteret i en lang årrække, og det blev nedlagt i 2002, og når du snakker opfølgning, så snakker du hele tiden kommunalt niveau. Er der et råd til os, et behov for et centralt led også, som en opfølgning af det der storkøkkencenter, eller skal det hele ud decentralt efter din mening?

Ordstyrer:

Hold da op. Ja, det var i hvert fald et kontant spørgsmål. Tak skal du have, Poul Henrik. Det var til Karin og Bent mest. Skal vi starte med Karin, værsgo.

Karin Østergaard Lassen:

Tak. Ja, på spørgsmålet om, kan man sige, hvordan man kan, hvad hedder det, højne det tværfaglige engagement, så vil jeg egentlig igen vende tilbage til modellen fra Bispebjerg Hospital, fordi det har

vist sig, at denne her ernæringsassistent, som er meget engageret i ernæringsområdet, og som er efteruddannet inden for området, hun er faktisk i stand til at få det øvrige plejepersonale og lægerne til at huske at tænke på ernærings spørgsmål. Altså, det kræver selvfølgelig meget af den her ernæringsassistent, men hun kan sammen med afdelingssygeplejerske egentlig højne niveauet på sengeafdelingen, fordi hun er en meget kompetent person, som de øvrige på afsnittet bruger som, kan man sige, ressourceperson, når de har nogle spørgsmål, når de ikke lige ved, hvad de kan tilbyde hr. Hansen, fordi han har ikke spist så meget de sidste par dage. Så spørger de ernæringsassistenten: Har du nogle forslag? Hvad kan vi bestille?

Og samtidig så er hun så også bindeled mellem produktionskøkkenet og patienten, fordi hun har et overblik over alt det, der kan bestilles i køkkenet, og hun ved, hvordan hun kan kombinere det på kryds og tværs, og hun ved, hvordan hun kan supplere noget, hun bestiller fra køkkenet, med noget, hun selv producerer i det afsnitskøkken, der så også er på de fleste sengeafdelinger. Så hun fungerer også som et bindeled mellem produktionen og patienten. Så det vil sige på den måde opfylder den her model for ernæringsplejen egentlig også spørgsmålet om at få skabt øget tværfaglighed.

Ordstyrer:

Tak skal du have, Karin. Bent.

Bent Egberg Mikkelsen:

På spørgsmålet omkring, hvordan kan vi få køkkengulvniveauet med, altså jeg tror man kan i virkeligheden, er det noget, der skal komme oppefra eller kan det gro forneden? Jeg tror, man skal kigge meget til erfaringer fra den her økologiske omlægningsbølge, som jo kørte i Danmark fra 1997 til 2003 med 50 mio. kr.'s penge i starthjælp til kommunerne. Der har du nogle gode erfaringer fra, hvad de penge i virkeligheden har sat i gang. De har sat en masse efteruddannelse i gang, og de har sat en masse omstilling, innovation, udviklingsprocesser, de har måske i virkeligheden ikke fået så mange økologiske fødevarer over disken, kan man diskutere, men den har i hvert fald sat en masse penge i gang. Og det er et godt eksempel på, hvordan man sætter ting. De har været utrolig efterspurgte, de penge. Så det er et godt eksempel på, hvad man fra centralt ... hvad I kan gøre fra centralt hold fra at udlodde den slags midler.

Du siger eller du blev spurgt: involvere producenterne? Ja, man skal involvere producenterne, altså fremsynede fødevarerproducenter, de kan godt se overvægt, fedmeepidemien, de kan godt se, at de bliver nødt til at vise en ansvarlighed her. De rækker hånden frem og siger, vi vil gerne gøre noget. Vi kan så diskutere, er det de rigtige ting, de så gør, men vi skal tage dem på ordet og sige, o.k., I vil centralhed. Fint, nu skal vi kritisk fortælle jer, hvordan kommunerne kan bruge den ansvarlighed, I gerne vil vise.

Det er rigtigt, men så er dertil også nødvendigt at sige, at nogen af de mest påholdende indkøbere kvalitetsmæssigt, de sidder jo altså ude i kommunerne, ikke. Det er, hvis vi snakker kvalitetsefterspørgsel, så er der nogle meget, kan man sige, påholdende, måske også nogle lidt uvidende indkøbere mange steder i kommunerne, og det er altså barriere for at efterspørge sunde og kvalitetsfødevarer. Der skal vi kigge lidt indad i det offentlige og så sige, hvad er det vi selv i virkeligheden køber ind.

Med hensyn til det sidste omkring den statslige indsats, man kan sige, det her storkøkkencenter havde måske den historisk set, kan man sige, den fokuserede meget på det rustfri stål og de hvide kakler ude i køkkenerne, 2 m højt osv. Det er jo ikke det, vi har brug for. Vi har brug for det her, som jeg kalder for »grydelse til nydelse«, altså koordinere det, der foregår derude, med det, som foregår ude i virkeligheden, altså ude på tallerkenen. Så det var måske noget, man kunne lære fra den epoke, og man kunne også lære, at der er behov for det, som jeg efterlyste før, tværfagligheden. Det er ikke fødevarer- og ernæringsvidenskab alene, vi skal have her. Det er folkesundhed; det er ledelse og gastronomi. Så det kunne man sige. Og så skulle man måske også lige påpege, at »Alt om kost« initiativet, projektet, jo kører og er en statslig indsats stadig væk og godt med fokus på mad til børn og

unge, men der er altså en vis statslig indsats stadig væk. Det er, som jeg sagde før, som jeg synes, staten kan gøre, det er sikre en minimum kritisk masse i forskningsindsatsen, sørge for, der er det rigtige forskningsmiljø, sørge for, at der er det rigtige uddannelsesniveau på akademisk niveau, og så de her start, iværksætterpenge. Resten det er kommunerne.

Spørgsmål fra salen

Ordstyrer:

Tak skal du have, Bent. Og nu kan vi simpelt hen nå to fra salen. Og jeg vil lige sige til jer derovre, nu tager jeg en herind, så skynd lidt at løbe over, bank tre gange, og døren går op. Har vi en herinde, der vil stille et spørgsmål? Værsgo dernede. Der kommer en mikrofon nu.

Ammi Stein Pedersen (Forbrugergruppen VEST):

Ammi Stein Pedersen, Forbrugergruppen VEST, på vestsiden af København. Måske skulle man finde ud af i de forskellige kommuner, og hvad vi nu har, at man afskaffede de såkaldte officers- og mand-skabsmesser, så alle spiste f.eks. den mad på hospitalerne, at man ikke har forskellige kantiner, sådan så de, der bestemmer sådan nogle steder, de fik den mad, som patienterne fik serveret, at kommunalbestyrelsen middag efter kommunalbestyrelsesmøderne det var den, der blev serveret på plejehjemmene og ude omkring den leverede mad, og så kunne man så se, hvad man mente om det.

Og så kunne jeg godt tænke mig at spørge, hvordan er det i Snapstinget? Spiser man økologisk mad? Kan man overhovedet få noget andet? Eller vil politikerne ikke betale for det, det eventuelt ville koste? Jeg har konstateret, at vi herovre ikke kan få økologisk mælk. Det er almindelig, hvad er det: 3 l til en femmer, eller jeg kender ikke de priser. Tak.

Ordstyrer:

Tak skal du have. Men vi har i hvert fald hørt, at i Farum der har de selv madpakke med nu. Så var der kommet en derovre. Værsgo.

Laust Sørensen (forstander, Betania Hjemmet):

Ja, det virkede jo næsten, som da Moses gik over Det Røde Hav. Man skal bare banke lidt, så breder vandene sig, så nu er jeg her, og jeg hedder Laust Sørensen, og jeg er forstander på et plejehjem, der hedder Betania Hjemmet på Frederiksberg.

Jeg synes, det er meget tankevækkende, at vi sidder så mange kloge hoveder og taler om 2 pct. Det var 2 pct., kosten fyldte på hospitaler, og jeg har lige sådan siddet sammen med min økonoma herinde i VIP-rummet, og fundet ud af, at på et plejehjem fylder det ca. 8 pct. Så det er jo meget, meget ... det er jo peanuts, vi taler om.

Samtidig så vi at gøre med, og det har panelet på formidabel vis vist os og også politikerne, at vi har at gøre med det laveste statusområde inden for arbejdsmarkedet, nemlig pleje og omsorg til de ældre, fordi det er jo, historisk set er det jo simpelt hen uuddannet personale, det er forbundet fare, sådan var det omkring århundredeskiftet, så der havde man nærmest kun alkoholikere på Kommunehospitalet til at passe de gamle. Så vi har været inde i sådan en hurtig udvikling her.

Mit spørgsmål til jer er: Hvordan får vi øget den status det er at være personale for de gamle? Fordi de gamle har rigtig mange ressourcer, hvis der er nogen til at trække i dem. Der er jo heller ikke ressourcer nok på plejehjemmene. Politikerne sparer, og vi kan klare det hele, og om ikke andet så kan vi da spare lidt på maden. Og vi kan jo ikke spare. Hvordan gør man 2 pct. bedre? Det gør man ved at sige 3 eller 4 pct. Så bliver det bedre. Selvfølgelig gør det det. Der er ingen til at dele den gode mad ud. Sådan er det faktisk. Det er i hvert fald, det er i hvert fald ... vi har masser af gode ideer på www.betaniahjemmet.dk.

Men der skal altså være, der skal være ildsjæle, og der skal være frivillige, og der skal være rigtig mange hænder for at få det til at hænge sammen med de ressourcer, der bliver tildelt. Og jeg synes,

det er så ærgerligt for den lavest uddannede gruppe, at de skal pukke sig ihjel, så selv en sygeplejerske på Bispebjerg må gå ned med flaget, fordi det er stress. Det er da stressende at se på, at patienterne bliver tyndere og tyndere, fordi vi ikke har tid til at give dem mad. Men tak for al den gode fantasi. Vi er næsten der ved 2010, så der kan gøres noget. Det er ikke klynkeri, det her. Men vi skal ... Hvad vil I gøre for at få status op, sådan at der er faglært personale, der gider at søge andre steder end hos os? Tak.

Ordstyrer:

Tak skal du have, om hjemmesiden, om adressen på den kommer ned over rulleskærmen på tv efter udsendelsen, det må du selv afgøre med tv.

Panelet har nu 5 minutter til deling. Skal vi starte simpelt hen ud fra en ende af med Jens Christian, og så kører vi deropad til besvarelse på de to spørgsmål, 5 minutter, som I selv deler.

Jens Christian Elle:

Ja, men jeg tror, at man skal lave sådan nogle forsøg med nogle helt andre former for omsorgsinstitutioner, som opererer efter en helt anden form for rationalitet, og så skal man give folk en god løn, og man skal inddrage dem lige fra starten i, hvordan det her plejehjem skal se ud og fungere og i dialog med eksperterne og myndighederne, og så skal vi se, om det i virkeligheden ikke også hænger bedre sammen økonomisk i sidste ende, og derudover så skal der selvfølgelig også rykkes på det mere generelle plan i forhold til uddannelse og at kunne give folk en bedre løn, jeg synes, det er problematisk, dybt problematisk, at de ansatte ikke får mere i løn.

Men jeg vil med det samme sige, at i alle de sammenhænge, hvor de her tanker om det velduftende plejehjem er blevet udviklet, der har det altså ikke været lønnen, der har været centrum, selv om det var, det helt klart er et problem. Det er altså behovet for at blive inddraget, behovet for at kunne reagere på den viden, man har.

Altså, det er, frustrationen den kommer jo altså først og fremmest over det her, men der står, altså når vi ser de her kostpolitikker, de er jo fantastiske, altså, de er jo nærmest en beskrivelse af det, jeg sad og sagde før, når man læser dem, hvis vi lige ser, bortset fra sådan det, arkitekturen og rummet omkring, men altså der er bare ikke tiden i hverdagen til at handle efter det, og det der dilemma med, at man ikke kan gøre det, man føler man bør gøre, det er altså det helt store problem ifølge de mennesker, jeg har været sammen med omkring det her projekt.

Ordstyrer:

Karin, vil du tilføje noget?

Karin Østergaard Lassen:

Ja, jeg mener også, at det kan give øget status, hvis man har mere fokus på uddannelse.

Og nu for at vende tilbage til ernærings- og sundhedsassistenterne, som jeg taler om, så er det jo social- og sundhedsassistenter, og dem, der har været engagerede eller er engagerede i den jobfunktion, det er jo en form for ildsjæle, de går jo utrolig meget op i deres arbejde og skaber også gennem deres efteruddannelse et engagement, som så spreder sig til andre faggrupper, som så derigennem også bliver opmærksomme på, at det er et område, som de også i højere grad bør have fokus på. Ja.

Ordstyrer:

Bent.

Bent Egberg Mikkelsen:

Uddannelsen har jo allerede været nævnt. Jeg vil bare tilføje det med forskningen. Og så ved jeg godt, at I tænker, jamen nu snakker han for sin egen syge møster.

Nej, det er ikke flere forskningsprojekter i Danmarks Fødevareforskning, bag vores skriveborde, det er forskning ude i praksis. Jeg vil i virkeligheden argumentere for det begreb.

Man kunne jo kigge lidt over i sygeplejerskeverdenen. Jeg sad og søgte i går på antal af videnskabelige artikler, hvor jeg fandt 600 omkring food service, der var 40.000 på sygeplejeforskning.

Jeg tror, at sygeplejehvervet eller sygeplejeområdet er et godt eksempel at kigge hen på og sige: Der er en masse, masse gode praksiserfaringer, der gøres ude i praksis, i sygehusene, på plejehjemmene, på skolerne osv. osv., dem skal vi bare have systematiseret og evalueret og kigget i og lagt frem for dem, der skal bestemme, nemlig politikerne.

Så jeg vil i virkeligheden efterlyse, at denne her offentlige mad den bliver gjort til genstand for forskning ude i praksis, får skabt en økonomiforskning, en food service-forskning ude i virkeligheden, så vi kan udnytte de praktiske erfaringer.

Ordstyrer:

Tak skal du have. Og så Anne Marie.

Anne Marie Beck:

Jamen jeg synes, nu har vi hørt meget om Bispebjerg Hospital, og jeg synes også, at I skal tage op på Aalborg Sygehus, det har vi jo også hørt omtalt her, fordi der foregår jo også mange gode ting. Og så har jeg tænkt en sidste ting, som vi faktisk skrev i resolutionen dengang, det var go public, altså ud og gøre opmærksom på de her problemstillinger ude i offentligheden, for jeg tror, at der er mange, der ikke ved, at de eksisterer.

Ordstyrer:

Tusind tak til jer eksperter og spørgere heroppe. Giv dem en hånd!

Hvor var det dejligt, at blok to gik så godt. Det kommer blok tre også til at gøre, kan jeg love jer for, men nu skal vi over til det, det handler om: spisning. Men det er så jer, der skal ned og spise nu. Det foregår nede i Fællessalen, for dem, der er tilhørere.

Så skal jeg sige, at for oplægsholdere og spørgepanel der er det den offentlige forplejning nede i Snapstinget, I skal have, I andre, I skal ned og have noget, der er meget bedre, værsgo. Vi ses kl. 13.00.

En mere målrettet ernæringsindsats

Ordstyrer:

Ja, så går vi i gang, så går vi i gang igen. Jeg håber, at maden smagte jer godt. Og det er jo sådan, at når der kommer noget ind, så skal der også noget ud, og der vil jeg bare sige til jer, døren derovre i hjørnet, brug den, hvis I får behov for at komme ud, fordi den store dør, den er kun til at banke tre gange på, den larmer simpelt hen for meget, hvis vi bruger den under høringen nu.

Vi skal nu videre med det, der hedder blok tre. Og, nej, jeg skal lige have fat i Anne Marie Beck, som var oplægsholder, du skal have et knus, fordi Ritter Sporten, den er endt ovre ved mig, tak skal du have. Jeg har jo heller ikke snakket så meget om den.

Vi har Susanne Jensen, vi har Linda Greffel og Gitte Breum, som skal lave oplæg nu, og jeg har jo haft tradition for at lade kvinderne komme først til orde, så det bliver jo svært for mig i denne her runde, så det må I selv nogenlunde bestemme. Susanne, værsgo.

Susanne Jensen

Susanne Jensen (cheføkonoma, Kolding Kommune):

Ja, jeg har hverken en tallerken med, en Ritter Sport eller en pakke kiks, men det, jeg burde have haft med, det var en indkøbsvogn. Jeg skal nemlig fortælle om, hvordan vi indkøber i Kolding for på den måde at understøtte den offentlige forplejning som en del af folkesundheden.

I Kolding har vi haft en logistiktjeneste siden 1987-88, og vi har en af byrådet godkendt indkøbspolitik, som alle ansatte skal efterleve.

Jeg vil kort fortælle om, hvordan vi allerede ved indkøbet tilstræber at sikre en målrettet ernæringsindsats.

Siden 1997 har der været en grøn indkøbspolitik. Det er et Green Network-samarbejde med kommunale, amtslige, private aktører og virksomheder i Vejle Amt.

Siden 2000 har der også været et formelt samarbejde med Vejle Amt, Middelfart og det gamle Haderslev Amt. Disse kan, hvis de ønsker det, benytte sig af de indkøbsaftaler, Kolding Kommune har.

Der er indkøbsgrupper for de forskellige varegrupper, f.eks. rengøringsmidler, fødevarer, kontorartikler.

Fødevarergruppen har været med fra starten i 1987. I gruppen sidder der indkøbsansvarlige for de relevante områder, og der deltager nogle fra Kolding, Vejle Amt, Middelfart og det gamle Haderslev.

Gruppen for fødevarer er tværfagligt sammensat. Der kan være repræsentanter, økonomaer fra et plejecenter, der kan være en kok fra en forvaltningskantine, en køkkenchef fra en teknisk skole, indkøbsansvarlige fra andre forvaltninger. På den måde sikrer vi os en bred tværfaglig vinkel.

Siden 1997 har der også været en miljøansvarlig med i alle indkøbsgrupperne, og som noget relativt nyt er der, hvis det findes hensigtsmæssigt, en arbejdsmiljøansvarlig, en ergoterapeut, med ved indkøb af f.eks. skoleborde, biler, teknisk udstyr og den slags.

For alle grupper er der ens spilleregler. Logistikchefen sikrer, at det lovgivningsmæssige er i orden i forhold til EU-regler og den slags, og han er formand for alle grupper.

Der vægtes også ud fra følgende retningslinjer. Prisen vægtes med 60 pct., service vægtes med 20 pct., leveringsbetingelser vægtes med 10 pct., og miljøet vægtes med 10 pct. Indkøbsaftalerne indgås for 2 eller 3 år ad gangen, og mest som G-aftaler, hvor vi kun har én leverandør pr. varegruppe.

I fødevarer- og køkkenudstyrgruppen har vi G-aftaler på følgende: På kød- og slagterivarer, kolonial-, frost- og konservervarer, på kaffe, på øl og sodavand, emballage, storkøkkenudstyr og porcelæn, service af teknisk udstyr, og det kan være udstyr i køkkenerne f.eks., kølerum, biler og gasanlæg.

Dagligvarer som frisk mælk, frisk frugt og grønt, frisk fisk og lignende er der ikke G-aftaler på, men T-aftaler, det vil sige en tilbudsaftale. Der kan være tilbud om samhandel med en økologisk leverandør eller den lokale gartner, igen for at få bedst mulige råvarer, priser, leveringssikkerhed og service. Der kan handles lokalt eller ud fra særlige behov og ønsker.

Alle leverandører vælges ud fra et overordnet kostfagligt hensyn. Vi beder altid om priser på konventionelle og økologiske varer. Vi definerer, hvis der er særlige behov for diætprodukter eller specialprodukter, vi indkøber kød på baggrund af FOKUS-udskæringer for at få veldefinerede udskæringer og veldefinerede fedtprocenter, friske, ferske produkter, kende oprindelseslandet, kødets mørhed og den slags.

Vi forholder os også til hygiejne og lovgivningsmæssige krav, både for leverandøren og for os som modtagere. På den måde starter det kostfaglige sundhedsfremmende hensyn allerede ved indkøbskurven.

For indkøberne er der også fordele. Grundproduktet, basisindkøbsaftalen er veldefineret, så man som indkøber ikke behøver at bruge tid på at tjekke priser og den slags. Man er sikker på, at varen grundlæggende er i orden. Man kan derfor bruge sin tid på det kostfaglige, kostfremstillingen, de bedste metodikker, planlægning, kundeservice og fokus på ernæringen.

Der er også sidegevinster ved, at vi i Kolding har haft disse indkøbsgrupper og vores logistiktjeneste i så mange år. Det er, at vi fremstår som mere professionelle indkøbere. Vi kommer f.eks. med i inspirationsgrupper hos producenterne, når der skal produktudvikles; vi sidder med i Green Networks styregruppe i Vejle Amt; vi deltager i netværksgrupper og den slags.

Den grønne indkøbspolitik har også betydet, at vi fra vores køkkenbudgetter bidrager med at finansiere lønsumskroner til den ansvarlige i Miljøvenligt Køkken, som er en del af Green Network i Vejle Amt. For de penge får vi så i køkkenerne hjælp til at indføre mere økologi og hermed også sundere kosttilbud, affaldsminimering, grønne regnskaber, tværfaglige temadage og den slags.

Flere af vores kantiner og cafeer har temauger, tilbyder hjertesunde menuer, fedtfattige menuer, særlig kost til småtspisende, diætkost af enhver slags.

Ved på denne måde at synliggøre kosttilbudet og udbrede grundtanken om de sunde kostvaner, de gode råvarer, tænke miljøet ind er vi med til at sætte sundhed på dagsordenen.

Ved også at medinddrage andre faggrupper, brugerne, kunderne får vi skabt netværk og gode kontakter. Der kan jo ikke foregå noget arrangement, møde, stavgang, banko, høstfest uden mad og drikke, så maden er et omdrejningspunkt i mangt og meget.

I forhold til samarbejde med andre faggrupper og andre kommuner, andre forvaltninger oplever jeg også, at det netop er via disse, der sker udvikling og holdningsbearbejdelse. Vi har selvfølgelig forskellige behov for indkøb, om det er til et plejehjem og ældre, medarbejderne i en personalekantine, skole, vuggestuer. Men vi er jo alle grundlæggende enige om, at vi skal have det bedste indkøb for pengene, mest mulig sundhed og ernæring til slutbrugeren, og så gerne mest mulig økologi. Kolding har en målsætning om minimum 30 pct. økologiske indkøb.

Så for at kunne tilgodese en så bred vifte af behov så skal vi tænke kreativt, udvise respekt for hinanden og have en fælles grundholdning til sundhed og sundhedsfremme. Barrierer kan der være flere af: økonomi, personaleressourcer, køkkenforhold, faglighed, kundegruppen, behov og meget mere. Men meget kan lade sig gøre. Det tager tid, vi har været i gang i mange år i Kolding, og arbejdet fortsætter, nu med storkommunen og den nye region som aktører, og det glæder vi os til.

Sundhed starter i indkøbskurven, og maden er ikke blevet til ernæring, før den er spist, og så ligger der alle overvejelserne og det kostfaglige indimellem. Derfor er det vigtigt, at den offentlige forplejning tænker helhedsorienteret gennem alle leddene med fokus på sundhed.

Dette var kort om, hvordan vi løser opgaven i Kolding Kommune. Tak.

