ex. 3

OFFENTLIG KOSTFORPLEJNING

I DANMARK

BIND I

Betænkning fra
udvalget om offentlig kostforplejning

Betænkning nr. 1334

Levnedsmiddelstyrelsen

© Levnedsmiddelstyrelsen, marts 1997.
Mørkhøj Bygade 19
2860 Søborg

Tryk: Datagraf Auning

ISBN nr. 87-601-1710-9

Betænkning nr. 1334

Pris: 135 kr.
Samlet pris for bd. I og II: 250 kr.

Publikationen kan købes hos boghandleren eller hos:
SI - Statens Publikationer
Postboks 1103, 1009 København K.
Tlf. 33 37 92 28
Fax 33 37 92 80
E-post sp@si.dk

Mangfoldiggørelse af indholdet af denne bog eller dele deraf er tilladt med tydelig kildeangivelse.

INDHOLDSFORTEGNELSE

BIND I

1. UDVALGETS NEDSÆTTELSE OG VIRKSOMHED 13

1.1 Udvalgets nedsættelse 13

1.2 Udvalgets virksomhed og afgrænsning af arbejdet 16

1.3 Indsamling af data 20

2. SAMMENFATNING AF STATUS OG PROBLEMSTILLINGER FOR OFFENTLIG KOSTFORPLEJNING 22

2.1 Overordnede strukturer og tendenser for den offentlige kostforplejning på de enkelte områder . 23

2.2 Hovedproblemstillinger inden for offentlig kostforplejning 24

3. UDVALGETS ANBEFALINGER 30

4. STATUS FOR OFFENTLIG KOSTFORPLEJNING 38

4.1 Oversigt over omfanget af den offentlige kostforplejning og udgifter forbundet hermed . . . 38

4.1.1 Omfanget af forplejningen . . . 39
4.1.2 Udgifter til offentlig kostforplejning . . . 42

4.2 Overordnede rammer og strukturer for offentlig kostforplejning . . . 44

4.3 Aspekter i direkte relation til brugerne af den offentlige kostforplejning . . . 48

4.3.1 Brug af metoder til indhentning af oplysninger om brugernes ønsker og tilfredshed . . . 48
4.3.2 Valgmuligheder og fleksibilitet i forhold til måltidssammensætning . . . 50
4.3.3 Vurdering af brugernes tilfredshed med spisekvaliteten . . . 52
4.3.4 Spisemiljø og servering . . . 55
4.3.5 Information til brugerne . . . 57
4.3.6 Måltiderne som socialpædagogisk funktion . . . 57

4.4 Tilrettelæggelse og produktion af kostforplejningen i de enkelte institutioner . . . 58

4.4.1 Ansvars- og opgavefordeling . . . 58
4.4.2 Kvalitetsstyring og kvalitetsudvikling . . . 58
4.4.3 Registreringer af brugernes ernæringsstatus . . . 59
4.4.4 Produktion og produktionssystemer . . . 59
4.4.5 Former for udportionering . . . 67
4.4.6 Miljøtiltag . . . 69

4.5 Det politiske og administrative niveau . . . 70

4.5.1 Kostpolitikker . . . 70
4.5.2 Udlicitering . . . 70
4.5.3 Indkøbsaftaler . . . 71

4.6 Det vidensorienterede niveau . . . 73

4.6.1 Antal medarbejdere . . . 73
4.6.2 Personalegrupper . . . 73
4.6.3 Faglige forudsætninger blandt personalet (uddannelse, efter- og videreuddannelse) . . . 75
4.6.4 Mulighed for rådgivning . . . 76

5. ØKONOMISK ANALYSE AF ERNÆRINGS-STØTTE PÅ HOSPITALER - ET EKSEMPEL . 79

5.1 Hyppighed af underernæring 80

5.2 Følger af underernæring 80

5.3 Interventionsundersøgelser 81

5.4 Økonomiske beregninger 82

6. MULIGE INITIATIVER TIL FORBEDRING AF KVALITETEN AF DEN OFFENTLIGE KOSTFORPLEJNING 84

6.1 Initiativer direkte i relation til brugeren 85

6.1.1 Øget brugerinddragelse og -indflydelse 85
6.1.2 Information til brugerne 90
6.1.3 Forbedring af spisemiljøet og serveringen 91
6.1.4 Måltiderne som socialpædagogisk funktion 92

6.2 Initiativer rettet mod tilrettelæggelse og produktion af kostforplejning i de enkelte institutioner 93

6.2.1 Afsætning af ressourcer til kvalitetsstyring og udvikling 93
6.2.2 Klarlægning af ansvars- og opgavefordeling 94
6.2.3 Vurdering af brugernes ernæringsstatus samt etablering af ernæringsteams og ernæringsenheder 95
6.2.4 Optimering af produktions- og serveringssystemerne 97
6.2.5 Produktionstilrettelæggelse 99

6.3 Initiativer rettet mod det politiske og administrative niveau 102

6.3.1 Formulering og indarbejdning af kostpolitikker i amtskommuner og kommuner 102
6.3.2 Uddybning og effektuering af kostpolitikken i de enkelte institutioner 108
6.3.3 Brug af fælles indkøbsaftaler 109

6.4 Initiativer rettet mod øget viden om offentlig kostforplejning 110

6.4.1 Forbedring af uddannelse, videreuddannelse og efteruddannelse 110
6.4.2 Opprioritering af forskning 115
6.4.3 Behov for central indsamling og formidling af viden 116

7. PROBLEMSTILLINGER DER BØR BELYSES NÆRMERE 122

7.1 Områder hvor der er behov for øget viden inden for ernæring 122

7.2 Områder hvor der er behov for øget viden inden for 'teknik' og organisation 124

7.3 Andre områder hvor der er behov for øget viden 126

REFERENCER OG BAGGRUNDSLITTERATUR.....128

ORDLISTE 137

BIND II (BILAG)

A. METODE TIL DATAINDSAMLING VEDR. OFFENTLIG KOSTFORPLEJNING 13

A.1 Interviewundersøgelsen 14

A.2 Spørgeskemaundersøgelsen 16

B. STATUS FOR OFFENTLIG KOSTFORPLEJNING PÅ DE ENKELTE OMRÅDER 22

B.1 Fælles aspekter i forbindelse med status for offentlig kostforplejning 22

B.1.1 Aktører 22
B.1.2 Relevante uddannelser 29
B.1.3 Produktion og produktionssystemer 38
B.1.4 Kvalitet og kvalitetsstyring/udvikling 43
B.1.5 Udgifter forbundet med den offentlige kostforplejning 46

B.2 Status for offentlig kostforplejning på ældreområdet 51

B.2.1 Omfang 51
B.2.2 Bespisningens organisering 55
B.2.3 Næringskvalitet og ernæringsstatus 60
B.2.4 Servering og spisemiljø 64
B.2.5 Valgmuligheder og spisekvalitet 66
B.2.6 Brug af metoder til indhentning af oplysninger om brugernes ønsker og tilfredshed 71
B.2.7 Køkken struktur 74

B.3 Status for offentlig kostforplejning på børneområdet 80

B.3.1 Omfang 80
B.3.2 Bespisningens organisering 82
B.3.3 De 0-6 årige børns kost 84
B.3.4 Skolebørns kost 87

B.4 Status for offentlig kostforplejning på hospitaler . . . 92

B.4.1 Generelt om kostforplejningen . . . 93
B.4.2 Bespisningens organisering . . . 94
B.4.3 Næringskvalitet og ernæringsstatus . . . 97
B.4.4 Servering og spisemiljø . . . 101
B.4.5 Valgmuligheder og spisekvalitet . . . 103
B.4.6 Brug af metoder til indhentning af oplysninger om brugernes ønsker og tilfredshed . . . 107
B.4.7 Køkken struktur . . . 109

B.5 Status for offentlig kostforplejning i døgninstitutioner . . . 114

B.5.1 Generelt om kostforplejningen . . . 115
B.5.2 Bespisningens organisering . . . 120
B.5.3 Næringskvalitet og ernæringsstatus . . . 122
B.5.4 Servering og spisemiljø . . . 125
B.5.5 Valgmuligheder og spisekvalitet . . . 127
B.5.6 Køkken struktur . . . 130

B.6 Status for offentlig kostforplejning i forsvaret . . . 135

B.6.1 Generelt om kostforplejningen . . . 135
B.6.2 Bespisningens organisering . . . 137
B.6.3 Næringskvalitet og ernæringsstatus . . . 138
B.6.4 Valgmuligheder, spisemiljø og spisekvalitet . . . 142
B.6.5 Brug af metoder til indhentning af oplysninger om brugernes ønsker og tilfredshed . . . 142
B.6.6 Køkken struktur . . . 143

B.7 Status for offentlig kostforplejning i Kriminalforsorgen . . . 144

B.7.1 Generelt om kostforplejningen . . . 144
B.7.2 Bespisningens organisering . . . 146
B.7.3 Næringskvalitet og ernæringsstatus . . . 148
B.7.4 Servering og spisemiljø . . . 151
B.7.5 Valgmuligheder og spisekvalitet . . . 152
B.7.6 Vurdering og undersøgelse af kost-forplejningsordningerne . . . 154
B.7.7 Personale . . . 156

C. BAGGRUND FOR ANVENDTE TAL I ØKONOMISK ANALYSE AF ERNÆRINGSSTØTTE . . 157

D. DATAINDSAMLINGSMETODER 161

E. EKSEMPEL PÅ SKEMA TIL ORIENTERING AF PATIENTER 168

F. EKSEMPEL PÅ KOSTSKEMA TIL ÆLDRE . . 169

G. MULIGE RETNINGSLINIER FOR UDFORMNING AF OPSKRIFTER 172

H. OVERSIGT OVER NOGLE EFTERUDDANNELSESMULIGHEDER FOR VISSE FAGGRUPPER 173

1. UDVALGETS NEDSÆTTELSE OG VIRKSOMHED

Efter drøftelse med de kommunale organisationer tog sundhedsministeren i august 1994 initiativ til nedsættelse af et udvalg om offentlig kostforplejning, med det formål at undersøge behovet for at styrke og eventuelt ændre indsatsen inden for den offentlige kostforplejning for at forbedre kvaliteten.

Udvalget blev endeligt sammensat i december 1994.

1.1 UDVALGETS NEDSÆTTELSE

Udvalgets kommissorium var at

> *udarbejde en status over den kost, der tilbydes i de offentlige kostforplejningsordninger, herunder om kostens ernæringsmæssige sammensætning lever op til brugergruppernes behov og deres forventninger til kostens ernærings- og spisekvalitet, og*
>
> *redegøre for, hvilke forskellige typer offentlige kostforplejningsordninger, der findes, under hvilke former de tilbydes, hvor mange der er omfattet af ordningerne samt udgifter forbundet hermed.*

Udvalget skulle især være opmærksom på kosten til børn, unge, syge, ældre og hjemløse.

På *baggrund af denne status skulle udvalget pege på, hvilke offentlige aktiviteter, der er behov for i relation til den offentlige kostforplejning, eksempelvis*

ernæringsfaglig rådgivning over for de ansvarlige for den offentlige kostforplejning med hensyn til kostens sammensætning og opfyldelse af brugernes ernæringsmæssige behov og krav til kvalitet,

vejledning til, hvorledes der lokalt kan arbejdes med forbedring af kostforplejningens kvalitet, og

rådgivning vedrørende tilberednings- og distributionssystemer / teknologier til forbedring af kostens kvalitet og effektiviteten i de offentlige kostforplejninger samt miljømæssige aspekter i tilknytning hertil.

Udvalget skulle endvidere afgrænse eventuelle problemstillinger vedrørende den offentlige kostforplejning, der bør undersøges nærmere og stille forslag til, hvordan sådanne undersøgelser kan gennemføres.

Eventuelle forslag til offentlige aktiviteter skulle omfatte overslag over økonomiske konsekvenser.

Udvalget fik følgende sammensætning:

Formand:

Direktør Ole Kopp Christensen,
Levnedsmiddelstyrelsen

Medlemmer:	*Indstillet af:*
Kontorchef Erik Bang, Direktoratet for Kriminalforsorgen	Justitsministeriet
Klinisk diætist Michael Kjær Ejstrup	Foreningen af Kliniske Diætister

Stabsdyrlæge Torsten Gregersen, Forsvarets Sundhedstjeneste	Forsvarsministeriet
Fuldmægtig Mikkel Grimmeshave	Amtsrådsforeningen i Danmark
Bromatolog Gitte Laub Hansen, Forbrugerstyrelsen	Erhvervsministeriet
Fuldmægtig Signe Hemmingsen/ Fuldmægtig Dorthe Höeg	Socialministeriet
Konsulent Kurt Hjortsø	Kommunernes Landsforening
Direktør Jørgen Højmark Jensen, Levnedsmiddelkontrollen i København	Københavns kommune
Læge Kirsten Molsted	Sundhedsstyrelsen
Formand Irene Kofoed-Nielsen	Økonomaforeningen
Kontorchef Marianne Lauridsen	Sundhedsministeriet
Vicekontorchef Karen Margrethe Mandahl	Frederiksberg kommune
Souschef Anne Marie Marcussen, Suhr's Seminarium	Undervisningsministeriet
Afdelingsforstander Lars Ovesen, Levnedsmiddelstyrelsen	Sundhedsministeriet

Fuldmægtig Trine Bødker Nielsen erstattede i januar 1996 Socialministeriets repræsentant Dorthe Höeg i udvalget. Signe Hemmingsen fortsatte som 'suppleant'.

Fra maj 1996 har fuldmægtig Susanne Baunsgaard været Amtsrådsforeningens repræsentant i udvalget. Hun erstattede fuldmægtig Mikkel Grimmeshave.

I perioden maj til september 1996 har Sundhedsstyrelsen været repræsenteret af læge Birgitte Brinck. Fra september 1996 har Sundhedsstyrelsen været uden repræsentant i udvalget.

Kontorchef Morten Blom Andersen, Fødevareministeriet, deltog i udvalgets 10. møde.

Sekretariatet, der har været varetaget af Sundhedsministeriet og Levnedsmiddelstyrelsen i fællesskab, har bestået af:

Fuldmægtig Hanne Bonne Jørgensen fra Sundhedsministeriet samt fuldmægtig Brit Larsen, bromatolog Anne Lassen og kontorchef Eeva-Liisa Østergård fra Levnedsmiddelstyrelsen.

I perioden december 1994 til juni 1995 har bromatolog Bent Egberg Mikkelsen, Levnedsmiddelstyrelsen, deltaget i sekretariatet, hvorefter Anne Lassen overtog arbejdet i sekretariatet. Bent Egberg Mikkelsen har herudover - ligesom bromatolog Ellen Trolle, bromatolog Tina Bech Hansen og bromatolog Nina Due Jensen - ad hoc bistået sekretariat.

Sekretariatet har endvidere fået bistand til bearbejdning af data fra kontorchef Poul Erik Hansen, Sundhedsministeriet.

1.2 UDVALGETS VIRKSOMHED OG AFGRÆNSNING AF ARBEJDET

Udvalgets første møde blev afholdt den 19. januar 1995. Der har været afholdt i alt 10 møder i udvalget.

Det viste sig hurtigt, at der forelå væsentlig færre data om offentlig kostforplejning end forventet. Det var derfor nødvendigt med en nærmere afgrænsning af de bespisningsordninger, der skulle undersøges, idet udvalget selv måtte iværksætte dataindsamlinger og bearbejde data (se nærmere herom i bilag A., bind II).

Udvalget valgte at afgrænse arbejdet til de offentlige bespisningsordninger, der omfatter store grupper af befolkningen,

som i kortere eller længere perioder får mad i eller leveret fra offentlige institutioner. Det vil sige plejehjem, madudbringning, daginstitutioner, skoler, hospitaler, døgninstitutioner, Kriminalforsorgen og forsvaret. Bortset fra forsvarets kantiner, der også betjener de værnepligtige, er der som hovedregel ikke medtaget offentlige arbejdspladskantiner.

Nogle døgninstitutioner har mindre end 10 beboere og fungerer som 'bofællesskaber'. I størstedelen af disse bofællesskaber tilberedes maden formentlig som i de fleste danske hjem. Udvalget har derfor afgrænset døgninstitutioner i undersøgelsen til:

1. Døgninstitutioner for børn og unge; her kun spædbørnshjem, børnehjem, hjem for børn og unge med vidtgående fysiske og psykiske handicap med mindst 15 døgnpladser (bistandslovens § 96)[1].

2. Døgninstitutioner for voksne med handicap, dvs. institutioner for voksne med vidtgående fysiske og psykiske handicap, med mere end 10 døgnpladser (bistandslovens § 112, stk. 1)[2].

3. Særlige plejehjem, dvs. særlige plejehjem for yngre og for personer med lidelser, der f.eks. gør det nødvendigt med en bestemt indretning af plejehjemmet. Denne gruppe omfatter også tidligere H-plejehjem (bistandslovens § 112, stk. 2).

Denne størrelsesmæssige afgrænsning af døgninstitutioner betyder, at omkring 75% af døgnpladserne for børn og unge og 62% af døgnpladserne for voksne med handicap er omfattet af dataindsamlingen. Tallene er dog usikre (se bilag A.2, bind II, med hensyn til hvor stor en procentdel af institutionerne, der har besvaret spørgeskemaerne).

[1] Uanset størrelsesafgrænsningen er spørgeskemaer udsendt til og besvaret af i alt 9 døgninstitutioner med ned til 4 døgnpladser.

[2] Samme som note 1.

Udvalget har også undladt at medtage bespisning i revalideringsinstitutioner og såkaldte § 105 institutioner (forsorgshjem, herberger, krisecentre og familierelaterede institutioner). Disse steder tilbyder bl.a. mad til hjemløse.

Baggrunden for at undlade at medtage § 105 institutioner har været, at det ikke - inden for den fastsatte frist - ville være muligt at indsamle og bearbejde data for en så uensartet gruppe af institutioner.

Det har ikke været muligt inden for den fastsatte tidsramme - og heller ikke været intentionen - at gennemføre en egentlig videnskabelig undersøgelse. Udvalget har lagt vægt på at få en så bred kortlægning af den offentlige kostforplejning som muligt.

Den del af kosten, der har været genstand for udvalgets undersøgelse, har været afgrænset til 'normal kost' og 'diæter' som 'diabetesdiæt', 'energireduceret diæt' og 'fedt- og kolesterolmodificeret diæt'.

Udvalget har arbejdet ud fra et bredt kvalitetsbegreb, dvs. både set på madens spise- og næringsstofmæssige kvalitet samt den service, der er knyttet til maden, herunder spisemiljø, servering, valgmuligheder og lignende.

Arbejdsgruppe om offentlig kostforplejning på det amtskommunale og kommunale område

Efter en afgrænsning af bespisningsordningerne nedsattes i marts 1995 en arbejdsgruppe om offentlig kostforplejning på det amtskommunale og kommunale område under udvalget.

Arbejdsgruppen skulle *give et overblik over den offentlige kostforplejning på det (amts)kommunale område,* herunder tage stilling til: *Hvilke typer oplysninger, der skulle indhentes, hvordan de skulle indhentes, hvilke kanaler, der skulle benyttes, og hvor langt man skulle 'gå ned i' niveau for at få de nødvendige oplysninger.* Endvidere skulle arbejdsgruppen overveje, *om det ville være tilstrækkeligt at foretage skøn på basis af et repræsentativt udsnit af kommuner samt hvilken metodik, der skulle benyttes til indhentning af oplysninger.*

Arbejdsgruppen fik følgende sammensætning:

Formand:

Direktør Ole Kopp Christensen,
Levnedsmiddelstyrelsen

Medlemmer:	*Repræsenterer:*
Klinisk diætist Michael Kjær Ejstrup	Foreningen af Kliniske Diætister
Konsulent Kurt Hjortsø	Kommunernes Landsforening
Direktør Jørgen Højmark Jensen, Levnedsmiddelkontrollen i København	Københavns kommune
Ældrekonsulent Ellen Kragelund	Frederiksberg kommune
Afdelingsforstander Lars Ovesen	Levnedsmiddelstyrelsen
Økonoma Hanne Rossen, Vejle Sygehus	Amtsrådsforeningen i Danmark
Faglig sekretær Kirsten Skovsby	Økonomaforeningen
Økonoma Margit Skytte, Sundby Hospital	Hovedstadens Sygehusfællesskab

Sekretariatet for arbejdsgruppen blev varetaget af Levnedsmiddelstyrelsen ved bromatolog Bent Egberg Mikkelsen (frem til juni 1995), fuldmægtig Brit Larsen og kontorchef Eeva-Liisa Østergård.

Arbejdsgruppen afholdt 2 møder og færdiggjorde sit arbejde i juli 1995.

1.3 INDSAMLING AF DATA

På baggrund af arbejdet i arbejdsgruppen om offentlig kostforplejning på det amtskommunale og kommunale område blev der i august-september 1995 gennemført en spørgeskemaundersøgelse i samtlige kommuner og amtskommuner vedrørende omfang og organisering af den offentlige kostforplejning (se nærmere herom i bilag A.2, bind II). Der blev udsendt 5 forskellige spørgeskemaer til udfyldelse i kommuner, på plejehjem, i amtskommuner/Hovedstadens Sygehusfællesskab, i døgninstitutioner og på hospitaler.

I september 1995 gennemførtes gruppeinterviews i 10 kommuner og 3 amtskommuner vedrørende spisekvalitet, ernæring og spisemiljø/servering. I alt gennemførtes 16 interviews med deltagelse af tilsammen mere end 100 personer (se nærmere i bilag A.l, bind II). Interviewene foregik opdelt på institutionsområder, dvs. henholdsvis for plejehjem/madudbringning, hospitaler og døgninstitutioner.

Bearbejdede data fra gruppeinterviewene og spørgeskemaundersøgelsen forelå henholdsvis i november 1995 og i maj 1996. Udvalget har således brugt væsentlige ressourcer på indsamling og bearbejdning af data inden for det ovenfor afgrænsede område af offentlig kostforplejning.

Opgørelsen af data fra de 5 spørgeskemaer og sammenfatningen fra gruppeinterviewene kan købes særskilt hos Levnedsmiddelstyrelsen, Publikationsafdelingen.

Sekretariatet for udvalget om offentlig kostforplejning har i forbindelse med overvejelser om 'mulige fremtidige initiativer' afholdt møder i januar 1996 med Økonomaforeningen og Foreningen af Kliniske Diætister samt afholdt en workshop med repræsentanter fra cateringcentre i Sverige (det nu nedlagte Svensk Catering Institut), Holland (The Netherlands Bureau for Food and Nutrition Education) og Belgien (Vereniging van Gemeenschapsrestauranteurs van België).

København, den **17.** marts 1997

Ole Kopp Christensen **Formand**	**Erik Bang**
Susanne Baunsgård	**Michael Kjær Ejstrup**
Torsten Gregersen	**Gitte Laub Hansen**
Kurt Hjortsø	**Jørgen Højmark Jensen**
Irene Kofoed-Nielsen	**Marianne Lauridsen**
Karen Margrethe Mandahl	**Anne Marie Marcussen**
Trine Bødker Nielsen	**Lars Ovesen**

Hanne Bonne Jørgensen (sekretær)	Brit Larsen (sekretær)
Anne Lassen (sekretær)	Eeva-Liisa Østergård (sekretær)

2. SAMMENFATNING AF STATUS OG PROBLEMSTILLINGER FOR OFFENTLIG KOSTFORPLEJNING

En stor del af den danske befolkning er i kortere eller længere perioder af deres liv afhængige af den offentlige kostforplejning. Hver dag serveres knap *Vi* mio. måltider ekskl. mellemmåltider i det offentlige forplejningssystem, svarende til en omsætning på mere end 4 mia. kr. årligt. Heri er medregnet måltider til beboere på plejehjem o.l. (herunder dagcentre), hjemmeboende pensionister, patienter på hospitaler, beboere i døgninstitutioner, værnepligtige inden for forsvaret, indsatte inden for Kriminalforsorgen og børn i daginstitutioner. Herudover omfatter den offentlige kostforplejning måltidstilbud til børn i dagpleje og til skolebørn.

Kvaliteten af den offentlige kostforplejning og samværet ved måltiderne har væsentlig betydning for brugernes næringsindtagelse og velbefindende og for blandt andet risikoen for komplikationer ved sygdom. Beregninger viser, at der vil være betydelige besparelser at hente på hospitalerne ved at forstærke indsatsen på ernæringsområdet. I alt skønnes omkring 30% af alle medicinske og kirurgiske patienter at være underernærede. Også ældre på plejehjem, modtagere af madudbringning og visse beboere i døgninstitutioner kan være ernæringsmæssige risikogrupper, ligesom den offentlige kostforplejning kan have betydning for børnenes kostvaner og deres udvikling.

Når de ernæringsmæssige aspekter ikke altid tilgodeses i et tilstrækkeligt omfang i de offentlige institutioner, skyldes det tilsyneladende, at kost og ernæring af mange betragtes som et 'lavstatusområde'. Et billede på dette er, at køkkenerne ofte er placeret fysisk i periferien i stedet for som en central funktion i institutionerne. Allerede i uddannelserne er kost og ernæring gennemgående underprioriteret. Således er der p.t. ingen obligatorisk undervisning i ernæring i lægeud-

dannelsen. Kostforplejning synes desuden ikke forskningsmæssigt at være et prioriteret område, ligesom der kun undtagelsesvis foreligger udførlige politikker for forplejningen på de kommunale/amtskommunale niveauer eller i de enkelte institutioner. Der er dog tegn på, at interessen for ernæring er stigende, således at stadig flere får øjnene op for kostens betydning i forhold til institutionernes samlede opgavevaretagelse.

Som en del af udvalgsarbejdet har det været nødvendigt at gennemføre en dataindsamling for at vurdere status for den offentlige kostforplejning. Et af resultaterne fra undersøgelsen har været, at der er tale om stor lokal variation med hensyn til tilrettelæggelsen af den offentlige kostforplejning. Undersøgelsen er ikke fuldt afdækkende og lægger i høj grad op til fortsat arbejde på området. I det følgende gennemgås kort hovedtrækkene for de enkelte områder af den offentlige kostforplejning. Dernæst ridses nogle af de væsentligste problemstillinger op, der er behandlet i undersøgelsen.

2.1 OVERORDNEDE STRUKTURER OG TENDENSER FOR DEN OFFENTLIGE KOSTFORPLEJNING PÅ DE ENKELTE OMRÅDER

Det er karakteristisk, at produktionskøkkenerne på *plejehjems- og hospitalsområdet* i større udstrækning end tidligere får selvstændig driftsstatus, at der i vid udstrækning indføres ny teknologi, herunder omlægning til køleproduktion og modernisering af køkken og udstyr, at der anvendes større mængder af halv- og helfabrikata, at mindre køkkener nedlægges eller omlægges til modtagerkøkkener, og at medarbejderstaben reduceres. Disse udviklingstendenser er mest markante på hospitalsområdet, men også inden for ældrebespisningen, specielt inden for madudbringning, er der flere steder sket større omstruktureringer, hovedsagelig med henblik på at opnå besparelser, blandt andet ved nedsættelse af antallet af ugentlige udbringninger. Samtidig har man flere steder tilstræbt at forbedre forplejningstilbudene.

På døgninstitutionsområdet, i forsvaret og i Kriminalforsorgen er udviklingen gået i en anden retning. På *døgninstitutionsområdet* har man ønsket at fjerne 'institutionspræget' mest muligt. Dette har de senere år betydet en omlægning til decentrale køkkener, hvor dette har været muligt. Ansvaret for madlavningen ligger nu i vid udstrækning hos det pædagogiske personale, som - eventuelt sammen med beboerne - tilbereder maden. De mindre selvhjulpne brugere og brugere med specielle behov (f.eks. for diæter) får dog typisk stadig bragt mad fra centrale køkkener.

Inden for *forsvaret* er ansvaret for forplejningen ved forsvarets etablissementer i høj grad decentraliseret til de enkelte cafeterier. Derudover omfatter kostforplejningen søværnets skibe og feltrationer under øvelse.

Inden for *Kriminalforsorgen* går tendensen mod en større grad af selvforplejning. Knap halvdelen af de indsatte forestår således selv hele forplejningen. Institutionskøkkener findes i de største arresthuse og endnu i enkelte fængsler. Dybfrostforplejning bruges til indsatte i mindre arresthuse samt til indsatte placeret i isolationsafdelinger og på sygeafdelinger i fængsler, der ikke har institutionskøkkener.

Inden for *børneområdet* bespises de fleste af de 0-3 årige børn, der passes i de kommunale ordninger (daginstitutioner og dagpleje), mens en langt mindre del af de 3-6 årige bespises i pasningsordningerne. Omkring halvdelen af alle skoler har skoleboder og/eller kantiner, men egentlig offentlig bespisning for skolebørn findes stort set ikke.

2.2 HOVEDPROBLEMSTILLINGER INDEN FOR OFFENTLIG KOSTFORPLEJNING

I det følgende peges på nogle aktuelle problemstillinger inden for spisekvalitet, ernæring og servering/spisemiljø. Aspekter omkring hygiejne, miljø, arbejdsmiljø, økonomi m.m. er i hovedsagen ikke berørt i denne gennemgang. For yderligere uddybning henvises til afsnit 4 og bilag B.l - B.7 (bind II). Der gøres opmærksom på, at mangfoldigheden i til-

rettelæggelsen af kostforplejningen er stor, hvorfor problemerne kan være forskelligartede.