Ordstyrer:

Tak skal du have, Susanne, og havde det her været sådan et rigtig stort indsamlingsshow, så havde vi jo sagt tak til vores kommentator fra Kolding, men det var et rigtig godt indlæg.

Linda Greffel, du skal jo forsøge nu at tale lidt om forsøg.

Linda Greffel

Linda Greffel (chefsygeplejerske, Ortopædkirurgi, Nordjylland):

Ja, med al den viden og erfaring, der er til stede her i dag, så burde det jo faktisk ikke være nogen sag at tilrettelægge en målrettet ernæring på sygehusene, men virkeligheden og erfaringen siger nu alligevel, at det kan være utrolig svært.

I 2002 da afsluttedes et toårigt projekt, som blev gennemført på tre danske sygehuse, og projektet var opdelt i tre faser.

Den første fase var den beskrivende fase: Hvordan ser det egentlig ud?

I den fase da viste det sig, at 22 pct. af patienterne var underernærede eller var i risiko for at blive underernæret på grund af deres sygdom, og det viste sig også, at for størstedelen af de her patienter da havde afdelingen hverken lagt en plan for kostindtaget under sygehusindlæggelsen; de havde ikke fulgt vægten under indlæggelsen, eller de havde noteret sig, hvad patienten spiste. Resultatet var så, at kun en fjerdedel af de underernærede patienter havde et tilstrækkeligt kostindtag, og ca. 15 pct. af dem havde et vægttab under indlæggelsen.

Det viste sig jo også, at personalet havde et utilstrækkeligt kendskab til, hvordan ernæringsproblemer skulle varetages; de havde et utilstrækkeligt kendskab og viden omkring, hvordan man vur-

derer patienternes behov for ernæring i forhold til den mad, der serveres på sygehusene; og der var manglende retningslinjer fra ledelsen.

Kun i få tilfælde var årsagen til manglende indtagelse, at den mad, der blev serveret, ikke passede til patienten.

I den anden fase i det her projekt da skulle der så rettes op på alle de her mangler og fejl, og aktiviteterne, de er jo utallige.

Ledelsen var de første, de udarbejdede retningslinjer; der blev arrangeret systematisk undervisning; der blev ansat køkkenhjælp til at nøde patienterne. Et af eksemplerne er, at man på Rigshospitalet indkøbte en madlimousine, en madvogn, hvor maden var anrettet, flere retter var anrettet, så man både kunne se, hvordan maden så ud, og også dufte den, inden man valgte.

Der blev også sat fokus på madens tilberedning i køkkenet, og på, at patienter med særlige behov kunne få ønskekost; der blev tilbud om mange forskellige retter og på mange forskellige tidspunkter.

I tredje fase skulle man så se de her tiltag gennemført, og hvordan så det så ud.

Og her var resultaterne så, at flere patienter blev screenet end tidligere; der var flere patienter i ernæringsrisiko, der fik udarbejdet en kostplan; der var flere patienter, som fik foretaget en registrering af deres kostindtag, og flere blev løbende vejjet under indlæggelsen.

Men trods den store indsats var der stadig kun cirka en tredjedel af patienterne, som fik dækket deres ernæringsmæssige behov.

I fase 1 da var der mange, der var der tre hyppige årsager til det utilstrækkelige kostindtag, som blev beskrevet. Det var, at patienterne havde dårlig appetit; det var manglende viden hos personalet; og at kosten ikke passede til patienterne.

Efter tredje fase, og man så spurgte igen, da var beskrivelserne, at det er jo nok stadig væk dårlig appetit, måske manglede patienterne noget motivation, og så blev der jo talt om rutinemæssig faste på sygehusene.

I den samme periode da arbejdede netværk af forebyggende sygehuse i en netværksgruppe på tværs af 17 danske sygehuse, som arbejdede med det ernæringsrigtige sygehus. Gruppen bestod af diætister, af læger og af sygeplejersker.

Og i netværksgruppen må jeg sige, at der var der masser af viden. Der var et stort kendskab til mad, og der var mange redskaber. Men langt de fleste i netværksgruppen syntes, at der manglede retningslinjer for egentlig, hvordan håndteres ernæringen på sygehusene; der var manglende fokus og manglende interesse egentlig for ernæring; og der manglede ansvarsfordeling på sygehusene. Lægerne havde nok en idé om, at ansvaret var deres, men det interesserede dem egentlig ikke. Sygeplejerskerne interesserede sig ikke, når lægen ikke interesserede sig, og diætisten følte sig brugt for lidt.

Mine erfaringer siger, at maden er ikke spist, før den ligger i maven, ernæringen er ikke i orden, før maden ligger i maven, og jeg synes, at et af de allerstørste fokus, det må lægges på sygehusledelsen.

Sygehusledelsen må have nogle holdninger til ernæring. De må jo have en holdning, hvordan det hele, det udmøntes, er der overhovedet en sammenhæng i madens gang fra køkken til patientens mave?

Altså her kan man jo sige, at det hjælper jo fedt, at maden er rigtig god og er af god kvalitet, hvis den ser uappetitlig ud, når den kommer på tallerkenen og når frem til patienten. Det hjælper ikke, at maden er af god kvalitet, hvis det personale, der skal håndtere maden, ikke ved noget om mad; hvis de redskaber, der er til rådighed, enten ikke kendes af personalet, forstås, eller ikke findes i afdelingen; hvis de omgivelser, maden skal indtages i, ikke er i orden. Det er altså stadig væk sådan, at vi har firesengsstuer, og der ligger patienter, som har toiletbesøg på stuen 2 minutter før, at maden skal indtages.

Det hjælper fedt, hvis det er, at der ikke er personale nok til at hjælpe den svage patient, der er i ernæringsrisiko, med at indtage maden. Det hjælper fedt, hvis de arbejdsgange, der er på sygehuset, gør, at der aldrig er ro, så patienten kan indtage maden, det sker, at patienten er den sidste på gangen, der får mad, og den første, hvor husassistenten kommer og tager bakken ud - 5 minutter til at

indtage et måltid er jo ikke noget. Og det hjælper heller ikke, hvis patienten ikke har nogen information og forståelse for madens betydning.

Så sygehusledelsen har faktisk en stor opgave. Jeg mener, at det er her, politikerne bør have fokus på: Udøver sygehusledelsen faktisk det hverv, de skal?

Der skal også sættes øget fokus på ernæring, på mad. Mad skal være en naturlig del af patientens behandling. Og det gør vi ved, at vi i højere grad har guidelines; at vi i højere grad har standarder for, hvad det er, der dagligt skal gøres omkring patienten, dag-til-dag-program for, hvordan maden skal gives, skal håndteres under hele indlæggelsen. Der skal dokumenteres, at maden kommer i maven på patienten, og der skal auditeres på det.

Der skal være øget fokus på, om læger og sygeplejersker faktisk har den viden og de redskaber, der skal til.

Viden: Der kan man sige, at alle har jo en enorm viden om ernæring, om kost, om fedme, om slankekure, vi behøver bare at købe Alt for Damerne hver uge, så hører vi, hvordan det ser ud.

Men den nyeste evidens på det her område, hvordan når den ud i afdelingen? De bøger, vi har, der er fra 1812, stående i afdelingen, hvordan får sygeplejersker og læger den sidste nye viden? Der er ikke engang en pc, så man kan gå ind på nettet. Så der er jo masser af områder, som man som sygehusledelse kan interessere sig for.

Ordstyrer:

Tak skal du have for det, Linda. Det er godt, at jeg ikke har sygehusledelsen i panel heroppe, fordi så tror jeg ikke, at jeg kunne styre det.

Linda Greffel:

Ja, det er mig, jeg er selv sygehusledelse.

Ordstyrer:

Ja, men du må ikke stille spørgsmål til dig selv.

Gitte Breum, værsgo.

Gitte Breum

Gitte Breum (cheføkonoma, Amtssygehuset i Glostrup):

Tak. Ja, alle i dag har jo været helt enige om, at man først kan snakke om ernæring, når patienterne rent faktisk spiser den mad, som vi serverer, og det er jo egentlig sund fornuft, og måske er der ikke, kan vi spørge os selv alle sammen: Hvad er der egentlig, der skal til, og så finder vi svaret dér. Vi valgte at sige: Måske skulle vi spørge vores patienter, hvis de nu blev indlagt i morgen, hvad var det så egentlig, de havde lyst til at spise, når de blev indlagt, bad dem om at tænke lidt tilbage på sidste gang, de var syge og var indlagt på et sygehus og prøve at sætte afsæt i det og sige, hvad det var for nogle ting, de så ville have at vi skulle tilbyde.

Når man siger det, så kan man også sige, at vi kunne måske også bare være så banale at sige, hvad med at tænke tilbage på sidst, vi selv havde influenza, eller en af børnene derhjemme var syge og havde det rigtig skidt, hvad var det så, de havde lyst til? Måske er svaret også dér.

Vi har jo lavet masser af brugerundersøgelser i køkkenet igennem årene, og de har været mere de her brugertilfredshedsundersøgelser, hvor vi har fundet ud af, at 95-98 pct. af alle vores patienter, de var jo tilfredse eller meget tilfredse med stort set, hvad vi spurgte dem om. Og det blev vi jo ikke specielt kloge af. Så derfor valgte vi denne her mere kvalitative undersøgelse, som jeg vil fortælle om i dag.

Det var en undersøgelse, hvor vi ud fra, definerede otte forskellige brugergrupper, som blev defineret af det, der hedder enheden for brugerundersøgelser, som skulle sørge for, at det var repræsentativt for den patientgruppe, vi nu havde på sygehuset.

Så der var altså både børn og forældre til børn, der var unge, der var voksne, der var ældre, og der var de somatiske patienter, og der var også de psykiatriske patienter. Det sidste er faktisk temmelig nyt, at man også har taget og snakket med de psykiatriske patienter om den her slags ting.

For ikke at vi skulle få de svar, vi gerne ville have, havde vi selvfølgelig ekstern bistand til at bearbejde alle svar, der kom ind fra denne her undersøgelse. Undersøgelsen foregik som interviewform, hvor man samles og laver sådan nogle fremtidsværksteder, omkring hvad man kunne tænke sig.

Hvad var det så, denne her undersøgelse, den viste? Den viste mange af de ting, som også er sagt i dag. Den viste, at det der med måltider og maden, det har faktisk stor betydning for, hvordan man trives, og hvordan man havde som almentilstanden. Det betød altså også noget for det positive samvær med andre, som vi har hørt fra Jens i dag.

Der var også rigtig mange af dem, der sagde, jamen altså, det med ernæring, det er faktisk vigtigt for mig, for det er det, der gør mig rask. De sagde også, at det med måltiderne, det var nu rart, det var sådan. Det gav dagen struktur, man ligesom hele tiden kunne se frem til noget, så det var der mange der synes var rart.

De sagde, at maden måtte gerne være sådan lidt let og lidt lækkert. De måtte gerne være noget, de kendte i forvejen, de havde ikke lige lyst til at eksperimentere med ret meget nyt, når de var syge. Igen tænker jeg sådan på parallellen hjem til mine børn, som jeg har fire af derhjemme, og tænker, hvad, når nu de er syge, hvad er det så, de beder mig om at lave? Det er egentlig ganske almindelige ting, det er ikke de store, avancerede retter, de beder om at få.

Og der var også rigtig mange, de faktisk lagde vægt på gode råvarer, og så var der rigtig mange der sagde, at så det, at det var serveret på en god måde. Og selv om det ikke var meningen, vi skulle have rigtig mange historier for, hvordan det nu var, sidst de var indlagt, så var det på det her punkt, rigtig mange havde lyst til at fortælle lidt mere om, hvordan de egentlig havde oplevet det. Jeg husker specielt en gammel dame på 85, der havde haft en ung mandlig sygeplejerske, der havde serveret for hende, og som havde givet hende rigtig meget omsorg. Det fyldte 90 pct. af hendes ophold på sygehuset.

Og de ville altså gerne have noget, der var lidt dansk, traditionel mad, og så måtte det altså gerne smage af noget, det var faktisk et gennemgående tema. Når vi så spurgte dem sådan helt konkret om at liste nogle ting op, hvad det var for nogle retter, man kunne tænke sig at spise, så var der nogen, der spøjte lidt med forloren hare. Det var faktisk en af dem, der var på top ti. Det var også frikadeller, og det var forskellige supper, og det var stegt flæsk og persillesovs, det var krebinetter, og det var svinemørbrad, og det var lasagne og pizza og den slags, så det var ikke sådan, fordi det var så avanceret, det, de egentlig bad om.

Hvad lærte vi så af denne her undersøgelse? Ja, vi lærte i hvert fald, at det, der var vigtigt, det var at give en rigtig god smagsoplevelse i maden og få lavet noget ganske almindelig, god hverdagsmad, som smagte af noget. Det var måske ikke den fine gourmetmad, vi skulle stræbe efter, det var måske vigtigere at lave en gang stegt flæsk og persillesovs, der virkelig smagte, så man tænkte: Yes, det var, ligesom da mor hun lavede den dengang, altså, man var derhjemme, ikke?

Så det, der var vigtigt for os, det var altså at lave noget mad, der smager af noget, at bruge omtanke og omhu, når vi arbejder i køkkenet med at lave mad. Og maden måtte godt ligne lidt af det, vi spiste derhjemme, og det behøvede ikke nødvendigvis at ligne det, vi spiste, når vi gik i byen fredag aften.

Det er også vigtigt, eller vi lærte i hvert fald også noget vigtigt. Det var, at maden blev anrettet og serveret på en god måde. Her havde vi en stor opgave at motivere videre i systemet, for vi kunne jo sørge for, at maden blev rigtig god og smagte godt, men den næste del krævede jo et tværfagligt samarbejde.

Og så viste også meget om det her, den her kunst at nøde patienten. Også igen tænker jeg lidt tilbage på min gamle mormor, som var rigtig godt til, når vi var syge og blev passet af hende som børn, at nøde os og sige: Hvad med det? og: Hvad med det? og: Har du lyst til det? og sådan. Og den

kunst er nok rigtig, rigtig vigtig for plejepersonalet at blive rigtig gode til, før maden bliver til ernæring, og det har vi nok også hørt lidt om i dag.

Og så skal vi huske også at lytte til den gamle, svage patient, for hvem maden er rigtig, rigtig vigtig, for at de bliver rask, og passe på, at det ikke er den 33-årige journalist, som er blevet indlagt med et kompliceret benbrud efter en skiferie nede i Østrig, og som nu synes, at hvis ikke man kan få sushi og fine franske retter, så var det simpelt hen ikke godt nok, så skulle man skrive om det i avisen. Det var måske ikke, det er måske ikke den vigtigste bruger at kigge efter, hvad de har lyst til.

Hvad er det så, vi har gjort sådan helt konkret hos os? Ja, vi har valgt at sige, at det der med smagen i maden, det var vi måske ikke gode nok til, så det kunne godt være, vi skulle udvikle os, have noget kompetenceudvikling på det her område. Og der kan man da sige, der er vi da blevet provokeret af rigtig mange dygtige, kendte kokke, og det har været en stor gevinst for al offentlig mad, at vi har haft de her kokke, der har sagt, at vi ikke gjorde det godt nok, for det har nok sparket os lidt i gang til at tænke lidt mere på smagen og måske knapt så meget på, at vi skal lave systemer og hygiejnestyring og alt mulig andet, og det var det, vi gik mest op i og måske glemte lidt håndværket i det at lave mad.

Det kan godt være, vi ikke kun skal lave frikadeller og brun sovs, men vi også skal lave en god hakkebøf, som de kender, men måske pifte den op med en lækker topping af mascapone og krydderurter og peberfrugter og en spændende pebersovs og dejlige, små kartofler, der er vendt i en god olivenolie. Det kan godt være, det er i den retning, vi skal, så vi stadig væk laver noget nyt, men stadig væk noget genkendeligt.

Vi skal måske også tænke lidt mere i kvalitet frem for i kvantitet. Der har været snakket meget i dag om, om der skal være masser af valg. Vi er gået en anden vej, vi har sagt, at der er én menu, der er en forret, en hovedret og en dessert. Så er der selvfølgelig noget til dem, der er gamle, og noget til dem, der er unge, og til børnene, og til dem, der ikke spiser svinekød, og dem, der er vegetarer og alt mulig andet, men generelt har man altså ét valg, og der er en lækker forret, en dejlig hovedret og en lækker dessert. Og det er det tilbud, man får som patient hos os i dag til det varme måltid.

Det har vi gjort, fordi der er ikke ressourcer til, at vi kan stå og lave ti retter, der er rigtig lækre alle sammen og have brugt god tid til at smage til. Vi har tid til at lave en god ret, der smager hamrende godt, og det tror jeg faktisk er vigtigere. For hvis vi tænker os lidt om og bruger den sunde fornuft, så derhjemme, ja, jeg ved ikke, hvor meget valgmenu, der er, det er jo nok mor, der bestemmer som oftest, så tror jeg, personalet i køkkenet er nødt til at gøre op med myten om det der med, hvordan man smager mad til. Det har været lidt moderne, eller det har været i hvert fald sådan i køkkenene, at vi har sagt, ja, men de kan altid putte lidt mere på oppe, de kan komme lidt mere salt på og sådan noget, det skal heller ikke være for stærkt, for når man er syg, så skal man have sådan lidt skånemad. Og det har vi gjort op med og sagt, nej, når de får karrysovs, så skal der være knald på, og så skal det smage af karry, så skal det rive lidt i munden, fordi det er det, der betyder noget. Så knald på smagen.

Og det kræver, at vores personale får noget efteruddannelse. Det har vi gjort helt målrettet, ved at vi har givet alle medarbejdere 6-7 ugers efteruddannelse i og hvordan man bliver rigtig god til at få interesse for at smage på maden, få interesse i fødevarerne, får pirret deres nysgerrighed efter at lave rigtig god mad. For måske har vi ikke været gode nok til at give vores medarbejdere de udfordringer, men måske siddet bag alt for mange skriveborde og lavet alt for mange beregninger for alt for meget mad, som der alligevel ikke bliver spist, eller lavet alt for meget hygiejnestyring, som selvfølgelig skal være i orden, men måske har fyldt lidt for meget.

Så for os er det, har indsatsen været at gå fra at være produktionsmedarbejdere til at være madhåndværkere, til at have nogle stolte og engagerede medarbejdere, som har lyst til at lave rigtig god mad. Og mad, der smager, det glider nu engang lidt lettere ned, så først når maden rigtig frister, så bliver den spist, og så kan vi snakke om ernæringen.

Så mine anbefalinger må være, at vi skal blive rigtig gode til kunsten at smage maden til. Vi skal sætte fokus på det at nøde patienten. Det er selvfølgelig ikke i køkkenet, man kan gøre det, men vi skal så motivere til, måske at man kan blive bedre til det gennem tværfaglighed, at man gør det på

afdelingerne. Vi skal skabe nogle gode rammer, så man sidder et rart sted og spiser. Og så til sidst vil jeg sige: tænk over, hvad I selv har lyst til, når I bliver indlagt, og træf jeres beslutninger ud fra det.

Ordstyrer:

Tak skal du have Gitte. Tak til tre kvinder, tre eksperter i trekløver. Skal vi give dem en hånd? (Bifald) Så går vi over til spørgsmål, og jeg præciserer igen det her med de korte spørgsmål, ingen politiske indlæg, men spørgsmål til panelet. Poul Henrik Hedeboe, værsgo.

Spørgsmål fra politikerpanelet

Poul Henrik Hedeboe (SF):

Ja, hvorfor skulle du nu lige sige det til mig?

Til Susanne Jensen: du sagde, at I havde et mål, der hed 30 pct. økologi. Hvorfor har I lige ramt 30 pct.? For jeg kunne have en idé om, at det måske var det muliges kunst, jeg ved det ikke.

Jeg kan sige, jeg har selv en fortid – ganske kort, formand, ganske kort – jeg har selv en fortid i den økologiske fødevarerbranche, altså før jeg kom herind, og der havde jeg en erfaring for at give et tilbud på økologiske råvarer til Københavns Amt, som ville lave en stor satsning, og det var rigtig mange ton, det drejede sig om. Da det så kom frem, at økologien ikke kunne leveres som vakuumpakkede kartofler og forskrællede gulerødder, så var det kun 5 pct., der kunne leveres i almindelige kartofler og almindelige, vaskede gulerødder f.eks. Er det sådan en problematik, I har?

Ordstyrer:

Når det er økologi, så kan du godt få lidt mere plads af mig. Martin, værsgo.

Martin Henriksen (DF):

Tak. Det er primært til Susanne. Du sagde ikke noget om i det mundtlige oplæg, men i det skriftlige oplæg, der har du en overskrift, den hedder mulige barrierer for den videre udvikling, og der nævner du bl.a. økonomi, men du nævner også holdninger hos befolkningen. Og så tænkte jeg på, altså, hvad gør man i Kolding Kommune for at få denne her holdningsændring?

Og hvad kan politikerne gøre ud over selvfølgelig at diskutere det og påpege det over for borgerne, når vi har muligheden for det ved sådan en lejlighed, fordi vi kan jo ikke ligesom lovgive om holdninger.

Altså, hvad gør man? Er det mere information og oplysning i børnehaver og folkeskoler i Kolding Kommune, end der er andre steder? Altså, er der også det til ældre og pårørende på plejehjemmet? For det er jo tit det, der skal til, for at der sker forandring, at, hvad kan man sige, de ældre og de pårørende de ligesom stiller krav om det til ledelsen. Det er selvfølgelig også med sygehusledelsen, at patienterne og de pårørende stiller krav til det. Så kommentarer til det.

Ordstyrer:

Tak til Martin. Og nu er der sket det, som, det er sådan en politikerteknik, når man så korter spørgsmålet af, så markerer man lidt efterfølgende. Bare lige en kort bemærkning mere. Poul Henrik.

Poul Henrik Hedeboe (SF):

Det var nu et andet spørgsmål. Godt, det var til Linda Stampe. Du snakkede om ledelsesprioritering, og jeg forstod det sådan - nu skal du bekræfte, om det var rigtigt - at inden for de eksisterende rammer kunne det faktisk godt, og eksisterende økonomi, kunne det godt lade sig gøre at omprioritere. Eller er det sådan, at der skal en startinvestering til f.eks. i anderledes fysiske rammer?

Og er det også sådan - det kunne jeg forstille mig - at den, hvis man skal motiveres til at omprioritere, at så skal der en fredning for besparelser i en periode, sådan så motivationen holdes ved lige,

hvis man vinder noget, fordi alle snakker om, at der er nogle gevinster at hente. Og så en fredning, er det det, der er på banen?

Ordstyrer:

Tak til Poul Henrik Hedeboe. Så, Susanne, du fik de to første spørgsmål.

Susanne Jensen:

Jamen jeg fik de to første.

I forhold til de 30 pct. økologi, så er det et gyldent kompromis selvfølgelig, som er indgået mellem os fra køkkenerne i forhold til budgetter, økonomi, hvad har vi at gøre det med, og også i forhold til miljøafdelingen i Kolding Kommune. Og det er også et mål, der er sat, for at det kan blive til en succes, fordi vi har jo forsøgt os udi at indføre mere økologi, og det er lykkedes for nogen, både inden for deres økonomiske rammer, og også i forhold til, at de har en kundegruppe, hvor de har kunnet ændre på måltidsmønstret.

For skal man have mere økologi, skal man også ind og ændre på måltidsmønstret. På vores plejecentre er de ældre svære at flytte i forhold til at skulle spise større mængder af grønsager og den slags ting, så det bliver ikke der, vi når ret langt op over de 30 pct. Det er mere i cafémiljøer og på personalekantiniveau, hvor kundegruppen er en anden.

I forhold til de parametre, vi så også har brugt, så har Kolding Kommune jo et samarbejde med Green Network og med Dogme 2000, og der har vi så også brugt vores input derfra. Og det, vi tager afsæt i for at opnå de 30 pct. - og der er køkkener, der er helt oppe på både 60 og 70 pct. - det er basislevnedsmidlerne og at tilrettelægge menuen efter årets grønsager og den slags ting. Det er mel, det er kaffe, det er melprodukter og kartofler og grønt og den slags ting.

Og så handler det også lidt om, hvordan man definerer de 30 pct., om det er forbrugt på kroner og øre, eller om det er i vægt i forhold til, hvad der bliver indkøbt af råvarer. Og her forholder vi os til vægten af den indkøbte råvarer, og derfor bruger vi også, hvor vi kan, de tunge grønsager og den slags. Jeg ved ikke, om det er svar nok til det?

Ordstyrer:

Tak skal du have, Susanne. Så var der ikke mere.

Susanne Jensen:

Og så var der en, der spurgte om holdningerne til, hvorfor det kan være svært at få den der ting til at virke. Nu har vi jo haft gang i det her i mange år, vores samarbejde med Green Network. Vi har haft mange temadage, vi har haft inddraget plejepersonale, aftenvagter og dagvagter, sygeplejersker og holdt møder med folk på den måde. Og det giver noget, men det tager tid, og det tager også tid at vænne kunden, der skal spise maden, til at indtage f.eks. mere grønt. Men det er synligt for enhver, at vi køber mælk og den slag ting.

Lige eksakt lige nu, der har vi et helt nyt plejecenter, der er lavet om til leve/bo-miljø. Plejecentret lavede meget økologi, men det var køkkenets budget. Nu er de samme mennesker og det samme personale flyttet ud i leve/bo-miljøer og har husholdningskasser. Nu er der lukket for indkøb af økologi, fordi borgerne, beboerne, der bor i leve/bo-miljøerne, vil ikke betale 1,25 kr. mere pr. liter mælk for eksempel, så de ønsker ikke, at der bliver købt økologi for deres husholdningskasser, men da de kom fra plejecentret, da levede de gladelig på kommunens køkkenbudgetøkonomi og indtog væsentlig større mængder økologi, så der er meget i det, både holdning og økonomi, og gør det en forskel, at jeg er blevet gammel, det betyder ingenting. Men det er spændende at arbejde med, og det rykker lidt stille og roligt.

Ordstyrer:

Tak skal du have Susanne.

Så skal jeg lige sige, at der var nogle, der spurgte om rene glas. De er kommet dernede nu til jer. Og til jer andre derovre, hvis I mangler noget forplejning, så må I endelig også sige til. Jeg håber i øvrigt, at I har det godt derovre, og at I føler, at I er med i det her fællesskab, vi har her.

Linda Greffel:

Om ledelsens prioriteringer, om de er inden for de eksisterende rammer, eller om der skal startkapital til. Det vil jeg sige: Ja og nej og både-og.

Jeg tror, mange ting kan lade sig gøre inden for de eksisterende rammer. Holdninger koster ikke penge. Det at sætte fokus på nogle ting koster heller ikke penge. Vi kan sagtens på et sygehus flytte personale fra et område til et andet, uden at det koster penge. I den foregående session blev der snakket om, at bare politikerne nu ikke tog pengene, eller bare sygehuset eller amtet ikke tog pengene, når man fik øje på, at der kunne bespares.

Hvis man frem for at se besparelser i det her, så, at der var en sum penge -100 pct. – i en pose, og vi bruger 4 pct. til mad i stedet for kun de 2 pct., og så bruger vi lidt færre på nogle andre områder. Det er en sygehusledelses ret, så ja, mange ting kan ske inden for det eksisterende.

I middagspausen fortalte jeg om et lille projekt, som vi har kørt på Farsø Sygehus, som er et af de områder, der hører under ortopædkirurgi Nordjylland, hvor vi har sat fokus på liggetiden for patienter, som skal have skiftet hofte og knæ. Farsø Sygehus havde den længste liggetid i Danmark: 11,8 dag. Ved at beskrive nogle nye måder at have indlæggelsesforløbet på, bla. ved at tage patienterne ind og undervise dem 3 uger, før de skulle indlægges – det er vi ikke de første, der har fundet ud af, det er der mange andre, der også har, men vi har så gjort det nu – der har vi fået liggetiden ned på 5,8 dag. De penge, vi har sparet der, kan jo sagtens smides i noget ernæring på andre områder end lige til den her patientgruppe.

Der, hvor der skal startkapital til, tror jeg er på de bygningsmæssige ting. Som jeg sagde før, så er der mange sygehuse, der har 4-sengs stuer, 2-sengs stuer. Vi har ingen spisesale, vi har ingen miljøer, hvor patienterne kan gå hen. Det koster penge at få fysiske rammer. Så nogle langsigtede mål sammen med politikerne om, hvordan vi vil have sygehusene til at se ud, hvordan de fysiske rammer skal være, lægge nogle mål 2010, så kan alle patienter have eget værelse, og de kan have nogle fællesskaber, nogle spisemiljøer og sætte penge af til det. Så både-og.

Ordstyrer:

Tak skal du have Linda. Gitte sidder du inde med et eller andet, du vil kommentere her også, så skal du have lov til det.

Vi går over til spørgerne igen så. Og velkommen til dig, Elisabeth. Nu er du blevet fri for samrådet, og jeg så også her i pausen, der gik ministeren ned ad trappen, så du har også sluppet ham løs i hvert fald ind til videre. Du har et spørgsmål. Værsgo.

Elisabeth Geday:

Ja, jeg skal jo lige starte med at beklage, at jeg sådan løber til og fra, men sådan er det, når man sidder med flere ordførerskaber og et parti, som jo gerne vil være større endnu.

Men jeg skal lige spørge Gitte Breum: Jeg synes jo, det er noget af et dogmeskifte, der sker på Glostrup Sygehus i forhold til i hvert fald, hvad jeg kan huske, der tidligere var regimet på Rigshospitalet, hvor man fik et menukort, og man sådan kunne melde ind – det kan jeg huske i hvert fald fra min egen barsel – og sige, jamen altså, jeg kunne godt tænke mig det i dag og det i morgen. Det var sådan næsten lidt restaurantagtigt.

Nu kan jeg forstå, at man på Glostrup har valgt at gå i den helt modsatte retning, altså at tilbyde så vidt muligt kun én menu og så gå ud fra, at det rammer sådan rimeligt bredt. Hvad er det? Er det af nød, man har valgt at lægge den linje, altså for at begrænse omkostningerne og tabet? Eller er det, fordi man sådan set har erfaringer med, at det her såkaldte frie valg, vi har haft på menuen på Rigshospitalet, ikke har den ønskede effekt i forhold til ernæringstilstanden?

Ordstyrer:

Ja, det er rigtigt, politikere løber meget. Vi er kommet langt under det der de 5,8 på liggedagene. Dem er vi langt under. Mette Gjerskov.

Mette Gjerskov:

Jeg vil faktisk også gerne lidt ind på det her projekt, Gitte omtaler, fordi har det betydet mindre udsmid? Det, du nemlig nævner, er én menu, men til gengæld høj kvalitet og en hel masse andre ting. Så jeg vil gerne høre procenten på udsmidet, hvis du har.

Så vil jeg egentlig gerne høre jer alle sammen, fordi nu er det blevet nævnt nogle gange det her med forkogte gulerødder og skrællede kartofler, at maden indkøbes i store poser og blandes op med vand i nogle store gryder i de her køkkener. Er det virkeligheden? Hvad er virkeligheden for jer? Hvor stor en del af de måltider, I laver, bliver produceret ud fra råvarer i et eller andet omfang? Og hvor meget er konvensens af en eller anden art?

Ordstyrer:

Tak for det. Nu vil vi hører lidt om virkeligheden. Værsgo.

Gitte Breum:

Jamen så får I lidt om virkeligheden. Altså, selvfølgelig har det noget med økonomi at gøre. Men det har det jo ikke primært.

Jeg vil sige, da vi startede undersøgelsen, var vi faktisk sikre på, vores patienter ville sige, jamen de ville gerne have valg mellem mange forskellige retter. Men det var faktisk ikke det, de sagde, når de blev spurgt. Vi havde jo nogle forskellige temaområder. Det ene temaområde var, hvad skulle der være af valg. Det var ikke et behov, de havde. Nu er der jo en forret, en hovedret og en dessert. Det er jo også sådan, at hvis du er vegetar, så får du jo noget andet. De fleste afdelinger benytter jo tilbudet på den måde, at de måske bestiller et par vegetarretter op eller noget minus svinekød op og dermed har nogle forskellige kombinationer, de kan give patienterne.

Jeg har selv været på afdelingen de sidste 3 uger, fordi vi har kørt pilotprojekt på et nyt system, vi skal til at indføre. Jeg kan se på patienterne, at de spørger os ikke efter valg, og vi skal nok passe på, vi ikke laver noget, som vi tror er rigtig, rigtig vigtigt. Jeg troede, det var vigtigt; og vi fik altså faktisk at vide af patienterne, at det ikke var det de synes var det vigtigste.

Så vil jeg da sige, at det jo har noget med økonomi at gøre. Hvis vi skal lave noget rigtig god mad, og vi skal lave fire forskellige menuer, så tager det alt andet lige mere tid, mere emballage og mere madspild. Vi skulle reducere, vi har fået en besparelse i vores centralkøkken på rigtig, rigtig mange penge: 5,7 mio. kr. helt præcis. Det betyder rigtig meget, når man skal til at lægge om i en produktion, så selvfølgelig skulle vi også se på madspildet. Det reducerer jo alt andet lige madspildet, når du ikke har så mange valgmenuer.

Så ja, det kan godt være, hvis pengene var uendelige, at så ville vi have lidt flere valg. Det er de så ikke, og så har vi valgt at sige, at vi hellere vil lave lidt, der er rigtig, rigtig godt, end vi vil lave meget, der er sådan halvgodt.

I forhold til det der med råvarerne, så synes vi selvfølgelig, det er interessant. Der bliver tit sagt, at de her posede kartofler, at det er noget skidt, eller et eller andet andet er noget skidt, men jeg tror ikke, at der er ret mange køkkener, der står og skræller kartofler selv. Jeg tænker også, ude i køleboksene så vokser den andel af skiveskåret kartofler, der ligger i fryseboksen gevaldigt i de her år, så der er nok rigtig mange private husholdninger, der også køber nogle produkter lige præcis på kartoffelområdet, som er forholdsvis højt forarbejdet. Jeg tror, der er rigtig stor forskel på køkkenerne på, hvor meget man forarbejder sine varer. Nogle køber færdigfrikadeller. Nogle ynder at lave dem selv.

På Glostrup har vi altid haft tradition for at have et meget håndværkspræget køkken, hvor vi laver mange ting fra bunden af, og alligevel så får vi også mange ting færdigt hjem. Men der bruger ikke brugt pulver, der bliver ikke bagt pulverkager. Det gør der altså ikke i ret mange køkkener i dag. Det er lidt en floskel og lidt en myte. Det er ikke sådan, det foregår.

Det med madspild, det ved jeg ikke, om jeg fik svaret dig helt på. Men altså, vi har ikke nogen registrering præcis af madspildet endnu, fordi det nye system er ved at blive indført, og der vil der komme nogle registreringer på det. Men vi har forlods sparet 1 mio. kr., så vi håber at finde dem.

Ordstyrer:

Tak skal du have Gitte.

Susanne Jensen:

Jamen så kan jeg lige fortælle, at i Kolding skræller vi kartofler. Vi har otte produktionskøkkener, der laver både varm mad og delvis også koldt og forskelligt. Men i de otte køkkener skræller vi kartofler de dage, det overhovedet er muligt. Vi skræller gulerødder og ordner porrer og selleri og rosenkål. Vi bager vores ting selv, steger vores kød, laver vores leverpostej og den slags ting. Når det kniber, så har vi også den vakuumpakkede kartoffel. Vi står heller ikke f.eks. og skærer suppeurter i tern selv, men vi laver suppevisken selv til suppen og til de fonder, der skal koges til sovsen, så altså meget kan lade sig gøre. Men man skal ville det.

Hvis man også går ind og vælger økologi, så vælger man altså også at gøre nogle af de ting mere fra grunden. Sådan er det, så det gør vi.

Ordstyrer:

Tak skal du have Susanne. Linda vil du mere.

Linda Greffel:

Jamen der er jo næsten ingen grund til, jeg også siger det samme. Men jeg tror, at de steder og de gange man tyr til frostposen, det kan være ved sygdom i køkkenet. Maden skal jo ud. Der skal jo være et måltid til de patienter, som ligger i sengene og venter, eller til beboerne. Jeg tror, det er ved sygdom, at man i højere grad kan ty til at bruge frostvarer.

Ordstyrer:

Linda, det gør jo ikke noget, du også siger det samme, fordi I skal overbevise politikerne i dag, og jo mere I siger det, jo bedre siver det ind, har jeg hørt.

Gitte Breum:

Jamen jeg synes også igen, det er vigtigt at tænke på brugeren, hvad det egentlig er, de efterspørger. Jeg tror, det er vigtigt at sige, hvad det er, vi skal lave selv. Hvad er det, der gør en forskel på slutproduktet? Er det den hjemmebagte kage, eller er det den hjemmelavede leverpostej for eksempel? Hvad er det for noget, de fleste brugere efterspørger, når de vil have leverpostej? Er det Stryhns leverpostej, eller er det vores egen? Men den hjemmebagte kage vil de måske sætte mere pris på. Det har vi vurderet for eksempel. Jeg tror, det er vigtigt, at man går ind i de vurderinger.

Vi tror ikke på, at frosne grøntsager i forskellige symfonier er det, folk spiser derhjemme, så det har vi ligesom sagt, at det får vi ikke. Vi laver nogle grøntsager, vi selv ordner, og det er friske grøntsager. Det bruger vi så tid på. Men vi bruger ikke tid på en hjemmelavet leverpostej. Sådan gør alle køkkener deres prioritet ud fra de brugere, de har. Et plejehjems beboere vil sikkert have et andet behov end et sygehus beboere vil have.

Ordstyrer:

Tak skal du have, Gitte. Og så er det Inger Støjberg.

Inger Støjberg:

Jeg vil godt lige sige noget til det. Fordi nu er der blevet snakket rigtig meget om sygehus. Jeg kommer jo fra det kommunale og plejecentre. Vores beboere bor der måske i 3, 5, 7 år, så derfor har vi en anden holdning til, hvordan vi fremstiller vores mad, fordi de skal leve af det dag ud og dag

ind, og de skal have duften, og de skal have oplevelsen, og vi skal også putte noget fagligt i det, som gør det spændende at have de her arbejdspladser. Så vi gør mange ting anderledes, end man gør det på et sygehus, fordi de måske kun er der i 3 dage eller højst 3 uger. Vores er der i 3 måske, 13 år, nogle af dem. Vi holder godt liv i dem, vi prøver.

Ordstyrer:

Gitte, fik det dig til at få lyst til at sige noget til det?

Gitte Breum:

Kun at vi jo er fuldstændig enige.

Ordstyrer:

Det er dejligt at høre.

Inger Støjberg:

Ja, men mine spørgsmål var til Gitte Breum, og der var svaret godt på dem.

Ordstyrer:

Og der er svaret godt på dem. Jamen det går jo herligt.

Jamen skal vi så ikke gå over til at se, om der skulle være nogen spørgsmål ude fra salen, det synes jeg. Til jer derovre, så kender I jo koden de der tre bank, så kommer I bare over, så kommer I ind. Er der nogen, der har et spørgsmål til det her trekløver heroppe? Ja, værsgo dernede.

Spørgsmål fra salen

Janne Kappel:

Jamen jeg kommer jo så fra et plejehjem, der hedder Øselsgården, og jeg sidder og krummer tæer lidt, når vi snakker om de der vakuumpakkede kartofler og dybfrosne grøntsager, for jeg må indrømme, det er vi nødt til at bruge, fordi normeringer er ikke til, at vi har råd til eller tid til at stå og ordne hverken grøntsagerne eller kartoflerne.

I weekenden er vi to på arbejde til at lave alle måltiderne til 80 personer, eller 100 har vi til middagsmad og 80 til aftensmad og morgenmad og mellemmåltider, så vi kan ikke bruge tid på at skrælle kartofler eller ordne gulerødderne.

Sådan er virkeligheden nok i hvert fald i Københavns Kommune, når vi skal lave mad til så mange pr. person, desværre.

Ordstyrer:

Tak skal du have. Og der var en, der kunne koden, som er kommet ind, som får mikrofonen nu. Værsgo.

Niels Lønstrup:

Jamen jeg skal da hilse ovre fra VIP-rummet. Vi har det godt, og vi vansmægter ikke. Det ser godt nok lidt mere hyggeligt ud herinde end ovre ved os, men vi er 30 piger og 2 drenge, og vi har det meget hyggeligt.

Men det, jeg egentlig ville sige, var til Gitte Breum: Jeg er meget glad for, at vi kokke – jeg må hellere præsentere mig selv, jeg hedder Niels Lønstrup, og jeg er faglig sekretær i ABF og kok, og det er i min egenskab af kok, jeg taler nu her – og det er til Gitte Breum, som siger i sit skriftlige oplæg, og hun har også lidt sagt det i dag, at de kokke kommer og forsvinder. De er gæstekokke, og så forsvinder de igen. Men de har givet lidt knald på maden, og det er da i hvert fald positivt.

Men mit udgangspunkt er: Hvorfor beholder man dem ikke? Vi har jo en overenskomst også på området, og jeg siger ikke, der skal være ti kokke og en køkkenassistent, men en kok eller to i de forskellige virksomheder ville jo gøre, at kvaliteten – det man kommer med fra det private erhvervsliv – det man jo kender på hotel- og restaurationsbranchen til at lave godt mad, det kunne man jo godt overføre til jer, og man kan jo lige så godt beholde dem i de der offentlige køkkener.

Så har jeg en anden lille ting. Jeg var for nogle år siden oppe på Rigshospitalet. Jeg tror endda, det er 3 år siden, i Oslo. Der er måske ikke så meget, vi kan lære af nordmændene, men i hvert fald det der køkkendrift der, det kunne vi i hvert fald lære noget af, for der gjorde man nemlig det, at de der forkogte kartofler, og hvad der ellers fandtes, det blev smidt ud det hele: Kun friske råvarer. Nu var kartoffelskrælning et problem. Det skræller man selv på Rigshospitalet i Oslo. Man lavede det frisk fra grunden, hele møllen. Det krævede nogle flere ansatte, men det blev ikke dyrere ifølge køkkenchefen deroppe. Det vil jeg da godt sige, at det da er et eksempel til efterfølgelse. Man kunne jo f.eks. prøve at kigge på, hvordan det foregår på Rigshospitalet i Oslo. Så kunne det godt være, der skulle ansættes nogle flere personer, men så ville kvaliteten af maden stige ganske betydeligt, tror jeg. Det var sådan set det.

Ordstyrer:

Tak til vores kok. Gitte, hvis kokkene ser lige så godt ud som vores kok her, hvorfor beholder I dem så ikke?

Gitte Breum:

Jamen så vil vi også have mange af dem, det vil vi.

Altså, nu er det sådan, at hver gang vi søger faglært personale i vores køkken, så søger vi altid kok, køkkenassistent – nu hedder det ernæringsassistent – eller køkkenleder. Vi søger altid på lige fod kokke og andre faggrupper. Vi har i øvrigt kokke i vores køkkener, og de fungerer rigtig godt.

Når jeg har skrevet i mit skriftlige indlæg, at nogle gange har vi taget nogle, hvad skal man sige, kendte kokke ind i en kort periode og give nogle indspark, hvilket jeg synes har været en rigtig god ting, men de forsvinder ofte ud igen. Så det, der er vigtigt, det er, at de mennesker, der er flest af i køkkenerne, altså ernæringsassistenterne, at det er dem, vi klæder på til at blive rigtig dygtige til den her egenskab og være rigtig dygtige til at smage maden til. Og måske har de manglet lidt efteruddannelse der, og det er den, jeg synes, der er rigtig vigtig, vi får givet dem, måske også får mere ind i grunduddannelsen.

Så jeg er bestemt ikke imod at have kokke. Min erfaring er fra mit eget og fra andres køkkener, jeg tror, at der er nogen, der kan sidde og nikke med, at det er nu lidt svært at få de der rigtig gode kokke til at arbejde i vores køkkener. Vi kan måske få dem man i fagsproget kan kalde noget mindre pænt omkring kokke. Der er jo nogle kokke, der måske heller ikke har været så dygtige i restaurantkøkkenerne, som måske søger ind hos os. Og det er jo ikke dem, vi skal have fat i. Vi skal have fat i de rigtige dygtige kokke, og de vil ikke stå i vores køkkener, og i øvrigt har vi en ganske dygtig faggruppe, ernæringsassistenterne, som vi skal klæde på til opgaven. Det er det, de er uddannet til, og det er det, de kan, og det kan vi sagtens gøre. Så herligt med kokke i køkkenet, og de er rigtig hjertelig velkommen, hvis de kan lide at arbejde hos os.

Ordstyrer:

Tak. Og der findes jo også kvindelige kokke, skal vi huske at nævne jo, ikke. Så vil jeg lige sige med hensyn til det sidste eller det første spørgsmål, der blev stillet, der blev sagt noget omkring de vakuumpakkede kartofler. Var der nogen af jer, der fik ... ville kommentere lidt på det? At det var noget med, at i København der har man simpelt hen ikke tiden til det. Ja, Gitte.

Gitte Breum:

Jamen altså jeg vil sige, det er jo ikke et enten eller, og vi skal være kritiske over for alle produkter, industrien kommer med, og vi vil da alle sammen sikkert gerne lave alting helt fra bunden af, og der

er forskellige muligheder, vi har i det. Og der er skåret rigtig meget på køkkennormering. Vi sidder i dag måske og bilder hinanden ind, at det har altså slet ikke noget med ressourcer at gøre det her, vi kan alt inden for denne her ramme. Det kan vi ikke. Altså, der er nogle ressourcer, og de er meget forskellige. Det kan være i en kommune, der er der dobbelt så mange til at lave mad til det samme antal patienter, som der er i en anden kommune, så det er meget svært at sammenligne betingelserne. Så der er også ressourcespørgsmål, man kan ikke lave alting for det halve. Sådan er det.

Ordstyrer:

Tak skal du have. Linda.

Linda Stampe Greffel:

Det med normeringer, det er rigtig. Der er dårlige normeringer; der er dårlige normeringer i køkkenet; der er dårlige normeringer i sengeafdelinger; det er dårligt normeret med læger; men vi kommer jo ingen vegne, hvis vi ikke begynder at sætte fokus på, hvad det er vi præcis vil, og hvilke mål vi vil have.