Såvel problemstillingerne som de generelle anbefalinger har udvalget valgt at systematisere inden for 4 hovedområder:

Det brugerorienterede.
Det produktionsorienterede.
Det politiske og administrative.
Det vidensorienterede.

Det brugerorienterede

Traditionelt har brugerne kun haft ringe indflydelse på kostforplejningsområdet. I dag går tendensen mod i højere grad at inddrage brugerne, blandt andet ved at anvende brugertilfredshedsundersøgelser (fortrinsvis på hospitaler), kontaktpersonordninger (fortrinsvis på hospitaler), deltagelse af brugere i kostudvalg, råd m.m. (fortrinsvis på plejehjem og i forsvaret) samt den daglige, direkte kontakt (fortrinsvis i døgninstitutioner samt ved cafeterier/caféer/boder i forsvaret og i visse tilfælde på ældre- og børneområdet m.m.). Enkelte steder inddrages brugerne i menuplanlægningen (fortrinsvis i døgninstitutioner). Det er dog stadig sådan, at oplysninger om brugernes ønsker og tilfredshed med kostforplejningsforhold kun undtagelsesvis indhentes som et led i en systematisk forbedring af kostforplejningen.

Der er gennemgående behov for udvikling af individuelle og differentierede servicetilbud til brugerne af den offentlige kostforplejning. Fleksibilitet og valgmuligheder vedrørende menuvalg, måltidssammensætning, portionsstørrelser, spisetidspunkter m.m. tilbydes i dag kun i et begrænset omfang i størstedelen af den offentlige kostforplejning. Nogle steder arbejdes der dog med at forbedre servicetilbudene og med alternative løsninger for tilrettelæggelsen af kostforplejningen, herunder etablering af bemandede buffeter på hospitaler og etablering af caféer for de hjemmeboende pensionister.

Der er stor forskel på rammerne for bespisningen i de offentlige institutioner. Ofte sætter de fysiske rammer begrænsninger for de mulige bespisningsformer, herunder fællesspisning på plejehjem, hospitaler og for hjemmeboende pensionister. Også manglende forståelse og prioritering af kostforplejningen blandt ledelse og personale kan være med til at påvirke servering og spisemiljø i en uheldig retning.

For alle områder af den offentlige kostforplejning kan informationen til brugerne være mangelfuld. Det, der mangler, er f.eks. en mundtlig og skriftlig information om kostforplejningstilbudene, information og rådgivning i spisesituationen, egentlig kostvejledning samt i visse tilfælde diætvejledning.

Metoder til rutinemæssig vurdering af brugernes ernæringsstatus og vurdering af næringsindtagelsen benyttes tilsyneladende kun i begrænset omfang på plejehjem, hos hjemmeboende pensionister og på hospitaler.

Kostforplejningen udnyttes sjældent som en aktivitet, der kan være med til at bevare og styrke funktionsevnerne hos brugerne. En undtagelse herfra er bl.a. nogle døgninstitutioner, hvor beboerne deltager i madlavningen, i Kriminalforsorgen, hvor mange indsatte selv varetager madlavningen samt i visse skærmede enheder for demente.

Det produktionsorienterede

Ofte er det uklart, hvem der har ansvaret for de enkelte dele af kostforplejningen, herunder om brugerne har en god ernæringsstatus.

Kommunikationen og samarbejdet mellem de involverede personalegrupper, der har med kostforplejning at gøre, er ofte mangelfuld. Fælles mål for personalegrupperne er sjældent formuleret og kommunikeret. Der er således behov for udvikling af metoder til organisering af kostforplejningen med fokus på tværorganisatorisk samarbejde og på optimering af madens 'vej' fra råvare og helt frem til spisning.

Der mangler redskaber til vurdering af råvarernes og den færdige mads kvalitet, herunder fastsættelse af normer for god spisekvalitet og god ernæringsmæssig kvalitet. Dette vil kunne være med til at danne grundlag for en debat om bl.a. spisekvalitet kontra økonomi m.m.

For de ernæringsspecifikke sygdomme findes en række diættilbud. Differentierede tilbud til brugere, som ikke har behov for diæter eller specialkost, og til brugere, der er fejlernærede eller i risiko herfor, findes derimod stort set ikke.

I visse tilfælde kan begrænsede ressourcer, utidssvarende udstyr, uhensigtsmæssige arbejdsgange og begrænsede erfaringer med styring og udvikling af kvaliteten gøre det vanskeligt for kostforplejningspersonalet at forny sig på en kvalificeret måde.

Omlægninger af de traditionelle teknikker i takt med den teknologiske udvikling sker ofte ikke ud fra en helhedsorienteret planlægning. Således tages der ikke i et tilstrækkeligt omfang hensyn til kvalitet og ernæring for de enkelte produktgrupper. I de nuværende systemer er der blandt andet hyppigt problemer med serveringstemperaturer, næringstofbevarelse, konsistens og smag (herunder 'genopvarmet' smag). Årsagerne til problemerne kan for eksempel være dårlige råvarer/halv- og helfabrikata, ugennemarbejdede opskrifter, lang varmholdningstid, lang kølelagring og/eller iltning under kølelagring.

Det politiske og administrative

Tilbudet om offentlig kostforplejning udbydes af såvel statslige som amtskommunale og kommunale myndigheder. Det er op til disse myndigheder at definere omfanget og indholdet i servicetilbudene inden for kostforplejning. Det betyder eksempelvis, at kriterierne for visitering til madudbringning kan variere fra kommune til kommune. Derudover omfattes kun få skolebørn af bespisningsordninger, ligesom mange kommuner har skåret ned på madtilbudene i daginstitutionerne.

Forplejningsområdet prioriteres ofte lavt af de ansvarlige myndigheder. Dette viser sig blandt andet ved, at der kun undtagelsesvis tages initiativer i retning af udarbejdelse af detaljerede beskrivelser af, hvilke serviceydelser kommunen/amtet/staten tilbyder på kostforplejningsområdet. Dette gælder for alle områder af den offentlige kostforplejning. Specielt på døgninstitutionsområdet synes de ansvarlige myndigheders involvering i kostforplejningsområdet at være meget lille. Således er der tilsyneladende ingen amtskommuner, der har vedtagne kostpolitikker for området.

Fælles indkøbsaftaler udnyttes ikke af alle kommuner og amtskommuner som middel til at opnå kvalitetsmæssige og økonomiske fordele.

Det vidensorienterede

Der er behov for øget viden inden for offentlig kostforplejning på en række områder hvad angår teknologi, ernæring, organisation og brugerinddragelse.

Der sker ingen systematisk indsamling og formidling af viden vedrørende kostforplejningsforhold. Det betyder, at erfaringer fra én institution ikke udnyttes og videregives til andre institutioner.

De vigtigste aktører i forbindelse med rådgivning og information på det teknologiske område er ofte leverandører på storkøkkenområdet samt kollegaer. I visse tilfælde anvendes private konsulenter. I Storkøkkencentret i Levnedsmiddelstyrelsen foregår der et vist udviklingsarbejde på kostforplejningsområdet. Centret har dog kun kapacitet til at yde service i form af rådgivning i et meget begrænset omfang.

De vigtigste aktører i forbindelse med rådgivning og information af viden om ernæring til forplejningsområdet er offentlige instanser og enkelte interesseorganisationer. Rådgivning og information om ernæring via offentlige instanser er oftest generel, det vil sige ikke målrettet kostforplejningsområdet. På mange hospitaler er der ansat

kliniske diætister med ernæringsfaglig ekspertise, mens blandt andet plejehjem og døgninstitutioner for det meste ikke har adgang til ernæringsfaglig ekspertise.

Personalets ernæringsfaglige forudsætninger kan være begrænsede som følge af utilstrækkelig undervisning i kost og ernæring i uddannelserne og begrænset efteruddannelse i kostfaglige emner. Det gælder i særdeleshed for det pædagogiske personale i døgninstitutionerne, fængselsfunktionærer samt læger. Også for kostforplejningspersonalet er mulighederne for efter- og videreuddannelse utilstrækkelige i forhold til den hastige teknologiske og strukturelle udvikling på området. Desuden savnes muligheder for en akademisk overbygning for økonomaer, kliniske diætister samt ernærings- og husholdningsøkonomer.

3. UDVALGETS ANBEFALINGER

Kvaliteten af den offentlige kostforplejning er ikke et entydigt begreb. Brugerne af den offentlige kostforplejning omfatter personer med forskellige ernæringsmæssige behov, forskellige ønsker til 'madstilen', til madens spise- og ernæringsmæssige kvalitet samt til servicen i den offentlige kostforplejning.

Nogle brugere vil have traditionel dansk mad eller egnsretter, mens andre lægger mere vægt på mad fra forskellige 'himmelstrøg' eller ernæringsrigtig mad fremstillet efter nye spændende opskrifter.

Måske kan ikke alle ønsker opfyldes inden for de givne rammer, men man kan nå langt ved, at man på alle niveauer i den offentlige kostforplejning sætter brugerne i centrum og forsøger at leve op til deres behov og formulerede ønsker. Maden i den offentlige kostforplejning får nemlig først en ernæringsmæssig betydning, når den bliver spist af brugerne.

Der er behov for en *generel opprioritering af kostforplejningen* på alle niveauer inden for det offentlige. Kostforplejning betragtes af mange stadig som lavstatusområde' selv om maden i kraft af væsentlige kulturelle, sociale og sundhedsforebyggende funktioner kan bidrage til øget velbefindende og sundhed.

Udvalget peger på flere forhold inden for den offentlige kostforplejning, hvor der ud fra menneskelige, ernæringsmæssige og/eller økonomiske hensyn bør tages initiativer med henblik på at forbedre kvaliteten. Dette kapitel indeholder *anbefalinger af mere generel karakter med fremhævning af enkelte eksempler.*

De konkrete anbefalinger, der har karakter af et idékatalog, er samlet i kapitel 6 om mulige initiativer til forbedring af kvaliteten af den offentlige kostforplejning og i kapitel 7 om problemstillinger, der bør belyses nærmere.

Da der er store forskelle både institutionsområderne imellem og inden for de enkelte institutioner, må eventuelle initiativer altid tilpasses de konkrete forhold.

Det brugerorienterede

For de fleste brugere af den offentlige kostforplejning udgør de daglige måltider en behagelig afbrydelse og afveksling i hverdagen. For nogle brugere er det måske dagens højdepunkt. Derfor er den service, der tilbydes, af stor betydning for den enkelte.

I den service, der tilbydes i den offentlige kostforplejning, bør det tilstræbes at give brugerne *større valgmulighed*, herunder mulighed for at vælge

- mellem forskellige menuer, måltidernes sammensætning og portions størrelser,
- om de vil spise sammen med andre eller alene. For nogle personer øges appetitten ved det sociale samvær under måltidet, mens andre foretrækker at sidde alene med deres mad, og
- spisetidspunkt, så spisetidspunktet i så høj grad som muligt kan tilpasses brugerens andre aktiviteter.

Det er vigtigt, at brugerne informeres på en forståelig måde om de kostforplejnings tilbud, der gives, og at der sikres formidling tilbage til køkkenet (producenten af maden) om brugernes tilfredshed med maden og evt. ønsker. På den måde vil køkkenet løbende kunne tilpasse sig brugernes ønsker og behov.

Informering af brugerne kan eksempelvis ske ved

- informationsbrochurer,
- udsendelse af detaljerede skriftlige menuplaner f.eks. en gang ugentligt og evt. via radiokanaler/video m.m.,

mundtlig information, herunder bemanding af buffeterne samt tilstedeværelse af personale ved måltiderne i spisestuerne, og
illustration af dagens menu ved fotografi eller arrangeret på tallerken.

Tilbagemelding til køkkenet om brugernes ønsker og tilfredshed kan eksempelvis ske

via brugerundersøgelser, kontaktpersoner, direkte kontakt og
via brugerbestyrelser, ældreråd og lignende.

På nogle institutionstyper (f.eks. visse plejehjem, døgninstitutioner og i Kriminalforsorgen) *har måltiderne et motiverende og aktiverende formål.* Brugerne deltager i vid udstrækning i det praktiske i forbindelse med spisningen (indkøb, madlavning, borddækning m.v.). Disse aktiviteter er med til at bevare funktionsevnen, øge ansvarligheden og give indhold i tilværelsen. Der kan opfordres til gennemførelse af sådanne aktiviteter, i det omfang det er praktisk muligt og hygiejnisk forsvarligt.

Spisningen bør foregå *i behagelige omgivelser,* og det må sikres, at personer, der har brug for hjælp enten til at sammensætte et ernæringsrigtigt måltid eller har brug for praktisk hjælp til spisningen, også får den nødvendige hjælp.

Beslutningen om, hvad der skal tilbydes i den offentlige kostforplejning, og hvordan tilbudet skal udformes konkret, skal fortsat tages decentralt og så tæt på brugeren som muligt. I den udstrækning det er muligt (under hensyntagen til brugerens evner og interesse), skal *brugerne inddrages* i beslutningen. Det kan f.eks. ske rutinemæssigt i kostudvalg og lejlighedsvis i brugerbestyrelser, brugerråd o.l.

Kostudvalg kan samtidig være med til at sikre, at der sker en koordinering af ønsker og muligheder for gennemførelse set fra brugernes og fra forskellige personalegruppers synsvinkel. Derudover kan kostudvalg være med til at øge kom-

munikationen mellem faggrupperne samt bidrage til, at der sættes fokus på kostfaglige forhold.

Det produktionsorienterede
Ved forbedring af kvaliteten i den offentlige kostforplejning vil det være mest hensigtsmæssigt at betragte kost og ernæring som elementer, der indgår i institutionens funktion og samlede opgave vare tagel se. Samtidig kan institutionen bruge målsætningen om opfyldelse af brugernes behov og ønsker i forhold til bl.a. maden, som et af elementerne i institutionens profilering af sig selv.

Udvalget skal opfordre til, at man på institutionsniveau gør sig klart, hvilken rolle kosten indtager i forhold til institutionens primære funktion. Over for visse brugergrupper vil der eksempelvis være oplagte menneskelige og økonomiske fordele ved gennemførelse af egentlig *ernæringsstøtte* (se herom i kapitel 5).

En fælles forståelse blandt de involverede faggrupper er et godt udgangspunkt for beslutningen om variation i kosttilbudet, hvilke valgmuligheder der skal tilbydes (spisetidspunkt, sted, menu, måltidssammensætning, portions størrelse og pris). Det er således vigtigt, at man på tværs i organisationen søger at afveje brugernes ønsker og behov til kostforplejningen i relation til institutionens drift i øvrigt.

Der må foreligge en klar *ansvarsfordeling* med hensyn til kostforplejningen i den enkelte institution. Det bør være fastlagt, hvem der har ansvaret for

- brugernes ernæringsstatus,
- tilbuddet om og produktion af ernæringsrigtig mad af god spisekvalitet,
- at maden serveres i behagelige omgivelser og under rolige forhold og
- eventuelle indkøbsaftaler, kontrol af råvarer og optimering af produktionssystemer.

Udvalgsarbejdet tyder på, at der især kan være behov for at få klarlagt, hvem der har ansvaret for brugernes ernærings-

Status, og hvem der skal tage initiativer i tilfælde af dårlig ernæringsstatus.

Ved *valg af produktions- og distributionsteknologi* skal man være opmærksom på teknologiens konsekvenser for bevarelse af næringsstoffer, levnedsmiddelhygiejniske og miljømæssige forhold, madens smag, udseende og konsistens samt fleksibilitet i produktionstilrettelæggelsen.

For at sikre og fastholde fremskridt inden for den offentlige kostforplejning kan det anbefales institutionerne at etablere *kvalitetsstyrings- og udviklingsprojekter*. I nogle tilfælde kan det være hensigtsmæssigt at etablere egentlige organisatoriske rammer til opfølgning og udvikling, eksempelvis ernæringsteams eller ernærings enheder til overvågning af særlige patientgruppers ernæringsstatus på hospitaler (se nærmere herom i afsnit 6.2.3).

Det politiske og administrative

En forbedring af kvaliteten i den offentlige kostforplejning forudsætter efter udvalgets opfattelse en tydeligere *placering af kostens og ernæringens betydning* i forhold til institutionens samlede opgavevaretagelse.

Gennemførelse af dette udvalgsarbejde kan bidrage til at sætte fokus på området, men det bør følges op af de ansvarlige for den offentlige kostforplejning i institutionerne på det statslige, amtskommunale og kommunale område. Det kan ske ved, at de relevante myndigheder udstikker rammerne for en kostpolitik for egne institutioner og sikrer, at institutionerne udfylder disse rammer og efterfølgende søger at leve op til dem (se nærmere herom i afsnit 6.3).

Rammerne for en kostpolitik inden for de forskellige institutionsområder må indeholde en indplacering af kostforplejningen i relation til institutionernes overordnede målsætning og opgavevaretagelse over for brugergruppen samt fastlægge overordnede krav til institutionernes tilbud til og inddragelse af brugerne.

Det vidensorienterede
Institutioner, der ikke har umiddelbar *adgang til ernærings-faglig rådgivning,* må sikres adgang hertil i nødvendigt omfang. Der opfordres til, at kommuner og amtskommuner samarbejder herom på tværs af kommunale eller amtskommunale grænser.

Andre former for *vidensudveksling* vedrørende offentlig kostforplejning på kommunalt og amtskommunalt plan kan eksempelvis ske ved etablering af såkaldte netværksgrupper eller ERFA-grupper (erfaringsudvekslingsgrupper) til drøftelse af fælles problemstillinger.

Til støtte for de offentlige institutioners initiativer vedrørende kostforplejning anbefaler udvalget, at der *etableres et institut* til at sikre *indsamling og formidling af viden* vedrørende forplejningsområdet, evt. knyttet til et eksisterende fagligt miljø (se nærmere afsnit 6.4.3).

Instituttet skal varetage følgende funktioner:

Løbende indsamling af viden og erfaringer inden for forplejningsområdet.

Formidling af viden via udsendelse af nyhedsblad, drift af elektronisk database, udgivelse af publikationer (blandt andet statistik), afholdelse af seminarer o.l.

Rådgivning vedrørende ernæring og tilrettelæggelse af kostforplejningen.

Gennemførelse af videns skabende internt og eksternt sponsorerede projekter og udviklingsopgaver, samt evt. medvirke ved drift af et 'testkøkken'.

Etablering af og støtte til lokale, nationale og internationale 'netværksgrupper' med henblik på erfaringsudveksling på kostforplejningsområdet.

Udvalgsarbejdet har bl.a. vist, at der er *manglende viden* om:

Kostens og ernæringens betydning for forebyggelse og behandling af sygdom.

Hvordan den offentlige bespisning på børneområdet kan medvirke til at forebygge de særlige problemer omkring tykke børn og spiseforstyrrelser.

Produktionssystemers indvirkning på madens ernærings- og spisekvalitet.

Metoder til undersøgelse af brugernes tilfredshed med madens spise- og ernæringsmæssige kvalitet, tilpasset det meget forskellige klientel på offentlige institutioner.

Metoder til undersøgelse af ernæringsstatus hos forskellige typer brugere af offentlige institutioner.

Udvikling og afprøvning af systemer til 'styring af den ernæringsmæssige indsats'.

Systemer, der understøtter samarbejde og kommunikation mellem de forskellige faggrupper.

Udvalget opfordrer derfor til, at de relevante forskningsråd kanaliserer flere *midler til forskning* på disse områder, og at der igangsættes overvejelser om, hvordan disse områder kan *opprioriteres i de relevante uddannelser.* Specielt i forhold til pleje- og lægeuddannelserne må det overvejes, hvordan uddannelserne kan suppleres med metoder til vurdering af de forskellige brugergruppers ernæringsstatus.

Da ansvaret for brugernes ernæringsstatus på stadig flere offentlige institutioner syntes at overgå til brugerne selv, er der også behov for mere *generel information* rettet mod de forskellige brugergrupper om ernæringens betydning for eget velbefindende.

Der foreslås oprettet en *pulje til udvikling af offentlig kostforplejning* med det formål at fremme lokale forsøgsordnin-

ger vedrørende offentlig kostforplejning. Puljen skal bl.a. kunne give tilskud/medfinansiere forsøg på området (se nærmere afsnit 6.4.3).

4. STATUS FOR OFFENTLIG KOSTFORPLEJNING

4.1 OVERSIGT OVER OMFANGET AF DEN OFFENTLIGE KOSTFORPLEJNING OG UDGIFTER FORBUNDET HERMED

Den offentlige kostforplejning omfatter i denne status *plejehjem inkl. dagcentre, madudbringning, hospitaler, døgninstitutioner* (for nærmere afgrænsning se afsnit 1.2), *skoler, Kriminalforsorgen, forsvar* (ekskl. Beredskabskorpset), *daginstitutioner* og *dagpleje.*

Denne status bygger på resultaterne af:

1. Gruppeinterviews med kostforplejnings- og plejepersonale samt pædagogisk personale og personale fra de relevante administrative myndigheder i 3 amtskommuner og i 10 kommuner.

2. Spørgeskemaundersøgelsen 'Offentlig kostforplejning i Danmark 1995', som omfatter besvarelser fra 853 plejehjem[1], 74 hospitaler[2] med i alt 7.322.700 årlige senge-

[1] Skema 1B. Skønnet svarprocent ud fra antal enheder: 95%.

[2] Skema 2C. Skønnet svarprocent ud fra antal sengedage: 90%.

dage, 335 døgninstitutioner[3], 14 amtskommuner[4] og 250 kommuner[5].

3. Supplerende telefoninterviews dels vedrørende brugerundersøgelser med 23 hospitalskøkkener og 17 plejehjemskøkkener, der i spørgeskemaundersøgelsen svarede bekræftende på, at de inden for de sidste 5 år har gennemført spørgeskemaundersøgelser blandt brugerne, dels vedrørende kostpolitikker med udvalgte amtskommuner, kommuner og institutioner.

4. Oplysninger fra Forsvarets Sundhedstjeneste, Forsvarskommandoen og Kriminalforsorgen.

5. Litteratur, jf. referenceliste.

I bilag B.2-B7 (bind II) er status for de enkelte områder uddybet.

4.1.1 Omfanget af forplej ningen

Omfanget af den offentlige kostforplejning er skønnet i tabel 4.1 og i tabel 4.2. Tabellerne angiver antal institutioner/enheder, antal pladser/antal personer, der bespises, antal måltider, der produceres pr. dag og antal måltider udregnet som kostdage.

[3] Skema 2B. Skønnet svarprocent ud fra antal døgnpladser: 58% (35% af samtlige døgnpladser for børn og unge, 61% af samtlige døgnpladser for voksne med handicap og 45% af samtlige døgnpladser på særlige plejehjem). Det skal bemærkes, at institutioner for børn og unge og for voksne handicappede med under henholdsvis 15 og 10 døgnpladser ikke er medtaget i undersøgelsen. Det formodes, at en stor del af de resterende institutioner, der ikke er omfattet af spørgeskemaundersøgelsen, er institutioner med mindre end 10-15 døgnpladser.

[4] Inkl. Københavns Kommune. Skema 2A. Svarprocent: 87%.

[5] Skema 1A. Svarprocent: 91%.

Tabel 4.1. Skønnet omfang af den offentlige kostforplejning pr. dag på hospitaler, plejehjem, madudbringning og i døgninstitutioner. Hvor andet ikke er angivet, er tal skønnet fra spørgeskemaundersøgelsen.

Kategorier	Antal institutioner	Antal pladser/personer der bespises pr. dag	Antal måltider pr. dag, ekskl. mellemmåltider	Antal kostdage[6] pr. dag
Plejehjem	899 [a]	40.600 [b]	144.600 [c]	49.300 [c]
Madudbringning		51.400 [d]	39.900	19.700
Hospitaler	**96** [e]	22.300 [ef]	104.500 [e]	**36.100** [e]
Døgninstitutioner	**672** [ag]	16.000 [ah]	48.000 [i]	16.000 [i]

[a)] Danmarks Statistik, Den sociale ressourcetælling januar 1995 (1996 b) (plejehjem og plejehjem med daghjem). [b)] Antal døgnpladser, idet en dagplads er lig ½ døgnplads. [c)] Inkl. personalekantine m.m.. [d)] Antal visiterede til madudbringning (59% er over 80 år, 35% mellem 60 og 79 år og 6% under 60 år). [e)] Sundhedsstyrelsen (1996). [f)] Antal sengedage/365. [g)] Antal institutioner, heraf er 34% fordelt i døgninstitutioner for børn og unge, 51% i døgninstitutioner for voksne med handicap og 15% på særlige plejehjem. [h)] Antal døgnpladser, heraf er 30% fordelt i døgninstitutioner for børn og unge, 46% i døgninstitutioner for voksne med handicap og 24% på særlige plejehjem. [i)] Skønnet ud fra antal døgnpladser.

[6] Antal kostdage udregnes fra omregningsfaktorerne 2/5 kostdag til varme måltider til beboere, 1/2 kostdag til varme måltider til hjemmeboende, 2/5 kostdag til kolde måltider og 1/5 kostdag til morgenmåltider. Mellemmåltider indregnes ikke (Økonomaforeningen, 1995 b).

Tabel 4.2. Skønnet omfang af den offentlige kostforplejning pr. dag i forsvaret, Kriminalforsorgen og daginstitutioner[7]. Hvor andet ikke er angivet, er tal skønnet fra spørgeskemaundersøgelsen.

Kategorier	Antal institutioner/enheder	Antal pladser/personer der bespises pr. dag	Antal måltider, ekskl. mellemmåltider	Antal kostdage pr. dag
Forsvar	90 [ab]	31.500 [ac]	12.900 [ad]	4.300 [ae]
Kriminalforsorgen	61 [fg]	3.400 [fh]	10.400 [i]	3.300 [i]
Daginstitutioner [j]	2.100	61.000	56.400 [k]	18.800 [k]

[a)] Oplysninger fra Forsvarets Sundhedstjeneste og Forsvarskommandoen. [b)] Hovedcafeterier og filialer. [c)] Kundegrundlag for Forsvarets Cafeterier og søværnet. [d)] 4.7 mio. måltider årligt. [e)] Der er regnet med en ligelig fordeling af dagens tre hovedmåltider. [n] Oplysninger fra Justitsministeriet, Direktoratet for Kriminalforsorgen. [g)] Heraf 16 større afsoningsanstalter, 39 arresthuse samt 6 pensioner. [h)] Heraf ca. 1500 (1650 pladser) med selvforplejning (1900 pladser når ordningen er fuldt udbygget), idet der regnes med 90% belægning. [i)] Der er regnet med tre hovedmåltider pr. dag pr. indsat. [j)] Omfatter vuggestuer, børnehaver og integrerede institutioner med bespisning. Antal børn i daginstitutioner i alt er 216.000. Derudover er der ca. 68.000 børn i dagpleje (Danmarks Statistik, 1996 a), formodentlig ofte med bespisning. [k)] Der regnes med ét frokost måltid (evt. i form af flere mindre måltider) og *Vi* morgenmåltid pr. dag pr. barn i 225 dage om året.

Over 1/4 mio. danskere er i dag omfattet af en offentlig kostforplejningsordning, og i alt produceres knap 1/2 mio. måltider i den offentlige kostforplejning hver dag. Hertil kommer mellemmåltider m.m., måltidstilbud til børn i dagpleje og til skolebørn. Over en tredjedel af måltiderne produceres til beboere på plejehjem, inkl. dagcentre o.a., og ca. en fjerdedel til patienter på hospitaler. Resten af måltiderne produceres til børn på daginstitutioner, beboere på døgninstitutioner, brugere af madudbringning, værnepligtige i forsvaret og indsatte i Kriminalforsorgen.

[7] Skoler er ikke medtaget, da tallene er for usikre. Ifølge spørgeskemaundersøgelsen ser det ud som om, omkring 45% af landets skoler har kantiner og/eller skoleboder. I alt er der 1875 offentlige skoler i Danmark (Danmarks Statistik, 1996 a).

4.1.2 Udgifter til offentlig kostforplejning

Udvalget skal ifølge kommissoriet redegøre for udgifter forbundet med den offentlige kostforplejning.

Der er mange analysemetoder til at opgøre udgifterne i den offentlige kostforplejning, afhængig af hvad man ønsker belyst. I kapitel 5 gives et eksempel på en analyse af nytten af gennemførelse af ernæringsterapi. Udvalget har valgt en driftsøkonomisk analyse til at belyse omkostningerne i den offentlige kostforplejning (se nærmere herom i bilag B.1.5, bind II).

Driftsøkonomisk analyse
En driftsøkonomisk analyse af den offentlige kostforplejning må tage udgangspunkt i et givet område (hospital, døgninstitution, plejehjem, madudbringning m.v.) og på institutionsniveau. Analysen vil omfatte investerings- og driftsomkostninger og evt. afledte omkostninger både i køkkenet, ved udbringningen og dér hvor maden serveres til brugerne.