Jeg tænker sådan noget som madspild. Det er der nogle af politikerne, der har været inde om. Der er også nogle af oplægsholderne, der har været inde omkring det. Og vi fokuserer meget hos os i Nordjylland på madspild, hvor ryger maden hen. Er det grisene, der bliver fede? Nej, det er jo ikke engang dem, der må få det mere. Men før i tiden var det måske grisene, der blev fede af al den gode mad. Hvordan får vi det ned i maven på patienten, frem for vi smider det ud? Og det kan godt ske, vi skal have lidt mere normering, igen omprioritering, flytte rundt på nogle ressourcer. Maden skal i maven på patienten og ikke smides ud, og det koster ressourcer i nogle perioder at omnormere. Og jeg synes stadig væk, at det er vigtigt, at man har fokus på, hvor er det, barrieren er. Et sted kan det være normering, et andet sted er det arbejdsgange, et tredje sted er det noget andet, men at vi sætter fokus på barriererne.

Ordstyrer:

Ja, Susanne.

Susanne Jensen:

Jamen jeg vil bare sige, selvfølgelig er vi ikke, så heldige så vi skræller kartofler hver dag. Vi gør det, når det kan lade sig gøre. Og i øvrigt så ved vi godt, hvad vi skal gribe i, når det ikke kan lade sig gøre.

Ordstyrer:

Det var godt, du fik det med, fordi det bliver jo båndoptaget, så hvis der var nogen, der undersøgte det, ikke Susanne, så jeg kan godt forstå, du lige kommer med den sidste der.

Der blev opfordret til politikerne mere normering, og det gjorde, at politikerne de sagde, nu bliver vi nødt til at have en pause, nu skal vi have gruppemøde. Nej, I skal have mulighed for, der er ikke nogen pause her i eftermiddag, men I skal have mulighed for at strække ben, lige komme ud på toilettet, det har været svært for dem, der har siddet inde i midten og klemt sig i længere tid. Jeg kan se det på ansigterne. Så vi mødes her igen kl. 14. Så en kort pause, værsgo.

Mad i skoler og børneinstitutioner

Ordstyrer:

Vi ville have valgt at gå over i VIP-rummet, men det er, som om lyden ikke går igennem derovrefra. Så det må du undskylde, Bent, jeg stod og kaldte på dig og sagde, kom nu i gang, kom nu i gang. Men værsgo, Bent.

Bent Egberg Mikkelsen

Bent Egberg Mikkelsen:

Jeg starter nu. Jamen endnu en gang tak for også denne her lejlighed. Vi skal over til noget lidt andet nu, en anden dagsorden. Som jeg har været inde på tidligere, så er det her styret på, når vi snakker om mad til børn og unge, så er det styret af en anden dagsorden, det er jo overvægts- og fedmediskussionen, der er styrende for den interesse, der er for mad på skoler. Overvægts- og fedmedebatten, den er jo international, så derfor er det heller ingen overraskelse, at der er et europæisk samarbejde omkring, hvad vi kan gøre ved det og mere præcist, hvad vi kan gøre ved det med skolen som udgangspunkt. Og det har så resulteret i et arbejde omkring ernæring på skoler, hvad vi kan bruge det til rent madforsyningsmæssigt og pædagogisk. Og det er der så kommet nogle rapporter ud af, som er tilgængelige, og der findes også i det materiale, I har fået, der findes der den resolution, som nu den her ekspertgruppe har lagt frem til regeringerne eller lagt frem til Ministerrådet, og Ministerrådet i Europarådet har så vedtaget, at de ting, man gerne vil bede landene om at gøre, når vi snakker mad på skoler, sat ind i sådan et fedme-, overvægtsforebyggelsesperspektiv.

Det har jo allerede været nævnt, at Europarådet har fokuseret på mad på hospitaler tidligere, og de kommende planer går i retning af at se nærmere på maden på ældrecentre og maden på arbejdspladserne, hvad vi kan bruge dem til i sundhedssammenhæng.

Skolemad er jo ikke noget nyt, når vi snakker i en dansk sammenhæng. Skolemad har jo været i forskellige sammenhænge i Danmark, altid med et perspektiv, der siger, at det er de socialt udsatte, der skulle sikres, at de fik, børn fik mad nok. Mad på skoler er, selv om det ikke i dag jo, som I formentlig ved, ikke findes særlig mange steder i kommunerne, så har det været sådan on and off igennem de sidste mange årtier. Der har været madpakkeordninger, nogle vil måske kunne huske Oslofrokosten, som jeg selv er opdraget med, og det styrende perspektiv har jo været, at vi skulle aflaste forældrene for den opgave, det er at lave mad.

Men den dagsorden, som som sagt styrer debatten nu i meget høj grad, det er det perspektiv, der kan ligge i at sige: Jamen kan vi i virkeligheden lære børn igennem den mad, vi serverer på skolerne, vi muligvis beslutter os for at servere på skolerne, kan den være med til at være et eksempel på sådan en mad, og kan den også kombineres med en pædagogisk indsats, sådan at de budskaber, vi sender gennem maden, tallerkenene, bliver bakket op af nogle pædagogiske budskaber i samme retning.

Man kan sige, sundhedsproblemet er et meget langt sigt, når vi snakker børn. Det, der er det umiddelbart meget, meget, meget korte, umiddelbare sigt, det er indlæring. Hvor vi snakker fremme af sunde kostvaner, så er det over en årrække, så er det 10, 20, 30 år, vi snakker, der går fra, at vi spiser usundt, til vi kan registrere overvægt og fedme i 30-40-års-alderen. Men indlæringsproblemet, som vi tit glemmer i den her debat, er mindst lige så væsentligt. Vi regner med, at omkring 30 pct. springer frokost og morgenmad over i visse kommuner. Så der er masser kilder, der er masser af indikation på, at der er en umiddelbar sammenhæng mellem, hvad vi spiser og vores evne til indlæring.

Så er det gode spørgsmål, som vi bliver stillet gang på gang: Giver skolemad sundere børn? Og det må vi svare umiddelbart et stort nej til. Det ved vi desværre ikke. Vi ville gerne kunne svare på det, vi vil meget gerne prøve at finde ud af det, men vi kan ikke sige, at det er sådan i en europæisk sammenhæng her, at vi kan pege på mønstereksemplet, det eksemplariske eksempel på, her i England eller med al respekt for Sverige, det er ikke sådan, at vi i nogle lande kan sige, vi har knækket fedmekurven ved at lave eksemplariske skolemadsordninger.

Og det skyldes jo selvfølgelig, at der er mange andre ting, det er jo værd at sige i samme åndedrag, der er mange andre ting, der styrer, hvad børn spiser end præcis den mad, de får i skolen. Vi regner med, at 30-40 pct. af den mad, vi spiser over en dag, et skolebarn spiser over en dag, den kommer fra skolen eller skolefritidsordning, så det er klart, at der er mange andre påvirkninger af barnets kostindtag, der er med til at forme dets spisevaner. Så derfor er der ikke nogen logisk sammenhæng.

Det, vi derimod kan se fra den videnskabelige litteratur, det er, at der er masser af gode indikatorer på, at vi kan sætte initiativer i gang, der er med til at fremme skolen som fremmer af sunde kostvaner.

Så er det jo også værd at sige, at der er oplagt mulighed for at tage et andet perspektiv ind i børns indlæring. Det er jo sådan, at når vi siger de her ting omkring sundhed til børn, så er de jo ret ligeglade, må man sige. Altså det, som børn, de er interesserede i, man har lavet undersøgelser inden for sådan noget som børnetandpleje, og det, som børnetandlægerne, de var interesserede i, det er at undgå karies og huller i tænderne. Det er børn ret ligeglade med. Børn er interesserede i et scoresmil, så det er deres grund til at gå til børnetandlægen. På samme måde, snakker vi sundhed og fremme af sunde kostvaner i skolen, så er det, som børn er interesserede i eller det, som man er interesseret i, det er jo, hvad den rødhårede pige fra parallelklassen spiser, kan vi komme til at sidde og spise sammen med hende. Det er nogle helt, helt andre ting, som børns kostvanekostadfærd, den fremmes af end lige præcis sundhed. For sundhed er noget, der står på dagsordenen om 10, 20, 30 år. Så det er vigtigt at tage udgangspunkt i, hvad børnenes egne motiver er for at ville spise sundt i skolen.

Jeg har fået lov til af min søn Rasmus lige at citere. Han skriver i sådan en opgave her omkring mad, som de skulle lave i skolen: Noget er usundt, pizza og burger, og noget er sundt, det er salat. Så skriver han her: Proteiner, kulhydrat og fedt findes i mad og drikke. God og dårlig figur: Det ser ikke så godt ud med en ølvom, og det er lettere at bevæge sig, når man er tynd.

Så det er vigtigt for os som sundhedsprofessionelle at vide, og ernæringsprofessionelle, der går ud og snakker sunde kostvaner, vi skal, når vi arbejder med børn, vide, hvad det er, børnene selv vil. Vi skal tage udgangspunkt i deres ønsker og krav til, hvordan maden skal være.

Så er det også vigtigt at sige, der er nogle andre perspektiver end det rent sundhedsmæssige, og et oplagt perspektiv, som der er peget på i det her europarådsarbejde, det er jo, at der er muligheder i at lære børn om forbrug, opdrage børn til at blive kvalitetsforbrugere gennem de signaler, vi sender i undervisningen.

Nu er jeg ved at, nu skal jeg kigge på formanden, hvor lang tid har jeg?

Ordstyrer:

Jeg har jo ikke rejst mig. Du har et par minutter endnu.

Bent Egborg Mikkelsen:

Så vil jeg læne mig tilbage i stolen. Nej.

Meget af det, jeg har sagt nu omkring vores undersøgelse, det dækker primært skoler, men i europæisk sammenhæng, der dækker det faktisk også førskolealderen. Så jeg er blevet bedt om at sige noget også omkring børnehaver og mad i vuggestuer. Og mange af de her betragtninger gælder i modificeret omfang også for børnehaverne og vuggestuerne.

I Danmark er det jo sådan, at langt de fleste vuggestuer, de serverer mad. Kun en begrænset del af børnehaverne gør det. Men det, som vi peger på, det er, at der kunne være nogle oplagte muligheder for at se på den sene del af børnehvalderen, altså når man er 4, 5, 6 år, til man starter i skolen. Hvis vi vil have gode madbudskaber, ernæringsbudskaber ind, så er der oplagte muligheder for at indtænke det i det her samarbejde, som jo kører i mange kommuner, hvor børnehaverne og indskolingen snakker sammen, og ikke mindst i forbindelse med de læreplaner, som mange børnehaver sidder med nu, kunne det være vigtigt også at indtænke sunde kostvaner, fysisk aktivitet i den sammenhæng. Der er i hvert fald en god beslutningsanledning der.

Det, som vores anbefalinger peger på, det er, at, ja, for det første kan man sige, nogle ting, der også lige skal nævnes, det er, at det er den stående debat omkring skolemåden, og det er værd at understrege, at det her er en betragtelig økonomisk investering. Hvis vi skal ud på 2.400 skoler i Danmark, og man jo sige, der er en vis opbakning i befolkningen til mad på skoler, så skal vi ud på 2.400 skoler. Vi regner med, at et måltid mad koster 20 kr. om dagen, vi snakker om en årlig driftsudgift på omkring 2,4 mia. kr. Dertil kommer så indretning på skolerne, der er meget forskellige fysiske rammer på de danske skoler, men vi snakker måske i størrelsesordenen 100.000 kr., i hvert fald mini-

mum 100.000 kr. og måske 200.000-300.000 kr. skal der investeres bare for en serveringsordning, hvor maden kommer udefra, og hvor vi så får mad serveret på skolen. Hvis vi skal have køkkener derude, hvis det skal indgå i sådan en større madeksperimentel sammenhæng, hvor man skal lave maden, så snakker vi nogle helt andre beløb.

Det, som vi jo som forskere synes er vigtigt, og som mange politikere, sundhedspolitikere efter-spørger, det er, jamen når nu I går ud og siger, at der er de her gode og spændende perspektiver i at fremme sunde kostvaner i skolen, hvad får vi så for pengene. Er det sådan, at der faktisk er effekt på det, er det sådan, at vi kan måle i en sundhedsøkonomisk sammenhæng, at hvis vi investerer så og så mange penge i skolemadsordninger, så får vi også på længere sigt en folkesundhedsmæssig økonomisk fordel ud af det. Og det er der, det bliver rigtig svært, det er noget, vi meget gerne vil gøre og kunne fremlægge som dokumentation.

Det er også værd at sige, at vi har rigtig god evidens for, det har jeg argumenteret for flere gange tidligere i dag, der er rigtig god evidens for effekten af partnerskaber. Vi ser ikke det her nødvendigvis som, at det er en opgave, der skal løses hundrede procent i offentligt regi. Vi ser på, vi ser, at der udeomkring i kommunerne er nogle gode innovative små, mellemstore virksomheder, som kender nogle rigtig, rigtig spændende tilgange til det her, som er anderledes end dem, som kommunerne selv kan. Vi synes, vi skal tage udgangspunkt i at udnytte det bedste af de her partnerskaber.

Til slut, og nu kan jeg se, at jeg er ved at nå mod enden, kan vi sige, at der er nogle ting, som staten skal eller bør gøre, og så er der nogle ting, som kommunerne bør gøre. Jeg synes, det er vigtigt, at staten sørger for den fornødne evidensbaserings, at vi ikke bare går ud og ruller skolemaden ud. Det skal vi gøre, vi skal udnytte de gode pilotforsøg, der er i gang, men inden vi laver den større udrulning, så skal vi have evidensen, så skal vi sikre, at vi evaluerer de spændende projekter, som allerede er i gang.

Og så er der en lang række ting, kommunerne selv bør gøre, og et af de vigtigste perspektiver, som jeg synes er vigtigt at fremdrage, det vil jeg slutte med, er et citat fra europarådsarbejdet, hvor vi havde en gruppe, der hed »Young minds« til at visionere omkring. Hvis vi skal inddrage børn i det her, så skal det være noget, de selv er med til at bestemme, og hvad er det i virkeligheden, deres ønskevission omkring mad på skoler er. De kom med en lang række gode forslag, men et af dem, som jeg vil fremhæve, det er, at vi skal lære studerende omkring vigtigheden af fødevarervalg, og vi skal have eleverne til at tage de her metoder ud i praksis, lære andre om effekten af gode og sunde kostvaner og forhåbentlig, og det synes jeg er det rigtige perspektiv, og forhåbentlig opdrage vores børn til at gøre det samme. Det er elever selv i 12-, 13-, 14-års-alderen, der skriver det der, de tror på det i hvert fald.

Tak for ordet.

Ordstyrer:

Ja, det var netop lige nu, du skulle sige tak. Så skal vi enten ud og sejle eller en tur med broen. Vi kan også flyve derover. Men i hvert fald har vi en ekspert fra Sverige også, Ulla Johansson, værsgo.

Ulla Johansson

Ulla Johansson:

Tak, mange tak. Desværre kan jeg ikke tale dansk, så jeg håber ikke at der bliver nogle problemer med at forstå hvad jeg siger. Jeg vil selvfølgelig gerne dele ud af mine erfaringer fra den svenske skolemadsordning, og vi har jo en meget lang tradition for gratis mad i skolerne i alle kommuner i grundskolen i Sverige. De fleste kommuner serverer desuden gratis skolemads på gymnasieskolerne. Selv har jeg arbejdet med skolemads i 15 - 20 år, så jeg har lang erfaring. Jeg har fået til opgave denne eftermiddag at kort beskrive virksomheden i Sverige ud fra følgende spørgsmål:

Hvilke er mine erfaringer fra skolemåltiderne, hvad er godt og hvad er dårligt?

Serverer vi sund mad, og spiser vores elever den mad som vi serverer?

Hvilke råd vil jeg give videre til jer som evt. skal tage nogle beslutninger om skolemåltider i Danmark i fremtiden?

Jeg vil også gerne starte med at sige, at jeg er meget stolt og meget tilfreds med, at vi har gratis og velfungerende skolemåltider i Sverige. Generelt har vi en god standard og en god kvalitet. Selvfølgelig er det også sådan, at det kan variere lidt imellem kommunerne. Det svenske fødevarerdirektorat har udarbejdet anbefalinger, som angiver retningslinjer for energi- og ernæringsindhold i skolemåltiderne og lidt om hvilke komponenter, som bør indgå. Der er også en mindre kvalitetsanbefaling fra det svenske fødevarerdirektorat. Men der er ikke nogle anbefalinger eller nøgletal for hvor mange penge, kommunerne skal afsætte til skolemad.

Grundskolen er jo obligatorisk og den tid eleverne bruger på skolen svarer stort set til en hel arbejdsdag, og selv synes jeg at det er en selvfølge at kommunerne, skolen er ansvarlige for at servere et måltid i løbet af dagen. Jeg synes simpelthen at måltidet skal være en del af undervisningen.

Når skolemad blev indført i kommunerne i Sverige i almindelighed, så var årsagen dengang primært at alle, uanset økonomiske eller sociale forudsætninger, skulle have en del af deres energi- og ernæringsbehov tilgodeset i løbet af dagen. I dag er det ingen mangel på mad i vores hjem og husholdninger, men der er stadig mange gode grunde til at vi skal servere et måltid i skolen. Udfra min viden og mine erfaringer, så synes jeg at disse grunde er følgende:

- Alle elever får et sundt, energi- og ernæringsbalanceret måltid, så at de kan klare en hel skoledag på en god måde.
- Sunde måltider hver dag giver god sundhed på længere sigt, og grundlægger forhåbentlig gode vaner, hvilket er positivt for folkesundheden.
- I dag er der forringede måltidsvaner i hjemmene. Der er mindre tid til madlavning og dårligere kendskab hertil.
- Vi ved alle, at der er et fristende, stort udbud af fastfood, som ikke altid udgør et fuldstændigt måltid. Og der er en enorm overflod af sodavand, slik, chips mm. i vore butikker.
- Det kan desuden lære eleverne lidt etikette at spise et måltid sammen. Der findes faktisk børn, som ikke kan spise med kniv og gaffel.
- For nogle elever er vores måltidspersonale en støtte. Det kan være en person, som man synes det er rart at snakke med, og som man ikke har et pædagogisk forhold til.
- Vi lærer også meget om forskellige madkulturer. I Malmö f. eks. Har vi mellem 45 - 50 forskellige nationaliteter og det kræver selvfølgelig nogle hensyn. Men det er også en tilgang at vi lærer om andres madkulturer.

Hvis jeg skal ridse nogle problemer op, som trods alt har været gennem årene, og som vi er nødt til at arbejde på at forbedre, så vil jeg fremhæve at hos os har det ikke altid været en selvfølge at lærere og elever spiser sammen. Det er en ting, som vi har forandret i løbet af de sidste år, og det er meget, meget bedre nu, end det var før.

Det er sådan, at på de mange store skoler, skal mange elever spise samtidig i løbet af kort tid. Så det er vigtigt, at der er mange voksne, der på en naturlig måde spiser sammen med eleverne. Mange skoler har en "pædagogisk frokost", hvor læreren sidder sammen med eleverne og spiser i sin arbejdstid.

Et andet aspekt hvor jeg synes, at vi er bagud, er det at skolerne ikke på tilstrækkelig vis har inddraget måltiderne i det pædagogiske arbejde, og har gjort eleverne endnu mere bevidste om alle de fordele som de gratis måltider i skolen faktisk indebærer. De fleste elever, alle måske, tager det for givet, at man får mad hver dag, og de værdsætter det måske ikke altid, hvis dagens menu ikke rigtigt passer.

Hvis jeg må referere til Malmö Stad hvor jeg arbejder, så har vi 80 skoler, hvor vi er ansvarlige for skolemaden, og vi serverer frokost for ca. 35.000 elever hver dag. Vi har køkkener på alle skoler, hvor det er muligt at tilberede det følsomme tilbehør til måltidet, som skal tilberedes så tæt på serveringen som muligt.

Vi har en meget høj andel elever som er spisende, altså ca. 95-100% af eleverne som går i skolen. Lidt lavere andel af eleverne på gymnasieskolerne. Måske af naturlige grunde, måske vil man lave andet i frokostpausen, når man har større mulighed for at lave andet, men vi har også en høj deltagelse på gym-

nasieskolerne. Maden, som vi serverer og tilbyder, følger naturligvis svenske ernæringsanbefalinger, men, og så langt er det jo ganske nemt for os, men udfordringen ligger i, eller forudsætningen for at det her skal gavne alle er, at eleverne virkelig tager de portioner på tallerken, som de bør gøre, for det er jo sådan at eleverne selv tager mad, og de tager så det, som de synes godt om.

Så udfordringen for os er naturligvis at sørge for at menuen er varieret, der skal være balance mellem trendy mad og husmandskost f.eks. Der skal være valgmulighed, man kan ikke regne med at alle 35000 elever har lyst til samme mad, samme dag. På gymnasieskolerne har vi tre retter at vælge mellem, på grundskolerne er vi ikke kommet helt så langt.

Det skal passe målgruppen og det skal se godt og appetitligt ud. En salatbuffet som ser appetitlig ud lokker til at spise flere grønsager. Der ser vi en tydelig forbedring og der bliver spist flere grønsager, når vi har en appetitlig salatbuffet. Og lokalet hvor vi sidder og spiser skal selvfølgelig være hyggeligt. En positiv helhedsoplevelse bidrager til at eleverne spiser, som vi vil, at de skal spise. Og os, der planlægger skolefrokosten, vi sikre disse kvalitetskrav, men skolen bør være ansvarlig for at integrere måltidet i den pædagogiske virksomhed. Alle elever bør have kendskab til sammenhængen mellem mad og sundhed. At spise et fælles måltid skal være en del af undervisningen, synes vi. Mit måltidspersonale arbejder sammen med skolen for at forbedre restaurantmiljøet, hvor vi sidder og spiser. Den gamle betegnelse "be-spisning", bruger vi slet ikke mere, idet vi kalder vores skolefrokostlokaler for skolerestauranter.

Udover at servere sund mad har vi også valgt at satse på økologiske fødevarer. I Malmö Stad køber vi økologiske produkter for 20% af vores fødevarerbudget. Vi synes at det giver merværdi for gæsten og forældrene sætter også pris på det. Vores mål er selvfølgelig at frokosten skal give en positiv oplevelse. Frokosten skal simpelthen give mere end et måltid mad.

Til sidst, hvis jeg skal give nogle aspekter at tage hensyn til ved indførelse af skolemad, så er det vigtigt med dialog mellem skole og måltidleverandør, for at sikre at måltidet integreres i det pædagogiske arbejde, og for at være enige i hvad det er kunden vil have, både hvad maden og konceptet gælder rundt omkring.

Organisationen som leder skolemadvirksomheden skal kunne garantere den rigtige kompetence indenfor såvel ledelse som produktion, eller alternativt bestillingskompetence, hvis man vælger ikke at have egen produktion. Økonomisk kontrol af budget og opfølgning, og at man har en organisation, som garanterer udvikling af indhold og kvalitet.

Ordstyrer:

Tak skal du have Ulla, og hvor er det egentlig rart at stå her ved siden af og se sådan nogle manuskripter, og når det så bliver læst op, og det er afslutningsvis, så kan man se, at der er masser, der skal siges bagefter.

Godt, Københavns Økologiske Sunde Skolemad. Værsgo til Gitte Holm.

Gitte Holm

Gitte Holm:

Tak for det.

Tak for invitationen til at komme og fortælle om Københavns Økologiske Sunde Skolemad. Det er langt at sige, så vi kalder det i daglig tale KØSS. Mætte maver lærer bedst, og skolemad er mere end mad. Med de ting som udgangspunkt blev det i 2001 besluttet at indføre skolemad i de københavnske skoler.

Jeg vil i mit oplæg kort komme ind på erfaringer om organiseringen af maden og driften af skolemaden ude i skolerne og om skolemad som et sundhedspædagogisk læringsprojekt integreret i undervisningen, og så vil jeg afslutte med nogle anbefalinger.

Allerførst hvis man nu skulle drømme, så ville drømmen være, at man – hvis det skulle være optimalt, ville mange synes – så på hver skole havde et stort produktionskøkken, en dejlig stor kantine og ikke mindst en rigtig god lang spisepause, frem for det vi har i dag, som er på 15-20 min. Så

ville duften fra gryderne, når kokken og lærerne og eleverne, som var i praktik i kantinen omkring spisepausen, brede sig ud over skolen. Sådan er det bare ikke i dag. Det er der mange grunde til. Det er økonomiske, det er læringsmæssige. Mange forskellige grunde til, at verden ikke ser sådan ud i dag.

Derfor er det vigtigt at tage udgangspunkt i det, der er muligt, og det er det, vi har forsøgt at gøre i Københavns Kommune. Vi har arbejdet med at etablere skolemad siden 2001, og vi synes selv, vi har udviklet et helt unikt koncept for, hvordan man kan indføre skolemad på skolerne. Det er også et koncept, som forholdsvis nemt kan overføres til andre kommuner. I dag indgår 46 skoler, og med udgangen af 2006 så har vi faktisk 63 skoler med, og det vil sige et kundepotentiale på 30.000 elever og dertil 3.000 lærer om dagen.

KØSS er et samarbejdsprojekt mellem to forvaltninger i Københavns Kommune, nemlig sundhedsforvaltningen og uddannelses- og ungdomsforvaltningen. Så kan man diskutere, om det er forældreansvar at sikre, at eleverne får mad i skolen. Det er der ikke generel enighed om. Men i København og med i etableringen af KØSS så er mad fortsat et ansvar for forældrene. Men valget har så været at støtte forældrene i at sikre, at eleverne kan købe mad på skolen. De har mulighed for at købe et sundt, et fortrinsvis økologisk, og ud fra at projektet skal være selvfinansierende et forholdsvis rimeligt billigt måltid mad. En lun ret koster eksempelvis 15 kr.

Som flere andre, så har jeg også lidt reklame med: Dette er vores menuplan, der kan man se priserne.

Undervejs i udviklingsperioden har vi afprøvet rigtig mange ting, og med udgangspunkt i de erfaringer som vi har gjort os undervejs, indgår der nu i KØSS flere elementer, som samlet giver KØSS. Det første er så den her menuplan med den sunde, lækre, fortrinnsvis økologiske mad, og denne her menu skifter tre gange om året. Det svære ved maden har været at få udviklet noget sund mad, som eleverne har lyst til at spise, og samtidig noget mad, der udfordrer elevernes smagsløg, er af en god kvalitet, og så skal det ikke være nogen hemmelighed, at elever er rigtig hårde forbrugere: Én fejl, og så køber de det ikke i lang tid. Det, de kan lide på den ene skole, er ikke nødvendigvis det, man kan lide på skolen på den anden side af gaden. Så er der også nogle, der siger, at hvis man spiser fisk, så bliver man drillet.

Det næste element, som også indgår i det, er selvfølgelig et produktionskøkken til at lave maden, og der var den oprindelige drøm, at flere forskellige køkkener i Københavns Kommune skulle producere den her mængde mad, som jo er rigtig, rigtig meget. Men af hensyn til administration, økonomi og ikke mindst udvikling er det endt på, at det er et stort køkken, nemlig Centralkøkkenet i De Gamles By, som producerer maden til samtlige skoler.

Køkkenet er så blevet bygget om og renoveret, og der er investeret i udstyr til at pakke den her mad, som bliver produceret som en køleproduktion og bliver kørt ud til skolerne, og produktionsformen begrænser spildet.

Den næste del, som også er vigtig, er jo, hvordan det her salg skal foregå ude på skolerne. Dertil er der designet – vi har faktisk haft nogle arkitekter ind over – skoleboder, som nøjagtig er indrettet, så salget kan foregå hensigtsmæssigt, fordi som jeg sagde, var drømmen jo en lang spisepause, og det har vi ikke, og det vil sige, salget skal foregå rigtig, rigtig hurtigt, så der kan komme mad over disken i den meget korte spisepause, børnene har.

Så skal der også ud over indretningen af skoleboden foregå en drift dernede, og undervejs gik det så op for os, at man ikke bare kan sige til skolerne: Værsgo, her kommer noget mad, og så må I finde ud at sælge det, så vi har været inde over at organisere driften, lavet procedurer for, hvordan man laver det her salg i skoleboden. Procedurer både for lærere og undervisningsmaterialer for eleverne, som de er igennem, inden de står nede i skoleboden.

Så er der, som det også har været nævnt før i dag, i alle andre fødevarerkrav krav til hygiejne, og det gælder selvfølgelig også for os, så derfor er der også udviklet et eget kontrolprogram for boderne, som man skal leve op til.

Så kommer vi til det, som vi synes er en meget vigtig faktor. Det er inddragelsen af eleverne. I KØSS er det nemlig eleverne, der i samarbejde med en lærer står nede i skoleboden og sælger maden.

Når eleverne inddrages i driften, så er det, fordi skoleboden samtidig skal fungere som et læringsrum, så skolemad bliver til mere end mad, og ikke kun et serviceprojekt. Det vil sige, at skoleboden skal fungere som en pædagogisk platform for tværfaglige forløb. Samtidig med arbejdet i skoleboden integreres arbejdet med mad, sundhed og økologi og er en kobling til skolens øvrige fag, som f.eks. hjemkundskab, matematik, naturteknik. For at det kan lade sig gøre, er der udviklet undervisningsmaterialer, og de undervisningsmaterialer, der hidtil er udviklet, er udviklet i samarbejde med skolerne og med nogle lærere og studerende, og det er, fordi mad, sundhed og økologi stort set kan indgå i samtlige fag. Mad kan gøres meget levende, eksempelvis i naturvidenskab. Hvem har ikke lyst til at se en ost gå? Ved at integrere skolemad på skolerne, giver man også skolerne ejerskab, og det er vigtigt, sådan så viden om mad og forbrug inddrages i undervisningen i de fag, hvor det er relevant.

Undervisningsmaterialerne gør det også sådan, at skolerne har mulighed for og synes, det er rimeligt at sluge det her skolemads-koncept, og at det bliver modtaget positivt af elever, forældre og lærerne.

Så vil jeg gå direkte over til mine anbefalinger, når jeg har så kort tid tilbage. Jeg vil lige sige, at når det har kunnet lade sig gøre at udvikle og etablere et skolemads-koncept som KØSS, så er det, fordi man har valgt at have en kommunal administration og et sekretariat, der har udviklet og samarbejdet med skolerne. Vælger man en model med udlicitering af maden, jamen så får man bare ikke den helhedsorientering omkring mad og måltider og sundhed ind i undervisningen, som vi har i KØSS.

Når man skal indføre skolemad, så er det vigtigt helt konkret at forholde sig til nogle overordnede perspektiver. Det første er økonomien – og så gå ned til de konkret praktiske problemer, som indretningen af skoleboden, at forholde sig til, hvilken mad der skal sælges, menuer, kvaliteten af maden, udfordringen af eleverne.

Så er der det meget vigtige igen: eleverne. Så er det vigtigt at ansvarliggøre skolerne ved at gøre sund mad til en pædagogisk indsats fra næring til læring og etablere et udviklingsnetværk med andre kommuner, lærere og forvaltninger og studerende, og vi vil også meget gerne i samarbejde med fødevarerindustrien og andre interesseorganisationer om den videre udvikling af skolemads-konceptet.

Til sidst vil jeg sige, at Københavns Kommune står selvfølgelig gerne til disposition for andre, som er interesserede i at etablere skolemad.

Ordstyrer:

Tak for det, Gitte. Selv om de her tre altså brugte lidt mere tid, men det går bare ud over dem, der skal stille spørgsmål, så giv dem en hånd alligevel. (Applaus).

Vi gør det, at vi tager tre spørgere ind på en gang, og så får I en runde i panelet, og så kan jeg se, at det passer med tiden. Først er det Poul Henrik Hedeboe. Og igen er det det her med korte spørgsmål.

Spørgsmål fra politikerpanelet

Poul Henrik Hedeboe:

Tak. Jeg laver så et lille, kort præcist spørgsmål: Bengt Egberg, du havde en tese om, at det her drejede sig om indlæring af sunde kostvaner, og det er jeg fuldstændig enig i. Det må det dreje sig om, når vi snakker skole. Men også at der ikke er nogen resultater, som viser effekten af det. Så må der være behov for forskning, påvisning et eller andet. Hvad vil dit råd være til os om, hvad vi skal gøre og gribe i for at få noget dokumentation på det her område? Der kan både være en international vinkel, og der kan være en dansk vinkel.

Jeg kan se, at du sidder internationalt i Europarådet. Hvad er Europarådets rolle kontra EU nu og fremadrettet? Og hvad kan vi gøre?

Ordstyrer:

Så er det Elisabeth Geday, og jeg skal bare sige, at jer, der stiller spørgsmål, I bestemmer selv længden, I cutter bare den næste spørger af, og det kan I jo så snakke om bagefter.

Elisabeth Geday:

Jeg var her jo ikke i formiddags. Jeg vil sige, det her er virkelig mit hjertebarn. Jeg er personlig af den opfattelse, at jeg tror, at inden der er gået få år, så har vi fået vedtaget nogle rammer for mad både i skoler og i daginstitutioner, fordi det er rigtig vigtigt, at vi får grebet fat i det.

Derfor er jeg også nødt til lige at få stillet nogle spørgsmål: Til Bent kunne jeg godt tænke mig at vide, hvilke erfaringer man har med børns kræsenhed og skolemad. Ved man, om børn er blevet mere eller mindre kræsne, og er det en del af sundhedsproblemet? Til Bent vil jeg også spørge dig: Du taler om partnerskaber. Jeg ved, at det, du har i tankerne, er det her med de lokale handlende rundt omkring skolen kan lave en aftale om, hvad der bliver solgt, og hvad der ikke bliver solgt. Jeg kunne godt tænke mig lige at spørge ind til: Hvor er det i Danmark, at man har konkrete positive erfaringer med lokale aftaler med pizzabaren eller shawarmabaren, for jeg hørte så sent som i går eller i forgårs en skoleleder klage over, at det var meget svært at få eleverne til at spise sundt på skolen, fordi de gik bare rundt om hjørnet og købte en pizza, når der var frokostpause?

Så har jeg til Ulla Johanssons meget spændende oplæg, det er jo lidt sådan lidt blandet, hvad vi hører af erfaringer fra Sverige. Jeg synes ikke, det fremkom helt klart, om der var evident for, at et måltid på skolen havde en betydning for folkesundheden, altså for børnenes sundhed. Er der evidens for det? For jeg synes, vi hører Bent Egberg sige det modsatte. Jeg skal lige høre dig: Har I nogen erfaringer med, om maden rent faktisk bliver spist, eller den bliver kastet bort?

Ordstyrer:

Tak Elisabeth.

Inger Støjberg:

Ja, det er sådan lidt i forlængelse af Elisabeths i virkeligheden, for det er omkring forældreinddragelse, og det er nok primært til Bent Mikkelsen og til Ulla. Omkring forældreinddragelsen så siger du, Bent, at det ikke er et enkelt måltid mad på skolen, der giver sundere børn nødvendigvis, så jeg kunne godt tænke mig at høre dig, om hvordan vi får inddraget forældrene i det her, for jeg ser jo for mig, at nu får de så et måltid sund mad på skolen, og så kommer man hjem, og så kører man så lidt i den samme skure, som man egentlig altid har gjort, og så er man måske nået lige vidt. Hvordan får man forældrene inddraget, og er der nogen resultater, nogen forskningsresultater på, om det, at der er en forældrebetaling i virkeligheden gør, at forældrenes interesse og dermed også inddragelse i det her bliver større eller mindre?

Det leder mig så lige direkte over til Ulla for at spørge om netop – du siger, at den gratis mad ikke bliver værdsat af eleverne altid – og det er så lidt i forlængelse af Elisabeth, betyder det så, at eleverne rent faktisk ikke spiser maden?

Ordstyrer:

Tak for det, Inger. Skal vi starte fra en ende af. Gitte, vil du sige noget til det her? Du skal lige tænde engang for mikrofonen.

Gitte Holm:

Jamen jeg synes godt, jeg vil sige, at omkring Københavns økologiske sunde skolemad, så er der i hvert fald blandt forældrene en stor opbakning og en stor glæde over den måde, at maden bliver produceret på, og den måde den sælges til på skolerne.

Jeg vil også godt sige, at i København har vi ikke den opfattelse, at maden nødvendigvis skal være gratis, men måske skal man så ind og tænke i nogle sociale aspekter, sådan så man kan gå ind

og tilgodese de svagere elever. Også fordi en erfaring er, at hvis maden bliver gratis, så bliver det ikke vedholdende eller ikke respekteret på samme måde.

Og så er der omkring de der skoleinspektører, som siger, at eleverne går bare i shawarma-barerne eller nogle andre ting. I København er erfaringen i hvert fald, at det er, fordi det er billigere at købe det der, og der har man så måske problematikken med, at det er, fordi maden er for dyr, til trods for den endda er rimelig billig.

Ordstyrer:

Tak skal du have. Og Ulla, du skal også have lov, værsgo.

Ulla Johansson:

Ud fra forskning som jeg har læst, samt rapporter fra læger som arbejder med børn og sundhed, så tyder alt eller vældigt meget på, at maden har en vis betydning for sundheden. Det tror jeg, at alle læger og forskere er enige om. Om det så er på grund af skolemaden eller ej, det ved jeg altså ikke, men at maden har betydning for sundheden, det tror jeg at man er enige om. Hvis maden altså bliver spist op.

På spørgsmålet om der bliver sat pris på maden, så tror jeg at det forholder sig sådan, at det hører med at man i dag klager over maden i skolen. Men det er et faktum at vi laver meget mere mad efter ferier og efter weekender. Det tolker vi som, at man længes efter skolemaden, selv om man klynker og ikke altid synes at det passer, så kan man godt lide skolemaden. Og næsten 100% kommer til skolerestauranten og tager af det vi tilbyder, men selvfølgelig ser det forskelligt ud på tallerkenerne. Vældigt mange sætter endog pris på skolemaden.

Ordstyrer:

Tak skal du have, Ulla. Og Bent, vi er ovre i ja/nej-svar, men værsgo alligevel.

Bent Egberg Mikkelsen:

Ja/nej-svar det bliver svært fra min side. Det første spørgsmål gik på, hvad kan vi gøre som politikere. Jamen politikere kan tilbyde de her iværksætterpenge til kommunerne, der vil afprøve deres gode forsøg, som der jo findes derude, ikke. De skal evalueres, og de gode erfaringer samles op. Der skal være nogle penge til forskning. Udviklingen inden for EU går i retning af evidensbaseret. Hvis vi skal tage større beslutninger i folkesundhedsmæssig sammenhæng, så skal det være evidensbaseret. Dem kan vi kun træffe på ordentlig forskningsmæssigt grundlag, sådan er udviklingen. Jeg ved ikke, om det er det, du sigter til med dit spørgsmål om Europarådet. Det er sådan, at Danmarks involvering i det her europarådsarbejde, hvis dit spørgsmål gik på det, den stopper her pr. 1. januar 2006.

Med hensyn til Elisabeths spørgsmål: Nej, vi har ikke noget kendskab til forskning, hvor vi ved, hvordan børns kræsenhed formes, og om vi kan gøre noget i skolen der. Det ville være nærliggende at antage, det kan vi.

Med hensyn til partnerskaber, hvor man ... så håber jeg ikke, at jeg har antydnet, at der findes konkrete eksempler, hvor man har lavet det her partnerskab, der siger, at i lokalområdet nede hos supermarkedet osv. der laver vi en kontrakt om sådan og sådan. Det man skal se, jeg tror det er vigtigt at sige, man skal se skolemaden som en ... den kiler sig ind mellem madpakken, som vi får med derhjemmefra og så de usunde tilbud fra nærmiljøet. Jeg har bare foreslået, at det kunne være nærliggende at tro, at vi kunne lave en lokal partnerskabsaftale om, at her i skoleområdet, nærområdet, der serverer vi ikke usunde ting eller i hvert fald prøver at fremme de sunde ting. Det er ikke urealistisk at forestille sig, man kunne det. Jeg kender ikke nogen konkrete eksempler desværre.

Med hensyn til spildet, så ved vi fra hospitalsområdet, at omkring 30-40 pct. af maden ryger ud igen. Det er 30-40 pct. af maden, der bliver spist. Jeg ved ikke, om det samme ville gøre sig gældende på skoleområdet. Det er måske lidt højt sat, men vi har, i store madsystemer har vi et væsentligt spild, som det ser ud nu.

Og med hensyn til det sidste spørgsmål omkring forældreinddragelsen, der tror jeg, vi skal se det som, at vi kan forsøge via pædagogikken at komme ind med en undervisning, der påvirker børnene. Præcis på samme måde som jeg har måttet lære af mine børn, hvordan man kildesorterer, hvordan man laver miljøtænkning. Det lærer børn, det har børn i det sidste årti lært, eller det har forældre lært af deres børn. På samme måde kunne vi forsøge at komme ind og påvirke i retning af sunde kostvaner via skolemaden. Jeg siger ikke, det er nemt. Jeg tror faktisk, det er rigtig, rigtig svært, men vi kunne godt nå familierne, forældrene, via deres børn der.

Og med hensyn til forældrebetaling, om hvorvidt at en betaling den fremmer eller ... det kan jeg ikke svare kvalificeret på.

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

Ordstyrer:

Tusind tak skal du have, Bent, fordi du faktisk svarede fyldt, men gjorde det på kort tid. Det er der mange, der kan lære af. Tak til de tre her. Giv dem en hånd, og så skifter vi ud imens. Og de næste må godt komme op.

Velkommen til de to sidste eksperter i dag, Niels Rørdam Holm og Anne-Birgitte Agger. Fremtiden og innovation skal I tale lidt om. Niels Rørdam Holm, værsgo.

Niels Rørdam Holm

Niels Rørdam Holm (projekt- og udviklingschef, Medirest/Eurest A/S):

Ja tak for det. Hvordan er fremtiden i sektoren med hensyn til innovation inden for sundhed og kvalitet? Folketingets Fødevareudvalg har en stor opgave og et stort ansvar. Der er politisk enighed om at satse på forebyggelse af over- og undervægt og andre kostrelaterede sygdomme for alle aldersgrupper. Der kommer en kæmperegning senere, hvis der ikke bliver rettet op på de ting. Det er jo derfor, vi er her i dag.

Hvad er der gjort indtil nu? Der har været mange initiativer inden for visse områder, men det er nødvendigt, der kommer endnu flere. Her er nogle eksempler: Fødevarestyrelsen har gennemført en del kampagner inden for de senere år, f.eks. den, der hedder »Seks om dagen«, går jeg ud fra, I ved, hvad er for noget. »Alt om kost« har været nævnt. Det er rejsehold til skoler og institutioner. Så er der »Kosthåndbogen«. Og så kan jeg godt lide at nævne »Fokusprojektet«, som vi selv har været med i. Så er der »Den nationale kosthåndbog«.

Man ser på de indsatser, der i lovgivning har været økonomisk prioriteret, at der har været mest fokus på fødevarerens sikkerhed; egenkontrollen og smiley-ordningen er indført. Nu skal denne viden suppleres med viden om kvalitet og ernæring, sundhedsaspektet som drivkraft i markedsudviklingen, fødevarersektorens rolle. Generelt er der i de senere år sat mere fokus på sundhed, ernæring, fedme samt forebyggelse. Dette afspejles ikke kun i omtale af vores madvaner, men også af den måde vi lever på. Motion er f.eks. tilføjet som det ottende af de nye kostråd, vær fysisk aktiv i mindst 30 minutter om dagen. Der ligger en masse viden om, hvilken mad der skal til. Det har vi hørt en masse om i dag. Der er i det hele taget sagt meget i dag. Det er lidt ærgerligt, når man er sidst. Men vi skal jo også have folk til at spise den, og så skal den også være til at betale.

Brugerne har krav på at vide, hvad de spiser, hvordan råvarerne og maden er behandlet, og hvor den kommer fra. Deklarationerne skal være lettere at forstå, og de skal være udførlige. Der er indført det her med E-numre for nogle år siden, og det fungerer godt, har jeg fået at vide af Orla Zinck; han har selv lavet den.

Som repræsentant for et privat cateringfirma er jeg i mit indlæg blevet spurgt om industriens holdning til sundhed i fødevarer. I vores firma benytter vi industrien på samme niveau som i de offentlige køkkener. Vi er åbne over for industriens produkter, forudsat at industrien kan levere den

kvalitet som vore kommunale kunder ønsker og til en konkurrencedygtig pris. Vi har samarbejde med 16 kommuner i vores firma. Fødevarerektoren forstået som leverandørernes rolle er foruden at levere lødige produkter at give information om madens betydning for et sundt liv for børn og unge og ældre, altså alle aldersgrupper.

Hvad gør industrien? Industrien tilbyder som udgangspunkt store produktioner af en ensartet kvalitet, en god holdbarhed og konkurrencedygtige priser forudsætningen for enhver fødevarerproduktion af god kvalitet af gode friske råvarer. Ved moderne produktionsteknologi er det muligt at bevare en væsentlig del af kvaliteten gennem forarbejdningen, indtil det færdige måltid serveres. Og vil køkkener have succes, så er det her på det færdige måltid, at kvaliteten skal måles. Ofte, og det har vi også hørt før, er det jo en kombination af færdige produkter og ting lavet fra bunden.

For at leve op til efterspørgslen for stadig mere fleksible madløsninger er det nødvendigt at udvikle systemer, som giver maden en længere holdbarhed. Der forskes i nye produktions- og pakke-metoder samt kontrolsystemer, herunder hygiejne, temperaturen og kvalitet i opvarmningen. Men der bliver også forsket i systemer for at optimere den generelle kvalitet. Det har jeg noget om til allersidst.

Hvad gør industrien i øvrigt? Den 5. marts i år holdt Dansk Industri et møde med navnet »Det fede topmøde«. 51 eksperter, fødevarer eksperter, var inviteret i 48 timer for at brainstorme for mulighederne omkring det kommende marked for sundere fødevarer. Der blev udviklet 13 forslag til et sundere Danmark. Disse forslag omfatter alle aldersgrupper. Der er sikkert nogle af deltagerne i dag, som var med til det.

Et andet tiltag fra industrien er samarbejde mellem seks af de største aktører på markedet, kaldet catering-forum. Samarbejdet består bl.a. i at skabe dialog mellem producenter og brugere om smag, kvalitet, hygiejne, produktudvikling, tilberedning, ernæring er også med her, og andre fødevarerelevante emner.

Der er også grene af fødevarerindustrien, der arbejder på at tilberede diæter, færdige diæter. Der findes i dag industrielle leverandører, som tilbereder vegetarretter.