I visse institutioner, herunder dag- og døgninstitutioner, vil køkkenet ikke være udskilt som selvstændig funktion, men hyppigt indgå som en del af institutionens samlede drift.

Det har ikke været muligt at fremskaffe pålidelige tal for en stor del af de punkter, der bør indgå i en driftsøkonomisk analyse af omkostninger i forbindelse med den offentlige kostforplejning.

Udvalget har valgt at gengive tal for elementerne løn' og 'råvare', som udgør nogle af de tungtvejende punkter i udgifterne til 'personale' og 'materiale' i en driftsøkonomisk analyse. Det er samtidig de tal, som det har været muligt at skaffe, eller som med en vis rimelighed har kunnet skønnes for de forskellige institutionsområder.

Udgifter til løn og råvarer
Skønnede udgifter til løn og råvarer *i forbindelse med produktionen af maden* på plejehjem (herunder madudbringning), hospitaler og døgninstitutioner ses i tabel 4.3. Dagin-

stitutioner og skoler er ikke medtaget, da realistiske skøn ikke har kunnet foretages.

Tabel 4.3. Skønnede udgifter til løn til personalet i køkkenerne og råvareudgifter inden for nogle forskellige institutionstyper i den offentlige kostforplejning. Hvor andet ikke er angivet, er tal skønnet fra spørgeskemaundersøgelsen.

Kategorier	Løn pr. år [a]	Råvarer pr. år
Plejehjem og madudbringning	1.045 mio. kr.	742 mio. kr. [b]
Hospitaler	494 mio. kr.	364 mio. kr. [b]
Døgninstitutioner	230 mio. kr. [c]	149 mio. kr. [d]
Forsvar	120 mio. kr. [e]	65 mio. kr. [e]
Kriminalforsorg	15 mio. kr. [fg]	25 mio. kr. [fh]

[a] Der er regnet med en gennemsnitsløn på 190.000 kr. årligt pr. ansat inkl. pension m.m. (skøn baseret på lønsumsstatistik fra Det Fælleskommunale Løndatakontor og personalefordelinger angivet i spørgeskemaundersøgelsen). [b] Mad og drikkevarer inkl. evt. gæster og personale. [c] Det har ikke ud fra spørgeskemaundersøgelsen været muligt at skønne antal beskæftigede med madproduktion. Dette tal er baseret ud fra en sammenligning med øvrige institutionstyper, og er derfor meget usikkert. [d] Det har ikke ud fra spørgeskemaundersøgelsen været muligt at skønne råvareforbruget. Tallet er hentet fra oplysninger fra amtskommunernes indberetning for 1995, og indbefatter visse døgn institutionstyper, der ikke er medtaget i betænkningen. [e] Oplysninger fra Forsvarets Sundhedstjeneste og Forsvarskommandoen. [f] Oplysninger fra Justitsministeriet, Direktoratet for Kriminalforsorgen. [g] Hertil kommer arbejdspenge til indsatte beskæftiget i køkkenerne. [h] Hertil kommer kostpenge til indsatte på selvforplejning på ca. 22 mio. kr.

Det er meget forskelligt, i hvilket omfang lønomkostninger til varetagelse af serviceopgaver er medtaget i tabel 4.3, herunder opgaver som opvask af porcelæn, betjening i café, rengøring af fælles arealer, telefonisk betjening og administration af leverancer til hjemmeboende pensionister samt kontaktpersonordninger.

Størrelsen af lønomkostningerne i det enkelte køkken afhænger blandt andet af, i hvor høj grad ovennævnte serviceopgaver er medtaget, men også af faktorer som brugergruppens

behov (antal diæter m.m.), produktionsmetoder, brug af halv- og helfabrikata, den ønskede kvalitet m.m.

Løn til personale, der varetager servering og vejledning på afdelingerne, er ikke medtaget her. Denne del er meget svær at gøre op, da opgaverne i forbindelse med kostforplejningen ofte indgår som en del af dette personales samlede opgavevaretagelse.

Råvareomkostningerne afhænger ligeledes af brug af halv- og helfabrikata, kvalitet og derudover af udnyttelsesgraden, forskellige indkøbsmuligheder og eventuelle fælles indkøbsaftaler.

Samlede udgifter

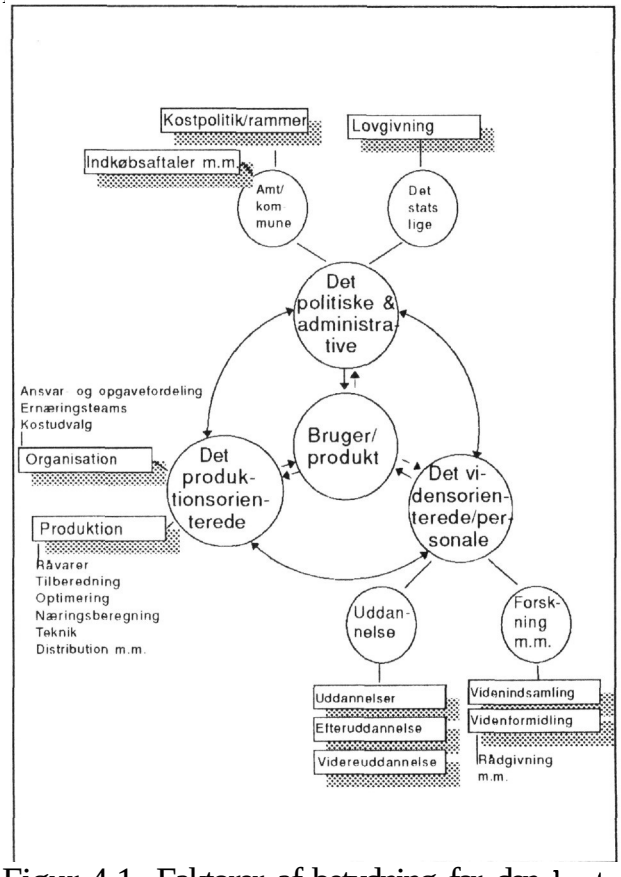
Det har ikke været muligt at skønne over de øvrige udgifter til offentlig kostforplejning medtaget i den driftsøkonomiske analyse. Ofte opgøres disse udgifter ikke særskilt, men indgår i institutionernes samlede drift. Et meget groft skøn er dog, at udgifter til løn til kostforplejningspersonale og udgifter til råvarer tilsammen udgør omkring 80% af de samlede omkostninger på produktionsstedet/køkkenet, men variationen vil selvfølgelig være meget stor fra institution til institution. Denne faktor kan dog bruges til at give en indikation af størrelsesordenen af udgifterne til den offentlig kostforplejning. De samlede udgifter for plejehjem, madudbringning, hospitaler, døgninstitutioner, forsvar og Kriminalforsorg kan ud fra dette skønnes til at være på lidt over 4 mia. kr. årligt. Heri er som tidligere nævnt ikke medregnet udgifter i forbindelse med servering og vejledning/behandling m.m. Skoler, dagpleje og daginstitutioner er heller ikke medtaget.

4.2 OVERORDNEDE RAMMER OG STRUKTURER FOR OFFENTLIG KOSTFORPLEJNING

Overordnede rammer

Figur 4.1 illustrerer de overordnede faktorer af betydning for den kostforplejning, der tilbydes den enkelte bruger. Udover det brugerorienterede kan opdeling ske i tre hovedområder: Det produktionsorienterede, det politisk/administrativt orien-

terede og det vidensorienterede. Områderne er indbyrdes forbundne og øver indflydelse på hinanden og på den kostforplejning, der tilbydes brugerne (markeret med pile). Ligeledes influerer brugerne tilbage på de nævnte områder, dog ofte i et mindre omfang (markeret med stiplede pile) (jf. afsnit 4.3.1 om brug af metoder til indhentning af oplysninger om brugernes ønsker og tilfredshed).



Figur 4.1. Faktorer af betydning for den kostforplejning der tilbydes brugerne.

Det produktionsorienterede indbefatter tilrettelæggelsen af kostforplejningen i de enkelte institutioner m.h.t. produktion, distribution, organisation, styring m.m. *Det politisk og administrativt orienterede* indbefatter de kommunale og amtskommunale bestemmelser og retningslinier, eventuelt udmøntet i en kostpolitik, samt de love og bekendtgørelser, der fra centralt hold øver indflydelse på området. Det gælder blandt andet levnedsmiddellovgivningen, herunder regler om levnedsmiddelhygiejne og egenkontrol, arbejdsmiljølovgivningen, herunder regler om arbejdspladsvurdering, samt forskellige regelsæt inden for den sociale lovgivning. *Det vidensorienterede* indbefatter personalet og dets uddannelsesmæssige baggrund samt den forskning og vidensudvikling, der foregår. Aktører i forbindelse med rådgivning og formidling er beskrevet i afsnit 4.6.4.

Overordnede strukturer

På kostforplejningsområdet er der tale om meget stor lokal variation med hensyn til kostforplejningens tilrettelæggelse, herunder fremstillingsteknologi, tilbud til brugerne, grad af brugerindflydelse og andet. Variationen ses inden for alle områder af den offentlige kostforplejning.

Mangfoldigheden i tilrettelæggelsen af den offentlige kostforplejning er på visse områder blevet forstærket de senere år som følge af omstruktureringer, blandt andet med baggrund i nye teknologiske muligheder. Traditionelt er maden blevet tilberedt i centralkøkkener tilknyttet institutionerne.

I dag er tendensen på *plejehjem og hospitaler*, at kostforplejningsområdet befinder sig i en omstillingsproces. Der indføres ny teknologi, typisk omlægning til køleproduktion og modernisering af køkken og udstyr. Der anvendes større mængder af halv- og helfabrikata. Mindre køkkener nedlægges eller omlægges til modtagerkøkkener, og medarbejderstaben reduceres. Denne udvikling er mest markant på hospitalsområdet, men også inden for ældrebespisningen, specielt madudbringning, er der flere steder sket større omstruktureringer, hovedsagelig for at opnå besparelser, f.eks. ved nedsættelse af antallet af ugentlige udbringninger. Samtidig har man dog mange steder tilstræbt at forbedre forplejnings tilbudene, ved blandt andet at etablere caféer eller lignende, hvor ældre, der modtager mad, kan vælge at spise maden. Denne udvikling er specielt udpræget i landets større kommuner.

For døgninstitutionerne, forsvaret og Kriminalforsorgen er udviklingen gået i en anden retning. På *døgninstitutionsområdet* har man haft et ønske om at fjerne institutionspræget mest muligt. Dette har de senere år betydet en decentralisering af institutionerne til mindre boenheder. Ansvaret for madlavningen ligger nu i vid udstrækning hos det pædagogiske personale, som - eventuelt sammen med beboerne - tilbereder maden. Andre institutioner får derimod stadig maden leveret fra centralkøkkener, ligesom de mindre selvhjulpne brugere og brugere med specielle behov (f.eks. diæter) typisk får maden bragt fra centrale køkkener.

Som et led i ligestillingen med personer i eget hjem får beboere på plejehjem og i døgninstitutioner fra 1. januar 1995 deres pension udbetalt. Reglerne indebærer, at beboerne selv kan vælge, om de ønsker plejehjemmets/døgninstitutionens tilbud om kostforplejning, eller om de ønsker at købe maden et andet sted.

I *forsvaret* er ansvaret for forplejningen i høj grad decentraliseret til de enkelte cafeterier. I modsætning til tidligere fastlægger det enkelte cafeteria selv sine menuplaner. Derudover omfatter kostforplejningen søværnets skibe og feltrationer under øvelse.

I *Kriminalforsorgen* er tendensen en større grad af selvforplejning blandt de indsatte i fængslerne. Institutionskøkkener findes i de største arresthuse og i enkelte andre arresthuse samt endnu i enkelte fængsler. Dybfrostforplejning bruges til forplejning af indsatte i mindre arresthuse samt til indsatte placeret i isolationsafdelinger og på sygeafdelinger i fængsler, der ikke har institutionskøkkener. Maden fra institutionskøkkenerne og dybfrostforplejningen fremstilles endvidere under medvirken af de indsatte som led i beskæftigelsen af disse.

På *børneområdet* bespises de fleste af de børn i 0-3 års alderen, der går i vuggestuer eller i integrerede institutioner. Dertil kommer, at børnene i dagpleje for en stor dels vedkommende også bespises. En langt mindre del af de 3-6 årige bespises i pasningsordningerne. I skolerne har egentlig offentlig bespisning ikke vundet indpas. Det ser dog ud til, at omkring halvdelen af alle skoler har skolebod og/eller noget sjældnere kantine (spørgeskemaundersøgelsen og Benn, 1989). Derudover er der på en stor del af skolerne en mælkeordning.

4.3 ASPEKTER I DIREKTE RELATION TIL BRUGERNE AF DEN OFFENTLIGE KOSTFORPLEJNING

4.3.1 Brug af metoder til indhentning af oplysninger om brugernes ønsker og tilfredshed

I det følgende beskrives hvilke metoder, der anvendes til at sikre en god kvalitet af maden ved dialog med brugerne, samt i hvilket omfang disse tages i brug. Metoderne kan være forskellige blandt andet afhængig af brugergruppe. Sammenfattende må det vurderes, at indhentning af oplysninger om brugernes ønsker for og tilfredshed med den offentlige kostforplejning for det meste foregår sporadisk, og kun undtagelsesvis benyttes systematisk til forbedring af kostforplejningen.

Brugertilfredshedsundersøgelser

En tredjedel af *plejehjemmene* (33%), lidt over halvdelen af *hospitalerne* (52%) og en mindre del af *døgninstitutionerne* (6%) har inden for de sidste 5 år gennemført en eller anden form for spørgeskemaundersøgelse af brugernes tilfredshed med kosten (spørgeskemaundersøgelsen).

For godt halvdelen af plejehjemmene og hospitalerne er spørgeskemaundersøgelserne kun foretaget en enkelt gang. For plejehjemmenes vedkommende gennemføres spørgeskemaundersøgelserne fortrinsvis for brugere af madudbringning (plejehjemmene står hyppigt for madudbringningen). Der synes gennemgående at være meget store forskelle mellem spørgeskemaundersøgelserne med hensyn til formål, omfang, layout, formulering af spørgsmål og systematik (telefoninterviews).

Indtrykket fra telefoninterviewene er, at man gennemgående har haft gavn af spørgeskemaundersøgelserne. Men man savnede rådgivning på området. Karakteristisk er det, at det er kostforplejningspersonalet selv, der har stået for tilrettelæggelsen af spørgeskemaundersøgelserne (på hospitaler i flere tilfælde økonomaeleverne) uden ekstern faglig bistand. På enkelte adspurgte hospitaler har man dog valgt at ind-

drage ekstern bistand, for eksempel amtskommunen eller eksterne konsulenter (telefoninterviews).

Etablering af kostudvalg, brugerråd, ældreråd m.m.
Knap en fjerdedel af plejehjemmene (23%), godt og vel to tredjedele af hospitalerne (71%) og lidt over en fjerdedel af døgninstitutionerne (26%) har etableret *kostudvalg* (spørgeskemaundersøgelsen). Det fremgår ikke af spørgeskemaundersøgelsen, hvem der deltager i udvalgene, eller hvor aktive de er. Deltagere kan for eksempel være kostforplejningspersonale, læger, plejepersonale, kliniske diætister og repræsentanter fra administrationen. Brugerne (eller pårørende) deltager i nogle kostudvalg, dog typisk ikke på hospitalerne.

Andre fora, hvor maden kan tages op som emne er i *brugerråd, brugerbestyrelser* eller *brugerpaneler* i institutionerne, hyppigt på plejehjem, men også i døgninstitutioner, skoler, daginstitutioner og inden for dagplejen. I disse styrelser eller råd er brugerne repræsenteret sammen med repræsentanter fra forskellige personalegrupper og eventuelt ældrerådet. På forsvarsområdet skal alle tjenestesteder i samarbejdsudvalgsregi have et *cafeterieudvalg,* som mødes med jævne mellemrum. I Kriminalforsorgen er der et *talsmandssystem*[8].

Det er kommunalbestyrelsens pligt at sørge for, at der etableres et *ældreråd.* Rådet skal sikre, at dialogen og samarbejdet mellem de ældre og kommunalbestyrelsen styrkes. Blandt andet skal ældrerådet høres om alle forslag, der vedrører ældre. Det må formodes, at kostforplejningen er et emne, som i høj grad interesserer ældrerådet.

Brug af kontaktpersoner
Gennem eventuelle kontaktpersoner eller koordinatorer kan brugernes tilfredshed og ønsker komme til udtryk. På 38% af plejehjemmene, på 53% af hospitalerne (58% af de somatiske hospitaler og 20% af de psykiatriske hospitaler) og i 29% af

[8] De nærmere regler for 'talsmandssystemet' er fastsat i Kriminalforsorgens cirkulære af 15. marts 1978 om organisatoriske former for drøftelser med indsatte.

døgninstitutionerne (dog 48% af særlige plejehjem) anvendes kontaktpersoner (spørgeskemaundersøgelsen). Ordningen kan være mere eller mindre udbygget. Kontaktpersonen er hyppigt tilknyttet køkkenet og har til opgave at indhente information om brugernes og plejepersonalets/pædagogernes tilfredshed og ønsker. Kontaktpersonen kan også have til opgave at informere og undervise afdelingspersonalet i kostforplejningsspørgsmål.

Den generelle vurdering ved gruppeinterviewene blandt både kostforplejnings- og plejepersonale var, at kontaktpersonordningerne fungerede tilfredsstillende. Alligevel syntes kontaktpersonordningen flere steder nedprioriteret af ressourcemæssige årsager.

Direkte kontakt
Ved direkte henvendelse til kostforplejningspersonalet, plejepersonalet, til pædagogerne m.m. kan brugernes tilfredshed og ønsker komme til udtryk. På specielt større institutioner, eller hvor afstanden mellem køkken og brugere er stor, er der dog hyppigt ingen direkte kontakt mellem kostforplejningspersonalet og brugerne, med mindre der er etableret mere formaliserede kommunikationsveje som eksempelvis kontaktpersoner.

På plejehjem med caféer, ved cafeterier i forsvaret, udsalgssteder i skoler m.m. kan kostforplejningspersonalet holde sig orienteret om brugernes tilfredshed gennem den daglige og direkte kontakt ved betjening (gruppeinterviews).

4.3.2 Valgmuligheder og fleksibilitet i forhold til måltidssammensætning

Valgmuligheder kan gøre måltiderne mere attraktive og dermed øge brugernes lyst til at spise. Der er valgmulighed til det varme måltid på en tredjedel af *plejehjemmene* (33%) og på cirka halvdelen af landets *hospitaler* (51%), og i cirka en tiendedel af *døgninstitutionerne* (11%) (dog på 36% af de særlige plejehjem). Nogle plejehjem og hospitaler uden valgmulighed påpeger, at brugerne har mulighed for i et vist

omfang at påvirke maden ved at vælge mellem forskellige portionsstørrelser og mellem komponenterne til de enkelte måltider. Derudover er der til en vis grad mulighed for fravalg af bestemte produkter (for eksempel fisk eller indmad), og mulighed for fremstilling af alternative retter efter behov (spørgeskemaundersøgelsen).

Plejehjem og hospitaler uden valgmulighed begrunder hyppigt den manglende valgmulighed, dels med at centralkøkkenet ikke kan håndtere den forøgede kompleksitet, som valgmuligheder påfører produktionen (bl.a. som følge af manglende adgang til EDB-redskaber), dels med økonomiske hensyn. Endelig nævnes plejepersonalet som en mulig barriere for at indføre valgmulighed, da valgmuligheder opfattes som værende forbundet med ekstra arbejdsopgaver (gruppeinterviews).

Det er indtrykket, at brugerne af *madudbringningen* i de fleste kommuner kan vælge mellem to eller tre portionsstørrelser. Prisen synes dog ofte den samme. Institutioner med mulighed for valg af en mindre portion til reduceret pris påpeger, at brugerne i mindre omfang vælger at bestille større portioner og dele dem over flere dage, hvilket tilsyneladende ellers kan forekomme (gruppeinterviews).

Nogle større kommuner har til hensigt eller har allerede valgt at gøre tilbudene til brugerne af madudbringningen bredere. Dette opnås blandt andet ved at give brugerne mulighed for at vælge mellem flere retter, og mulighed for at modtage maden i varmholdt eller kølet tilstand. Derudover skabes mulighed for levering af madpakker samt for at leveringstidspunktet tilpasses den enkelte brugers ønske (gruppeinterviews).

På *forsvarsområdet* har cafeterierne i dag et varieret udbud. På søværnets skibe er der derimod ikke valgfrihed.

På *Kriminalforsorgen* har indsatte omfattet af selvforplejningsordningen mulighed for at vælge frit, hvilken mad de vil tilberede. Indsatte, der tilbydes dybfrostmad eller mad fra institutionskøkkener, har som udgangspunkt ikke mulighed

for at vælge mellem flere retter til de varme eller kolde måltider, hvorimod der er en vis valgfrihed til at sammensætte morgenmaden.

4.3.3 Vurdering af brugernes tilfredshed med spisekvaliteten

Det er naturligvis svært at komme med nogen entydig vurdering af brugernes ønsker samt deres tilfredshed med maden. Dette vanskeliggøres yderligere af, at der kun er foretaget relativt få brugerundersøgelser inden for forplejningsområdet, og kvaliteten af undersøgelserne er meget svingende, ligesom metoder og spørgsmål er meget forskelligartede. Alligevel vil det blive søgt at vurdere brugernes tilfredshed (patienter på *hospitaler*, beboere på *plejehjem* og brugere af *madudbringning)* på baggrund af nyere brugerundersøgelser sammenfattet i tabel 4.4.

Tabel 4.4. Eksempler på brugertilfredshedsundersøgelser vedrørende madens spisekvalitet gennemført inden for de seneste år på plejehjem, for madudbringning og på hospitaler. Opdeling er opgjort på forskellig vis, men her er opdeling af tilfredshed sket i tre hovedgrupper, nemlig to ydergrupper og en midtergruppe. x=ingen midtergruppe. ~=uoplyst.

Brugergruppe	Produkt	År	Antal besvarelser	Svarprocent	Tilfredshed %			
					meget god/god	rimelig/mindre god	dårlig/meget dårlig	Ubesvaret eller ved ikke
Udskrevne patienter [a]	Generelt om maden	'93	4026	62	27/42	23	6	2
Patienter [b]	Generelt om maden	'93	230	52	86	x	~	~
Patienter [c]								
Gl. afdeling	Generelt om maden	'94	54	46	29/39	24	4/2	2
Ny afdeling		'94	19	25	17/55	22	0/6	2
Udskrevne patienter [d]		~	82	27-28				
	Det varme måltid				84	x	8	8
	Sovs, kart. & grønts.				65-66	20-23	5-8	5-10
	Kød				84	13	0	3
Patienter [e]		'94	438	71-82				
	2 måltider m/kød				87	11-12	0-1	1-2
	2 måltider m/fisk				70-73	15-17	4-7	5-8
	Kartofler				65-77	20-23	2-11	1-11
	Biretter				80-89	8-12	1-4	1-6
Kræftsyge børn								
Gl. struktur	Det varme måltid	'88	19	91	26	x	73	0
Ny struktur [f]	Det varme måltid	'90	21	79	81	x	~	~
Patienter [g]	Det varme måltid	'96	62	61	56/30	3	0	11
Plejehjemsbeboere [d]		~	73	~				
	Sovs, kart. & grønts.				69-76	13-19	0-3	9-15
	Kød				55	33	7	6
	Biretter				85-91	0-6	0-1	7-11
Brugere af madudbr. [d]		~	225	~				
	Sovs, kart. & grønts.				59-70	20-27	8-10	2-3
	Kød				56	25	17	2
	Biretter				77-82	12-15	1-5	3-6
Brugere af madudbr. [h]	Generel smag af:	~	493	~				
	Sovs, kart. & grønts.				85	x	15	~
	Kød				ca. 85	x	ca.15	~
Brugere af madudbr. o.a.[i]	Generelt om maden	'95	1722 [j]	~	49/30	14	6/1	~

[a] Fyns amtskommune, 1993. Ringkøbing amtskommune, 1994. [c] Dansk Catering Center A/S, 1995. [d] Køge kommune og Roskilde amtskommune, 1996. [e] Winther, 1994. [f] Holm et al, 1996 og Holm og Jacobsen, 1990. [g] Grenaa Centralsygehus, 1996. [h] Sørensen og Svendsen, 1996. [i] Torpe, 1995. [j] Heraf er antal modtagere af madudbringning uoplyst.

Tolkning af brugernes tilfredshed på baggrund af listningen af brugerundersøgelserne i tabel 4.4 må tages med stort forbehold. Dels er der kun meget få undersøgelser, dels er de anvendte metoder meget forskelligartede. Systematiske fejl kan indgå i undersøgelserne, f.eks. hvis plejepersonalet har uddelt og indsamlet skemaerne. Derudover er der erfaring for, at især ældre ikke bryder sig om at virke utaknemmelige og kværulantiske, og som udgangspunkt derfor er positive overfor maden, selvom deres ønsker og krav kan gå i en anden retning (gruppeinterviews). Flere undersøgelser blandt brugere af offentlig kostforplejning (bl.a. ref. a i tabel 4.4) viser eksempelvis, at tilfredsheden er markant stigende med patienternes alder. En del af forklaringen på den stigende tilfredshed 'med alderen' kan også være, at køkkenerne laver en mad, som er mere tilpasset den ældre generations smag end de 'yngste' ældre.

Brugerne udtrykker gennemgående tilfredshed med maden, når der spørges til den generelle kvalitet af maden (omkring 68-86% angiver, at maden er god eller meget god). En større grad af utilfredshed kommer frem, når der spørges til specifikke produkter og måltidskomponenter. En undtagelse er dog tilsyneladende biretterne, som der gennemgående er stor tilfredshed med (omkring 77-92% angiver god eller meget god) (tabel 4.4).

At brugerne generelt udtrykker tilfredshed med madens kvalitet, selv om de på visse områder er kritiske, kommer også til udtryk i spørgeskemaundersøgelsen blandt 493 modtagere af madudbringning (ref. h i tabel 4.4), hvor 30-35% af pensionisterne mente, at maden smagte genopvarmet, men alligevel overordnet set var relativt tilfredse med maden. Forsøg viste, at brugerne vurderede spisekvaliteten bedre, når maden blev pakket i modificeret atmosfære (MAP).

I *Kriminalforsorgen* blev der i 1994 gennemført en interviewrunde blandt ledelse, medarbejdere og indsatte i arresthuse med dybfrostforplejning. Disse gav i det væsentlige udtryk for tilfredshed med ordningen. En del indsatte pegede dog på problemer med kvaliteten af dybfrostmaden, herunder kar-

toflerne. Endvidere er det kendetegnende, at især fiskeretterne ikke er populære.

Inden for *forsvaret* har der ikke været gennemført samlede undersøgelser de sidste cirka 10 år.

4.3.4 Spisemiljø og servering

Mulighed for spisning alene eller sammen med **andre**
På *plejehjemmene* har beboerne typisk mulighed for at spise hver for sig på værelserne, alene på gangene (det kan f.eks. være dem, der skal mades), i mindre grupper eventuelt på gangene og/eller sammen i forskellige spiselokaler eller caféer. Bespisningsformen er blandt andet afhængig af, i hvor høj grad de ældre kan klare sig selv, de fysiske rammer samt hvordan måltiderne prioriteres af plejepersonalet. Plejepersonalet står sædvanligvis for serveringen (gruppeinterviews).

Ved spørgeskemaundersøgelsen blev kommunerne spurgt om, hvilke spisesteder de *hjemmeboende og beboere i beskyttede boliger / ældreboliger* kan benytte sig af til det varme måltid. Det fremgår, at det i næsten alle kommuner (98%) er muligt at spise i boligen. Af besvarelserne fremgår desuden, at det i næsten halvdelen af landets kommuner (49%) er muligt for en del af de hjemmeboende at spise på caféer i institutionerne.

På nogle *hospitaler / afdelinger* spises i fælles lokaler, mens man andre steder spiser på sengestuerne (ene- eller fællesstuer). Mulighederne for at spise alene eller i fællesskab med andre kommer naturligvis i høj grad an på patienternes fysiske formåen samt de fysiske rammer, men også holdning og prioritering blandt personalet spiller en vigtig rolle (gruppeinterviews).

I alle *fængsler* er der mulighed for at spise enten i cellen eller som hovedregel i fælles spisestuer.

Spisemiljø

På *plejehjem* og *hospitaler* er der stor forskel på de fysiske rammer for bespisningen fra institution til institution og mellem de enkelte afdelinger. Spisemiljøet afhænger af brugergruppe, udportioneringsform, fysiske rammer samt tilsyneladende i høj grad af personalets involvering og engagement i at skabe et godt spisemiljø. Gennemgående blev der ved gruppeinterviewene udtrykt tilfredshed med spisemiljøet, dog kunne de fysiske rammer være begrænsende. Ligeledes blev der udtrykt tvivl om, hvorvidt servering og spisemiljø altid fik den fornødne opmærksomhed. På *hospitalerne* kan årsagen til dette blandt andet være en generelt højere prioritering af de direkte behandlingsmæssige aktiviteter end af bespisningen. Dette kan komme til udtryk ved, at der holdes stuegang på spisetidspunktet (gruppeinterviews). Begrænset kostfaglig ekspertise eller dårlig kommunikation mellem kostforplejningspersonale, plejepersonale og patient kan også have betydning.