Udviklingen på marked og produktudvikling. Markedets størrelse har Bent Mikkelsen været meget inde på, men i den forbindelse vil jeg godt nævne, at de sidste tal, jeg har for antal offentlige produktionskøkkener inden for ældresektoren, det er 750. Og det er mange. Dette bør centraliseres mere for at opnå en mere effektiv produktion.

Oprettelse af leve/bo-miljøer trækker antallet af køkkener op imidlertid. Det er nu ikke alle steder, at disse leve/bo-miljøer fungerer helt efter hensigten, fordi dem, der bor der, simpelt hen er for svage til at deltage rigtig i det.

De ældre i dag ønsker en god gammeldags mad tilberedt af gode råvarer og med hensynstagen til årstiderne. Den næste generation af ældre har derimod andre kostvaner. De har rejst mere, og de har hørt mere om madens betydning, og de er aktive i længere tid. De vil gerne have udenlandske retter med mere variation. Og det skal køkkenerne og madproducenterne være forberedt på. Denne udvikling bliver også forstærket af et stigende antal danskere af anden etnisk herkomst, som har deres ønsker og traditioner for mad. Trods nye madkulturer og fødevareretrends er det vigtigt at bevare de gode danske og nordiske kostvaner og fortsat udvikling, så de er lige så gode som i gamle dage, f.eks. kunne man satse lidt på nogle specialiteter som gammeldags smør og fromager og suppevarer og den slags ting. Gode, gamle opskrifter.

På hospitalerne. Produktion af patientbespisning foregår fortrinsvis i hospitalernes eget regi. Der har været få udliciteringer. Der er stigende behov for rationaliseringer som følge af hospitalernes overordnede rationaliseringskrav. Vi har hørt, at det kun er 2 pct., at maden udgør, men der skal selvfølgelig spares på det alligevel, hvis der kan. Trods sparekrav er de fleste hospitalskøkkener godt i gang med kvalitetsforbedringer, det har vi også hørt noget om i dag, på forskellige niveauer. Det er blevet ret almindeligt at anvende kokke, gerne kendte kokke, til inspiration til menuerne. Det gør Gitte så ikke så meget, men det lød nu meget godt, det hun lavede alligevel.

Industrien har i de senere år vist større åbenhed og samarbejdsvilje til at fremme den gode dialog kunde og leverandør imellem. Det har medført en mere målrettet produktudvikling i forhold til storkøkkensektorens behov og stimuleret til større forståelse gennem alle led i kvalitetskæden.

Så har jeg fremtidsperspektiver, strukturreformen. De større kundeenheder og kommuner gør det muligt at satse på større individualisering af serviceydelser og produkter, men det koster penge. Som følge af produktion i større enheder må man forvente, at produktionen vil foregå mere rentabelt end i dag. Økonomi har ikke været omtalt så meget i den her høring, men mange af de tiltag, der har været omtalt, koster penge. For kommunernes vedkommende kan man på »frit valg databasen« konstatere store forskelle på fremstillingspriserne for de enkelte kommuner. Der er fra politisk side stillet forslag om en undersøgelse af de forhold.

Har jeg fået rødt kort?

Ordstyrer

Det er fantastisk at sidde der med solen i øjnene, så kan man ikke se, hvor tæt jeg kommer. Du har 1 minut igen.

Niels Rørdam Holm:

O.k. så hopper jeg lige over i noget, der hedder: Hvordan får man så folk til at spise sundere? Svaret: information, markedsføring, og markedsføringen, det ord har vist ikke været brugt før i dag, og personaleuddannelse.

Og der vil jeg godt så lige nævne et par ting, som vi aktuelt bruger i vores firma, som har været omtalt en del, et nyt system, som har været omtalt en del i dag, det er denne her personlige service på hospitaler. Der har vi et koncept, der hedder service for dig - der er lagt kopi til politikerne - som i dag bliver brugt på hospitaler i USA og i Holland. Hvis man vil vide noget om det, må man læse rapporten, fordi jeg har ikke så meget tid.

Så er der et system, der hedder Dream Steam, som er en fantastisk god opvarmningsform, hvor at maden simpelt hen får en højere kvalitet. I Danmark har vores søsterselskab, Eurest, som driver kantiner, lavet et tilbud til kantiner om sundere mad, og det hedder en løsning i balance, som følger de otte kostråd.

Så har jeg lige tilbage anbefalingerne til den videre udvikling:

- Offentlig støtte til udvikling af teknologier inden for varmebehandling og pakketeknologi, så man forbedrer kvaliteten og ernæringen, det, vi har snakket om i dag.
- Undersøge de store prisforskelle i de offentlige produktioner, de kommunale er der tænkt på det.
- Lyt til brugerne, det gør vi, men politikerne skal også gøre det. Der bør være ensartede kvalitetskrav over hele landet f.eks. med hensyn til portionsstørrelser.
- Giv pressen nogle succes historier, dem findes der faktisk mange af i dag.
- Og udviklingssamarbejdet kan med fordel foregå sammen med private firmaer. Bent Mikkelsen var inde på det her med partnerskab. Det synes vi er en god idé.
- Og til sidst: Personalet til madservicefunktionerne bør trænes og opgraderes.

Ordstyrer:

Tak skal du have, Niels.

Vi kan desværre ikke cutte solen for jer, fordi den kommer ind af det øverste vindue. Men du må godt rykke over, hvis du vil over at sidde i skyggen. Det er ligesom næsten at være til ansættelses-samtale det der, kan jeg se på varmen.

Vi går nu over til Anne-Birgitte Agger og kvalitet i den offentlige økologiske mad. Værsgo.

Anne Birgitte Agger

Anne Birgitte Agger, direktør:

På nær den lille parentes fra Kolding, så er der ikke blevet meget økologisk mad i dag. Jeg vil gøre det lidt til at begynde med, og så vil jeg på mine få minutter prøve at sige, hvad jeg synes, man kan lære af de her økologiomlægninger, som måske slet ikke handler om økologi.

Altså, mit væsentligste budskab er, at jeg ikke kan se, der er nogen hindringer i hvert fald hverken praktiske eller økonomiske eller kulinariske. Der er ingen grunde til, at man ikke skulle bruge økologiske råvarer i en langt højere grad, end man gør i dag i køkkenet. Det er sådan set min hovedessens. Og jeg vil sige, at det er erfaringerne, som viser, at det kan sagtens lade sig gøre til og med inden for de samme kostøkonomiske rammer. Nu snakker jeg ikke løntimer, de projekter, vi har været inde i, har det faktisk også hvilet i sig selv bagefter.

De erfaringer, der er blevet skabt de sidste 10-15 år har faktisk vist, at man har kunnet komme op i meget, meget, meget højt økologisk forbrug mellem 50 til 75 til 100 pct., uden at det koster flere penge. Det synes jeg for mig er en vigtig konklusion at give videre, og de erfaringer, hvis I ønsker eksempler, så synes jeg, I skal besøge Albertslund Kommune, Taastrup Kommune, Ishøj Kommune, Køge Kommune, Vestsjællands Amts sygehuse og døgninstitutioner og forhåbentlig meget snart også Vejle Amtssygehus, som er i gang med denne her proces, hvor man via en omlægning får råd til at gøre maden økologisk inden for de samme kostbudgetter.

Det kræver et valg af køkkenerne eller af de politisk, tit er de her projekter, jeg henviser til nu, som ikke er projekter, men som er dagligdag og dagligliv i de her kommuner, har haft et udspring af en politisk beslutning, så et eller andet sted så kræver det et valg enten for en myndighed, en kommune eller et amt, eller et valg, som også kan tages i de enkelte køkkener. Det valg, man skal tage, det er, om man ønsker at konvertere sit forbrug til økologiske varer, eller om man ønsker at omlægge.

En konvertering, der kan I bare tage lommeregneren frem. Alt efter, hvad det er for et køkken, er det naturligvis mellem 15 og 25 pct. dyrere at købe økologisk mad. Men en omlægningsvej gør det faktisk muligt, at man inden for de samme kostbudgetter kan gøre maden økologisk ved at servere noget andet mad.

Det sjove ved det her, som måske starter i mange af de her projekter som jagt efter økonomi for at få plads til økologien, er, at der faktisk som konsekvens af de her omlægningsprojekter også pludselig bliver en meget sundere ernæring. Der kan som en udløber af det, fordi der bliver sat fokus på maden også, komme en højere kulinarisk kvalitet, og i virkeligheden i sidste ende det, at der bliver sat så voldsom forandringsfokus på samlede måltider, kan i sidste ende også betyde, altså, i det hele taget bedre måltider de steder, hvor de bliver spist.

Det er meget nemt at sidde og sige, og det ved jeg godt, at riget fattes altid penge, så det er selvfølgelig nemt at sige, at I kan få det samme inden for, altså, det kan I godt lide at høre, at man kan få en kvalitetsforbedring inden for de samme penge. Det er rigtig nemt sagt. Det, der er meget vigtigt, når man siger det, det er, at en kostomlægning er ikke noget, man bare lige gør. Det er en proces, som kræver omlægning, og som kræver en investering i en omlægningsperiode, og det er faktisk det, der har skabt de her gode, varige succeser i mange af de her kommuner og køkkener, det er, at man faktisk har haft de ressourcer i en periode, der skulle til, at man turde tænke nyt.

Centralt er det i hvert fald, at det offentlige forbrug, de her mange milliarder, i dag ikke lokomotiv for det økologiske marked. Altså, det er andre steder, hvorfra det kommer. Men hvis man ønsker, at det offentlige forbrug skal være lokomotiv og have en rolle at spille, så mener jeg ikke, der er nogen undskyldning for ikke at gå videre ad den vej.

Så vil jeg ikke sige mere om økologi. Jeg vil bruge min sidste halvdel, det håber jeg jeg har, til at sige noget andet. Når vi starter de her omlægningsprocesser og -projekter, så har vi sådan en dagsorden, der hedder, at dem, vi arbejder sammen med i køkkenerne eller ude på afdelingerne, eller i, hvis det er en børnehave, institutionen, eller hospitalsledelsen, eller hvem det nu er, vi risikerer at komme i dialog med, så har vi sådan en overskrift, der hedder: I skal passe på, fordi vi er ude på noget. Altså, det er ikke det samme bagefter, og hvis det her det skal blive en succes, så er det noget, vi sammen skal finde ud af at være ude på.

Jeg har nogle overskrifter i den sammenhæng, som jeg synes handler lidt om den snak i formiddags også, som handlede om, at der er de her underernærede mennesker, hvordan kommer vi ud af den situation? Der bliver smidt mad ud, hvordan undgår vi, at den her mad bliver smidt ud? Der er mangel på opmærksomhed, hvordan undgår vi denne her mangel på opmærksomhed?

Jeg tror faktisk, at det her med pludselig at have en stram økonomi, det tvinger ens opmærksomhed, det tilfører pludselig i hvert fald fra køkkenfolkets side, i de mindre institutioner spreder det så hurtigt, det tvinger en til at have en opmærksomhed for noget basisomsorg og noget basiskost.

Man kan også oversætte det, vi snakker om, på den måde, at vi har så alt rigeligt i dag. Altså, nu snakker jeg ikke de 2 pct., men jeg snakker mad i al almindelighed. Altså, der er mad på alle hylder, der er frit valg på alle steder, når man sidder i et køkken og skal lave en indkøbsaftale, er der masser at vælge imellem. Der er faktisk frit valg. I gamle dage der døde vi af sult, og i dag der æder vi os ihjel. Samtidig med at vi er i den situation, så er vi jo også i den samme situation, at denne her, tror jeg mangel på opmærksomhed omkring det her basale gør også, at vi overser de her faresignaler med en masse mennesker, som faktisk ikke får mad nok.

Og jeg tror, at de ting hænger sammen. Jeg tror, at denne her umiddelbare overflod eller mangel på opmærksomhed, fordi mad, vi behøver ikke at være bange for, der er ikke nogen, der dør af sult, tror vi, så vi behøver ikke at være så obs på det, det medfører indirekte mange af de her svagheder, vi ser, både med fedme og overvægt, men også med, at vi pludselig mangler basisomsorgen for dem, der har allermest behov for det, de gamle, de syge, de svage. Så jeg tror faktisk, at man ved en dansesrejse og ved at sætte meget, meget mere fokus på det her basis kan tvinge – og det synes jeg de her økologiprojekter har været med til – kan tvinge en respekt frem.

Samtidig vil jeg sige, at det er ikke nok i køkkenerne. Jeg bliver sådan lidt provokeret af dig, Ghita, fordi jeg synes, at du får det til at fremstå: I kan bare komme an, køkkenerne kan det hele. Altså, sådan som jeg ser det, har vi store problemer i mange af de offentlige måltider, og det er ikke kun ude på afdelingerne omkring tallerknerne. Det starter, indholdet starter på selve tallerkenen. Og jeg synes stadig væk, der er noget at gøre og rive i i køkkenerne.

Når vi i projekter Sygehus Vestsjælland opdager, at det her madspild ikke bare er en eller anden almen procent, altså, jeg har været med til at omlægge sygehuse sammen med nogle fantastiske køkkener, jeg har været meget heldig, vil jeg sige, fordi de gik med på denne her leg. Når vi finder ud af, at de faktisk serverer alle de kartofler, de skal, men at de faktisk, patienterne i snit på de afdelinger, hvor vi kortlægger, kun spiste 30 gr., og det var helt tydeligt, hver gang, der blev serveret kartoffel, så var det faktisk ikke, lige præcis det var ikke afdelingspersonalets manglende opmærksomhed, det var køkkenets problem.

Omvendt fandt vi ud af, vi kunne se på nogle af sygehusene, at morgenmaden, altså, det var simpelt hen for dårlig kvalitet kartofler, man havde med at gøre. Og det endte med efter en hel masse kartoffelforsøg, at man måtte sige, at det her køkken med den produktionsform med den lange varmeholdbarhed, der nu kræves i et hospitalskøkken, fra den er færdig, til den kommer op osv., at der havde man ikke lyst til fremover at servere særlig mange klassiske hvide kartofler, fordi dem kunne man ikke holde en ordentlig kvalitet for. Man ville gerne lave kartofflen på alle mulige andre måde som mos og med persille over og i kartoffelsalat. Det er meget praktisk, men det er også det, det handler om, når man skal løse noget af det. Der var det meget køkkenets opgave.

Men udfordringen kan lige så godt være, når man opdager, som var et andet eksempel fra nogle af sygehusene der, på et af sygehusene i nogle af afdelingerne, at der er det morgenmaden, som konsekvent bliver smidt i skraldespanden. Så går køkkenet igen selvkritisk til værks: Er det vores back off-produkter, der ikke er gode nok? Er det her, vi skal prioritere at bage selv, eller hvad? Det endte faktisk med, at de sørgede for, at der kom duftende, halvlunt brød ud på afdelingerne for at sikre noget ordentlig morgenmad.

Problemet var bare, at det betød ikke på de kortlagte afdelinger, at morgenmadsspisningen steg. Stort møde indkaldt med plejepersonalet, hvordan kan det være, hvorfor stiger det ikke? Nu har vi jo gjort alt det her, og ingen kunne finde ud af det, indtil der var en afdelingssygeplejerske, der sagde,

at hun måske havde en grund, og der om morgenen havde de rigtig travlt, og hendes afdeling var altså for brystkræftkvinder, og de havde alle sammen drop i armen, og de havde ikke så meget appetit, så i virkeligheden så havde de det med at skrue op for droppet. Så blev der meget stille, for det var deres hverdag. Og i virkeligheden er køkkenet jo, sådan som jeg ser det, kommet til at gøre en brøler. Ja, det har de jo ikke gjort, men det må jo være endnu mere pirrende, at duften af nybagt brød og alt det her, og så bliver der bare skruet op. Så derfor hænger de her ting sammen, synes jeg: respekt for, hvad det er, der er basis, hvad der er noget værd og så et samarbejde mellem forskellige faggrupper.

Jeg har ikke så meget tid. Har du vist mig det røde kort? (Ordstyrer: Jamen du kan jo ikke se det, men det er snart på vej.) Godt.

Jeg har skrevet nogle anbefalinger. Dem vil jeg så ikke gå ind på nu. Jeg vil kun sige én ting. Det handler om skolemad. Ud over at være rådgiver så er jeg så heldig, at jeg også er blevet direktør i en skolemadsfabrik, som laver en privat løsning af økologisk skolemad, så jeg har haft rimelig meget fokus på det her skolemad gennem en del år efterhånden.

Jeg synes – det er jo så oplagt at indføre skolemad, ikke kun fordi vi tror, at det måske kan være med til at løse nogle folkesundhedsmæssige problemer, men også fordi, synes jeg – det må være logisk, at mætte børn er bedre til at modtage undervisning. Når vi nu ved, at der er rigtig mange børn, der ikke får noget at spise, så bare det, at der kan skabes noget ro ved at give dem noget ordentlig mad, ville jo kunne lette på det her. Den anden del af det er, at det ville kunne skabe et livsglad rum i skolen som, hvad skal man sige, en kultur, så der er gode grunde til at gøre det.

Jeg vil godt advare imod, at man – fordi det nu er oppe – kommer til at indføre skolemadsordninger uden at tænke sig om. Altså, jeg tror, det er rigtig vigtigt, at de skolemadsordninger, man indfører i Danmark, har man overvejet, hvordan man gør. Nu er det ikke kun i forhold til jer på Tinget, det er også lige så meget ude i kommunerne, hvor man sidder og skal tælle på knapper og se, hvad man har råd til. Jeg synes, det sørgeligste ville være, at dansk skolemad enten var offentlig eller private smurte madpakker i form af sandwich og kolde salater, som blev afleveret, ligesom mælken gjorde, da jeg var barn, fordi jeg tror på sigt ikke, at det er det, der er behov for. Der er behov for rigtig mad, og så må vi finde ud af, hvordan vi får skabt rammerne for det.

Jeg tror, hvis ikke man på en eller anden måde målsætter sig klart, hvad det er, man vil, så risikerer vi i sådan nogle private-offentlige smurte madpakker, så synes jeg egentlig ærlig talt, mor og far lige så godt selv kan gøre det.

Jeg tror, det var min afslutning, og så må I læse jer til de anbefalinger eller spørge ad, hvad jeg ellers har.

Ordstyrer:

Tak skal du have, Anne-Birgitte. Hvis det bliver for varmt, så rykker du også bare ud. Jeg kan se, der er meget varmt der.

Tak til jer begge to. Skal vi give dem en hånd. (Applaus).

Så går vi over til spørgsmål, og jeg siger jo igen korte spørgsmål, og først er det Per Clausen. Værsgo.

Spørgsmål fra politikerpanelet

Per Clausen:

Jamen jeg skal prøve at holde mig til to forholdsvis korte og præcise spørgsmål. De er begge to til Anne-Birgitte Agger. Det første er, når du snakker om det der med omlægning, og du snakker om, at man skal tænke sig om, men du siger, at en omlægning koster penge, og det var der, hvor man så kunne sige, her kunne staten måske godt være behjælpelig i forhold til at opmuntre kommuner og regioner til at handle fornuftigt. Men det, du så siger der, er også, hvis jeg ikke forstår det helt for-

kert, at det er vigtigt, at hvis man begynder at sige, at man vil give støtte til omlægning, så skal man også stille nogle kvalitative krav til den omlægning, der bliver gennemført.

Jeg har et spørgsmål mere. Jeg har læst dine anbefalinger, og derfor forstår jeg, at du sådan set mener, jeg ved ikke, om du mener, det er vigtigt, men du mener i hvert fald, at der skal være forældrebetaling. Det, jeg bare vil spørge om selvfølgelig med den risiko, at du har nogle vældig gode argumenter for det, er, om det ikke trods alt er sådan, at man ved at lægge forældrebetaling ind risikerer, at der er nogle børn, der ikke deltager, og det måske lige præcis er de børn, det er vigtigt, at de deltager, og det måske også kan modvirke – hvad skal man sige – de undervisningsmæssige og pædagogiske muligheder, hvis det kun er nogle, der ligesom har adgang til det her. Det er de to spørgsmål, jeg har.

Ordstyrer:

Tak til Per Clausen. Mette Gjerskov, værsgo.

Mette Gjerskov:

Jeg vil ikke gentage Pers spørgsmål, men i stedet for så måske starte ovre hos dig Niels. der var nemlig en ting, jeg ikke helt forstod. Du efterlyste som et af dine efterlysninger ensartede portionsstørrelser. Er det ud fra et eller andet konkurrencehensyn? Eller hvad er begrundelsen for det? Det fangede jeg simpelt hen ikke.

Så omkring skolemaden hos Anne: Altså, vi vil jo også meget gerne have skolemad og også for den sags skyld i institutionerne og også det der rigtige måltid, som ikke bare er en flad madpakke. Men ligger der ikke i din vurdering også et pædagogisk element id et? For du sagde, man skal ikke bare indføre det her skolemad, og så sad jeg og ventede på, du ville sige, at man er nødt til at have det her med ind som en del af undervisningen også. Men så kom du over i det her med madpakker i stedet for.

Så mit spørgsmål til dig går på: Bør der ikke være nogen overvejelser om, hvordan man kan involvere også lærerstaben i skolemaden?

Ordstyrer:

Tak skal du have, Mette. Og Anne-Birgitte, du får lov til at starte med at svare.

Anne-Birgitte Agger:

Først omkring økologisk omlægningsstøtte: Altså, det har der jo været til de kommuner, der gerne ville igennem en årrække. Jeg kan huske, at dengang det var Ritt, der var fødevareminister, men faktisk også bagefter, var det faktisk svært at komme af med de penge, fordi kommunerne skulle betale 50 pct. selv, tror jeg, det var. Jeg mener stadig væk, det er en god idé, at det kan motivere til det. Men jeg tror bare ikke, at man skal stikke sig selv blår i øjnene. Det vil samtidig med, hvis man har travlt, så vil jeg sige, så skal man give nogle støttekroner direkte til de køkkener, der gør noget, og ikke kun til kommunerne, som så er afhængig af, at de også er medbevilgere. Men jeg vil helt supporte den gamle ordning, og det er også via det, at mange af de her projekter, jeg har været involveret i, er blevet en succes.

Jeg synes, kravet til dem skal være, at de ikke må købe råvarer ind for de penge, og det, de skal bruge pengene til, er undervisning, det er kortlægning, og det er sådan forskellige forandringsprocesser, fordi ellers så bliver det ligesom med så mange andre projekter, når projektet er slut, og pengeskassen er tom, så vender man tilbage til det, der var engang, og det er surt. Så synes jeg, at man skal stille krav om, at sådan et projekts mål skal minimum være 50 pct. økologisk forbrug bagefter, fordi det andet er bare, altså 30 pct. er bare lidt mel og gryn, og får man mælken med er man næsten oppe på 50. Det var omkring økologisk omlægning.