Vedrørende spisemiljø og servering hos de *hjemmeboende* fremgik det af gruppeinterviewene, at det er væsentligt, at der etableres et samarbejde mellem kostforplejningspersonalet og hjemmeplejen for at undgå misforståelser vedrørende maden.

De meget forskellige institutionstyper på *døgninstitutionsområdet* gør, at man i de enkelte institutioner har meget forskellige muligheder for at skabe gode fysiske rammer for spisemiljøet. Gennemgående giver de små boenheder gode muligheder for at skabe gode spisemiljøer.

Servering

Ifølge gruppeinterviewene er det på *hospitalerne* plejepersonalet, der serverer og for eksempel rengøringspersonalet, der tager ud.

På nogle *plejehjem* og *døgninstitutioner* spiser plejepersonalet/pædagogerne sammen med beboerne for at motivere dem til at spise og for at hjælpe, hvor der er behov (gruppeinterviews).

Inden for *Kriminalforsorgen* varetager fængselsfunktionærerne (evt. sammen med betroede indsatte) serveringen af måltiderne fra institutionskøkkenerne og dybfrostmaden.

4.3.5 Information til brugerne

På en stor del af *plejehjemmene* og for *madudbringningen* udsendes menuplaner til brugerne. Disse er for det meste ikke specificeret ned på ingrediensniveau. Nogle køkkener sender ikke menuplaner ud, og er tilsyneladende heller ikke blevet mødt med ønsket om det (gruppeinterviews).

På nogle *hospitaler* er der udarbejdet foldere, der fortæller patienterne om kostforplejningstilbudene. Ellers informeres mundtligt.

Ved anretning af maden på buffet er behovet for information og vejledning særlig påkrævet for at sikre den ønskede sammensætning af maden. Hyppigt synes buffeterne dog ikke at være bemandede, og der informeres sjældent på anden måde, for eksempel i form af illustrerede portionssammensætninger.

4.3.6 Måltiderne som socialpædagogisk funktion

På flere *plejehjem* står beboerne for borddækningen. Deltagelse i madlavning forekommer kun undtagelsesvis, f.eks. på visse skærmede enheder for demente (gruppeinterviews).

I mange *døgninstitutioner,* især de mindre institutioner, betragtes måltiderne ikke kun som et middel til at få stillet sulten, men bespisningen får et aktiverende og pædagogisk formål. I alt 66% af døgninstitutionerne oplyser, at beboerne deltager i tilberedning af maden. Det er især i døgninstitutioner for voksne og på de særlige plejehjem, at beboerne deltager i madlavningen (henholdsvis 71% og 60% af institutionerne). Tallet i døgninstitutioner for børn er lidt lavere (54%).

Inden for *Kriminalforsorgen* har selvforplejningen et tilsvarende aktiverende formål, og er med til at 'normalisere' de indsattes hverdag under afsoningen.

4.4 TILRETTELÆGGELSE OG PRODUKTIONEN AF KOSTFORPLEJNINGEN I DE ENKELTE INSTITUTIONER

4.4.1 Ansvars- og opgavefordeling

Fra gruppeinterviewene er det indtrykket, at der gennemgående kan være behov for en klarere ansvarsfordeling for kostforplejningen på *hospitalerne.* Sikringen af, at patienterne har en passende ernæringsmæssig status synes at falde 'mellem flere stole', hvor det bliver uklart, om det er kostforplejningspersonalet, plejepersonalet, lægerne, de kliniske diætister eller patienten selv, der har ansvaret for ernæringen.

På *døgninstitutionsområdet* var der ved alle gennemførte gruppeinterviews delte meninger om, hvem der i realiteten har ansvaret for beboernes ernæringstilstand. De fleste mente, at det pædagogiske personale har en central rolle både i forbindelse med menuvalg, tilberedning og servering. Spørgsmålet er dog, hvor langt dette ansvar rækker, og i hvilket omfang personalet har ret til at gå ind og påvirke den enkelte beboers kostvaner konkret ved måltiderne.

På *forsvarets* tjenestesteder er ansvaret for kostforplejningen i princippet tjenestestedschefernes og i praksis cafeteriepersonalets.

Ved selvforplejningsordningerne i *Kriminalforsorgen* er ansvaret for kostforplejningen som udgangspunkt brugernes eget.

4.4.2 Kvalitetsstyring og kvalitetsudvikling

Erfaringerne med kvalitetsstyring/kvalitetsudvikling er relativt begrænsede inden for kostforplejningsområdet, selv om interessen de seneste år er steget.

En del af *plejehjemskøkkenerne* og en stor del af *hospitalskøkkenerne* angiver at have programmer (procedurer eller retningslinier) inden for områderne råvarekontrol (hhv. 43 og 74%), tids- og temperaturkontrol (hhv. 32 og 66%), personalehygiejne (hhv. 48 og 68%), og udportioneringskontrol (hhv. 28 0g 59%) (spørgeskemaundersøgelsen).

Enkelte køkkener angiver, at de foretager systematiske smagstest af maden. En kommune har nedsat et smagspanel bestående af professionelle eksterne smagsbedømmere til vurdering af den mad, der leveres i kommunen (gruppeinterviews).

4.4.3 Registreringer af brugernes ernæringsstatus

På baggrund af interviewene er det indtrykket, at ændringer i ernæringstilstanden ofte opdages sent på *plejehjem*, hos *modtagere af madudbringning* og på *hospitaler*. Det er sjældent, at egentlige undersøgelser af brugernes ernæringsstatus ved indlæggelse/indskrivning og under opholdet foregår systematisk (gruppeinterviews).

I kapitel 5 diskuteres hyppigheden af underernæring på danske hospitaler.

Erfaringerne fra gruppeinterviewene tyder på, at der ikke foretages egentlige registreringer af beboernes ernæringsstatus i *døgninstitutioner*. Den generelle tendens synes at være, at beboerne snarere er overernærede end underernærede. Visse grupper vil dog formodentlig kunne være i risiko for underernæring.

4.4.4 Produktion og produktionssystemer

Råvarer

Der er de senere år sket en udvikling i retning af et højere forbrug af halv- og helfabrikata i institutionskøkkenerne (gælder kun i mindre omfang i bl.a. de døgninstitutioner, hvor maden tilberedes i mindre boenheder), men der er dog stadig flere steder en relativt stor egenforarbejdning i køkkenerne (Trolle et al, rapport 1, 1996).

Halv- og helfabrikata anvendes især af arbejdstidsbesparende grunde, som følge af omprioriteringer af opgaver eller ved akut personalemangel. Selv om kvaliteten af disse produkter gennemgående er forbedret inden for de seneste år, kan der i visse tilfælde stadig være kvalitetsproblemer (gruppeinterviews). En af forklaringerne på den svingende kvalitet og mangel på tilpassede produkter kan være vanskeligheder for kostforplejningspersonalet med at formulere og stille systematiske kvalitetskrav til leverandørerne (Trolle et al, rapport i, 1996).

Hyppigt anvendte halv- og helfabrikata er for eksempel forkogte, vakuumpakkede kartofler, industrielt snittede grøntsager, pålæg og brød. Grøntsager, der skal varmebehandles, indkøbes i de fleste køkkener fortrinsvis som frostvarer.

Tilberedning

Et produkts kvalitet er ikke alene et spørgsmål om god råvarekvalitet, men også et spørgsmål om udstyr, viden om skånsom forarbejdning og valg af gode opskrifter tilpasset de aktuelle forhold samt den nyeste viden om udstyr og tilberedningsmetoder.

Endnu synes der dog langt fra i alle køkkener at være tradition for at bruge opskrifterne aktivt i kvalitetsstyringsøjemed (vedrørende kvalitetsstyring og kvalitetsudvikling se afsnit 4.4.2).

Derudover kan det være vanskeligt for køkkenerne at holde sig orienteret om den nyeste teknologiske viden inden for tilberedningsmetoder, da der ikke sker systematisk opsam-

ling og formidling af viden og erfaringer inden for storkøkkensektoren.

Kosttyper

For at dække de ernæringsmæssige behov via kosten hos alle brugere vil det som regel være nødvendigt med mere end én kostform. 'Anbefalinger for den danske institutionskost' opdeler institutionskost i tre hovedtyper: 'Normalkost', 'Sygehuskost' og 'Diæter' (se eventuelt ordliste). Der skelnes således mellem kost til raske og kost til syge personer (Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 233, 1995).

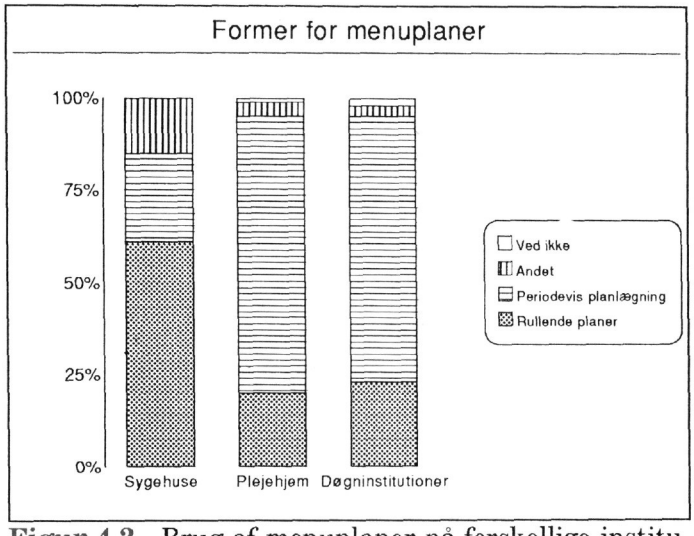
På tidspunktet for gennemførelsen af gruppeinterviewene var anbefalingerne for den danske institutionskost ikke udkommet og derfor ikke indarbejdet i institutionernes kostformer. Ud fra gruppeinterviewene er det indtrykket, at den hyppigste kosttype (ofte kaldet fuldkost) på *plejehjem*, på *hospitaler* og i *døgninstitutioner* er en mellemting mellem anbefalingernes normalkost og sygehuskost. Hyppige udsagn er, at brugerne ønsker fed og traditionel mad. Dette angives som begrundelse for, at der som regel serveres en relativ fed kost, også til de raske brugere.

Proteinberigelse af patienternes kost på hospitalerne bruges tilsyneladende relativt hyppigt, mens vitamin- og mineraltilskud bortset fra få steder kun tilbydes efter ordination (gruppeinterviews).

Kostplanlægning og næringsberegning

På stort set alle plejehjem, hospitaler og døgninstitutioner benyttes menuplaner (hhv. 98, 100 og 94%). Figur 4.2 viser, hvilke former for menuplaner, der anvendes (ikke besvarede er ikke medregnet).

På *hospitaler* anvendes især rullende planer (61%), heraf fortrinsvis 4- eller 6-ugers planer i 4 sæsoner (50%) og kun i et mindre omfang uge-, 14-dages- eller månedsplaner (11%). På *plejehjemmene* og i *døgninstitutionerne* benyttes rullende planer i langt mindre omfang (hhv. 20 og 23%) og heraf stort set ingen planlagt i 4 sæsoner (hhv. 4 og 2%). Hyppigst planlægges menuplanerne på plejehjem og i døgninstitutioner for



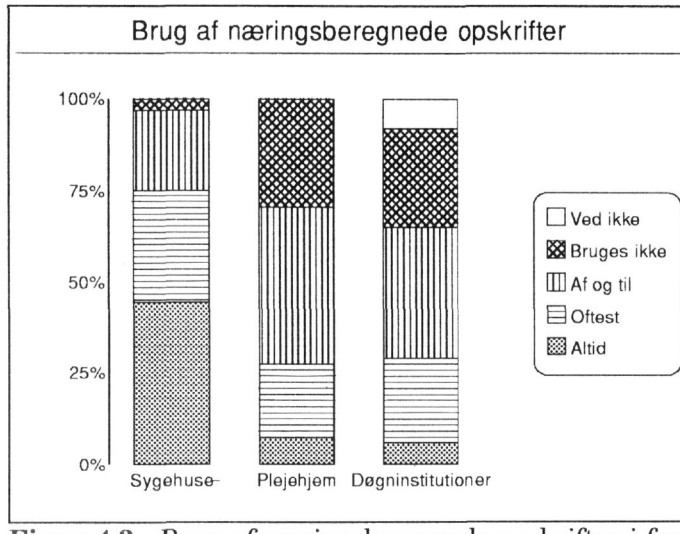
Figur 4.2. Brug af menuplaner på forskellige institutioner (spørgeskemaundersøgelsen).

en periode ad gangen (hhv. 75 og 72%).

Menuplanerne næringsberegnes ifølge spørgeskemaundersøgelsen af 14% *af plejehjemmene,* og 42% af *hospitalerne* og 17% af *døgninstutionerne*. Hvorvidt menuplanerne næringsberegnes systematisk fremgår ikke af undersøgelsen. *Hospitalerne* er ligeledes dem, der hyppigst benytter næringsberegnede opskrifter (45% altid og 31% oftest), mens *plejehjem* og *døgninstitutioner* kun i begrænset omfang benytter næringsberegnede opskrifter (henholdsvis 7% og 6% altid, og 19% og 23% oftest, ikke besvarede er ikke medregnet). I praksis betyder dette, at man på plejehjem og i døgninstitutioner typisk benytter sig af 'tommelfingerregler', det vil sige nogle dage med kød, andre med fiskeretter osv.

Inden for *Kriminalforsorgen* bliver hovedretter og biretter i institutionskøkkenerne og dybfrostforplejningen fremstillet efter næringsberegnede opskrifter udarbejdet af Levnedsmiddelstyrelsen. Det varme måltid og pålægs sammensætningen planlægges for 4 uger ad gangen.

Forsvarets cafeterier fastsætter selv sine menuplaner i modsætning til tidligere. Det er indtrykket, at der sjældent tages hensyn til næringsberegning af opskrifter og menuplaner. Ligeledes er det som oftest de enkelte skibe, der selv udar-



Figur 4.3. Brug af næringsberegnede opskrifter i forskellige institutioner (spørgeskemaundersøgelsen).

bejder menuplaner og tilrettelægger spiseforholdene.

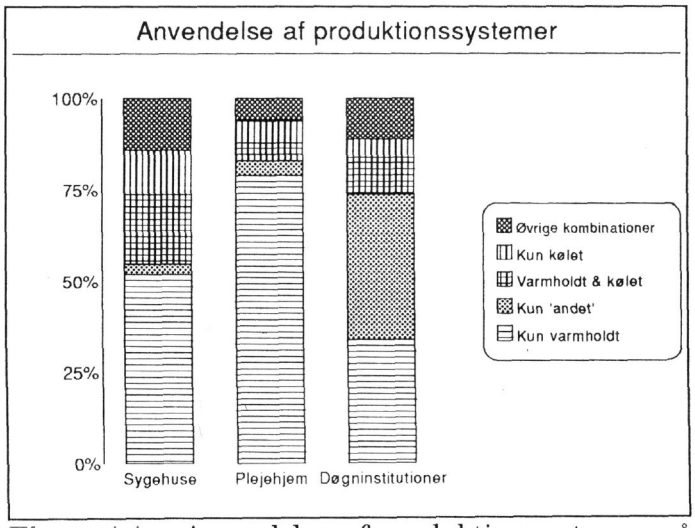
Anvendelse af produktionssystemer

Anvendelse af forskellige produktionssystemer til levering af de varme måltider på *plejehjemmene, ud af plejehjemmene (madudbringning),* på *hospitaler,* og i *døgninstitutionerne* fremgår af tabel 4.5. Bemærk, at køkkenerne kan anvende flere systemer. I figur 4.4 er besvarelserne opgjort på en anden måde, idet det er angivet hvilke produktionssystemer, der hyppigst anvendes som eneste system, og hvilke produktionssystemer, der hyppigst anvendes i kombination. **Der** er i procentberegningerne set bort fra dem, der ikke har besvaret spørgsmålet (svarprocenten for plejehjem 85%, ud af plejehjemmene 57%, for hospitaler 99% og for døgninstitutioner 57%).

Tabel 4.5. Anvendelse af produktionssystemer på plejehjem, ud af plejehjemmene, på hospitaler og i døgninstitutioner (flere svarmuligheder har været tilladt) (spørgeskemaundersøgelsen).

Produktionssystem	% på plejehjem	% ud af plejehjemmene	% på hospitaler	% i døgninstitutioner
Varmholdt	87	87	82	50
Kølet	13	12	42	22
Frost	4	6	12	9
MAP [a]	1	2	1	0
Sous vide [b]	<0,5	<0,5	1	0
'Andet'	5	3	3	43

[a] Modificeret atmosfære pakning
[b] Vakuumkogning (tilberedning i lufttæt emballage)



Figur 4.4. Anvendelse af produktionssystemer på hospitaler, plejehjem og i døgninstitutioner (spørgeskemaundersøgelsen).

På *plejehjemmene* anvender flertallet af køkkenerne (79%) kun varmholdt produktion til det varme måltid. Kun en mindre del anvender varmholdt produktion i kombination med køleproduktion (5%) eller ren køleproduktion *6%* (figur 4.4).

Til *levering ud af plejehjem* (madudbringning) af det varme måltid benyttes tilsyneladende stort set samme systemer

som til levering i institutionen. MAP og frostproduktion benyttes dog lidt hyppigere ved udbringning end i institutionen (tabel 4.5). Udbringningshyppigheden er dagligt for 83% af køkkenerne med madudbringning, og fra 6% af køkkenerne leveres til flere dage ad gangen (12% sjældnere, f.eks. 1 gang ugentligt/månedligt eller kun ved sygdom). Blandt de køkkener, der udelukkende anvender køleproduktion, udbringer kun 35% maden dagligt.

På *hospitalerne* benytter lidt over halvdelen (52%) udelukkende varmholdt produktion til det varme måltid. Varmholdt produktion benyttes desuden i kombination med køleproduktion (19%). Køleproduktion alene benyttes af 12% af køkkenerne (figur 4.4).

I *døgninstitutionerne* tilberedes maden i de mindre boenheder hyppigt umiddelbart før den spises, ganske som i de fleste danske hjem. Dette kan være forklaringen på, at næsten halvdelen af institutionerne ikke har besvaret spørgsmålet om brug af produktionssystem. Ud af dem, der har besvaret spørgsmålet om brug af produktionssystem, benytter 74% udelukkende enten varmholdt produktion (34%) eller kategorien 'andet' (40%). 'Andet' angives på en del af besvarelserne at være tilberedning umiddelbart før spisning.

På de *særlige plejehjem* ses et lidt andet billede sammenlignet med de øvrige døgninstitutionstyper. I alt 58% af dem, der har besvaret spørgsmålet (det har *13%),* anvender udelukkende varmholdt produktion, 8% anvender udelukkende kølet produktion og 21% anvender en kombination af varmholdt og kølet produktion. Køleproduktionen anvendes således hyppigt af de særlige plejehjem, mens kategorien 'andet' kun anvendes i begrænset omfang.

Nyere teknikker som sous vide benyttes stort ikke i danske institutionskøkkener.

Inden for *Kriminalforsorgen* anvender to køkkener en blanding af dybfrost- og kølemad (knap en fjerdedel af måltiderne). Lidt under halvdelen har selvforplejning. Den resterende

del af måltiderne produceres af institutionskøkkener, der hovedsageligt anvender varmholdt system.

Flertallet af *Forsvarets Cafeterier* anvender varmholdt produktion til det varme måltid. På *søværnets skibe* serveres maden umiddelbart efter tilberedningen eller som varmholdt.

Tilrettelæggelse af produktionen og valg af produktionssystem har stor indflydelse på *tab af de varme- og iltfølsomme vitaminer* og på *spisekvalitet.* Under normale produktionsforhold ved varmholdt og traditionel køleproduktion tabes op mod halvdelen af C-vitaminindholdet og mere end en femtedel af B_6-vitamin og folatindholdet i grøntsager (Williams, 1996). Vitamintabet er dog meget afhængigt af tid og temperaturforhold ved varmholdning og ved nedkøling/kølelagring/genopvarmning. Ved varmholdning ses varmholdningstider på op til flere timer, hvilket forringer såvel næringsindholdet som spisekvaliteten. Ved traditionel køleproduktion anvendes kølelagning i op til 4 dage. Nogle institutioner med køleproduktion anvender dog en kortere lagringsperiode, især for at forbedre spisekvaliteten. Produkter, hvis spisekvalitet forringes ved traditionel kølelagring, er for eksempel hele kødstykker, fjerkræ, fisk og kartofler.

Ved at mindske ilttilgængeligheden begrænses vitamintabet betydeligt (MAP, vakuumpakning eller sous vide-kogning). Også 'genopvarmet' smag (warmed over flavour) og øvrige kvalitetsændringer, der afhænger af ilt, begrænses, når ilt ikke er til stede. Typisk anvendes dog så lange holdbarhedstider, at det er tvivlsomt, om der opnås den store fordel kvalitetsmæssigt (f.eks. anvendes holdbarhedstider på MAP-produkter på op til 10-14 dage).

Vitamintab og kvalitetsforringelser kan desuden begrænses ved, at kartofler og grøntsager tilberedes ude på afdelingerne lige inden servering. Dette er praksis på flere hospitaler med serveringskøkkener.

4.4.5 Former for udportionering

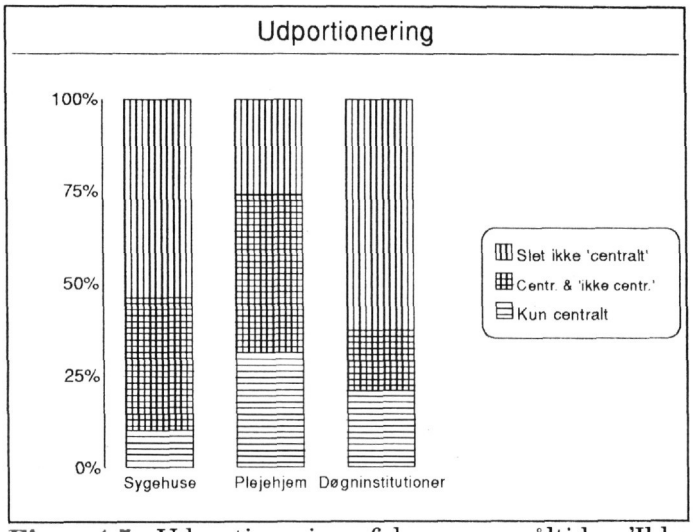
Anvendelse af forskellige former for udportionering til de varme måltider på landets plejehjem, hospitaler og i døgninstitutioner fremgår af tabel 4.6. Bemærk, at institutionerne kan anvende flere former for udportionering. I figur 4.5 er besvarelserne opgjort på en anden måde, idet der er angivet, hvor mange af institutionerne der henholdsvis anvender central udportionering som eneste udportioneringsform, både anvender central udportionering og andre udportioneringsformer samt hvor mange, der slet ikke anvender central udportionering. Der er i procentberegningerne set bort fra dem, der ikke har besvaret spørgsmålet (svarprocenten for plejehjem var 94%, for hospitaler 97% og for døgninstitutioner 64%).

Tabel 4.6. Udportionering af de varme måltider på plejehjem, hospitaler og i døgninstitutioner (flere svarmuligheder har været tilladt) (spørgeskemaundersøgelsen).

Udportioneringssteder	% på plejehjem	% på hospitaler	% i døgninstitutioner
Centralt i køkkenet	76	46	36
Decentralt på afdeling	45	80	49
Anretning på buffet/ta'selv på afdeling	17	44	21
'Andet' [a]	28	17	23

[a] Gruppen andet indeholder på hospitaler og i døgninstitutioner hovedsagelig anretning på fade/i skåle på borde, og for plejehjem desuden caféer/cafeterier.

På landets *plejehjem* benytter 31% udelukkende central udportionering af de varme måltider, dvs. maden udportioneres i køkkenet og sendes ud til afdelingerne, hvor plejepersonalet sørger for, at bakkerne fordeles til beboerne. På 43% benyttes central udportionering i kombination med andre udportioneringsformer (decentral o.a.). På de resterende 26% af plejehjemmene benyttes slet ikke central udportionering, men i stedet decentral udportionering, buffet/ta'selv og/eller andre serveringsformer, for eksempel café (figur 4.5).



Figur 4.5. Udportionering af de varme måltider. 'Ikke centralt' er lig decentralt, buffet/ta'selv og/eller 'andet' (spørgeskemaundersøgelsen).

På 10% af landets *hospitaler* benyttes udelukkende central udportionering af de varme måltider, dvs. mindre hyppigt end på plejehjem. På 54% udportioneres slet ikke centralt, men i stedet enten decentralt, dvs. at maden udportioneres til enkeltportioner på afdelingerne, på buffet/ ta'selv og/eller der benyttes for eksempel bordservering. På 35% benyttes central udportionering i kombination med andre udportioneringsformer (buffet, decentral o.a., figur 4.5).

I *døgninstitutionerne* benytter 63% slet ikke central udportionering. Det er specielt decentral udportionering, der anvendes. I 37% af institutionerne benyttes central udportionering enten alene (21%) eller i kombination med andre former for udportionering (16%, figur 4.5).

På institutionstypeniveau afviger billedet specielt for *døgninstitutioner for børn og unge.* En større andel af disse institutioner (54%) anvender udportioneringsformen centralt i køkken alene eller i kombination med andre udportioneringsformer til sammenligning med døgninstitutioner for voksne (32%) og i særlige plejehjem (20%, ikke illustreret).

4.4.6 Miljøtiltag

Der er en vis interesse for at arbejde med miljøforbedringer i *hospitals- og plejehjemskøkkener*. Det er især inden for områderne affaldshåndtering og rengøring, at der er indført miljøprogrammer i plejehjems- og hospitalskøkkenerne (henholdsvis hos 50% og 71% og hos 49% og 46%). I 29% af køkkenerne er der indført programmer for el- og vandforbrug, og yderligere henholdsvis 28% og 42% overvejer at indføre et program inden for dette område. Kun 2% af plejehjemskøkkenerne og 4% af hospitalskøkkenerne har et program for brug af økologiske fødevarer, men til gengæld overvejer henholdsvis 20% og 33% at indføre det.

Tabel 4.7. Indførelse af miljøprogrammer inden for de nævnte områder i plejehjems- 0g hospitalskøkkener (spørgeskemaundersøgelsen).

Miljøindsatsområder	% har indført plejehjem/ hospitaler	% overvejes indført plejehjem/ hospitaler	% nej/ingen planer plejehjem/ hospitaler	% ikke besvaret plejehjem/ hospitaler
Rengøring	49/46	17/39	24/10	10/5
Engangsservice	17/19	7/19	49/42	27/20
Enportionspakninger	11/14	4/15	49/40	36/31
Ressourceforbrug (el, vand m.v.)	29/29	28/42	25/22	18/7
Affaldshåndtering	50/71	15/17	24/8	11/4
Økologiske produkter	2/4	20/33	54/43	24/20
'Andre områder'	1/3	1/4	22/11	76/82

Også i *forsvaret* arbejdes med miljøtiltag, men der er ikke indhentet tal herfor.

På *daginstitutionsområdet* har der været stor interesse for brug af økologiske råvarer. Albertslund kommune vedtog

således for to år siden, at bespisning i daginstitutionerne skulle være økologisk inden udgangen af 1996. Dette er stort set lykkedes uden at forøge det samlede madbudget.

4.5 DET POLITISKE OG ADMINISTRATIVE NIVEAU

4.5.1 Kostpolitikker

Flertallet af landets *kommuner* (76%) har udformet en kostpolitik. Ved kostpolitik forstås i spørgeskemaundersøgelsen en nedskrevet stillingtagen til eksempelvis kostens sammensætning, næringskvalitet eller servicekrav i forbindelse med kostforplejningen. Nogenlunde samme andel af landets *amtskommuner* (73%) har vedtaget en kostpolitik for patienterne på *hospitalerne.* Derimod har ingen af amtskommunerne vedtaget kostpolitikker for *døgninstitutionernes* beboere.

Omfang og indhold af de beskrevne kostpolitikker på ældre- og hospitalsområdet synes i praksis at være meget svingende, og ofte i relativt kortfattet form.

På *daginstitutionsområdet* er der i årene 1992-1996 fra forskellige sider sat fokus på vigtigheden af at have en kostpolitik. I 1993 havde mellem 56 og 80% af institutionerne/dagplejerne en kostpolitik. Der kan dog gøres mere for, at politikken får effekt, bl.a. ved at øge kendskabet til den blandt forældrene (Hansen, 1993).

4.5.2 Udlicitering

Mange *kommuner* og *amtskommuner* har inden for de senere år overvejet udlicitering af den offentlige kostforplejning. Baggrunden for disse overvejelser har især været økonomisk. Overvejelserne er dog kun sjældent udmøntet i egentlige udbudsprocesser/udliciteringer. Undtaget herfra er selve udbringningen af maden til de hjemmeboende, der i en del tilfælde varetages af taxaselskaber, vognmandsfirmaer eller lignende (gruppeinterviews).