Omkring skolerne: Altså, jeg har været på tur i Malmø, og når man går ind i de der skolerestauranter, så bliver man jo misundelig over de fysiske forhold, og de har alt det her. Det ville jo være fantastisk, at vi havde det. Jeg var konsulent for Roskilde Kommune, da vi sad der og skulle overveje,

hvad man kunne gøre, og altså lommeregneren blev simpelt hen for varm af, hvad det ville koste at lave en model, hvor vi tilbød alle børn gratis mad, og de skulle sidde ned og spise den, og vi lavede i øvrigt også nogle køkkener. Der tror jeg, man bliver nødsaget til at tænke i de muliges kunst, medmindre man virkelig vil ud med checkhæftet. Jeg tror godt, at man kan lave nogle rimelige skolemadsordninger, som vil kunne dække behovet hos en 30-40 pct. af børnene. Altså, jeg tror, et kundegrundlag på mellem 25 og 40 pct. af eleverne vil være realistisk med forældrebetalte skoleboder. Når du så spørger til det sociale, så er det selvfølgelig rigtigt, at det kan have den slagside.

I Roskilde lavede vi sådan nogle brugerundersøgelser, hvor vi først fik alle børn til at skrive, hvad de brugte, og hvad de havde med, og vi så også via kantinerne. Jeg tror ikke, det gør sig gældende for de små børn, men det er noget af det, Bent måske kunne forske lidt, men i forhold til de store børn, der var det ret tydeligt, at dem, der kom fra de socialt dårligt stillede miljøer, de store børn havde også en tyver i lommen. Der, hvor de manglede, det var den omsorg, der hed, der aldrig var madpakke med. Jeg er ikke sikker på, at det vil have så skæv en social slagside som det, man kunne frygte. Så må man finde nogle andre muligheder for, hvordan man gør det, hvis man skal give noget support, uden at det bliver sådan noget ydmygende noget, når du er på gratis mad.

Erfaringerne fra Roskilde er, at det ikke tyder på, at det behøver at have det for de store elever. Men for de små elever ved jeg det ikke. Men det er et spørgsmål om, hvor mange penge man har at betale for det her.

Så i forhold til involvering i undervisning og sådan noget: På min datters skole har vi lavet en kantine, hvor alle børn spiser med. Vi har ansat en kok som lærer, på en lærerlønning, og forældrene har skrabet sammen til den anden stilling og betaler så et eller andet, 250 kr. eller 215 kr. om måneden for at have den her ordning kørende. Det er for mig en fantastisk model, børnene er på skift otte børn i køkkenet hver evig eneste dag, er med til at producere og langer mad over disken til deres kammerater, som alle sammen spiser det. Det er ude i Gladsaxe, Værebroskolen i Gladsaxe har også et køkken kørende på denne her måde. Det er fantastisk flot og rigtigt og kan sætte en masse kultur i gang.

Jeg tror bare ikke, at man kan lave det på 2.400 skoler, og hvis man går ind i en kommune, så vil man også have svært ved at få det igennem på bare 10 skoler i en samlet kommune. Så derfor tror jeg, vi skal på en eller anden måde gradbøje vores ambition, og den ambition, jeg i hvert fald synes man skal have, det er at sige, de måltider, der bliver serveret i det her offentlige rum, som skolen er, de skal være kulinarisk attraktive, de skal være ernæringsmæssigt varieret sammensat og i øvrigt dække behovene. Det er svært i sandwich, altså det kræver et eller andet sted noget varm mad. Så det er minimum, man skal have, og det er i øvrigt også det, børnene gerne vil købe.

Altså, når de går ned til den lokale pizzabar, da jeg var barn, gik man ned til bageren og stoppede, I kender godt udhulede franskbrød og hældte flødeboller derned, og hvad man ellers kunne finde på, i dag fiser man ned på pizzabaren eller køber falafler, eller hvad det nu er, de går lige ned om hjørnet og køber noget, der er lunt. Og det vil sige, det, vi skal tilbyde dem, hvilket jeg synes er dejligt de har lyst til at spise, det er noget lun mad, og det kræver nogle fysiske forhold og noget ansættelse, for at det kan lade sig gøre. Og der tror jeg, man skal lave en kombination af københavnermodel eller private leverandører, eller hvad det er, men det skal være nogle, der er designet til det, så det både er lokal arbejdskraft, der sælger, og noget, der er lavet eksternt.

Ordstyrer:

Tak skal du have, Anne-Birgitte. Niels, det var noget om portionsstørrelser.

Niels Rørdam Holm:

Ja, vi ser jo en masse forskellige kvalitetsstandarder, når en kommune udbyder, eller når en kommune gerne vil have samarbejde omkring madlevering, og der er meget forskel på de kvalitetsstandarder, vi ser. Nogle gange er der tre forskellige portionsstørrelser, det mest normale er to, og så er der forskel på portionsstørrelserne. Det er jo de samme regler, alle køkkener egentlig arbejder ud fra med hensyn til ernæring og vejledning, så jeg synes egentlig lige så godt, man kunne have de sam-

me kravspecifikationer i alle landets køkkener, der laver mad til ældre mennesker. Derfor kunne man godt tilgodese egnsretter og specialiteter, men som standard, som udgangspunkt kunne man godt have de samme portionsstørrelser.

Nu når vi snakker så meget om ernæring her, så synes jeg også, at når man laver små portioner, fordi ældre ikke spiser så meget, så mener jeg også, at man bør berige små portioner, så de alligevel får den rigtige eller den anbefalede energimængde. Men jeg synes med det her, som du spurgte om, at de ting som portionsstørrelser og kravspecifikationer i det hele taget kan lige så godt være ens for alle køkkener. Det er for dyrt og besværligt at have alle de forskellige lokale ønsker til størrelser af portioner. Er det svar nok?

Ordstyrer:

Tak skal du have, tak skal du have, Niels. Så tager vi en spørger mere fra panelet, og så har vi plads til et enkelt spørgsmål nede fra salen også. Martin Henriksen, værsgo.

Martin Henriksen (DF):

Ja tak, ganske kort. Først til Niels Holm: Jeg synes, det er fint, at I har holdt nogle aktiviteter omkring det her, hvor I informerer om kost og ernæring osv., men hvilke aktiviteter har I planlagt ude i fremtiden og i samarbejde med hvem? Og så kunne jeg også godt tænke mig at høre, den service, som I nu tilbyder, om der er stigende efterspørgsel efter den.

Og så videre til Anne-Birgitte: Du var inde på, at bl.a. der var flere sygehuse, der efterspurgte økologi og var ved at tilpasse sig til det, men er der også andre grupper, f.eks. plejehjem osv.? Vi hørte tidligere på dagen, at de ældre måske ikke var så tilbøjelige til at prøve noget nyt. Fornemmer du, at der er noget, der er ved at rykke sig i den retning, at der er nogle, der gerne vil? Og så kort til sidst: Hvor mange kommuner efterspørger skolemad, økologisk skolemad?

Ordstyrer:

Tak for det, Martin. Og så er det Ghita, som havde et spørgsmål.

Ghita Parry:

Det glæder mig, at jeg kan provokere dig, Birgitte, men jeg insisterer på, at jeg har ret. Køkkener kan faktisk det hele. Og jeg synes, du giver mig ret, når du fortæller, at ved at få en håndsrækning eller lave noget kvalitetsarbejde eller lige stå med ryggen mod muren, så kan vi være kreative, så kan vi godt, jeg har ikke sagt noget om, at vi ikke altid gør det, det kan man læse i den her rapport forskellige grunde til. Så måske er vi i virkeligheden enige, vi kan det godt.

Ordstyrer:

Er der en enkelt mere nede i salen, der vil have et spørgsmål, og hvordan går det ovre i VIP-rummet? Kom over, hvis I har lyst til det sidste spørgsmål heroppe, Henrik Vestergaard.

Spørgsmål fra salen

Henrik Vestergaard:

Jeg havde to, lige kort.

Ordstyrer:

Det er ét spørgsmål.

Henrik Vestergaard:

Så er det et, jeg har glædet mig til hele dagen.

Kære politikere, hvad kan vi forvente I nu tager fat på, for at det her ikke slutter i dag, men at Fødevarerudvalget bærer det videre?

Ordstyrer:

Det skal jeg nok fortælle alt om til sidst, fordi der kan slet ikke stilles spørgsmål til dem deroppe i dag. Det er de fritaget for. Sådan dækker jeg over dem. Er der andre, der har et spørgsmål, så kan vi nå det? Ja, værsgo.

Ole Myglegård:

Jeg hedder Ole Myglegård og er fra Suhr's Seminarium. Jeg vil godt spørge, om der er nogen, der sådan har en fornemmelse af, hvor store sådan nogle skolemadsomkostninger er i de samlede skolebudgetter. Jeg har sgu på fornemmelse, at de er endnu mindre end de 2 pct. som på sygehuse, hvis vi indførte sådan noget.

Ordstyrer:

Det er spørgsmålet, om det i det hele taget kan måles, ikke? Ja, skal vi sige, at Anne-Birgitte får lov til at starte med at svare på den sidste runde, og så slutter Niels af, og rimelig korte svar.

Anne-Birgitte Agger:

Først til det omkring økologisk mad, altså hvor udbredt det var, og hvad med plejehjem.

Altså, jeg har selv været involveret i nogle plejehjemsøkologiprojekter, jeg tror, hvis du vil vide mere om det, skal man gå til Københavns Kommune, hvor de netop har gennemført et projekt, hvor du måske, eller Jens Christian også har været involveret i, hvor man har lagt om til økologi på plejehjemmene. Det sjove er jo faktisk, at sådan som jeg ser det, at de økologiske omlægningskrav passer rigtig godt til gammeldags plejehjemsmad, fordi de gamle vil gerne have mad i sæsonen, de vil gerne have stuved hvidkål, de kan godt lide mælkenad.

Altså, jeg har det sådan lidt omvendt med det, du siger som i Kolding, det er, at jeg synes faktisk, det er nemmere at lægge plejehjemmet om, end det er at lægge en stor medarbejderkantine om, hvor man er vant til at spise noget helt bestemt og man i øvrigt selv betaler for det, og det skal helst være icebergsalat hele vinteren og alt det der. Men det er rigtigt, at plejehjemmene er dem, der står og tripper. Vi mangler nogle rigtig mønstreksempler på plejehjem, man kan besøge. Desværre blev de to plejehjem, som lagde sig selv om nede i Roskilde, lukket og centraliseret til et stort køkken, så vi har ikke de eksempler der, men det lykkedes faktisk for dem.

Så jeg vil sige, jeg har ikke oplevet nogen køkkentyper, hvor det ikke kan lade sig gøre. Det er klart, man kan komme ud i et køkken, som er så gennemrationaliseret, eller hvor de i øvrigt følger de anbefalinger, som vi kunne tænke os at give dem. Der bliver ikke smidt mad ud, de spiser alle de grøntsager, de skal, og alt er, så kan du selvfølgelig ikke lægge om. Jeg vil sige, 95 pct. af køkkener kan lægge om inden for alle typer køkkener.

Så var det lige til Ghita. Jeg tror bare, det er vigtigt, hvis man skal tage det her alvorligt, at man også så tager problemet alvorligt, inklusive ens egen del af det. Altså, hvis man virkelig skal lave om på de her ting, som for mig er meget grundlæggende, så kræver det, at køkkenfolket ligesom afdelingssygeplejersken eller overlægen, som kommer og laver stuegang, lige når madvognen er kommet, siger til sig selv, hov, vi har altså noget at komme efter, vi gør det ikke godt nok. Hvis man tager den udfordring, så tror jeg, det er rigtigt, så kan man mere, end man tror.

Jeg ved ikke, hvad en skole koster, hvad et skolebudget koster, men jeg ved godt, hvad en gennemsnitlig skolekantine ville koste at drive. Det vil være, lad mig se engang, altså jeg havde en lommeregner her, det får du lige om lidt, når han har svaret færdigt, så regner jeg det lige ud.

Ordstyrer:

Du kan jo bruge Niels, det er en erhvervsmand, han kan garantere det der. Niels, vil du snakke lidt, mens Anne-Birgitte lige regner?

Niels Rørdam Holm:

Jamen jeg havde, du kom med et spørgsmål omkring, hvordan vi så vil informere, hvad vi vil gøre for at få det her indført. Det var det ene spørgsmål.

Jamen dels så har vi meget tæt samarbejde med vores kunder, f.eks. dem, vi kalder kostråd, hvor der sidder alle, der har med maden at gøre i den enkelte kommune, og hvor vi følger op på de ønsker, der er, og de nye tiltag. Det er jo en passende lejlighed til at komme med nye ting, og det har vi også gjort mange gange. Men de nye ting, ernæringsting og berigede små portioner og forskellige andre tilbud, det er noget, vi behandler der.

Derudover, så er vi med i forskellige projekter. Vi er f.eks. med i et projekt, som Bent Mikkelsen står for, der også har noget med sundere mad at gøre. Og så er vi en del af en større koncern, der har erfaringer i mange lande. Vi arbejder meget tæt nordisk sammen, og vi lærer også en del af vores nordiske kolleger, plus at de aktiviteter, vi har nede i Europa, kan vi hente hjem og bruge de erfaringer, så vi ikke opfinder den dybe tallerken to gange. De ting går så videre til vores kunder, de erfaringer, vi får fra vores kolleger i andre lande, og det er selvfølgelig en styrke.

Og hvad forventer vi så af markedet? Da havde jeg, hvis det nåede at komme med i mit indslag, der havde jeg noget omkring strukturreformen, at vi forventer os en del af et øget samarbejde med kommuner i strukturreformen. På fritvalgsdatabasen kan man se, at ca. to tredjedele af landets kommuner ligger for dyrt med deres priser, for dyrt i forhold til normale markedspriser.

Og i forbindelse med kommunesammenlægningen vil man have en god lejlighed til at se og optimere køkkendriften, og der håber jeg da, nogle vil være interesserede i at tale med os om det på baggrund af vores 30-års-erfaring og nuværende samarbejde med 16 kommuner. Så, jo, jeg har positive forventninger til et øget privatoffentligt samarbejde fremover.

Ordstyrer:

Tusind tak, Niels. Anne-Birgitte, har du regnet i mellemtiden?

Anne-Birgitte Agger:

Jo, jeg kan sige, i Roskilde Kommune, der koster det hver skole ca. 300.000 kr. i lønudgift at have deres kantiner kørende. Forældrene betaler for råvarerne inklusive den forarbejdning, som en leverandør gør af dem. I Albertslund, som lige nu, så vidt jeg har hørt i min øresnegl, har besluttet sig for at ville indføre skolemåltid, der vil de gerne give et tilskud til råvarerne, og det vil sige, de vil have, at eleverne kun skal betale 10 kr. pr. portion i stedet for de 15-18 kr., det koster, og der er det min vurdering, at det er et par hundredtusinder mere. Så det er i det lag.

Og det dyre, som tit gør dem nervøse, det er den etablering, der skal til, det var også det, der blev fortalt fra København, det at skulle etablere rigtige produktionskøkkener, det er der, de bliver nervøse. Og der vil jeg skyde på, alt afhængig af om man vil have det, jeg vil kalde portionsanrettede flymad, eller hvad man nu vil kalde det, så er det billigst, det er det, man har i København, det er omkring 100.000 kr. til 150.000 kr., vil jeg tro vi kan lave en skolebodsindretning for.

Det, vi arbejder med Frydenholm eller Roskilde, Ishøj Kommuner, koster nogle flere penge, fordi der skal pastaen koges på stedet. Jeg vil tro, det er et par hundredetusinder eller tre, måske lidt mere, Bent, jeg ved ikke, det kommer an på, hvad man har i forvejen, mellem 200.000 kr. og 400.000 kr. Så det er i det lag.

Ordstyrer:

Tak skal du have, Anne-Birgitte. Og det var jo, som Anne-Birgitte selv sagde, cirkatal.

Nu har jeg gjort det, at jeg har inviteret VIP-rummet herover, så vi kunne slutte af i fællesskab. Og hvis I kan høre mig derovre, I har lyst til at komme herover, så kom herover, så slutter vi af samlet herinde. Det kunne også være rigtig rart at se jer engang.

Men mens de nu går herover, så skal de her to kanoneksperter altså også have en hånd, og den skal være stor. (klapsalver).

Jamen det har jo været en dejlig dag, vi har haft i dag. Jeg håber, at I alle sammen har fået noget ud af denne her høring, og som svar på Henrik Vestergaards spørgsmål må jeg jo sige, at det har været en spændende debat, der har været mange interessante oplysninger, jeg tror, vi har fået meget mere viden i Fødeudvalget, og den vil vi drøfte videre på, er jeg helt sikker på. Det må være det svar, jeg kan give på det, så har jeg nemlig ikke lovet for meget, heller ikke på mine kollegers vegne.

Jeg vil gerne sige tak til alle de mennesker, der har arbejdet med denne her høring i kulissen. Hvis I ikke havde været der, så havde det jo simpelt hen ikke fungeret, lyden havde ikke fungeret, kameraerne havde ikke snurret, vi havde ikke fået vand på bordene eller noget som helst, så havde det været meget mere kedeligt, end det har været. Så tak for det til jer alle sammen. Det var godt, I opfangede den.

Tak til oplægsholderne, jeg synes, I har været fantastiske, det har været værd at invitere jer. Det eneste, I kan risikere med jeres indlæg, det er, at I får en invitation en anden gang, men det må I så bære over med.

Tak til mine kolleger oppe i spørgepanelet. I har været sådan rimelig gode til at korte jeres spørgsmål ned.

Tak til tilhørerne for god ro og orden.

Og så skal vi vel egentlig også, hvis det nu bliver sendt engang, sige tak til jer hjemme i stuerne, som har set det her.

Tak for i dag, kom godt hjem, og pas på jer selv.

Og en af konklusionerne for i dag, jeg skal lige sige, at dem, der har holdt foredrag, de får sendt en eller anden lille ting hjem, og jeg kan også godt sige, det er vin, og det er simpelt hen derfor, I ikke får den udleveret i dag, for det er bedst, I får sådan noget sendt hjem.

Vi skal jo i hvert fald sørge for, tror jeg, en af konklusionerne på det her i dag må være, lad nu ikke den her tage overhånd i den offentlige forplejning. Tak for i dag og kom godt hjem.

Facts om forplejning

Af Bent Egberg Mikkelsen, Danmarks Fødevareforskning

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 plejecentre

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 plejecentre. (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. 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 500.000 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 150.000 måltider dagligt i døgninstitutioner. Der er knapt 600 køkkener og det er typisk amterne der står for 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 Fødevaredirektoratet

2002-2004 Sektionsleder, ernæringsafdelingen, Fødevaredirektoratet

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 Fødevareudvalg, 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 Cheføkonoma inden for ældreområdet i Aalborg Kommune

1993- cheføkonoma på Amtssygehuset i Glostrup

2005 NLP Business Master Practitioner.

Gitte Holm

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

Har siden 2001 arbejdet med at udvikle et skolemædskoncept 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 skolemæd 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 plejecenterbeboeres 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.
ANSÆTTELSER:
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.....	102
Af Henrik Højgaard Rasmussen	102
Hvordan ser den danske kostpolitik ud på ældreområdet?	108
Af Anne Marie Beck.....	108
Bilag. Anbefalinger til fremtidig handling	113
Kost og Ernæringsforbundet	115
Af Ghita Parry.....	115
Mad, mennesker og sundhed	119
Mad, mennesker og sundhed	120
Af Jens Kofod	120
Den offentlige forplejning - historie, regulering, status og udviklingsbehov	125
Af Bent Egberg Mikkelsen	125
Ernæring på sygehuse	130
Af Karin Østergaard Lassen og Jens Olsen	130
Det velduftende plejehjem	135
Af Jens Christian Elle.....	135
En mere målrettet ernæringsindsats	140
Af Susanne Jensen	140
Offentlig forplejning, erfaring og anbefalinger.....	143
Af Linda Stampe Greffell.....	143
Det drejer sig om smag	146
Af Gitte Breum	146
Mad på skoler - den direkte vej til sundere kostvaner?	149
Af Bent Egberg Mikkelsen	149
Skolemåltider i Sverige	154
Af Ulla Johansson	154
Københavns Økologiske Sunde Skolemad (KØSS)	156
Af Gitte Holm	156
En række store økologiske omlægningsprojekters resultater viser.....	161
Af Anne-Birgitte Agger	166
Hvordan er fremtiden i sektoren med hensyn til innovation inden for sundhed og kvalitet?.....	161
Af Niels Rørdam Holm	161

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. skrumpelever, 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 fødevarergrupper. 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 hjertekarsygdomme 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 hjørnesten 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 livsmod, bliver mindre syge og er bedre til at klare sig selv.

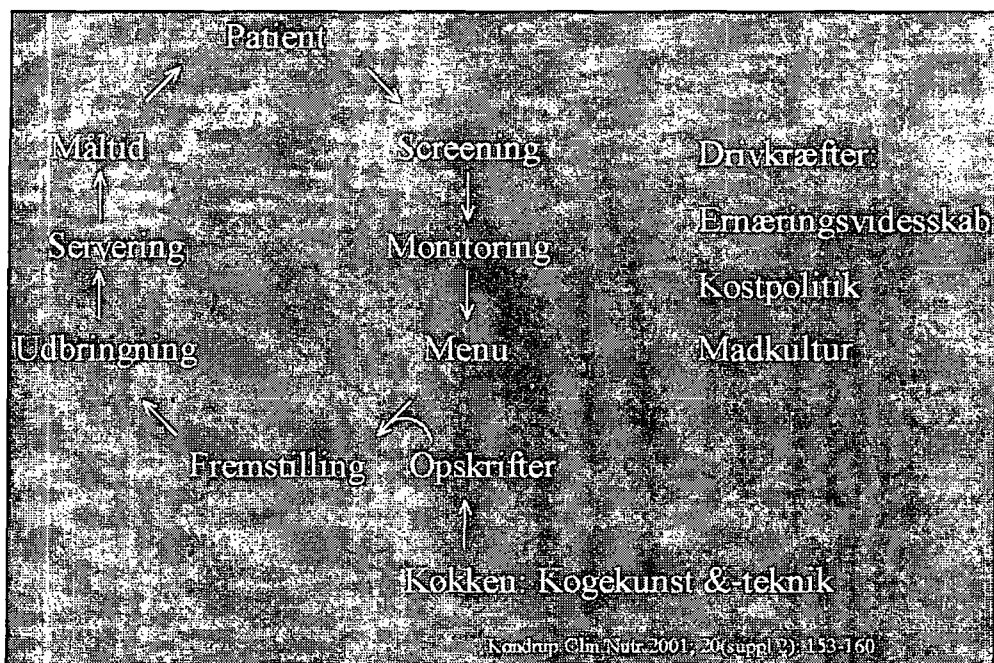
En af barriererne for at vægte maden er, at der skal afsættes ressourcer til samarbejdet mellem plejen og køkkenet. Kosthåndbogen kan være med til at styrke samarbejdet mellem plejepersonalet og køkkenet. Plejepersonalet kender patienternes ønsker, og køkkenet ved hvilken mad, der kan opfylde både ønskerne – 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 Fødevarerministeriet 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 uselekteret 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 retningslinjer 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, Baernthsen 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 I, Jonkers-Schuitema C, Keller U, Melchior JC, Mikkelsen BE, Pavcic M, Schauder P, Sivonen I, 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 Fødevareforskning (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 spise miljø 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 Fødevareministeriets 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

energigirig 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 at 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-visitation, 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 "påtvunget" 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 faktoreres 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 valgs

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 L, Pedersen AN. *Ernæring og aldring*. Ernæringsrådet 2002;28
3. Pedersen A, Ovesen I (redaktører). *Anbefalinger for den danske institutionskost*. Fødevarerapport 2000;08
4. Beck AM, Kofod J. *Måltidsservice på plejecentre*. Fødevarerapport 2003;04
5. Ældre Sagen. *Tema kommunale madordninger*. Ældre og Sundhed 2003;1
6. Hansen K, Beck AM. *Færdigmad til pensionister*. Danmarks Fødevareforskning 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 hjemme-hjælp 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 ønsker 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 plejehjemsboere 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.</i> <i>Gæsteportioner vil koste (anslået behov 4 gæsteportioner per måned⁶ ?).</i> <i>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 personalegruppers 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 fødevarerregionerne 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 kvalitetssikring 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.