Således foregår produktionen af maden til de *hjemmeboende* i 65% af kommunerne udelukkende på kommunalt drevne plejehjem. I 8% af kommunerne foregår denne produktion udelukkende i udliciterede plejehjemskøkkener (3%), kroer/ restauranter/caféer (3%) eller private cateringfirmaer (2%). De resterende 27% af kommunerne anvender enten udelukkende 'andre muligheder' (uspecificeret) eller forskellige kombinationer af de angivne muligheder til produktion af kommunens madudbringning (spørgeskemaundersøgelsen).

I enkelte *kommuner* er en del af den offentlige kostforplejning til hjemmeboende pensionister overtaget af en eller flere private leverandører. Det er typisk en lokal kro eller restaurant, der tilbereder og udbringer mad i direkte konkurrence med de offentlige køkkener (gruppeinterviews).

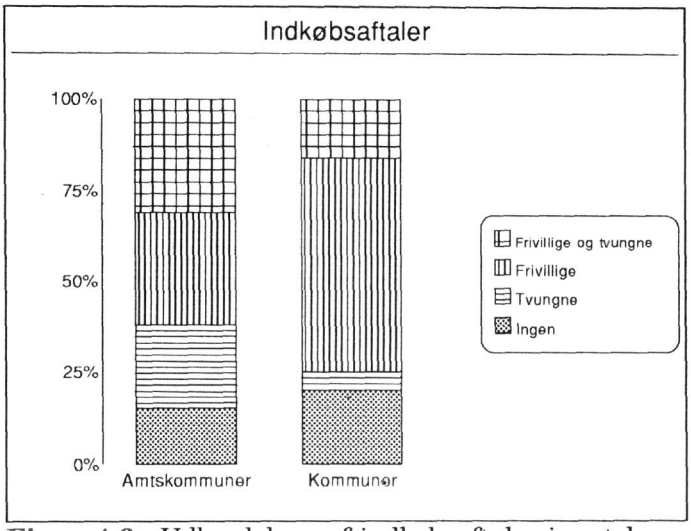
Det fremgik af gruppeinterviewene, at forsøg på udbud/udlicitering af køkkendriften som hovedregel har afstedkommet betydelige vanskeligheder, fordi man i den forbindelse er blevet tvunget til at opstille krav til kostens sammensætning.

Udvalget har ikke undersøgt i hvilke omfang kostforplejningen har været helt eller delvist udliciteret og derefter er blevet tilbageført til det offentlige regi. Men man er opmærksom på, at det er forekommet.

For *døgninstitutionernes* vedkommende angiver knapt 20%, at de får maden leveret fra et sted udenfor institutionen. Af disse 20% får knap en sjettedel (dvs. ca. 3%) udelukkende maden fra enten private cateringfirmaer eller fra kroer/-restauranter/cafeterier.

4.5.3 Indkøbsaftaler

Det er op til den enkelte kommune/amtskommune, om de tilknyttede institutionskøkkener skal benytte en fælles indkøbsaftale, om de tilbydes en frivillig ordning, eller om indkøbsprocessen er fuldstændig decentraliseret, det vil sige uden fælles indkøbsordninger.



Figur 4.6. Udbredelsen af indkøbsaftaler i amtskommuner og kommuner (spørgeskemaundersøgelsen).

Kun en lille del af *kommunerne* benytter udelukkende tvungne indkøbsaftaler for køkkenerne (5%). I modsætning hertil benytter næsten en fjerdedel (23%) af *amtskommunerne* udelukkende tvungne aftaler. Omkring en femtedel af kommunerne (20%) og amtskommunerne (15%) har ingen indkøbsaftaler for køkkenerne. Resten har enten frivillige aftaler eller en kombination af frivillige og tvungne aftaler (figur 4.6). Hele *forsvaret* er omfattet af tvungne aftaler for en række produktgrupper[9].

Det er ikke i spørgeskemaundersøgelsen undersøgt hvilke produktgrupper, der er omfattet af aftalerne. Indtrykket er dog, at aftalerne hyppigt omfatter produktgrupper som konserves, frostprodukter, bake-off produkter, 'non-food'-produkter samt eventuelt fersk kød. Hyppigt er frisk frugt og grønt ikke dækket af aftalerne, ligesom der kun undtagelsesvis laves aftaler for frisk fisk.

[9] Hærens Materielkommando indgår aftaler for hele det statslige område i kraft af, at det er den største enkelt modtager.

4.6 DET VIDENSORIENTEREDE NIVEAU

4.6.1 Antal medarbejdere

På *plejehjemsområdet* og *hospitalsområdet* skønnes det ud fra spørgeskemaundersøgelsen, at der arbejder i alt hhv. ca. 6.800 og 2.900 personer (hhv. 5.500 og 2.600 omregnet til fuldtidsstillinger) i køkkenerne. På *døgninstitutionsområdet* er det ikke muligt umiddelbart at skønne antallet af medarbejdere, der er direkte beskæftiget med at tilberede maden, idet kostforplejningsfunktionen ofte varetages af personale, der samtidig har andre funktioner. I *Forsvarets Cafeterier og søværnets skibe* er der i alt beskæftiget 733 årsværk (henholdsvis 543 og 190) med produktion af mad. I *Kriminalforsorgen* er i alt 55 årsværk i produktions- og institutionskøkkenerne. Dertil kommer et antal indsatte, der arbejder i køkkenerne.

4.6.2 Personalegrupper

Fordelingen af medarbejdere i køkkenerne på *plejehjem,* på *hospitaler* og i *døgninstitutioner* fremgår af tabel 4.8. Der er i procentberegningerne set bort fra dem, der ikke har besvaret spørgsmålet. Lidt under halvdelen af personalet i køkkenerne er ufaglærte (hhv. 47, 45 og 44%). Tendensen synes dog at være, at en stadig større del af kostforplejningspersonalet på hospitaler og plejehjem vil være uddannede, da blandt andet nye produktionsmetoder stiller stadig større krav til faglig viden blandt medarbejderne. De hyppigste uddannelser i køkkenerne er køkkenassistent (hhv. 24, 25 og 10%) og økonoma (hhv. 14, 18 og 10%). Økonomaer bliver hyppigt ansat med ledelsesfunktioner i institutionskøkkener, mens køkkenassistenter er ansat i plejehjems- eller hospitalskøkkener uden ledelsesfunktioner, men kan have ledelsesfunktion i for eksempel daginstitutioner. For døgninstitutionsområdet er det karakteristisk, at der er en stor gruppe 'andet', der for en stor dels vedkommende er pædagoguddannede.

Tabel 4.8. Antallet af køkkenernes medarbejdere fordelt efter uddannelse (spørgeskemaundersøgelsen)

Faglig uddannelse	% på plejehjem	% på hospitaler	% i døgninstitutioner
Økonoma og økonomaassistent	14	18	10
Køkkenassistent	24	25	10
Køkkenleder(assistent)	8	2	8
Kok, bager og slagter	1	1	1
Smørrebrødsjomfru, kantineleder og EH	2	1	4
Diætist [a]	0	3	0
Ufaglært	47	45	44
'Andet' [b]	4	5	23

[a] Betegnes nu klinisk diætist.
[b] Gruppen 'andet' for hospitaler og plejehjem dækker hovedsageligt over kontorpersonale, køkkenassistent- og økonomaelever. Gruppen 'andet' for døgninstitutioner dækker hovedsagelig over pædagoger, ufaglærte, husassistenter og husholdningslærere (sidstnævnte betegnes nu ernærings- og husholdningsøkonomer (EH'ere)).

I *Forsvarets Cafeterier* og på *søværnets skibe* er fordelingen af de uddannelsesmæssige baggrunde meget forskellig fra de øvrige nævnte institutionskøkkener. Knap 60% er ufaglærte, en fjerdedel er kokke (25%), 10% EU-uddannede (tidligere EFG), og kun i alt 4% er økonomaer (1%) eller køkkenassistenter (3%).

I *Kriminalforsorgens* køkkener er der ansat kokkeuddannede faglærte værkmestre, fængselsfunktionærer, køkkenledere, køkkenassistenter m.v. Dertil kommer, at der er knyttet indsatte til køkkenerne.

I *daginstitutionerne* laves maden typisk af deltidsansatte. Der kan tilsyneladende være problemer med at få faguddannede personer til at varetage disse jobs.

På *skolerne* viser en undersøgelse fra 1988, at eleverne alene står for betjeningen af skoleboderne i halvdelen af tilfældene. Ved hver fjerde skolebod er der personale ansat, ellers står lærerne for betjeningen sammen med eleverne (Benn, 1989).

Af øvrige personalegrupper, der kan have berøring med kostforplejningen kan nævnes læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ufaglært personale (rengøringspersonale, portører m.m.), kliniske diætister på afdelingerne, chauffører, pædagoger og fængselsfunktionærer.

4.6.3 Faglige forudsætninger blandt personalet (uddannelse, efter- og videreuddannelse)

Blandt det uddannede kostfaglige personale på hospitaler og plejehjem er flertallet køkkenassistenter eller økonomaer af uddannelse. *Køkkenassistentuddannelsen* er en 3-årig erhvervsfaglig grunduddannelse bestående af lidt mere praktik end skoleophold. *Økonomauddannelsen* er en 2-årig kort videregående uddannelse bestående af lige dele praktik og skoleophold. Indgangen til uddannelsen er en uddannelse som køkkenassistent eller en gymnasial uddannelse med praktik fra en godkendt institution.

Uddannelsen inden for *klinisk diætik* er en 1-årig overbygningsuddannelse for økonomaer og ernærings- og husholdningsøkonomer. For at blive autoriseret klinisk diætist kræves desuden et års styret praktik.

Blandt de uddannelser, hvor kost og ernæring udgør en mindre del, kan nævnes uddannelser til *social- og sundhedshjælper* (kost og ernæring indgår med 24 timer samt evt. i projektarbejde), *social- og sundhedsassistent* (overbygning, hvor kost og ernæring indgår med 22 timer samt evt. i projektarbejde), *sygeplejerske* (kost og ernæring indgår med ca. 65

timer inkl. selvstudie[10]), *læge* (kost og ernæring indgår ikke som obligatorisk element) og *pædagog* (kost og ernæring indgår med ca. 2 timer og evt. i projektarbejde).

4.6.4 Mulighed for rådgivning

Rådgivere og vidensformidlere på det teknologiske område

Den hurtige teknologiske udvikling inden for storkøkkensektoren stiller betydelige krav til information. Mange steder efterlyses øget og upartisk informationsudveksling blandt andet om fordele og ulemper ved forskellige produktionsteknologier samt adgang til rådgivning om, hvordan selve omstillingsprocesserne kan håndteres. Dette gælder ikke mindst inden for madudbringningsområdet (gruppeinterviews).

I dag sker der ingen systematisk indsamling og formidling af viden om forplejningsmæssige forhold i Danmark. Men flere instanser - offentlige som private - fungerer som videnscentre på hver deres begrænsede områder. Det gælder blandt andet inden for områderne hygiejne, arbejdsmiljø m.m.

En stor del af køkkenernes viden kommer fra *udstyrsleverandørerne*. I 79% af kommunerne og 50% af amtskommunerne benyttes udstyrsleverandører som ekspertise ved valg af systemer i køkkenerne (spørgeskemaundersøgelsen). Også *fødevareleverandørerne* benyttes som vidensleverandører.

En række *konsulenter* er leverandører af viden på kontrakt- og betalingsvilkår. Således benytter 66% af kommunerne og 92% af amterne sig af konsulenter ved valg af systemer i køkkenerne. Knap halvdelen (43%) af kommunerne og alle amtskommuner (100%) fået foretaget analyse af mindst et køkken inden for de seneste 5 år.

Andre køkkener og kollegaer anvendes hyppigt som ekspertise ved valg af systemer. I 81% af kommunerne og i 42% af

[10] Antallet af timer kan variere betydeligt imellem uddannelsesstederne.

amtskommunerne svares der bekræftende på, at der benyttes denne form for ekspertise (spørgeskemaundersøgelsen).

Rådgivere og vidensformidlere på ernæringsområdet

De vigtigste aktører i formidling af viden om ernæring til forplejningsområdet er offentlige instanser, kliniske diætister hovedsageligt på hospitaler og derudover enkelte interesseorganisationer. Rådgivning og information om ernæring via offentlige instanser er oftest generel, det vil sige ikke målrettet storkøkkenområdet.

Af gruppeinterviewene fremgik det, at der i hovedparten af landets *kommuner* ikke er ansat ernæringsfaglig ekspertise, som køkkenerne kan rådføre sig med. I dag retter mange køkkener henvendelse til de kliniske diætister på hospitalerne, når de har brug for hjælp vedrørende en diæt. De kliniske diætister på hospitalerne kan imidlertid ofte ikke imødekomme plejehjemmenes behov for rådgivning, da denne service ikke indgår i deres arbejdsnormering.

Døgninstitutionsområdet er præget af en tilsvarende mangel på ernæringsfaglig ekspertise. Der er stort set ikke ansat kliniske diætister eller andre med ernæringsfaglig ekspertise og 83% af institutionerne benytter ifølge spørgeskemaundersøgelsen ikke ernæringsfagligt uddannet personale andet steds i amtskommunen til at rådgive om kosten.

På *børneområdet* er blandt andet Forbrugerstyrelsen og Mejeriernes Ernæringscenter[11] aktive med kostrådgivning. Lidt over 1/3 af daginstitutionerne er med i 'Insti tutionstjenesten' og ca. 2/3 af skolerne dækkes af 'Skoletjenesten' (begge i Forbrugerstyrelsens regi).

Mejeriernes Ernæringscenter har ligeledes flere aktiviteter vedrørende undersøgelse af og oplysning om kost over for bl.a. daginstitutioner, dagplejere og skoler.

Mejeriernes Ernæringscenter, under Danske Mejeriers Fællesorganisation, fungerer bl.a. som sekretariat for det Ernæringspolitiske Landsudvalg, der blev oprettet på initiativ af mejerierne.

Kriminalforsorgen benytter sig af ernæringsfaglig rådgivning fra Levnedsmiddelstyrelsen (jf. aftale om kostinspektion, 1993).

5. ØKONOMISK ANALYSE AF ERNÆRINGS-STØTTE PÅ HOSPITALER - ET EKSEMPEL

I dette afsnit gives et eksempel på en økonomisk analyse, der kan benyttes til at undersøge ernæringens betydning i forbindelse med behandling af patienter på hospitaler.

Cost-benefitanalyser benyttes til at vurdere ressourcebeslaglæggelse i forhold til den økonomiske nyttevirkning i forbindelse med en produktion. I økonomiske termer er det analysens formål at afklare, om en produktion skal foretages, med andre ord om den er gavnlig økonomisk set[1].

I cost-benefitanalyser undersøges om eksempelvis en teknologi eller en produktionsmetode er økonomisk hensigtsmæssig i relation til et givet mål. Inden for sundhedssektoren kunne en sådan analyse f.eks. belyse om nettoomkostningerne ved ernæringsstøtte[2] er mindre eller større end ved almindelig kostforplejning[5] for en given patientgruppe, sygdom eller grupper af sygdomme - blandede kirurgiske og medicinske patienter, mave-tarmsygdomme, idet de forskel-

[1] I den økonomiske litteratur opereres også med *produktivitetsanalyser* og *cost-effectiveness analyser*. Vedrørende definition af disse begreber, se f.eks.: Sundhedsstyrelsen, 1986.

[2] Ernæringsstøtte inkluderer enhver form for 'ernæringsbehandling'. Parenteral ernæring = ernæring gennem blodkar, sondeernæring = ernæring gennem slange nedlagt i mave og tarm og tilskudsernæring = specifikt tillavede produkter, der har til hensigt at øge patientens indtagelse af essentielle næringsstoffer (protein, energi, vitaminer og mineraler). Tilskudsernæring kan være kommercielt fremstillet eller fremstillet af hospitalets køkken som kost til småtspisende og til patienter i intensiv ernæringsterapi.

[5] Fuldkost eller diæter.

lige behandlingsmetoders omkostninger og effekter måles og sammenlignes.

Det skal understreges, at cost-benefitanalyser ideelt bør forsøge at anslå den samlede samfundsmæssige økonomiske nyttevirkning ved en given indsats og bør også inkludere forhold som bedre livskvalitet ved forkortet hospitalsindlæggelse, længde af rekonvalescens og velbefindendet under denne og den samfundsmæssige produktionsgevinst herved. Tal for sådanne størrelser er selvklart meget relevante, men ikke desto mindre meget vanskelige - eller umulige - at give.

5.1 HYPPIGHED AF UNDERERNÆRING

Ernæringsstøtte skal kun gives til de patienter, som har nytte af den. I amerikanske opgørelser er forekomsterne af underernæring på kirurgiske og medicinske afdelinger, baseret på mere end 20 omfattende undersøgelser, meget forskellige og afhængige af, hvilke patienter man har undersøgt. Typisk ligger forekomsten af underernæring på mellem 30 og 55% (Tucker og Miguel, 1996). Undersøgelserne tyder også på, at andelen af underernærede patienter på hospitalerne er stigende.

De få danske undersøgelser, der er udført, viser tilsvarende forekomst af underernæring på danske hospitaler, i gennemsnit omkring 30% af alle indlagte (Hessov og Ovesen, 1992). Andelen af langtidsindlagte (længere end 10 dage) patienter, der er underernærede kendes ikke, men er givetvis betydeligt højere.

Hvor mange underernærede, der findes på danske plejehjem, vides ikke.

5.2 FØLGER AF UNDERERNÆRING

Underernæring vil hæmme reparationsprocesser i organismen. Immunsystemet svækkes og evnen til at bekæmpe infektioner aftager. Mangel på mange vitaminer og mineraler

nedsætter sårhelingen og øger risikoen for tryksår. Mangel på protein og energi går især ud over muskulaturen, som svækkes. Nedsat muskelkraft og træthed er derfor ofte symptomer på underernæring. Disse og andre følger af underernæring resulterer i længere indlæggelsestid og større omkostninger.

Udenlandske undersøgelser har vist, at den gennemsnitlige indlæggelsestid er omkring 5 dage længere hos underernærede patienter sammenlignet med normalt ernærede patienter (Smith og Smith, 1988) og at indlæggelsen for en underernæret patient koster 1,5 gang så meget som for en ikke-underernæret patient (Reilly et al, 1988). Heraf kan man imidlertid ikke slutte, at ernæringsstøtte vil nedsætte hyppigheden af underernæringens følger og deres omkostninger. Hertil kræves andre undersøgelser (såkaldte interventionsundersøgelser, se nedenfor), så det kan indsnævres, hvem der vil have gavn af ernæringsstøtte - samt en nøje analyse af udgifter og 'indtægter' ved den givne ernæringsstøtte.

5.3 INTERVENTIONSUNDERSØGELSER

Interventions-undersøgelser består i, at man giver nogle patienter ernæringsstøtte, medens andre ikke får ernæringsstøtte, og at man på forhånd klart har beskrevet de patienter, der indgår i undersøgelserne.

En række undersøgelser af denne art har vist nedsat indlæggelsestid hos patienter, som ernæringsbehandles tidligt i indlæggelsesforløbet, sammenlignet med patienter, som ikke ernæringsbehandles (The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, 1993). Dette er vist for mange medicinske og kirurgiske patienter med bl.a. hoftebrud, forbrændinger og diaré samt ved knoglemarvstransplantation og forskellige kirurgiske indgreb. Undersøgelserne viser, at indlæggelsestiden hos ernæringsbehandlede patienter afkortes med 1-3 uger (gennemsnit: 9 dage, eller 25%) sammenlignet med tilsvarende underernærede patienter, som ikke ernæringsbehandles. Disse undersøgelser udgør en væsentlig del af grundlaget for

de nye danske institutionsko stanbefalinger (Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 233, 1995).

Imidlertid er alle disse interventionsundersøgelser udført med meget udvalgte og ensartede patientgrupper, og det kan diskuteres, i hvor høj grad de er sammenlignelige med underernærede patienter på et dansk sygehus. Den omtalte effekt af ernærings støtte på 25% kan derfor anses som en maksimumeffekt på indlæggelsestid. Hertil kommer en effekt på omkostninger per indlæggelsesdag.

En nylig amerikansk undersøgelse af næsten 2.500 medicinske og kirurgiske underernærede voksne patienter på 20 mellemstore hospitaler (Tucker og Miguel, 1996) viste, at tidlig ernæringsstøtte - påbegyndt senest 3 dage efter indlæggelsen - var ledsaget af en gennemsnitlig indlæggelsestid på 13,3 dage, medens indlæggelsestiden var 15,4 dage hos de patienter, der fik ernærings støtte på et senere tidspunkt. Gevinsten på 2,1 dage (eller 14%) er sandsynligvis en minimumgevinst af ernæringsstøtte, da sammenligningen er sket med patienter, som fik ernæringsstøtte på et senere tidspunkt, og ikke med patienter, som slet ikke fik ernæringsstøtte. I denne undersøgelse må man desuden formode, at omkostningerne per sengedag hos ernæringsstøttede patienter også ville blive reduceret.

5.4 ØKONOMISKE BEREGNINGER

I beregningen af besparelsen ved ernæringsstøtte på nationalt plan er det forudsat at

1. ernæringsstøtte gives i 8 dage, og at andelen af patienter, der får parenteral ernæring, sondeernæring og tilskudsernæring er henholdsvis 10%, 40% og 50%,

2. de samlede (direkte og indirekte) daglige udgifter ved parenteral ernæring er 2.000 kr., ved sondeernæring 150 kr. og ved tilskudsernæring 75 kr.,

3. sengedagsomkostningerne for en gennemsnitspatient er 2.100 kr. og endelig, at

4. indlæggelsestiden afkortes med gennemsnitligt 4 dage ved ernærings støtte.

Udgiften ved ernærings støtte pr. patient kan herefter beregnes til . . . . . *2.400 kr.*
og indtægten ved ernæringsstøtte pr. patient kan beregnes til . . . . . *8.400 kr.*

Anslås endvidere at 20% af alle medicinske og kirurgiske patienter (1.000.000 indlæggelser per år) er indlagt i mere end 10 dage, at 50% af disse patienter er underernærede, og at de ville have gavn af ernæringsstøtte, vil den årlige *nationale besparelse* ved ernæringsstøtte være godt . . . . . *½ mia. kr.*

Det skal understreges, at der i ovennævnte besparelse ikke er medinddraget en eventuel effekt på almentbefindende under indlæggelse og efter udskrivning hos ernæringsstøttede patienter.

I bilag C (bind II) findes en mere udførlig beskrivelse af beregningsgrundlaget for besparelsen ved brug af ernærings-støtte hos underernærede patienter.

6. MULIGE INITIATIVER TIL FORBEDRING AF KVALITETEN AF DEN OFFENTLIGE KOST-FORPLEJNING

På grundlag af udvalgets gennemgang af de forskellige områder for offentlig kostforplejning (afsnit 4 og bilag B, bind II) har udvalget overvejet forhold vedrørende kostforplejningen, som med fordel kan ændres, og forhold som der er behov for at undersøge nærmere (sidstnævnte beskrives i afsnit 7).

Baggrunden for de foreslåede ændringer og initiativer er at sikre og forbedre kvaliteten af den offentlige kostforplejning. Der tænkes især på forbedring af madens næringsstof- og spisekvalitet samt forbedring af servering og spisemiljøet med det formål at bidrage til en bedre ernæring for de personer, der i kortere eller længere perioder af deres liv er henvist til offentlig kostforplejning. Derudover har maden en kulturel og social funktion, og skal således bidrage til øget livskvalitet og velvære hos brugerne af den offentlige kostforplejning.

Initiativerne er beskrevet samlet for hele den offentlige kostforplejning. I de tilfælde hvor der gælder specielle forhold for en institutionstype, er disse beskrevet særskilt. Det må pointeres, at de enkelte initiativer under alle omstændigheder må tilpasses den enkelte brugergruppe og de aktuelle forhold, således at spisekvalitet, ernæring, spisemiljø og servering tilgodeses bedst muligt. Alle initiativer må desuden afvejes under hensyntagen til at ressourcer (økonomi og ydre miljø) og arbejdsmiljø tilgodeses bedst muligt, samt at maden skal være hygiejnemæssigt forsvarlig.

6.1 INITIATIVER DIREKTE I RELATION TIL BRUGEREN

6.1.1 Øget brugerinddragelse og -indflydelse

Brugernes vurderinger og prioriteringer bør være en væsentlig del af grundlaget for de politiske prioriteringer i forhold til den offentlige kostforplejning, og skal sammen med den professionelle, faglige viden indgå i de overordnede overvejelser om målsætning.

Det er vigtigt, at der gøres noget aktivt for at inddrage brugerne i spørgsmål vedrørende kostforplejningen. Man kan ikke regne med, at et lille antal klager er udtryk for, at der ikke er noget, der kan eller bør forbedres. Ligeledes er den normale daglige snak sjældent tilstrækkelig til at give et dækkende billede af brugernes behov og tilfredshed. Til indhentning af sådanne oplysninger må benyttes systematiske metoder. Hvilke metoder, der skal anvendes, må afhænge af blandt andet den enkelte brugergruppes situation, funktionsniveau og individuelle forudsætninger.

Iværksættelse af brugertilfredshedsundersøgelser
Brugerundersøgelser kan, hvis ordentligt udført, være vigtige og effektive værktøjer til udvikling af blandt andet spisekvaliteten med udgangspunkt i brugernes krav og ønsker, og en vigtig motivationsfaktor for kvalitetsudviklingen internt.

Det vil ofte være en fordel at organisere arbejdet med gennemførelsen af brugerundersøgelser i *tværfaglige arbejdsgrupper*, der inddrager såvel kostforplejningspersonale som øvrigt relevant personale (plejepersonale, pædagoger m.m.).

En forudsætning for at gennemføre brugerundersøgelser er, at der er opbakning bag idéen blandt ledelse og alle berørte dele af personalet, således at der arbejdes mod et fælles mål. Desuden skal der være enighed om at foretage ændringer på baggrund af resultaterne. Når man sætter en undersøgelse i gang, skabes der forventninger, som man skal være parat til at indfri. Desuden vil det for de fleste undersøgelser være

nødvendigt at love (og sikre) svarpersonerne anonymitet. Endelig skal man være parat til at formidle resultaterne.

Før man sætter en brugerundersøgelse i gang, skal der være klarhed over det grundlæggende *formål* med undersøgelsen. Man skal gøre sig klart, hvilke typer informationer man ønsker og hvorfor. Det kan betale sig at bruge tid på at konkretisere de emner/områder, man vil indhente viden fra brugerne om.

Valg af dataindsamlingsmetode må afhænge af formålet med undersøgelsen, brugergruppen og ressourcer. I bilag D (bind II) beskrives kort tre forskellige metoder, nemlig personlige interviews, interviews i grupper og spørgeskemaundersøgelser. Endvidere gives anvisninger på relevant litteratur.

Processen omkring dataindsamlingen er vigtig, ikke mindst for at sikre en høj svarprocent. Vigtigt er det, at der foretages en *grundig information* forud for dataindsamlingen til det berørte personale og til svarpersonerne om blandt andet undersøgelsens formål og forløb, og hvad resultaterne skal bruges til. Denne information gives gerne mundtligt og afleveres desuden skriftligt til svarpersonerne.

Formulering af spørgsmål kræver omtanke. Gode råd ved formulering af spørgsmål er: • formuler dig kort og let forståeligt, • spørg kun om én ting ad gangen, • formuler dig neutralt, ikke-ledende, • undgå benægtende spørgsmål, især dobbelte negationer (undgå ordet 'ikke'), • formulér dig præcist og entydigt, således at spørgsmålet har samme mening for alle og • formulér dig acceptabelt, det vil sige ikke provokerende. For at være sikker på, at spørgsmålene fungerer efter hensigten, bør man prøve dem af på for eksempel fem til ti personer.

Spørgsmålene skal være forholdsvis konkrete og detaljerede, således at man får præcise svar på, hvad brugerne er tilfredse eller utilfredse med. Dette vil gøre det muligt at bruge resultaterne som rettesnor for en kvalitetsudvikling.

Typen af spørgsmål må afhænge af formålet. Eksempelvis kan spørgsmål gå på madens spisekvalitet, herunder den generelle tilfredshed, men derudover på tilfredsheden med konkrete menuer og tilfredsheden med specifikke måltidskomponenter. Spørgsmål vedrørende madens kvalitet kan eventuelt gøres endnu mere specifikke. For eksempel kan der spørges om grøntsagerne er passende kogt, eller om sovsen er tilpas i tykkelsen. Spørgsmål kan desuden gå på spisemiljø og servering, tilfredshed med spisetidspunktet (f.eks. for tidligt/ passende/for sent), ro ved måltiderne, information om maden, ønsker om valgmulighed, variation fra dag til dag, indflydelse på madens sammensætning, tilfredshed med portionsstørrelserne (f.eks. for stor/passende/for lille), ønsker om modtagelse af kølemad eller varmholdt mad, ønsker om spisested (f.eks. eget hjem/café), ønsker om serveringsform (f.eks. buffet med selvbetjening/buffet med betjening/anretning på fade/portionsanretning) og tilfredshed med madens temperatur ved servering. Det kan være nødvendigt at prioritere spørgsmålene, så spørgeskemaet/interviewene ikke bliver for omfattende.

Til sidst eller eventuelt i starten spørges til *kategorisering af svarpersonerne* (f.eks. køn, alder, afdeling og kosttype).

Etablering af kostudvalg, brugerbestyrelser m.m.
Mange personer er involveret i den offentlige kostforplejning på tværs af faggrænser, og ofte med stor fysisk afstand imellem sig. Der må derfor etableres rammer for at sikre samarbejdet mellem personalet og kontakten til brugerne. Det er en god idé at etablere tværfaglige samarbejder i institutionerne i form af *kostudvalg* med deltagelse af kostforplejningspersonale, læger (på hospitaler), plejepersonale/pædagoger/fængselsfunktionærer, evt. kliniske diætister og administrativt personale. Brugerne, eller eventuelt disses pårørende, kan desuden deltage i kostudvalget, hvor dette er muligt.

Formålet med et kostudvalg er blandt andet at fastlægge og udmønte en kostpolitik, styrke kommunikationen mellem de forskellige personalegrupper og brugerne, øge forståelsen for kostens betydning for sundhed og ved behandling, sørge for en god information om kosttilbudene, for eksempel ved at ud-

arbejde og løbende revidere en kosthåndbog, der detaljeret beskriver kostforplejningen i institutionen, samt at tage højde for økonomiske faktorer. Andre opgaver kan være gennemførelse af tværgående kvalitetsudviklingsprojekter, styring af kosttilbud, sikring af at diættyperne stemmer overens med den nyeste viden og sikring af en god spisekvalitet blandt andet ved optimering af produktions- og serveringssystemerne.

Brugerne bør, foruden i kostudvalg, også have mulighed for at drøfte kostfaglige spørgsmål i andre sammenhænge. Dette kan f.eks. være i *ældreråd*, *brugerbestyrelser* eller *andre fora*, hvis formål er mere bredt at sikre en løbende dialog med brugerne.

Brug af kontaktpersoner

Det er vigtigt at *sikre en tilstrækkelig kommunikation* mellem køkken og brugere (og med plejepersonale/pædagoger m.m.), særligt i større institutioner, men også i mindre institutioner, hvor maden produceres langt fra brugeren. En god kommunikation kan blandt andet sikres ved brug af en *koordinator* eller en *kostfaglig kontaktperson* tilknyttet køkkenet. Denne person skal indhente information om brugernes og -personalets tilfredshed og ønsker og løse problemer vedrørende kostforplejningen.

Andre opgaver for den kostfaglige kontaktperson kan være at *vejlede og undervise* plejepersonale og/eller øvrige personalegrupper om kostfaglige spørgsmål. I forbindelse med de øgede valgmuligheder for brugerne og decentraliseringen, involveres personalet på afdelingerne/i enhederne i tiltagende grad i kosten. Fælles undervisning er desuden en god måde at opnå kontakt mellem faggrupperne på. Kontakt mellem kostfagligt personale og andet relevant personale bør ske jævnligt ved central udportionering (ca. 1 gang om ugen) og ved decentral udportionering hyppigst muligt (gerne 2-3 gange om ugen). Ved buffet og andre systemer, hvor en del af tilberedningen finder sted på afdelingen, bør kontakten ske dagligt, eventuelt i form af bemanding af buffeten, eller buffeterne kan for eksempel på hospitaler bemandes med sygeplejersker.

Valgmuligheder og fleksibilitet i forhold til måltids-sammensætning

Der bør være en *reel mulighed for indflydelse* på måltidernes sammensætning og portionernes størrelse for brugerne af den offentlige kostforplejning. Valgmulighed giver et signal om frihed og selvstændighed, og øger muligheden for at tilgodese brugernes ønsker og smag. Også spisetidspunkterne bør tilpasses brugerne, så de passer ind i døgnrytmen.

For mindre produktionsenheder, typisk boenheder i døgninstitutioner, vil det ofte være muligt at sammensætte menuerne i *direkte dialog med brugerne.* Hvor dette ikke er muligt, fordi brugerne ikke er i stand til kommunikere deres ønsker direkte, sammensættes måltiderne under størst mulig hensyntagen til den viden, som man har om brugernes ønsker og behov. Opskriftsamlinger kan danne baggrund for udvælgelse af retter.

For større produktionsenheder, typisk plejehjem og hospitaler samt dele af Kriminalforsorgen, vil det ikke være praktisk muligt at planlægge måltiderne i direkte dialog med alle brugere. I stedet vil *valgmulighed* mellem flere retter eller kostkomponenter øge sandsynligheden for, at den enkelte bruger får et måltid, som han/hun bryder sig om.

På de afdelinger/enheder på plejehjem, hospitaler og døgninstitutioner, hvor mad ikke umiddelbart kan rekvireres fra køkkenet, bør der være et *lager af ekstra mad* for eksempel frosne supper, desserter og småretter til hurtig opvarmning beregnet til brugere, der bliver sultne uden for de normale måltider, er blevet forhindret i at spise på grund af undersøgelser eller andet, eller som har et energibehov, der ikke dækkes af standardkosten.

Mulighed for spisning alene eller sammen med andre

Mad forbindes ofte med fællesskab, noget man samles om. Det sociale samvær under måltidet har betydning for lysten til at spise. For alle brugere af den offentlige kostforplejning bør det derfor tilstræbes, at der er mulighed for at *spise sammen med andre*, men også mulighed for at *spise alene.*

For *hjemmeboende pensionister* bør der etableres steder med fællesspisning. Dette kan ske ved etablering af caféer/cafeteriaer (dette er allerede sket i nogle kommuner), beboerhuse eller lignende, eventuelt med mulighed for deltagelse i madlavningen.

På *hospitaler og plejehjem* bør der etableres spisesteder, hvor maden kan indtages i fællesskab, eventuelt i form af bordservering. For de mere friske patienter/beboere kan der etableres caféer/cafeteriaer, der betjenes af kostforplejningspersonalet. Man bør dog være opmærksom på, at nogle brugere ikke bryder sig om den megen uro ved større spisesteder.

6.1.2 Information til brugerne

Information er et godt redskab til at motivere brugeren til at spise. En forudsætning for optimal udnyttelse af valgmuligheder er desuden oplysning til brugerne om de forskellige muligheder. Det er plejepersonalets/pædagogernes/fængselsfunktionærernes opgave og ansvar at brugeren får disse oplysninger mundtligt og/eller skriftligt, for eksempel i en folder eller i en *informationsbrochure.* Brochuren bør indeholde en kort og overskuelig information om maden og måltidsrutinerne. Information om menusammensætning bør desuden gives jævnligt, for eksempel ved udsendelse af detaljerede *menuplaner* en gang ugentligt. Eventuelt kan der opslås en stor menuplan på afdelingerne/enhederne. Anden information til brugeren kan for eksempel ske via en *radiokanal.*

Initiativer i retning af øgede valgmuligheder og buffetordninger/ta'selv borde stiller ekstra krav om information. Det kan derfor være nødvendigt at *bemande buffeterne,* for at brugerne får den rette kost, og eventuelt også af hygiejniske grunde. Derved får den person, der står ved buffeten, også en fornemmelse for, hvad den enkelte patient/beboer har fået at spise, og hvad vedkommende synes om maden. Portionsstørrelser og anbefalet måltidssammensætning kan desuden ved decentral udportionering *illustreres* ved hjælp af modeller,

for eksempel i form af fotografier eller dagens menu(er) arrangeret på tallerkener af kostforplejningspersonalet.

I institutioner med 'raske' brugere kan en *generel ernæringsoplysning* indgå som en del af et 'sundheds'-projekt, som for eksempel gennemført i forsvaret (Projekt 'Sund kaserne', se nærmere herom i bilag B.6, bind II), eller som i projekt 'Hjertelig Sundhed' gennemført på virksomheden LEGO (Sundhedsstyrelsen, 1997), hvor et af tilbuddene var sundere mad i kantinerne. Begge disse projekter omtales som store succeser. Lignende projekter kan med fordel introduceres for andre 'raske' brugere af den offentlige kostforplejning, herunder i forsvaret, på børneområdet og eventuelt for de hjemmeboende pensionister. Sådanne projekter må naturligvis tilpasses de enkelte enheders ønsker og behov. I Kriminalforsorgen kan de indsatte med selvforplejning tilbydes kurser/aktiviteter med relation til kost, ernæring og madlavning. Generel information i form af for eksempel kogebøger, skriftligt materiale, videoer m.m. bør desuden være til rådighed for de indsatte.

På hospitalerne bør patienterne af plejepersonalet informeres om, at kosten er et *led i behandlingen*, og at der stilles specielle krav til kosten under sygdom samt om mulighederne for at opfylde disse krav. Også på andre institutionstyper bør en sådan information finde sted, hvis det er nødvendigt.

Kostvejledning bør være et tilbud til de patienter/beboere, hvor sygdomsforløbet forbedres ved en ernæringsindsats. Et eksempel på en patientgruppe, hvor kostvejledning bør tilbydes alle, er ifølge Ernæringsrådet patienter med iskæmisk hjertesygdom (Ernæringsrådet, 1996). Ernæringsrådet har udarbejdet et eksempel på en checkliste for patienter med åreforkalkning i hjertet (se bilag E, bind II).

6.1.3 Forbedring af spisemiljøet og serveringen

Indbydende, rene og pæne lokaler fremmer lysten til at spise. Dug på bordet, blomster og en pæn opdækning skaber gode rammer om spisesituationen. En god belysning er ligeledes

vigtig. Inden måltidet bør der sørges for god udluftning af lokalerne.

Inden måltiderne skal brugerne have mulighed for at vaske hænder og komme på toilet. Der sørges for, at alle sidder godt, også kørestolsbrugere. Ved bakkeservering dækkes tallerkenerne med låg, hvis maden risikerer at stå et stykke tid inden spisning.

Forstyrrelser i form af undersøgelser, behandling, stuegang med videre bør ikke forekomme under måltiderne. Personalets rutiner bør som hovedregel tilpasses måltiderne og ikke omvendt.

Der bør være tilstrækkeligt personale til at sikre, at brugerne får den *nødvendige hjælp og tid* til at spise i eget tempo, og aktivt fokuseres på, hvordan spiseproblemer løses. Ved bakkeservering kan det være en fordel, at det er *samme person, som serverer for brugeren og tager bakken ud* efter måltidet, så eventuelt manglende appetit bemærkes. 0g der bør være tid til at spørge om maden, og om portionsstørrelsen var tilfredsstillende. I spisestuer o.l. bør der som hovedregel være *personale til stede ved måltiderne.* Plejepersonalet/pædagogerne m.fl. har et stort ansvar og en vigtig funktion, når patienter/beboere/indsatte med nedsat appetit skal motiveres til at spise, og når en patient/beboer skal mades. *Opmuntring, venlig servering og interesse for maden* virker motiverende på brugerens lyst til at spise. Hos raske overvægtige kan der være behov for at tilrettelægge kosten således, at energiindtaget mindskes.

6.1.4 Måltiderne som socialpædagogisk funktion

Måltiderne bør i højere grad end det er tilfældet i dag udnyttes til *samtale* og *samvær* og til *optræning.* Blandt andet kan brugerne ofte med fordel selv smøre deres madder. Hvis brugeren ikke er i stand til dette, kan de få nysmurte skiver brød og selv vælge pålæg. Friske plejehjemsbeboere eller døgninstitutionsbeboere kan eventuelt dække bord, rydde af og andet.

Deltagelse i madlavning bør være muligt i døgninstitutioner og eventuelt på plejehjem, hvor dette er ønskeligt i større eller mindre omfang, som en socialpædagogisk foranstaltning, og hvor det samtidig er hygiejnisk forsvarligt. Fysioterapeuter m.m. kan deltage i planlægning af måltiderne for at udnytte måltiderne til træning og rehabilitering.

6.2 INITIATIVER RETTET MOD TILRETTELÆGGELSE OG PRODUKTION AF KOSTFORPLEJNING I DE ENKELTE INSTITUTIONER

6.2.1 Afsætning af ressourcer til kvalitetsstyring og -udvikling

Inden for kostforplejningsområdet har der generelt ikke været tradition for at arbejde målbevidst og systematisk med *kvalitets fastlæggelse* og *kvalitetsudvikling*, således at der opnås en fast høj madkvalitet. Dette er imidlertid nødvendigt for at beslutninger kan træffes på et kvalificeret grundlag, og danne baggrund for en udveksling af viden på tværs af køkkener og institutioner. Dokumentation af kostkvalitet vil desuden kunne danne grundlag for en debat om spisekvalitet i forhold til økonomi, miljømæssige aspekter m.m.

Det er vigtigt at prøve at klargøre, hvad der er god kvalitet i kostforplejningen, og hvad der er vigtige kvalitetscheckpunkter for forskellige brugergrupper.

Eksempler på kvalitetscheckpunkter for god spisekvalitet kan for eksempel gå på farve sammensætningen eller på madens friskhed. I denne forbindelse er det væsentligt at skelne mellem de forskellige produkttyper, f.eks. tåler sammenkogte retter bedre længerevarende kølelagring/varmholdning end grøntsager serveret som tilbehør.

Også god ernæringsmæssig kvalitet bør defineres afhængig af de enkelte brugergrupper. Det kan inkludere råvarerne (f.eks. fedtindhold i kød, typer af mælkeprodukter, der indkøbes), tilberedningsmetoderne (f.eks. brug af fedtstof ved tilberedning), menusammensætning (herunder næringsstofind-

hold), servering (f.eks. tilstedeværelse af personale ved måltiderne), eller det kan dreje sig om vurdering af brugernes ernæringsstatus, kostvejledning m.m.

Principperne for kvalitetsudvikling, der er beskrevet af Sundhedsstyrelsen, går i korthed ud på, at der nedsættes en tværfaglig arbejdsgruppe bestående af de mest relevante faggrupper til løsning af et kvalitetsproblem eller en defineret opgave. Der opsættes konkrete mål, herunder den ideelle kvalitet man ønsker sig (kriterier), samt i hvilken grad kriterierne som minimum skal opfyldes (standarder). Relevante data må indsamles for at belyse, om de fastsatte mål er opfyldt og for at skabe viden om problemets præcise karakter. Herefter analyseres data, og der kommes med løsningsforslag. Efter implementering af forslagene skal der ske en evaluering, og der laves en plan for, hvorledes de gode resultater fastholdes, og eventuelt yderligere forbedres.

6.2.2 Klarlægning af ansvars- og opgavefordeling

Det fremgik af gruppeinterviewene, at der på plejehjem, hospitaler og i døgninstitutioner ofte ikke er defineret klare *ansvars- og opgave fordelinger for alle aspekter af forplejningen.* Dette kan betyde, at ressourcerne ikke altid udnyttes bedst muligt, og at der kan opstå risiko for at væsentlige opgaver 'tabes på gulvet'. Den enkelte institution må således vurdere, hvilke personer der er ansvarlige for de enkelte områder af kostforplejningen. I sidste ende er det ledelsens ansvar, at forplejningen i institutionen fungerer på tilfredsstillende vis.

Eksempelvis vil det på *hospitalerne* være hensigtsmæssigt, at lægerne er ansvarlige for løbende at vurdere patienternes ernæringsstatus og ordinere patienternes kost. Lægerne skal desuden sørge for, at ernæring bliver en del af behandlingen og for at motivere afdelingens personale i denne henseende. Sygeplejerskerne er ansvarlige for at vurdere, om patienterne spiser tilstrækkeligt, herunder påse at servering og spisemiljø fungerer tilfredsstillende. De kliniske diætister har ansvaret for den lægeligt ordinerede diætbehandling. De klini-

ske diætister kan desuden rådgive den 'almindelige' patient om kost og ernæring. Køkkenets leder er ansvarlig for produktion, levering og udbringning af maden. Kostforplejningspersonalet skal påse, at maden er næringsstofmæssigt korrekt sammensat og kulinarisk attraktiv.

På plejehjem, hospitaler, i døgninstitutioner og i forsvaret samt under selvforplejning i Kriminalforsorgen er det indtrykket, at ansvaret for korrekt ernæring i vid udstrækning anses for at være brugernes eget. Det er udvalgets opfattelse, at der bør være et tilbud om ernæringsrigtig kost (afhængig af brugergruppe), og at de brugere, der er i stand til det, gives en baggrundsviden for at vælge. For de øvrige beboere/patienter må det være personalet, der har det overordnede ansvar for ernæringen.

6.2.3 Vurdering af brugernes ernæringsstatus samt etablering af ernæringsteams og ernæringsenheder

På *hospitalerne* kan det være gavnligt at etablere *ernæringsteams*. Ernæringsteams adskiller sig fra kostudvalg blandt andet ved at arbejde med patienter i det daglige. De har erfaringer med særlige ernæringsproblemer hos hospitalets patienter. Et ernæringsteam kan bestå af læger, kliniske diætister og sygeplejersker, men bør altid fungere under lægeligt ansvar. På de større hospitaler (universitetshospitaler) bør etableres egentlige *ernæringsenheder* koblet op på et speciale. Ernæringen vil hermed få sin egen faglige profil. De kan rådgive de enkelte afdelinger i forbindelse med ernæringsfaglige emner og problemer, for eksempel fastsættelse af ernæringsmæssige behov samt opfølgning af ernæringsindsatsen.

Det er påkrævet, at der allerede ved indlæggelse/indskrivning *i institutionen* (plejehjem, hospitaler og døgninstitutioner) sker en *vurdering af ernæringsstatus* for særlige nærmere definerede risikogrupper efter de retningslinier, der er beskrevet i 'Anbefalinger for den danske institutionskost' (Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 233, 1995). Måling af højde 0g vægt

er vigtige og simple undersøgelser. Raske beboere i institutioner bør vejes regelmæssigt, for eksempel en gang månedligt, så man på et tidligt tidspunkt kan gribe ind over for truende underernæring. Ved sygdom bør patienten/beboeren vejes hyppigere, for eksempel 1-2 gange om ugen. Patienter/beboere med særlig høj ernæringsmæssig risiko bør overgå til det, der i institutionskostanbefalingerne betegnes 'Intensiv ernæringsterapi'.

Plejepersonale, pædagoger, læger, sygeplejersker, lærere m.m skal *trænes* i at se om brugerne er underernærede. Ved større ændringer i brugerens livssituation er der grund til at udvise ekstra opmærksomhed. Hvis nødvendigt rådføres med en person med den nødvendige faglige ekspertise.

Beboere på plejehjem har nu, i lighed med hjemmeboende pensionister, fået mulighed for at vælge - og fravælge - forskellige tilbud, herunder kostforplejning. Ligesom plejepersonalet bør være opmærksom på underernæring i forbindelse med svigtende appetit eller lignende hos beboere, bør personalet være opmærksom på, at nogle plejehjemsbeboere muligvis vælger at spare så meget på mad og drikke, at der kan opstå risiko for underernæring.

En velegnet metode til at vurdere ernæringsstatus hos *ældre i eget hjem* er et kort spørgeskema, som kan bruges af hjemmeplejen. I 'Anbefalinger for den danske institutionskost' er der et forslag til et sådant skema (se bilag F, bind II). Kostskemaet blev afprøvet af Danske Mejeriers Fællesorganisation blandt 13 hjemmeplejemedarbejdere i fire kommuner. Alle i undersøgelsen fandt, at kostskemaet var en hjælp til at vurdere ernæringsstatus. Skemaet blev desuden opfattet som en god anledning til at få en snak om kost, ernæring og spisesituationen (Hølund m.fl., 1996). Såfremt skemaet skal have bredere anvendelse, skal der en grundigere afprøvning til, og sandsynligvis vil det kræve en optræning af hjemmeplejepersonalet.

Der bør ligge *vejledning for, hvordan ernæringsstatus skal overvåges.* Kosttilbudet bør løbende vurderes i relation til personens ernæringsstatus. Om nødvendigt bør der være

mulighed for individuel kostbehandling med angivelser af konkrete og realistiske råd, og opfølgning af om behandlingen virker efter hensigten. Samtidig holdes brugeren 'til ilden'. Dette har vist sig at øge effekten (Rhodes et al, 1996).

6.2.4 Optimering af produktions- og serveringssys ternerne

Valg af systemer

Sammenligning af produktionssystemerne giver ikke et entydigt billede af hvilke systemer, der bør foretrækkes. Faktorer, der skal vægtes ved valg af teknologi, er blandt andet spisekvalitet, næringsstoftab, hygiejne, ressourceforbrug, fleksibilitet, økonomi samt forhold som for eksempel fysiske rammer, afstand ud til brugerne og produktionsstørrelse. I mange tilfælde vil en kombination af teknikkerne være den bedste løsning.

Varmholdt produktion er især velegnet, når maden kun skal transporteres over små afstande, det vil sige i visse boenheder i døgninstitutioner, caféer, mindre plejehjem og hospitaler med egne produktionskøkkener. Producerer køkkenet varm mad til brugerne i institutionen, kan madens duft virke appetit stimulerende. Ved brug af serveringskøkkener til opvarmning af kølemad, bagning m.m. vil der ligeledes være en duft af mad inden spisning.

Ved madudbringningen kan varmholdningstiden ved varmholdt produktion blive meget lang, med deraf følgende kvalitetsforringelser. Ved *køleproduktion* med udbringning ca. hver tredje dag kan der til gengæld være problemer med 'genopvarmet' smag. I enkelte kommuner har man ved udbringning til hjemmeboende pensionister indført MAP (modificeret atmosfære pakning). MAP synes at have såvel kulinariske som næringsstofmæssige fordele frem for det traditionelle kølesystem. Ofte bliver holdbarhedstiden dog strakt over en så lang periode (typisk udbringning én gang ugentligt), at det er tvivlsomt, om der reelt er tale om forbedringer. Ved at udbringe i modificeret atmosfærepakning hyppigere (f.eks. 2 gange ugentligt) vil man kunne forbedre spise-

kvalitet og næringsstofværdi og samtidig mindske de levnedsmiddelhygiejniske risici.

For at mindske de *levnedsmiddelhygiejniske risici* er det vigtigt, at der er styr på tid- og temperaturforholdene i alle trin (også hos den hjemmeboende) og på hygiejneforholdene under produktion og servering.

Mindst mulig belastning af maden

Systemerne må optimeres med henblik på at opnå mindst mulig belastning af maden kulinarisk såvel som næringsstofmæssigt. Det er nødvendigt med en effektiv kommunikation mellem kostforplejningspersonale, plejepersonale, pædagoger, fængselsfunktionærer og brugerne. Desuden kræver det viden og vilje hos personalet (herunder chaufførerportører) til at behandle maden så skånsomt og hensigtsmæssigt som muligt. Ved varmholdt produktion gælder det blandt andet om at mindske varmholdningstiden på alle trin; mellem tilberedning og udportionering, mellem udportionering og transport, under transport og fra modtagelse på afdelingen/-enheden og til servering. For køleproduktion er det vigtigt at køle ned straks efter tilberedning, nedkøle hurtigt, kølelagre og transportere tilstrækkeligt koldt (også af hygiejniske hensyn), genopvarme skånsomt (men sikkert) og servere straks efter genopvarmning.

For at undgå lang varmholdningstid eller unødig kølelagring ved servering i institutioner kan det være en god idé at etablere *serveringskøkkener*, hvor blandt andet grøntsagsdelen og tilbehøret (kartofler, ris m.m.) kan tilberedes i direkte tilknytning til serveringen. Også andre produkter, eksempelvis bake-off-produkter vil kunne tilberedes af personer tilknyttet afdelingerne.

Alternativt kan køkkener med varmholdt produktion *koge følsomme' produkter som grøntsager over flere omgange*, for eksempel hvert kvarter i løbet af udportioneringen for at mindske varmholdningstiden.

6.2.5 Produktionstilrettelæggelse

Råvarer
Formulering af detaljerede kvalitetskrav til leverandørerne kan være med til at sikre den ønskede kvalitet samt anspore til en øget bevidsthed om produktvalg. Derudover skabes mulighed for reel prissammenligning og tilbudsgiverne får et større incitament til at produktudvikle.

I dag tilgodeses storkøkkenernes specielle krav til produkter ikke altid i et tilstrækkeligt omfang. Produkterne bør i højere grad tilpasses de enkelte produktionsformer og ønsket om en højere forarbejdningsgrad. Der er eksempler på, at køkkener når det gælder visse produktgrupper, for eksempel forkogte kartofler og frosne grøntsager, først opvarmer produkterne for derefter at nedkøle dem igen til kølelagring inden genopvarmning og servering. Dette er tydeligvis med til at forringe såvel den næringsstofmæssige som den kulinariske kvalitet.

Ved indkøb af nye produkttyper bør der foretages smagstest samt sammenlignende bedømmelser mellem forskellige mærkevarer/leverandører. Fordele og ulemper ved indkøb af halv- og helfabrikata vurderes i forhold til en egenproduktion. Valg af produkt indbefatter først og fremmest vurderinger af produktkvalitet, men også vurderinger af økonomi og service og dets indflydelse på arbejdsmiljø og ydre miljø. Der bør udvikles redskaber og checklister for de enkelte produktgrupper, der kan virke som hjælp og støtte ved udarbejdning af udbudsmateriale. Projekt 'Storkøkken 2000' har udarbejdet en checkliste, der opstiller nogle overordnede punkter, som køkkenerne skal være opmærksomme på i forbindelse med indkøb (Storkøkkencentret, 1995).

Selv om de fleste køkkener til en vis grad kontrollerer varerne ved modtagelse, er det de færreste der systematisk kontrollerer parametre beskrevet i kravs specifikationerne, blandt andet temperatur (for køle- og frostvarer), udseende, smag, lugt, mål (f.eks. tykkelse) og vægt. Dette bør indarbejdes rutinemæssigt, for eksempel som en del af køkkenets egenkontrolprogram.

Tilberedning

Der skal mere fokus på madens spisekvalitet, herunder at maden fremstår appetitlig og virker indbydende. I dag har produktionsforholdene i de fleste større køkkener ændret sig så meget, at tidligere tiders erfaringer med god madlavningspraksis kun i mindre omfang kan anvendes. Dette forstærker nødvendigheden af at arbejde aktivt med *kvalitetsfastlæggelse* og *kvalitetsudvikling*. Det er således vigtigt, at der afsættes ressourcer til udviklingsarbejde i køkkenerne. For eksempel kan større køkkener etablere en kvalitetsudviklingsafdeling, der eventuelt underviser personalet i kvalitetsudvikling, koordinerer kvalitetsudviklingsprojekterne og informerer om resultaterne af projekterne.

Som udgangspunkt for madproduktionen må *produktionsudstyret* have tilstrækkelig kapacitet og være af god standard. EDB er et vigtigt redskab i forbindelse med håndtering af opskrifter, valgsystemer, brugerønsker, næringsberegning m.m.

Et af de daglige værktøjer til opnåelse af høj kostkvalitet er *opskrifterne*. Opskrifterne bør indeholde en metodisk opbygning af fremstilling og håndtering. I bilag G (bind II) gives nogle bud på, hvad en opskrift med fordel kan indeholde, og hvilke retningslinier de kan/bør følge. Der kan imidlertid være en konflikt imellem at gerne ville have 'alt' med og samtidig gøre teksten enkel og overskuelig. En løsning på dette kan være at udarbejde en grundigere *arbejdsvejledning* foruden opskriften. Arbejdsvejledningen skal bruges til opslag ved tvivlstilfælde samt til brug for nye medarbejdere. Under alle omstændigheder bør alle opskrifter *kritisk gennemgås* med henblik på at opnå de mest hensigtsmæssige fremstillingsmetoder i forhold til den nyeste teknologiske viden og i overensstemmelse med brugernes ønsker. I det lange løb spares tid ved optimering af arbejdsprocesserne. Herudover har man via opskrifterne mulighed for større levnedsmiddelhygiejnisk sikkerhed samt at beregne pris og næringsstofindhold. For personalet kan gennemarbejdede opskrifter give større sikkerhed for et godt resultat.

Maden bør som hovedregel fremstilles efter *næringsberegnede opskrifter*, så kostens energiindhold og -fordeling og indhold af næringsstoffer er kendt.

Det er imidlertid ikke nok at have gode gennemarbejdede opskrifter. Opskrifterne må også følges. Dette vil ofte kræve en holdningsbearbejdelse hos kostforplejningspersonalet. Personalet skal instrueres i at læse og forstå opskrifterne korrekt. De skal forstå betydningen af at følge opskriften for at sikre et godt og ensartet produkt. Temperaturstyring er et uundværligt redskab i denne forbindelse, men endnu langt fra anvendt i alle køkkener rutinemæssigt.

Systematiske smagsbedømmelser er et centralt værktøj til sikring af, at madens kvalitet er tilfredsstillende. Smagsbedømmelser, eventuelt sammen med temperatur- og vægtkontrol, bør finde sted dagligt samtidig med, at brugeren spiser maden, idet maden ofte smager anderledes ved servering end lige efter tilberedning. Desuden bør smagsbedømmelser anvendes ved revidering eller afprøvning af nye opskrifter og/eller ny teknologi.

Brugerundersøgelser må naturligvis supplere køkkenets egen kvalitetskontrol for at sikre, at det er brugernes vurdering, der ligger til grund for udviklingen af kostkvaliteten.