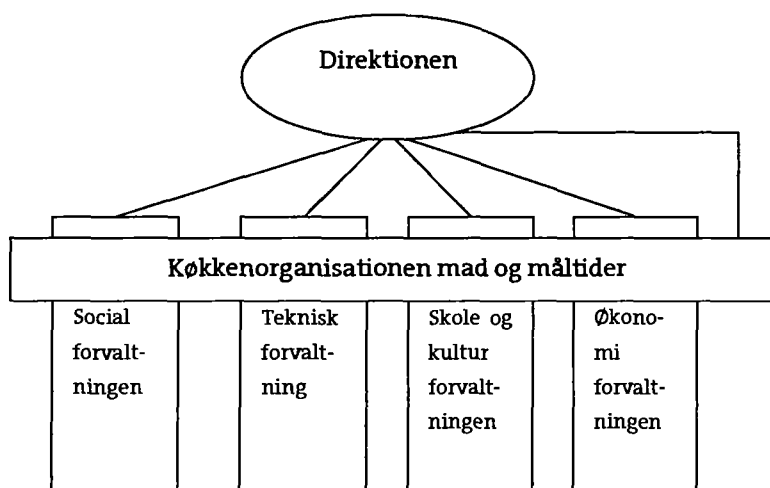
den når til borgeren, skal ud på kortere eller længere transport. Skal maden transporteres, vælges en distributionsform som sikrer bedst mulig kvalitet af maden, det være med hensyn til vitaminbevarelse og med hensyn til organoleptisk kvalitet. Der skal tages hensyn til emballage og transporternes frekvens. 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 satses 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 brugeren 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.

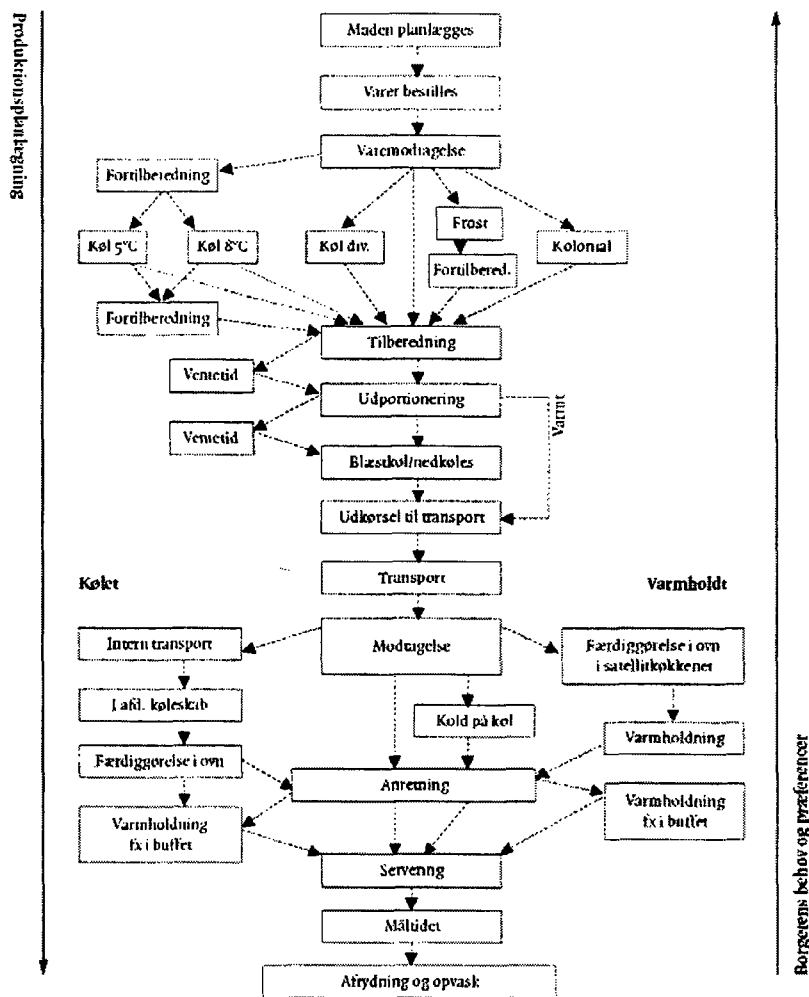
Vi analyserer problemet og finder det eller de delelementer i kæden fra råvarer til måltid som er årsagen til problemet, udvikler og måler igen om problemet er løst. Kvalitetsudvikling er en fortløbende proces, hvor vi hele tiden er opmærksomme på kvaliteten både i forløbet og ved selve måltidet. Det er ikke tilstrækkeligt, at det kun er i køkkenerne, der foregår kvalitetsudvikling og vidensindsamling. 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 samhørighed 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 udfra 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.

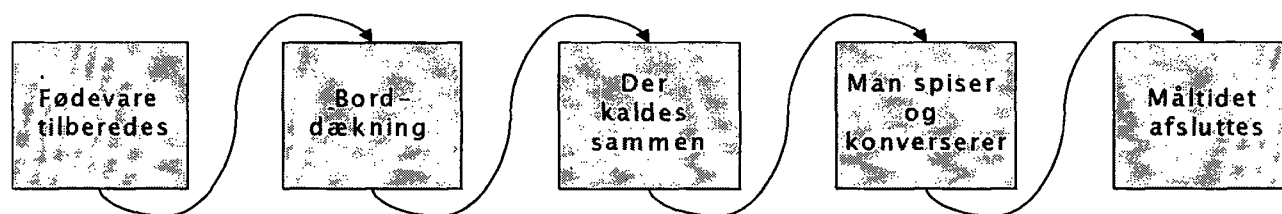
Kritikken af maden er udtryk for en reel kritik af madens kvalitet, men også af den sociale og fysiske situation de hjemmeboende befinder sig i. Andre undersøgelser bekræfter denne antagelse om, at maden

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..." (Haastrup, 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 tømtes dagen for en stor del af dens indhold, når dette arbejde i større eller mindre grad bortfalder. Tilberedningen kan ansues 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 økonomi 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! – Struktureel 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*" Fødevareberetning nr. 9. Fødevareinspektariatet,
- Kofod, J. "*Det er jo ikke et måltid*" Nordnytt 86:101-110.
- Mathey, M-F. A.M. et. al. Health effect of improved meal ambience 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 økonomierne. 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 Storkøkkencenter 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 at 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 levesteder. 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 fødevarer sikkerhed?

Generelt har fødevarer sikkerheden 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 fødevarer sikkerhed 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 fødevarer lovens 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 stålgrøder 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 køkkeners 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 innovationsparatheden i sektoren og den har således har 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 innovationsparatheden 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, Englund 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-Schuiterna, 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 sygehusene.

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 mellemmåltider, 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 Folketinget 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 Økonomiskolen i København. Anbefalinger for den danske institutionskost. Pedersen AN, Ovesen L, editors. København. 1995.
2. Lassen KØ, Olsen J, Grinderslev E, Melchiorson 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 målsætninger 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. Manglede 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.

Fokuset 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 køkkenene, i afdelingerne, i de faglige organisationer, forvaltningerne samt enkelte ældre¹⁵ formuleret udkast til hvordan det gode arbejdsliv, den gode mad og det gode ældre liv 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 *forbrugeren* eller *klientrollen*, med ønske 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 ældresektoren 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, gulvtæpper^{16,17}, 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 ytret 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 veltillæggte 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 meningsfulde 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 udsmitet 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, Fødevarerdirektoratet. <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, Fødevarerdirektoratet. <http://www.foedevarestyrelsen.dk/fdir/publications/2000009/Rapport.doc>
- Prætorius, Nadja U. (2004) Livet som undtagelsestilstand – Overlevelsesstrategier, 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 logistik tjenesten 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/konserver 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 koordinerer 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 smørebød samt "hjertesundt smørebød", der er smørebød med en tykkere skive brød belagt med magert pålæg.

Ligeledes sikrer en indkøbsaftale, at der kan købes målrettet ind til de enkelte kundegrupper behov. Via indkøbsaftaler kan der lettere opnås aftaler om specialprodukter, også ved akutopståede 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 kundegrupes 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 undersygehusopholdet 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/ Terndrup 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 vejet 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, hurtigt 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, slankekur, 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

McWhirter JP, Pennington CR. 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 patienterne 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 hygiejnen 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 målrettet efteruddannelse af køkkenets personale. De har lært dels en masse "kokkefif" 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 pege på at der er meget lidt der tyder på at skolemad automatisk fører til bedre kostvaner end sige skolebørn. Resultaterne fra Europarådets arbejde (COE, 2005) slår fast at der er store og spændende perspektiver, men kan ikke pege 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 skønsomt 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 skønsomt 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 ernæringspædagogisk 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 betjeningsituationen 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 skolemadseksempel 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 fødevareresektoren, herunder i særdeleshed fødevarereproducenterne. 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 børnehaven 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, Fødevaredirektoratet.

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

Hastrup, L (2003).Mad og måltider i skolen. I Mad, mennesker 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 lærer 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 kommet 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 Fødevareministeriet.

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.

Fødevareministeriet 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 undervisnings materiale der direkte relaterer sig til driften af skoleboden, her lærer eleverne om driften af skoleboden.

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

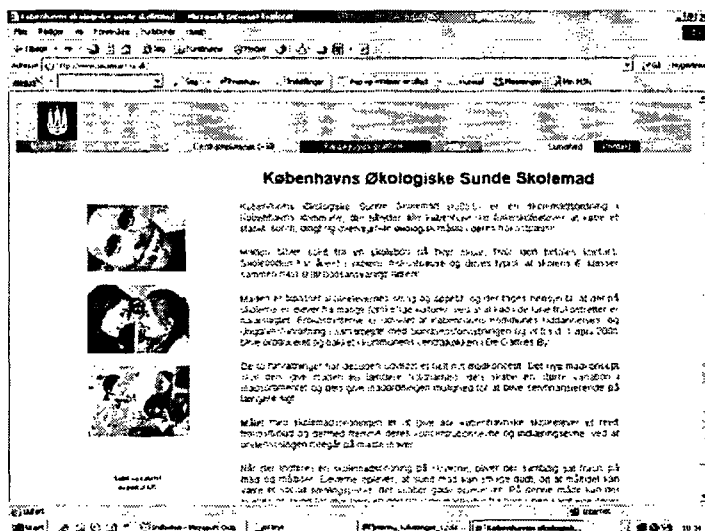
Salg af maden ude på skolerne

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 skolebuden.

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 skolebuden 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 skolebod
- 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 velsmagende 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 velsmagende 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

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.

Service til DIG

à la carte på institutioner



Konceptbeskrivelse

- Individuel service og menusammensætning
- Personlig kontakt
- Gæstens valg udføres 'her og nu'
- Højere serviceniveau og øget kvalitet
- Diætisthjælp
- Støtte og aflastning af plejepersonalet

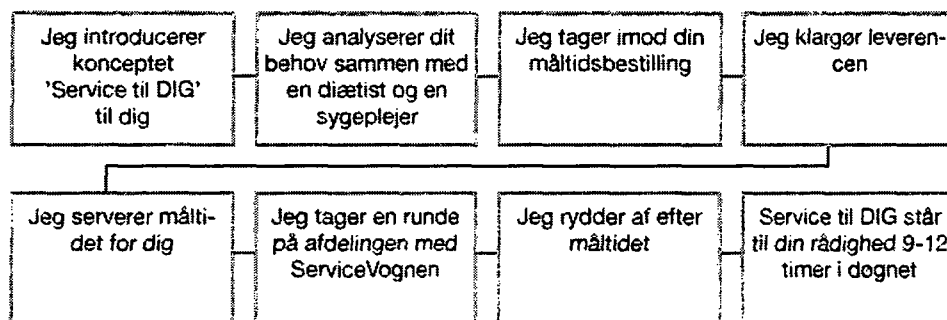
Vores specialuddannede servicemedarbejder vil under opholdet være gæstens personlige kontakt. Måltidet serveres af den, som tager imod bestillingen. Dette skaber større sikkerhed og giver bedre personlig service.

ServiceVognen - à la carte til dig

Vores rullende servicevogn vil tilbyde vores gæster et bredt udvalg af kioskvarer, aviser/blade samt varme og kolde drikke.

Derudover vil vores servicepersonale efter gæstens ønske tilbyde et udvalg af smørrebrød, salater, morgenmadsprodukter, yoghurt, frugt, kager etc. som supplement til måltiderne.

Flow-skema




MEDIREST
 Meals for Life

Medirest © 2005

Dream Steam

Højest mulig kvalitet og ernæringsindhold



Konceptbeskrivelse

Dream Steam er en nyudviklet produktionsteknik inden for gastronomien, hvor ferske råvarer, som normalt har forskellig tilberedningstid, nu kan tilberedes sammen. Råvarerne pakkes sammen i enkelt – eller flerportionspakning. Luften suges ud (vakumeres), og ved hjælp af en unik ventil i posen holdes trykket stabilt. Tilberedningen sker i mikroovn. Dette giver måltidet højest mulig kvalitet og ernæringsindhold samt de laveste produktions-, investerings- og vedligeholdelsesomkostninger. Måltiderne kan opbevares som kølevarer i op til 5 dage.

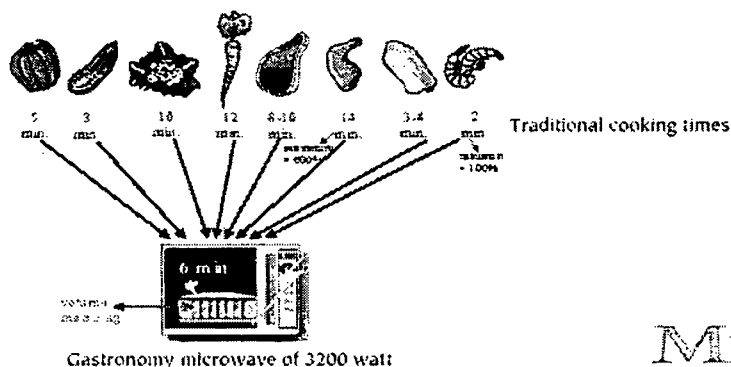
Fordele:

- Kort tilberedningstid og enklere håndtering for køkkenpersonalet
- Formindsket tab af næring og øget kvalitet
- Øget fleksibilitet
- Lave investerings- og produktionsomkostninger
- Lavere energiforbrug
- Mindre pladsbehov

Vision

At tilbyde gæsten et kvalitetsprodukt med vægt på smagsoplevelsen, det visuelle, den øgede næringsværdi samt fleksibiliteten i forbindelse med serveringstidspunktet.

At forstærke madtilbudet til gæsten ved at give dem mulighed for større fleksibilitet i forhold til serveringstidspunkt, valgmuligheder og madens udseende.




MEDIRECT
Meals for Life

Medirect © 2005

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 basiskost. 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 allermost 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 fordringer.

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 fordre forandringsevillighed 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 køkken 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.

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 salgsmatemater 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 fødevarefremstilling 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 tarmrensningssprocedurer 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 energindhold 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 tildelelse 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 forbindelse med klinisk status og sikring af, at den mest optimale ernæringsrutine benyttes på alle tidspunkter. Ernæringsmæssig 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 ressourcefordelinger. Tager som regel aktivt del i ernæringsmæssig støtte, og udfører opgaver inden for kvalitetskontrol, standardiseringspraksis, indsamling af nye oplysninger og uddannelse af andre sundhedseksperter.

Deltagerliste

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

Alice Linning
Alis Erikstrup
Ammi Stein Pedersen
Anders Jensen
Anette Berg Carlsen
Anette Rønnholm
Ann Britt Holt
Anna-Grethe Thøgersen
Anne Bank Sørensen
Anne Lassen
Anne Marie Madsen
Anne Nielsen
Anne Thøgersen
Anne Vibeke Thorsen
Anne-Lise Olsen, Køkkenchef
Annette Ellyt
Annette Hoff
Astrid Dahl

Bent Hansen
Bente Nødskou
Bente Scheel-Krüger
Bente Schiødt
Bente Sloth
Birgit Petersen
Birgitte Bruun
Birgitte Dinesen
Birgitte Hensch
Birgitte Købke Jacobsen
Birgitte Nielsen
Birte Brorson
Birthe Jonsen
Birthe Pugholm
Bo Ege Hansen
Britta Busch

Camilla Bonde Holmegaard
Camilla Jølver
Carsten Elert
Charlotte Bach-Dal
Charlotte Bjørnkær
Charlotte Simson
Christa Larsen

Daniel Ostenfeld
Dorte Arslev
Dorte Borup Jørgensen
Dorte Grau Hansen
Dorte Langgaard
Dorte Skipper
Dorthe Elle Ilsøe
Dorthe Pedersen

Elise Ølgaard Slavad
Ella Abraham
Else Marie Vesterager Lind

Klinisk diætist
Sct. Hans Hospital Centralkøkkenet
Forbrugergruppen VEST
Tulip Food Company
Servicecenter ØST
Bispebjerg Hospital
Suhr's Seminarium
Findus Danmark A/S
JCVU Århus
Danmarks Fødevareforskning
Plejhjemmet Ingeborggården
Suhr's Seminarium
Ældrecentret Tolleruphøj
Danmarks Fødevareforskning
Rigshospitalet Centralkøkken
Sygehus Vestsjælland - Slagelse Sygehus
Ældrecentret Tolleruphøj
DTU, IPL

NNF Ringsted
C&E Gastro-import
Holbæk Centralsygehus
Psykiatrisk Hospital i Århus Centralkøkkenet
Randers Centralsygehus
Sct. Hans Hospital Centralkøkkenet
Bystævneparken - Centralkøkkenet
Diakonissestiftelsen
KAS Gentofte
Nutricia A/S
Øselsgården
Miljøkontrollen
Ældre Sagen
Holbæk Centralsygehus
Ældrecentret Tolleruphøj
Hylleholtcentret

Suhr's Seminarium
Blindehjemmet Bredegård
NNF
Health Care Consulting
Kong Frederik den IX's Hjem
Suhr's Seminarium
Støvring Højskole

Socialdemokratiet
KAS Gentofte
KRAM Madservice A/S
Amager Hospital
Plejecentret Kærbo
Hammel Neurocenter
RUC, Institut for miljø, teknologi og samfund
Dansk Industri

inco Danmark A.m.b.a.
Hørsholm sygehus

Else Molander
Elsemarie Olsen
Erik Schulz
Eva Engelund

Flemming Arp

Gitte Fogh Nielsen
Gitte Mikkelsen
Gotte Holm
Gudrun Lau Bjerno
Gunvor Bruus

Hanne Bach
Hanne Lund Axelsen
Hanne Pedersen
Hans Henrik Thyrsted
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 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 Damkjær
Karin Elmquist
Karin Nødgaard
Karin Wiene Jacobsen
Karin Østergaard
Karina Stenskrog Larsen
Karsten Skawbo-Jensen
Katrine Skagen
Kenneth Virkelyst Nielsen
Kirsten Bak Hansen

Fødevarestyrelsen
Sundhedscenter Trongården
Hørkram Schulz Food Service A/S
DTU

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
Fødevarestyrelsen
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 Fødevareforskning, Afdeling for Ernæring
Roskilde Kommunes Lokalkøkken
Medlem af Folketinget (DF)
Nykøbing Sjælland Sygehus
jcvu - ernæring og sundhed
Kirsebærbacken
Patientforeningen Danmark
Socialministeriet Socialfagligt Center, Ældreheden
Peder Lykke Centret
Agrova Food

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

Nanna Thrane
Nelle Søndermark
Niels Heine Kristensen
Niels Rasmus Poulsen

Frydenholms Skolemad
Stenløse Kommune Køkkenet
Amtssygehuset i Gentofte
Plejhjemmet Kredsens 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
Mediret
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
Diaconissestiftelsen
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

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

Nils Lønstrup	RestaurationsBranchens Forbundet
Ole Hoffmann Sørensen Ole Myglegård	Psykiatrisk Hospital i Århus Centralkøkkenet Suhr's Seminarium
Pernille Hansted Pernille Nørbak Peter Hansen Peter Wedelheim Pia Hein Grimm Pil Ammundsen	Rigshospitalet Centralkøkkenet Aalborg Sygehus Sygehus Vestsjælland - Slagelse Sygehus Køkkenet Oscar A/S Kost og Ernæringsforbundet Spis brød til
Rikke Nyman Rikke Pedersen Ruth Nyholm	Suhr's Seminarium KAS Gentofte Hospital, sygeplejerske
Signe Frese Simone Eliasson Sofie Krogh Andersen Steen Kledal Steen Krogh Stella Larsen Sune Læborg Susanne Bak Susanne Hjortsberg Susanne Hviid Susanne Jonassen Susanne Nørregaard	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
Tea Wad Tina Gotschalk Tina Juul Rasmussen Tina Kragh Mikkelsen Tine Skriver Tove Drejer Tove Hald Nielsen Trine Claudi Mortensen	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
Ulla Bahne Rasmussen Ulla Lundstrøm Ulla Møller Christensen	LUNDSTRØM Kost og Ernæringsforbundet - Herning
Vibe Nemning Vibeke Søndergaard	Peder Lykke Centret
Yrsa Hørby	Ældrecentret Tolleruphøj
Åse Toft Gydesen	Grindsted Sygehus
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 Karin Østergaard Lassen Linda Greffel Niels Rørdam Holm Ulla Johansson	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
Bisiddere: Kirsten Skovsby	Ortopædkirurgi Nordjylland Medirest Danmark Malmö Stad, Skolrestaurangerna Kost & Ernæringsforbundet

Margit Dörffer
Orla Zinck
Peter Lindhqvist
Susanne Westergren

Politisk panel:

Inger Støjberg
Mette Gjerskov
Martin Henriksen
Elisabeth Geday
Henrik Højgaard Rasmussen
Per Clausen
Christian H. Hansen

Teknologirådet:

Anders Hoff
Anne Funch Rohmann
Jacob Skjødt Nielsen
Vivian Palm

Medirest Danmark
Dansk Catering Center
Malmö Stad, Skolrestaurangerna
Sundhedsforvaltningen

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

Teknologirådet
Teknologirådet
Teknologirådet
Teknologirådet

Teknologirådets udgivelser 2004 – 2005

Teknologirådets rapporter:

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

"PISA - undersøgelsen og det danske uddannelsessystem"
Resumé og redigeret udskrift af Folketingshøring mandag den 12. september 2005.10.28 Teknologirådets rapport 2005/12.

"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 kommunalreformens"
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

Nyhedsbrevet "Fra rådet til tinget":
Nr.211 11/05: Mere digital power til borgerne
Nr.210 10/05: PISA – øjenåbner og debatskaber
Nr.209 10/05: Behov for debat om digitale rettigheder
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

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?

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 teknonyt@tekno.dk
- Abonner på Teknologirådets nyhedsbrev til Folketinget "Fra rådet til tinget" ved at sende en mail til rtt@tekno.dk