Kosttyper og portionsstørrelser

Forskellige *kosttyper* bør tilbydes brugerne afhængig af deres ernæringsstatus, eventuelle sygdomme og deres ønsker. Betegnelsen 'Normalkost' anvendes om den kost, der følger næringsstofanbefalingerne til raske, og som bør spises under normale omstændigheder. Betegnelsen 'Sygehuskost', der er kendetegnet ved at være energitæt og proteinrig, anvendes ved underernæring eller risiko herfor. Det anbefales at supplere denne kost med en vitamin-mineraltablet dagligt. På de fleste hospitaler vil denne kostform være den mest anvendte, ligesom mange ældre i institutioner vil have behov for denne kostform. Diæter ordineres i relation til de relevante sygdomme eller tilstande. Der kan på nogle plejehjem og døgninstitutioner, hvor der ikke er ansat kliniske diætister, være et behov for rationalisering og 'modernisering' af

diætproduktionen. Yderligere kosttiltag kan være påkrævet, for eksempel 'Kost til småt spisende' og 'Kost med afvigende konsistens' og/eller sondeernæring og kosttilskud. I 'Anbefalinger for den danske institutionskost' er der angivet retningslinier for kosttyperne (Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 233, 1995).

Ved *valg af energitrin og portionsstørrelse* vurderes brugerens omtrentlige energibehov, brugerens appetit og den portionsstørrelse, der svarer hertil, mængden og sammensætningen af maden ved den aktuelle portionsstørrelse, den aktuelle portionsstørrelses omtrentlige energiindhold samt suppleringsmuligheder for at opfylde brugerens beregnede energibehov.

Måltiderne bør fordeles på *mange daglige måltider*, for eksempel tre hovedmåltider og tre mellemmåltider på plejehjem, hospitaler og i døgninstitutioner.

6.3 INITIATIVER RETTET MOD DET POLITISKE OG ADMINISTRATIVE NIVEAU

6.3.1 Formulering og indarbejdning af kostpolitikker i amtskommuner og kommuner

Udarbejdelse af kostpolitikker (politikker for kostforplejningen) for amtskommunernes og kommunernes institutioner og madudbringningen vil bidrage til at synliggøre og styrke madens betydning for institutionernes funktion og opgaveløsning på konstruktiv vis. En kostpolitik kan være med til at underbygge faglighed og professionalisme omkring kostforplejningen hos kostfagligt personale, pædagoger, plejepersonale og læger. Den kan være med til at sikre, at ernæringsmæssige behov dækkes i praksis ved at opretholde en god madkvalitet og skabe gode rammer om måltiderne. En dynamisk politik vil lægge op til udvikling og fastholde opmærksomheden på god og tidssvarende kostforplejning.

Overfor borgerne, politikere og institutionsledelser vil en kostpolitik være med til at synliggøre, hvad man 'får for pengene'. Kommunerne har pligt til mindst hvert andet år at

informere deres borgere om indhold, omfang og mål for de væsentligste serviceydelser [1]. Redegørelsen skal tillige indeholde oplysninger om de mål, som kommunalbestyrelsen har sat for udviklingen på de pågældende områder. Specielt på ældreområdet kunne det være relevant, at oplyse borgerne om tilbudet i den offentlige kostforplejning.

Som tidligere nævnt (afsnit 4.5) er omfang og indhold i de vedtagne kostpolitikker for de amtskommunale og kommunale institutioner meget svingende. Der kan derfor overvejes en statslig motivering af amtskommuner og kommuner til gennemførelse af kostpolitikker med et mere systematiseret indhold.

Kostpolitik indarbejdet i samarbejdsbestemmelserne på sundhedsområdet

Sundhedsministeriet overvejer at lade kostpolitik være et af de nye temaer i de amtskommunale sundhedsplaner og den kommunale redegørelse på sundhedsområdet for planperioden 1998-2001 (se nærmere herom i bilag B.l.l, bind II). Herved vil både amtskommuner og kommuner blive opfordret til at yde dette område speciel opmærksomhed.

For *amtskommunerne* vil det været specielt relevant at fokusere på, hvordan en kostpolitik for døgninstitutioner og hospitaler kan sikres gennemført og indgå som led i de samlede forebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger i amtskommunen. Eksempelvis

hvordan den ernæringsfaglige ekspertise på amtskommunens hospitaler stilles til rådighed for døgninstitutioner og praktiserende læger (evt. på konsulentvilkår, en kvoteordning el. lign.),

sikring af diætrådgivning inden planlagte indlæggelser og ved udskrivning af patienter fra hospital til plejehjem. I den forbindelse vil det også være relevant at se på de

[1] Jf. § 62, stk. 1 i lov nr. 526 af 22. juni 1993 om kommunernes styrelse, som ændret ved lovbekendtgørelse nr. 380 af 14. juni 1995 om lov om ændring af de kommunale styrelseslove m.v.

praktiserende lægers rolle m.h.t. at vejlede den enkelte om rigtig ernæring, og

tilbud om ernærings- og hygiejnekurser/temadage for personale i døgninstitutioner, daginstitutioner, dagplejer og skoler samt i hjemmeplejen, eller for hjemmeboende pensionister i dagcenterregi.

For *kommunerne* vil det være relevant at fokusere på f.eks. madens rolle i den kommunale service over for blandt andet småbørnsforældre, børn i daginstitutioner, skolebørn samt ældre omfattet af den kommunale kostforplejning. Eksempelvis

tilbud fra hjemmeplejen til bl.a. hjemmehjælpere og hjemmeboende pensionister om a) madens rolle til forøgelse af livskvalitet for ældre og b) hygiejne i forbindelse med den daglige tilberedning af maden,

initiativ fra sundhedsplejen til temaaften for forældre til børn i daginstitutioner om ernæringsrigtig kost og madens betydning for barnets udvikling [2]. Et sådant initiativ kunne evt. føre til at forældrene selv etablerer 'madværksteder' eller at institutionernes brugerbestyrelser beslutter en kostpolitik for den mad, der serveres i institutionen,

vægtning af ernæringsrigtig kost i sundhedsplejens rådgivning over for småbørnsforældre og forældre til børn i skolealderen, og

vægtning af ernæringsrigtig kost ved skolelægens indskolingsundersøgelse af børn.

Kostpolitik på det sociale område

Det sociale område er kendetegnet ved en høj graf af decentralisering. Inden for den sociale lovgivnings rammer er det overladt til den enkelte kommunalbestyrelse/det enkelte amtsråd at udforme den lokale politik på det sociale område, herunder at fastlægge det lokale serviceniveau.

[2] Hos Foreningen af Kliniske Diætister kan man i dag købe sig til en sådan 'temaaften-pakke'.

Der er ikke tradition for fra centralt hold at udmelde temaer for den kommunale/amtskommunale opgavevaretagelse på det sociale område. Men Socialministeriet kan - f.eks. i samarbejde med Fødevareministeriet og Sundhedsministeriet - være med til at sætte fokus på kostens store betydning for beboere i institutioner m.v. og beboere omfattet af madserviceordninger, og på vigtigheden af, at kommunalbestyrelser og amtsråd vedtager en kostpolitik for borgere omfattet af den offentlige kostforplejning.

Bestemmelsen i § 62, stk. 1 i lov om kommunernes styrelse (se note 1), hvorefter kommunalbestyrelsen over for borgerne skal redegøre for indholdet og omfanget af de væsentligste kommunale serviceydelser, indeholder ikke særlige regler om indhold, udformning og formidling af redegørelsen. Derfor kan serviceinformationen variere fra kommune til kommune.

Det kunne være hensigtsmæssigt, at kommunerne i forbindelse med denne serviceinformation redegør for spisekvaliteten og den ernæringsmæssige kvalitet af den mad, der tilbydes, og fastsætter procedurer for opfølgning af disse kvalitetskrav.

Målretning af kostpolitikken

Ved udformning af en kostpolitik må det sikres, at den tilpasses den målgruppe, den skal dække. Kostpolitikken kan udspecificeres for de forskellige områder: Plejehjem/madudbringning, hospitaler, døgninstitutioner, skoler, forsvar, Kriminalforsorgen, daginstitutioner og dagpleje.

Det er vigtigt, at målene er præcise, konkrete og realistiske, så det er muligt for personalet at opfylde dem. Det er derfor vigtigt, at alle involverede fagområder samt relevante institutioner og brugere er med, når kostpolitikken udformes. Det øger også muligheden for, at medarbejderne føler ansvar for kostpolitikken.

Brugerinddragelse bør så vidt muligt finde sted bl.a. i brugerbestyrelser, ældreråd o.lign.

Eksempel på indhold af en kostpolitik
En kostpolitik er en fastlæggelse af overordnede mål og rammer for kostforplejningen.

Nedenfor er skitseret nogle af de områder en kostpolitik kan indeholde. Nogle af områderne hører hjemme på det (amts)-kommunale niveau, mens de mere detaljerede beskrivelser bør indgå i institutionernes kostpolitikker, jf. afsnit 6.3.2.

1. Overordnet målsætninger
2. Målgruppe
3. Ansvarsfordeling
4. Konkrete mål for:

Brugerinddragelse og indflydelse
F.eks. brugertilfredshedsundersøgelser, kostudvalg, kontaktpersoner, valgmuligheder og muligheder for at spise alene og i selskab med andre.

Information til brugerne
F.eks. information om valgmuligheder/kosttyper og om kosten som en del af behandlingen, mulighed for information om måltiderne, f.eks. om menusammensætning, pjecer og menuplaner.

Spisemiljø og servering
F.eks. de fysiske rammer, hjælp ved spisning, tid til og ro ved måltiderne og fleksible spisetidspunkter.

Måltiderne som en socialpædagogisk funktion
F.eks. mulighed for at dække bord, bage og samtale.

Kvalitetsstyring og kvalitetsudvikling
F.eks. kvalitetsprojekter til forbedring af spisekvalitet, ernæring og spisemiljø/servering, dokumentation af kvaliteten af forplejningen, smagsbedømmelser m.m. Udtrykket *ernæringsstyring* kan bruges som ramme for det arbejde, der har til formål at sikre, at brugernes ernæringsstatus er tilfredsstillende. Et system til ernærings-

styring må omfatte alle de led, der vedrører madens planlægning, produktion, rådgivning og registreringer.

Er næringsteams/ernæringsenheder samt adgang til rådgivning
F.eks. vurdering af brugernes ernæringstilstand (brug af spørgeskemaer, vægt/mål m.m.) og sikring af kost- og diætrådgivning til brugerne ved behov.

Produktions- og serveringssystemer
F.eks. sikring af mindst mulig belastning af maden, central eller decentral udportionering, bordservering og buffet.

Råvarer
F.eks. fælles indkøbsaftaler, kravsspecifikationer, anvendelse af halv- og helfabrikata og systematisk kontrol af indkøbte varer.

Tilberedning og kostsammensætning
F.eks. teknik, EDB, optimering af opskrifter tilpasset produktions- og serveringssystemerne, sammensætning af kosten, biretter, næringsberegning og drikkevarer.

Kosttyper og portionsstørrelser
F.eks. kosttyper målrettet brugernes behov, mulighed for 'kræsekost', valgmenu, mulighed for valg mellem forskellige portionsstørrelser, antal daglige måltider og deres fordeling.

- *Hygiejne*
F.eks. gennemførelse af egenkontrolprogram, herunder styr på tid og temperatur fra 'start til slut', rengøring, opvask, personlig hygiejne og hygiejne ved servering.

Miljø
F.eks. besparelser på energi- og vandforbrug, affaldssortering og -håndtering, mindsket brug af engangsartikler/enkeltstykpakninger og emballage, brug af returemballage, miljøvenlig brug af rengøringsmidler og brug af økologiske fødevarer.

Arbejdsmiljø
F.eks. gennemførelse af arbejdsplads vurderinger.

Personaleuddannelse
F.eks. klarlægning af hvilke kvalifikationer der ønskes hos personalet, ajourføring m.h.t. ernæring, diæter, kvalitetsudvikling, EDB-redskaber, hygiejne, betydning af spisemiljø og vurdering af ernæringsstatus.

Mulighed for rådgivning af personale
F.eks. sikring af muligheden for kost- og diætrådgivning til de ansatte i institutionerne (dette sker eksempelvis i Københavns kommune på børneområdet).

Service
F.eks. muligheder for bestilling/afbestilling af mad og specielle arrangementer.

Økonomi
F.eks. personalenormering, ressourceudnyttelse, budget og finansiering af tilbud.

Samarbejde mellem institutionerne og med andre amtskommuner/kommuner
F.eks. etablering af netværk.

6.3.2 Uddybning og effektuering af kostpolitikken i de enkelte institutioner

De mere detaljerede mål og handlingsplaner fastlægges i de enkelte institutioner. Amtskommunen/kommunen kan tilskynde den enkelte institution til at udarbejde en kostpolitik. Det politiske niveau kan dog vælge at indgå mere kontraktlignende forhold, for eksempel ved udlicitering, hvor vilkår, betaling og mål specificeres meget nøje.

'Anbefalinger for den danske institutionskost' (Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 233, 1995), der giver konkrete anbefalinger for institutionskost til nærmere definerede grupper, kan være en god inspirationskilde ved formulering af en kostpolitik.

Ansvaret for udarbejdelsen af kostpolitikken skal placeres. Eksempelvis på børneområdet er det brugerbestyrelsen og ledelsen i de enkelte institutioner, der har ansvaret for, at der findes en god kostpolitik, som er kendt af personale og forældre.

At udarbejde en kostpolitik er ikke nok. Den skal også føres ud i livet. Der skal udarbejdes handlingsplaner for, hvordan man vil opnå de mål, der ikke allerede er opfyldt. Ligeledes skal det sikres, at de områder, der allerede lever op til målene også fortsat vil gøre det, og helst løbende blive endnu bedre. Der kan med fordel drages nytte af de teknikker, der er kendt fra kvalitetsstyring og kvalitetsudvikling, herunder nogle organisatoriske rammer, for eksempel kvalitetscirkler, fokusgrupper m.m. Målene bør jævnligt revurderes, så de hele tiden er tidssvarende.

6.3.3 Brug af fælles indkøbsaftaler

Fælles indkøbsaftaler giver mulighed for at opnå bedre kvalitet til prisen, samt mulighed for at samle og styrke den indkøbsmæssige viden og styrke dialogen med leverandørerne.

Vigtigt er det imidlertid at sikre en tilstrækkelig information til de involverede køkkener, samt at sikre køkkenernes indflydelse på aftalerne via deltagelse i brugergrupper o.lign.

Fælles indkøbsaftaler kan være rammeaftaler eller faste aftaler, hvor hvert enkelt køkken forpligtiger sig til at aftage en vis mængde. Aftalerne kan være frivillige eller tvungne for parterne. Hvis indkøbene ligger over en vis værdi, skal de udbydes i licitation.

6.4 INITIATIVER RETTET MOD ØGET VIDEN OM OFFENTLIG KOSTFORPLEJNING

6.4.1 Forbedring af uddannelse, videreuddannelse og efteruddannelse

Faggrupperne er delt op i to hovedgrupper; *'gruppe A'*, der arbejder med kost og ernæring som deres væsentligste funktion samt *'gruppe B'*, der i et vist omfang arbejder med kost og ernæring.

Køkkenassistenter, køkkenledere, økonomaer og ernærings- og husholdningsøkonomer (gruppe Al) fremstiller mad og/eller formidler viden om ernæring og kost. Kliniske diætister (gruppe A2) formidler viden om ernæring og kost samt varetager diætbehandling og ordination i forbindelse hermed. Gruppe B er her afgrænset til social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, pædagoger, sygeplejersker, læger og fængselsfunktionærer. I afsnit 4.6.3 samt mere udførligt i bilag B.1.2 (bind II) er de enkelte uddannelser beskrevet.

Uddannelser i gruppe A
Uddannelserne til *EH, klinisk diætist* og *økonoma* er for tiden under overvejelse mhp. at sikre udvikling og sammenhæng mellem disse uddannelser bl.a. for at skabe klarhed over adgangsveje, efter- og videreuddannelse samt beskæftigelsesområder (der afventes p.t., at Undervisningsministeriet reagerer på en indstilling herom fra det Naturvidenskabelige Uddannelsesråd).

Gruppe Al
I det følgende foreslås forbedringer inden for gruppe Al uddannelserne. Nogle af forbedringerne er allerede under overvejelse.

Køkkenlederuddannelsen kan opkvalificeres for at sikre kvalificerede ledere til institutioner med under 40.000 kostdage pr. år.

Økonomauddannelsen kan opkvalificeres til en mellemlang videregående uddannelse, der kunne koordineres med ernærings- og husholdningsøkonomuddannelsens (EH) institutionsområde. Eksempelvis kan økonomauddannelsen udbygges med fag som miljølære, kostsociologi, pædagogik, psykologi, ledelsesteori, kvalitetsudvikling, formidling og kommunikation. Økonomaerne bliver dermed bedre i stand til at varetage ledelsesfunktioner og kontakten til brugerne.

Gruppe A2
De *kliniske diætister* er nu blevet en autoriseret faggruppe. Foreningen af kliniske diætister foreslår den eksisterende uddannelse suppleret inden for emnet 'individuel diætbehandling'.

Videreuddannelse af gruppe A
Der er behov for at sikre videreuddannelse af nogle faggrupper i gruppe Al og A2 i form af en akademisk overbygning for økonomaer, kliniske diætister og EH'ere. Emner som kvalitets- og produktionsstyring, økonomi og klinisk ernæring ville være relevante.

Med nedlæggelsen af Nordisk Højskole for Husholdningsvidenskab forsvinder muligheder for videreuddannelse for EH'ere og kliniske diætister inden for human ernæring og klinisk ernæring. Dermed aktualiseres behovet yderligere for nye klare adgangsveje til videregående uddannelser på kandidatniveau (masterprogrammer) i Danmark eller andre nordiske lande.

Af mulige akademiske overbygninger inden for allerede eksisterende videreuddannelser kan nævnes

Master of Science in Human Nutrition ved den Kongelige Veterinær og Landbohøjskole, og

Master of Public Health ved Københavns og Århus Universiteter.

Det anbefales, at der snarest fastlægges nærmere krav for optagelse af de nævnte faggrupper på ovennævnte videregående uddannelser.

Der er for tiden overvejelser om etablering af følgende videreuddannelser: Ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Arhus Universitet overvejes, om det er muligt at etablere en *kandidatuddannelse i klinisk ernæring.* Tilsvarende overvejelser er i gang på Den Kongelige Veterinær- og Landbohøjskole, der sammen med Københavns Universitet forventer at kunne sende et forslag herom til undervisningsministeren i løbet af 1997 (Personlig oplysning, Arne Astrup, dec. 1996).

Nogle af de nødvendige/ønskelige videreuddannelsesmuligheder findes ikke i Danmark, men er under udvikling i Sverige. Eksempelvis ved *Gøteborg Universitet* arbejdes med etablering af et masterprogram i klinisk ernæring. Ved *Lunds Universitet* arbejder man på at oprette et forskningsområde for catering med kvalitetsstyring, procesplanlægning, råvareteknologi og ressourcestyring som emner. Det kunne overvejes at oprette et lignende område herhjemme eller at etablere et samarbejde 'over sundet' i form af et egentligt masterprogram i 'catering engineering and management' evt. sammen med den Kongelige Veterinær- og Landbohøjskole. Emner for en sådan uddannelse kunne bl.a. være de før omtalte emner samt økonomi og ledelse. Uddannelsen vil kunne uddanne ledere til bl.a. den nye type af centrale madproduktionsselskaber, der opstår i disse år[3].

Ud over det indholdsmæssige i studierne vil der være behov for at fastlægge nærmere krav til optagelse på studierne.

Efteruddannelse af gruppe A

Efteruddannelsestilbudene må udbydes og tilpasses behovet i de enkelte faggrupper. Der kan foreslås

fordele og ulemper ved ny produktionsteknologi,

[5] Forslaget er udarbejdet p.b.a. samtaler med branchefolk, relevante danske uddannelsesinstitutioner og Lunds Universitet.

EDB-baserede opskrifter, næringsberegning, menuplanlægning og indkøb,
ernæringens betydning i forebyggelses- og behandlingsøjemed,
metoder til undersøgelse af bruger ønsker og tilfredshed og
ledelses- og organisationsteori.

Der findes ikke en fuldstændig fortegnelse over efteruddannelsesmuligheder inden for kost og ernæring for disse faggrupper. En sådan bør udarbejdes og løbende revideres for at sikre koordinering af efteruddannelsesmulighederne. Også det ufaglærte personale i køkkenerne kan have behov for deltagelse i nogle tilsvarende efteruddannelseskurser.

Uddannelser i gruppe B

En evalueringsrapport (Evalueringsrapport vedr. social- og sundhedsuddannelserne, København 1996) vurderer, at en styrkelse af den ernæringsfaglige viden hos *social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter* bør ske ved efteruddannelse, snarere end ved uddannelserne.

Ernæringsindholdet i *sygeplejerskeuddannelsen* kan udbygges med ernæringens betydning for forebyggelse, pleje og behandling, evt. også med metoder til vurdering af ernæringsstatus.

Ernæring har hidtil været lavt prioriteret i *lægeuddannelsen.* I forbindelse med den nye studieplan bør det diskuteres, hvordan og i hvilket omfang ernæring skal indgå. Inden for lægeuddannelsen er der behov for en opprioritering af ernæring i betragtning af ernæringens betydning i såvel forebyggelse som behandling og pleje. Det må overvejes, om det kan ske ved at ernæring indarbejdes på tværs i relevante fag eller evt. etableres som et selvstændigt speciale. Det vil også være relevant at arbejde med metoder til vurdering af ernæringsstatus. En effektiv måde at opprioritere ernæringens betydning for forebyggelse og behandling af sygdomme vil være at oprette lærestole ved de medicinske fakulteter.

Oprettelse af lærestole vil også føre til øget forskning på området og medføre opprioritering af ernæring inden for de øvrige sundhedsuddannelser (sundhedsplejerske, sygeplejerske, social- og sundhedsassistenter/hjælpere).

Videreuddannelse af gruppe B
Det bør overvejes at etablere videreuddannelse i form af en akademisk overbygning for *sygeplejersker* inden for ernæringens betydning for forebyggelse og pleje. Endvidere kan ernæringens betydning for det sunde barns udvikling opprioriteres inden for *sundhedsplejerskeuddannelsen.*

Efteruddannelse af gruppe B
Efteruddannelsestilbudene må udbydes og tilpasses behovet i de enkelte faggrupper. Det kunne f.eks. være

- ernæringens betydning i forebyggelses-, pleje- og behandlingsøjemed,
- vurdering af ernæringsbehov og ernæringsstatus, og
- ernæringsrigtig mad (specielt for fængselsfunktionærer, socialpædagoger og pædagoger), samt viden om hvilke redskaber (hygiejneforeskrifter, kogebøger), der kan anbefales de indsatte/beboerne i forbindelse med den daglige madlavning eller i forbindelse med menuplanlægningen.

Ændringer i omfang og indhold af delelementer i uddannelser kan oftest kun ske ved at ændre studieplaner/uddannelsesplaner. Efteruddannelse er derfor en reel mulighed for at øge de uddannedes viden om og forståelse for kostens betydning.

Direktoratet for Kriminalforsorgen undersøger for tiden muligheden for at etablere kurser i AMU/ESU-regi[4] for *fængselsfunktionærer*, således at de bedre bliver i stand til at rådgive de indsatte om kostspørgsmål.

[4] AMU = Arbejdsmarkedsuddannelse. ESU = Efteruddannelse for Statsligt Uddannede er en afdeling under AMU.

Der findes ikke en fuldstændig fortegnelse over efteruddannelsesmuligheder inden for kost og ernæring for disse faggrupper. En sådan bør udarbejdes og løbende revideres for at sikre koordinering af efteruddannelsesmulighederne.

6.4.2 Opprioritering af forskning

Flere offentlige fondsmidler bør kanaliseres til forskning inden for den offentlige kostforplejning, således at forskningsmulighederne forbedres inden for såvel kost og ernæring som storkøkkendrift, forplejningssystemer og organisation. I kapitel 7 beskrives nogle af de områder, hvor der skønnes at være behov for øget viden.

En styrkelse af forskningen inden for de ovennævnte områder forudsætter, at der er gode forskningsmiljøer til gennemførelse af forskningen. For økonomaer, EH og klinisk diætister vil gode forskningsmiljøer (som det fremgår af afsnit 6.4.1) hænge sammen med, at der skabes klarhed over og sammenhæng i uddannelserne og videreuddannelserne. For andre uddannelser i berøring med kost og ernæring, herunder læge- og sygeplejerskeuddannelserne kan forskningsmiljøer udvikles på universiteterne, Danmarks Sygeplejehøjskole samt ved institutioner med de under afsnit 6.4.1 nævnte masterprogrammer.

6.4.3 Behov for central indsamling og formidling af viden

Der sker i dag ingen systematisk opsamling af viden og erfaringer inden for storkøkkensektoren, og der er formentlig ingen samlet oversigt over initiativer på området. Det betyder, at erfaringer fra én institution ikke udnyttes og videregives til andre institutioner.

Henvendelser til bl.a. Storkøkkencentret i Levnedsmiddelstyrelsen tyder på, at der både blandt private og offentlige køkkener, kommunale myndigheder samt private konsulent-,

og rådgivningsfirmaer er et behov for at kunne trække på viden og erfaringer vedrørende storkøkkensektoren.

Der er behov for, at man ét sted samler viden om følgende inden for offentlig kostforplejning, herunder

- eksisterende statistiske oplysninger[5],
- igangværende og gennemførte forsknings- og udviklingsarbejder,
- erfaringer fra forsøg med afprøvning af udstyr, tilberednings- og produktionsteknikker, produktions- og serveringssystemer, organisation, brugerinddragelse, kostpolitikker m.m.,
- oversigter over relevant litteratur, rapporter, undervisningsmateriale, eksisterende databaser, og
- oversigter over planlagte og afholdte møder, seminarer, konferencer o.lign.

Den ovenfor nævnte indsamlede viden skal formidles til relevante interessegrupper.

Storkøkkeninstitut

Det er nødvendigt at sikre varetagelse af vidensindsamling og formidling via nogle organisatoriske rammer, f.eks. i form af et center eller institut.

[5] Grundigt statistisk materiale om storkøkken sektoren og dens udvikling vil være et godt grundlag for beslutning om fremtidig planlægning på området. I dag er statistik vedrørende storkøkkenområdet spredt på flere instanser, herunder Danmarks Statistik, Socialministeriet (Det Sociale Informations- og Analysesystem) og Levnedsmiddelstyrelsen. Spørgsmålet er om og i givet fald, hvordan en fremtidig og løbende statistisk overvågning kan gennemføres og hvilke elementer, der skal indgå. I Sverige udgives der f.eks. årligt en publikation, 'Storhushållsguiden', vedrørende den svenske storkøkken sektor i tal. 'Storhushållsguiden' har et oplag på 300 eksemplarer pr. år. Køberne er leverandører til storkøkkener (60%), kommuner og landsting (ca. 20%) og universiteter, reklamebureauer o.lign. Der er ikke tale om selvstændig statistik produktion, men blot en samlet udgivelse af statistik udarbejdet i forskellige sammenhænge (Personlige oplysninger, J. Sundström, 1996).

En central funktion for et Storkøkkeninstitut må være indsamling af viden herunder systematisk, rutinemæssig *overvågning/læsning af medier,* f.eks. videnskabelige tidsskrifter, fagblade og lignende.

En anden central funktion for et Storkøkkeninstitut vil være formidling af viden. Det kan ske ved:

Udsendelse af et nyhedsbrev / blad indeholdende løbende orienteringer om aktiviteter på storkøkkenområdet. Nyhedsbrevet/bladet skal udkomme på dansk som trykt medie og på længere sigt evt. også elektronisk, eksempelvis på internettet [6]. Et nyhedsbrev eller -blad kan indeholde abstracts og sammendrag fra forsknings- og udviklingsprojekter. Nyhedsbrevet vil skulle trække løbende på 'den elektroniske database' og litteraturlister fra 'bibliotekstjenesten' (se nedenfor).

For at øge vidensformidlingen til potentielle modtagere kan etableres en *elektronisk database.* Databasen skal sammenkæde andre baser på levnedsmiddelområdet, men kun udtrække abstracts, der er relevante for storkøkkenområdet til en 'har De læst det her?' service. Databasen kan være tilgængelig fra internet og kombineres med oprettelse og vedligeholdelse af en hjemmeside (homepage).

Artikler, blade, rapporter og bøger vedrørende storkøkkenområdet er spredt på et stort antal biblioteker, f.eks. på Levnedsmiddelstyrelsen, Slagteriskolen, Økonomaskolen, Roskilde Universitetscenter, Danmarks Tekniske Universitet, Handelshøjskolen, Center for Fødevarestudier i Hørsholm og andre. En *bibliotekstjeneste,* der kun har med titler inden for storkøkkener at gøre, vil løse dette problem.

[6] På internet kan nyhedsbrevet rundsendes på en såkaldt mailing liste, der abonneres på.

Der er - udover materialer til uddannelse på køkkenassistentområdet - mangel på relevante *bøger og publikationer* inden for storkøkken og catering herhjemme. F.eks. anvendes der næsten ikke danske lærebøger på området. Man kunne således forestille sig etablering af en publikationstjeneste, der udgav bøger specielt for området.[7]

Med til at styrke informationsudviklingen og udviklingen generelt på storkøkkenområdet er uformelle netværk, og informationsudvekslingen på *møder, seminarer og konferencer*. Der bliver kun sjældent i Danmark afholdt konferencer/seminarer for fagfolk, der har med kostforplejning at gøre. Selve planlægningen af det faglige indhold kræver faglig viden, som Storkøkkeninstituttet kunne bidrage med.

Andre opgaver for et Storkøkkeninstitut inkluderer

rådgivning vedrørende ernæring og tilrettelæggelse af kostforplejningen, herunder medvirken ved rådgivning og planlægning af uddannelser og efteruddannelser,
gennemførelse af vidensskabende internt og eksternt sponsorerede projekter og udviklingsopgaver, samt evt. medvirke ved drift af et 'testkøkken'[8],
dannelse af og støtte til lokale 'netværksgrupper', drift af sekretariat for et Storkøkkenforum (se efterfølgende), drift af et internationalt netværk med henblik på erfaringsudveksling mellem ekspertinstitutioner, samt drift af et sekretariat for en arbejdsgruppe til undersøgelse af behovet for afprøvning af storkøkkenudstyr, og
evt. drift af et sekretariat for en komite om grønne storkøkkener (som det forventes foreslået af arbejdsgruppen om grønne storkøkkener, nedsat af sundhedsministeren).

[7] Det bemærkes, at det fra 1997 bliver obligatorisk for staten at udgive trykte bøger elektronisk.

[8] I forbindelse med forsknings- og udviklingsprojekter er der behov for et centralt testkøkken, dvs. et storkøkken i miniskala. Dette vil ofte være et godt supplement til at udføre forsøg i virkelige køkkener, da forsøgene/afprøvningerne derved i højere grad vil kunne standardiseres.

Storkøkkeninstituttet tænkes bemandet med ca. 10-12 medarbejdere, inkl. den ansvarlige leder. Herudover projektmedarbejdere efter behov og afhængig af sponsorering samt personale til driftsadministrative opgaver.

Instituttets finansiering foreslås sammensat af tre kilder: basistilskud, interessenttilskud og sponsorater. Basistilskud skal gå til at udføre generelle opgaver. Interessenttilskud skal finansiere projekter for potentielle interessenter (kommunale myndigheder og interesseorganisationer), der i et vist omfang skal kunne trække på instituttet. Specifikke opgaver bør kontraktfinansieres. Derudover påregnes et vist tilskud i etableringsfasen.

Det kan overvejes om instituttet skal knyttes til et allerede eksisterende professionelt fagligt miljø.

Storkøkkenforum

Som en yderligere mulighed for at styrke formidling af viden, udvikling, diskussion og samarbejde inden for storkøkkenområdet kan nævnes etablering af et Storkøkkenforum.

Et 'Storkøkkenforum' kan bestå af interessenter og repræsentanter fra offentlige myndigheder på området og finansieres af disse.

Et Storkøkkenforum kunne f.eks.

drøfte udviklingen på storkøkkenområdet,
inspirere til og koordinere forskning og vidensopbygning,
formidle viden om forskning og vidensopbygning, styret af erhvervets efterspørgsel,
formidle viden om rådgivnings-, konsulent- og videnscentre,
publicere anbefalinger og statistik,
arrangere konferencer, og
fungere som høringspartnere samt uddele årets 'storkøkkenpris'.

For at undgå evt. dobbeltarbejde må der i givet fald sikres en form for koordinering mellem et 'Storkøkkeninstitut' og et 'Storkøkkenforum'.

Netværkssamarbejde
Netværkssamarbejde som metode er på vej frem inden for mange brancher. Det er en metode, der kan anvendes til udvikling af en branche, som alternativ eller som supplement til konsulentbistand eller ekspertbistand. Metoden går i korthed ud på, at samarbejde mellem f.eks. storkøkkener styrkes og formaliseres ved, at der tilkobles ekstern bistand i etableringsfasen. På den måde kan storkøkkener hjælpes til at udveksle erfaringer, og tilføres viden fra nødvendige instanser.

Også leverandører på storkøkkenområdet, konsulenter, forskningsinstitutioner og myndigheder kan involveres. Der findes en lang række erfaringer med netværkssamarbejde inden for levnedsmiddelsektoren generelt - erfaringer, der kunne styrke et netværkssamarbejde på kostforplejningsområdet.

Vidensformidling over for brugerne
Inden for forsvaret, Kriminalforsorgen, visse døgninstitutioner og hospitaler er ansvaret for en ernæringsrigtig kost i vid udstrækning brugernes eget. Det kan derfor overvejes, om der er behov for initiativer fra statslige og (amts)kommunale myndigheder rettet specifikt mod disse brugergrupper, således at brugerne får et bedre grundlag for at træffe beslutning om sammensætning af kosten.

Støtte til forsøgsordninger
Forsøgsordninger vedrørende kostforplejning i de enkelte institutioner i lokalområderne bør fremmes og støttes, så der skabes et bredt erfaringsgrundlag for, hvilke muligheder for kostforplejning man kan indføre.

Man kan forestille sig en *pulje til udvikling af offentlig kostforplejning*, der bl.a. med store tilskud kan finansiere/medfinansiere lokale forsøg inden for offentlig kostforplejning (på linie med Sundhedsministeriets 'pulje til fremme af lokal er-

næringsoplysning', som administreres af Levnedsmiddelstyrelsen[9]).

[9] Via 'Puljen til fremme af lokal ernæringsoplysning' kan der gives støtte f.eks. til udformning og lancering af en kommunes ernærings- og/eller kostpolitik, til madpakkeprojekter m.m.. Puljen har dog begrænsede midler.

7. PROBLEMSTILLINGER DER BØR BELYSES NÆRMERE

Nogle af de forhold inden for offentlig kostforplejning, som udvalget har overvejet undervejs i arbejdet, finder udvalget, der er behov for at undersøge nærmere. Disse forhold vil kort blive beskrevet i dette kapitel. Forslagene til nærmere undersøgelser kan gennemføres i forskelligt regi.

Da det umiddelbart er svært at forudse det nødvendige omfang af de forskellige undersøgelser, har det ikke været muligt at give nogle rimeligt holdbare skøn for omkostningerne ved gennemførelse af undersøgelserne. Skøn over omkostningerne må fastsættes i forbindelse med den nærmere afgrænsning af de enkelte undersøgelser.

7.1 OMRÅDER HVOR DER ER BEHOV FOR ØGET VIDEN INDEN FOR ERNÆRING

De forskellige produktionsteknologiers forarbejdning af råvarer og eventuel varmholdelse/nedkøling/køle- og frostlagring/genopvarmning påvirker på forskellig vis *næringsstofindholdet* i det serveringsklare produkt. Der er brug for nærmere undersøgelser af, hvordan de forskellige produktionsteknologier påvirker næringsstofindholdet i de færdige produkter.

Afhængig af institutionstype (personalesammensætning) og brugergruppe i institutionerne er det varierende, hvor meget viden, der er om brugernes ernæringsstatus. Hjemmeboende omfattet af madudbringningsordninger kan være en særlig risikogruppe i denne sammenhæng. Der er kun i begrænset omfang erfaring med *metoder til klarlægning af 'risikogruppers' ernæringsstatus.* Der kan opfordres til udvikling af metoder til kortlægning af 'risikogruppers' ernæringsstatus.

I kapitel 5 er der givet eksempler på effekten af *ernæringsstøtte* til underernærede patienter på hospitaler. Der er behov for nærmere undersøgelser af, hvilke brugergrupper på hospitaler, plejehjem og visse døgninstitutioner, der kan have nytte af ernæringsstøtte samt en stillingtagen til, hvilke af disse brugergrupper der bør tilbydes ernæringsstøtte ud fra såvel menneskelige, ernæringsmæssige som økonomiske hensyn (evt. i form af cost-benefit analyser).

Det er vigtigt, at rådgivning og vejledning om sund kost fra de offentlige myndigheder er koordineret og baseret på et solidt fagligt grundlag. I lighed med de kommende anbefalinger for spædbørnsernæring[1] kunne det overvejes at nedsætte en arbejdsgruppe til at udarbejde *anbefalinger for ernæring af lidt større børn,* bl.a. i lyset af nye nordiske næringsstofanbefalinger og en nærmere analyse af kostundersøgelsen (Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 230, 1996). Der mangler også viden om, hvordan offentlig bespisning kan medvirke til at forebygge de særlige problemer omkring tykke børn.

Som grundlag for rådgivningen og vejledningen er der behov for *videnskabelige undersøgelser,* der belyser kosten i daginstitutioner, dagplejer og skoler og betydningen heraf for den samlede kost og for børnenes sundhed og helbred på kort og langt sigt. Man ved desuden meget lidt om, hvad helt små børn faktisk spiser, og der skal derfor peges på behovet for undersøgelser af *0-2 åriges kost.*

Til kostforplejning på (offentlige) institutioner anvendes forskellige nærmere definerede kosttyper. (Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 233,1995). For visse brugergrupper (herunder visse døgninstitutions-, plejehjems- og hospitalsbrugere) er der behov for en nærmere vejledning i, hvilke *kosttyper* der må anses for optimale i forskellige faser af deres liv/sygdomsforløb.

På grund af de meget forskellige brugergrupper i døgninstitutioner må det anses for hensigtsmæssigt - i samarbejde med repræsentanter fra forskellige institutionstyper (med

[1] Fra en arbejdsgruppe i Sundhedsstyrelsens regi.

forskellige brugergrupper) - at udarbejde (værktøjer/retningslinier for udvikling af) *målrettede opskriftsamlinger og anbefalinger* til boenheder med selvstændig kostforplejning.

Ud over egentlige opskriftsamlinger kan der udformes *metoder til* køkkenernes egen *udvikling af opskriftsamlinger,* så opskriftsamlinger løbende kan tilpasses brugernes ønsker og behov.

7.2 OMRÅDER HVOR DER ER BEHOV FOR ØGET VIDEN INDEN FOR 'TEKNIK' OG ORGANISATION

Der sker løbende udvikling af *nye produkter* i form af halv- og helfabrikata eks. bake-off produkter tilpasset de forskellige produktionsteknologier på storkøkkenområdet. Det må sikres, at der i udviklingen af nye produkter specielt lægges vægt på forbedringer af den kulinariske og ernæringsmæssige kvalitet.

Ved udvikling af produktionsteknologi (i storkøkkener eller industrien, der producerer halvfabrikata) må der tages særligt hensyn til udvikling af *teknik til forarbejdning* af særligt følsomme råvarer, eksempelvis fisk. De eksisterende produktionsteknologier må forsøges tilpasset, til en så skånsom forarbejdning af råvarerne som muligt. Man skal være opmærksom på, at alle led i produktionskæden fra råvarer til det serverede produkt har betydning for kvaliteten.

Standarder til *vurdering og afprøvning af udstyr* er en væsentlig mangel. Dette betyder, at reel sammenligning ikke kan finde sted, og at der kun er det sædvanlige konkurrencemæssige incitament til udvikling af udstyret. Dette gælder for eksempel områder som varmefordeling i ovne og blæstkølere. En skæv varmefordeling betyder, at styring og optimering af spisekvalitet (og hygiejne) vanskeliggøres.

Der har i adskillige år eksisteret en nordisk arbejdsgruppe for funktionsafprøvninger af storkøkkenudstyr.[2] Formålet er at udarbejde standarder for afprøvninger af udstyr. P.g.a. manglende ressourcer er der kun udarbejdet få standarder. Der ligger imidlertid et stort erfaringsmateriale, ligesom den norske brancheforening netop er kommet med et forslag til kravspecifikationer for teknisk udstyr.

Det bør undersøges, om eksempelvis Dansk Standard kan involveres (sammen med de tilsvarende nordiske organer) med henblik på at få udarbejdet en standard for afprøvning.[3] Selve afprøvningen vil være en nærliggende opgave for et testkøkken (se nærmere herom i afsnit 6.4.3).

Der bør nedsættes en national arbejdsgruppe med repræsentanter fra relevante interesseorganisationer og offentlige myndigheder m.v. med henblik på at undersøge behovet og mulighederne for funktionsafprøvning af storkøkkenudstyr.

Udvalgsarbejdet tyder på, at der hyppigt ikke er en klar *ansvarsfordeling* med hensyn til ernæring, spisemiljø m.m., og at dette er et problem på flere institutionsområder. Det anbefales - evt. efter overvejelser med organisationsfagfolk og ansvarlige myndigheder - at oprette forsøgsafdelinger/enheder, hvor man kan arbejde med organiseringen af kostforplejningen og placeringen af ansvaret for kostforplejningen blandt andet efter retningslinier angivet i 'Anbefalinger for den danske institutionskost' (Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 233, 1995).

Kvalitetsstyring og kvalitetsudvikling er aktuelle nøglebegreber inden for udvikling og organisationsdannelse. Erfaringer på kostforplejningsområdet må udvikles og efterprøves, her-

[2] Med i den nordiske arbejdsgruppe er udover Levnedsmiddelstyrelsen bl.a. Lunds Universitet, Yrkesteknisk Högskola, Statens Maskinprovninger.

Standarden kunne så senere blive til en europæisk standard i CEN regi.

under definering og udvikling af standarder for god ernæring, spisekvalitet m.m. for hver enkelt produktgruppe.

I afsnit 6.4.3 nævnes *netværkssamarbejde* som en metode til formidling af viden inden for storkøkkenområdet. Effekten og den strategiske betydning af netværk inden for de forskellige institutionsområder bør undersøges, ligesom erfaringer med deres igangsættelse og funktion bør opsamles, hvilken kompetence de tillægges, hvordan de indgår i forhold til den allerede eksisterende organisation, hvordan deres funktion fastholdes og hvorvidt deres ressourceforbrug står mål med udbyttet af deres funktion.

7.3 ANDRE OMRÅDER HVOR DER ER BEHOV FOR ØGET VIDEN

Der bør arbejdes med *definering af kvalitetskrav* inden for offentlig kostforplejning, samt udvikles *redskaber til at vurdere kvaliteten* (se nærmere i afsnit 6.2.1). Kvalitetskravene bør omfatte ernæring, spisekvalitet, service, kommunikation, spisemiljø, miljø, arbejdsmiljø, hygiejne m.m..

Der er stor variation i kvaliteten af de gennemførte *undersøgelser af brugernes tilfredshed* med den offentlige kostforplejning (se herom i afsnit 4.3.1). Der er behov for udvikling af metoder til undersøgelse af brugernes ønsker, behov og tilfredshed med kostforplejningen. Metoderne må kunne tilpasses de forskellige brugergruppers forudsætninger.

Det kan overvejes, om der kan udvikles *kommunikationssystemer* i relation til brugerne således, at der sikres et tovej s system mellem køkken og bruger for såvel information om køkkenets tilbud og intentioner som tilbagemelding fra brugerne.

Bilag B.1.5 beskriver punkter, der bør medtages ved beregning i en driftsøkonomisk analyse af *omkostningerne ved den offentlige kostforplejning* på institutionsniveau. En konkret driftsøkonomisk analyse kan forfines væsentligt mere, når den skal relateres til en nærmere defineret institution med

en præcist afgrænset brugergruppe. Der kan udarbejdes en model for hvilke faktorer, der bør medtages ved beregning af omkostningerne ved den offentlige kostforplejning.

En *kostpolitik* har ikke hidtil været et nærmere defineret begreb (se afsnit 4.5 og 6.3.1). Man kan tale om fastlæggelse af overordnede rammer for en kostpolitik på 'institutionsejer-niveau' og udfyldelse og effektuering af kostpolitikken på 'institutionsniveau' henholdsvis 'brugerniveau'. Der bør udarbejdes vejledninger for, hvilke elementer en kostpolitik på alle niveauer kan indeholde evt. relateret til de forskellige institutionsområder.

Der kunne nedsættes en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra statslige og kommunale myndigheder og eventuelle interesseorganisationer, der bl.a. p.b.a. udvalgsarbejdet kunne afklare, hvilke *statistiske oplysninger*, der er behov for at indsamle, intervaller for indsamling og finansieringsmuligheder. Endvidere bør der fremlægges forslag **til,** hvem der skal forestå indsamling og bearbejdning af data.

REFERENCER OG BAGGRUNDSLITTERATUR

Aftale af 27. juli 1993 om kostinspektion i direktoratets institutioner m.v. Direktoratet for Kriminalforsorgen og Levnedsmiddelstyrelsen.

Andersen D.: Skolebørns fritid. København, Social Forsknings instituttet, 1995.

Andersen G.R., Jensen M.: Sammenlignende undersøgelser af skolebørnskostvaner, effekt af strategi til forbedring af skolebørns kostvaner. Danmarks Lærerhøjskole, 1992.

Anonym: Sunde børn, Sikre børn, Glade børn. Forbrugerstyrelsen, Råd og Resultater nr. 10, 1995.

Bekendtgørelse om levnedsmiddelhygiejne og egenkontrol m.v. Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 1000 af 27. november 1996.

Benn J.: Kost i skolen - skolekost. København, Institut for Ernæring og Biokemi, Danmarks Lærerhøjskole, 1989.

Benn J.: Kost i skolen - skolekost II. København, Institut for Biologi, Geografi og Hjemkundskab, Danmarks Lærerhøjskole, 1993.

Betænkning nr. 1058: Arbejde, undervisning, fritid. Justitsministeriet, 1986.

Betænkning nr. 1180: Rammer for fremtidens bistands-, pleje- og omsorgsuddannelser. Undervisningsministeriet, august 1989.

Betænkning nr. 1183 fra udvalget om lægers uddannelse og arbejdstilrettelæggelse: Lægers kliniske videreuddannelse og arbejdstilrettelæggelse. København, september 1989.

Betænkning nr. 1284: Forslag til en national strategi for sundhedsvidenskab. København, Forskningsministeriet, januar 1995.

Bistandsloven: Lovbekendtgørelse nr. 1024 af 13. december 1994 om social bistand, med senere ændringer.

Bramming Centralkøkken: Madservice i Bramming kommune. Bramming, 1993.

Clausen L, Lassen A.: Cook-chill produktion - ikke uden problemer. Økonomaen nr. 11, 1996, s. 22-27.

Danmarks Statistik: Statistisk Årbog 1995, august 1995.

Danmarks Statistik: Statistisk Årbog 1996, august 1996 a.

Danmarks Statistik: Den sociale resourcetælling januar 1995. Telefonisk oplyst, april 1996 b.

Dansk Catering Center A/S: Mad på sygehuse - teknologivurdering. Herlev, april 1995.

Danske Mejeriers Fællesorganisation: Småbørns kost som led i fremtidens forebyggelsespolitik. Forslag til opprioritering af børns kost i de kommunale pasningsordninger. Fra Danske Mejeriers Fællesorganisations Perspektivkonference den 27. oktober 1993, Burson-Marsteller A/S, 1994 a.

Danske Mejeriers Fællesorganisation: Sunde skolebørn. En undersøgelse af Folkeskolens muligheder for at opbygge børns kompetence til at træffe sunde valg, 1994 b.

DIKE: Børns sundhed ved skolestart 1988/89. København, Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, 1991.

Dios: Rapport vedrørende evaluering af AUF - strukturændringerne i danske fængsler og arresthuse. Udarbejdet for Kriminalforsorgen, december 1995.

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

Eriksen E., Lassen A.: Vitamin retention in prepacked foods: comparison to traditional techniques Proceedings. Second European Symposium on Sousvide, Leuren, Belgien, april 10.-12. 1996.

Ernæringspolitisk landsudvalg: Håndbog om kostpolitik. Burson-Marsteller for Danske mejeriers Fællesorganisation, 1996.

Ernæringsrådet: Kostens betydning for patienter med åreforkalkning i hjertet. Publ. nr. 10, 1996.

Evalueringsrapport vedr. social- og sundhedsuddannelserne. København, Kommunernes Landsforening, 1996.

Fagt, S.: De små børns kost. LST-NYT, nr. 2, juni, 1996.

Finansministeriet: Redegørelse om den offentlige sektor 1989. København, 1989.

Finansministeriet: Effektive institutioner. Fokus på spørgeskemaundersøgelser. Værktøj til velfærd, 1995.

Forbrugerstyrelsen: Mad & drikke i skolebod og skolekantine, 1989.

Fyns amt: Ta' temperaturen på dit sygehus. Resultat af patient-tilfredshedsundersøgelsen 1993, indlagte patienter, 1993.

Grenaa Centralsygehus, Service- og kvalitetskontoret: Resultater af spørgeskemaundersøgelse på Grenaa Centralsygehus vedrørende patienternes tilfredshed med kosten. Århus amt, januar 1996.

Hansen E.B.: Gennemførelse af borger- og brugerundersøgelser. AKF Forlaget, 1994.

Hansen, H: Effektundersøgelse af ernæringskampagnen 'Sunde børn leger bedst'. Tekniske Meddelelser, nr. 6, 33. årgang, 1993.

Hansen S.K.: Glade gulerods-børn. Foa bladet, nr. 10, oktober 1994, s. 12-14.

Hansen T.B.: Personlig meddelelse. Den Kongelige Veterinær- og Landbohøjskole, 1996.

Hare K.: Kvalitetsforbedringer af kost og hygiejne på døgninstitutioner, hvor der arbejdes med selvhusholdning som pædagogisk praksis. København, et projekt financieret af Indenrigsministeriets sundhedspulje, 1988.

Hessov L, Ovesen L.: Klinisk ernæring. Munksgård, 1992.

Holm L., Jacobsen A.: Mad- og spisemiljø på hospitalet, Rigshospitalets børneafd. Forskningsinst. for Human Ernæring, Storkøkkencentret, Levnedsmiddelstyrelsen, 1990.

Hølund U., et al: Hjemmeplejens evaluering af levnedsmiddelstyrelsens kostskema til ældre, maj 1996.

Kommunale styrelseslov: Lov om kommunernes styrelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 526 af 22. juni 1993, med senere ændringer.

Kulturministeriet: Den danske madkultur. Rapport afgivet af arbejdsgruppen vedrørende den danske madkultur. Kultur Profilen, december 1996.

Kriminalforsorgens cirkulære af 19. august 1975 om forplejning af indsatte.

Kriminalforsorgens cirkulære af 15. marts 1978 om organisatoriske former for drøftelser med indsatte.

Kruse T.V., et al.: Spørgeskemaundersøgelser - gør det selv på PC. København, Kommuneinformation, 1996.

Køge kommune og Roskilde amtskommune: Socialministeriets kvalitetsprogram. Markedsanalyse, november 1995.

Larsen P.: SAEF.: El-forbrug og el-besparelser hos Bramming Centralkøkken. Varde, SAEF og Bramming Centralkøkken.

Lassen A. (redaktør): Kvalitetsudvikling i storkøkkener, -Produktionskontrol. Økonomaforeningen, 1995.

Levnedsmiddelloven: Lov nr. 310 af 6. juni 1973 om levnedsmidler m.m., med senere ændringer.

Levnedsmiddelstyrelsen: Vejledning om levnedsmiddelhygiejne og egenkontrol m.v. Mørkhøj, december 1995.

Levnedsmiddelstyrelsen: Jod - er der behov for berigelse af kosten? Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 230, april 1995.

Levnedsmiddelstyrelsen og Økonomaskolen i København: Anbefalinger for den danske institutionskost, Pedersen A.N., Ovesen L. (redaktører), publ. 233, december 1995.

Levnedsmiddelstyrelsen: Danskernes kostvaner. Hovedresultater. Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 235, 1996.

Lyhne N., Kirkegaard E.: Ernærings- og levnedsmiddelleksikon. København, GEC Gads Forlag, 2. udgave, 1993.

Medicinsk teknologivurderingsudvalg: Model for medicinsk teknologivurdering: Ultralydscreening af gravide kvinder. Sundhedsstyrelsen, 1986.

Mikkelsen B.E. (redaktør): Kvalitetsstyring, -HACCP og ISO 9000 i storkøkken og catering, Konferencerapport. Rapport 3, projekt Storkøkken 2000, Storkøkkencentret, Levnedsmiddelstyrelsen, 1996.

Mikkelsen B.E. (redaktør): Produktudvikling - Erfaringer fra Storkøkken 2000, Konferencerapport. Rapport 6, projekt Storkøkken 2000, Storkøkkencentret, Levnedsmiddelstyrelsen, 1996.

Mirtallo J.M.: Cost-effectiveness of nutrition therapy. In: Nutrition for the hospitalized patient. Torosian M.H. (redaktør). Marcel Dekker, Inc., New York, 1995, s. 653-667.

Naturvidenskabeligt uddannelsesråd: Ernærings- og Levnedsmiddeluddannelserne. København, Undervisningsministeriet, november 1993.

Nordisk Ministerråd: Kost på sjukhus i Norden. København, 1995.

Nordiska Näringsrekommendationer: Nord 1996:28. Nordisk Ministerråd, 1996.

Nyhedsinformation for Social-, Sygehus- og Sundhedssektoren: Håndbog for Social- og Sundhedssektoren 1993, 1993.

Pedersen, A.N., et al: Projekt Kantine-pakke til uddannelsesinstitutioner. Københavns Skolesundhedstjeneste, 1993.

Petersen H., et al: Ny teknologi - valget er dit. København, Økonomaforeningen, 1996.

Reilly J.J., et al.: Bringardener S. Economic impact of malnutrition: a model system for hospitalized patients. J Parenter Enteral Nutr, 12, 1988, s. 371-376.

Rhodes K., et al: Intensive nutrition counseling enhances outcomes of National Cholesterol Education Program dietary therapy, Journal of the American Dietetic Association, 96, 1996, s. 1003-1010.

Ringkøbing amtskommune: Undersøgelser om patienttilfredshed - en brugsbog, 1994.

Rådgivende Sociologer Aps på vegne af Erhvervsfremme Styrelsen: Kvalitetsstyring via kundeanalyser. Et værktøj til igangsætning af kvalitetsanalyser i netop Deres virksomhed, København, 1995.

Smith P.E., Smith A.E.: Superior nutritional care cuts hospital costs. Tucker G.A. Nutritional Care Management Institute, 1988.

Sociale Tendenser 1996: Det sociale Informations- og Analysesystem. København, Socialministeriet, april 1996.

Socialministeriet: Vejledning om administration af pension m.v. København, 24. august 1994.

Socialministeriet: Vejledning om sociale tilbud til ældre m. fl. København, juni 1996.

Statens Ernæringsråd: Retningslinjer for kostholdet i helseinstitutioner. Universitetsforlaget, Oslo, 1995.

Statens Levnedsmiddelinstitut, Ernæringsenhed: Oplæg om forplejningspolitik. Mørkhøj, november 1984.

Storkøkkencentret: Checkliste - et værktøj til kvaltitetsstyring i forbindelse med storkøkkeners indkøb, Levnedsmiddelstyrelsen, 1995.

Sundhedsministeriets: Samarbejde og planlægning på sundhedsområdet. København, 1994.

Sundhedsministeriets brev af 25. oktober 1996 til Foreningen af Kliniske Diætister, 1996.

Sundhedsstyrelsen: Virksomheden ved sygehuse 1994, Sundhedsstatistikken 1996:1, 1996.

Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 880 af 30. september 1996 om virksomhed som klinisk diætist.

Sundhedsstyrelsen: På vej mod en sundere arbejdsplads - fokus på kost, 1997.

Sønderborg kommune: Kost 0-6 år i offentlig pasning ved Sønderborg kommune, 1994.

Sørensen H.S. & Svendsen J.M.: Cook-chill catering - en undersøgelse og optimering af spisekvalitet. Storkøkkencentret, Levnedsmiddelstyrelsen, 1996.

The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: Clinical guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adults and pediatrics. J Parent Enter Nutr 17 (suppl), 1SA-52SA, 1993.

Tolbøll, C: Skolens sunde burgerbar. Økonomaen, nr. 15, 1996, s. 5-10.

Torpe L.: Landsdækkende brugeranalyse 1995, Borgerne og kommunestyret. KMD Dialog, august 1995.

Trolle E., et al.: Cateringprodukter - Ønsker fra ledere, ansatte og brugere samt erfaringer fra produktudvikling. Rapport 1, Storkøkken 2000, Storkøkkencentret, Levnedsmiddelstyrelsen, 1996.

Trolle E. et al.: Udviklingsmetoder - Veje til nye produkter og koncepter i catering. Rapport 2, Storkøkken 2000, Storkøkkencentret, Levnedsmiddelstyrelsen, 1996.

Tucker H.N., Miguel S.: Cost containment through nutrition intervention. Nutrition Review, 54, 1996, s. 111-121.

Viborg amtskommune: Ernæring, kostvurdering på 26 døgninstitutioner i Viborg. Viborg, 1989.

Williams P.G.: Vitamin retention in cook/chill and cook/hot-hold hospital foodservices. Journal of the American Dietetic Association, 1996, 96, s. 490-498.

Winther E.: Patienttilfredshed i relation til fire konkrete middagsmenuer. Ernæringsenheden, Århus kommunehospital, maj - juli 1994.

Ældreboligloven: Lovbekendtgørelse nr. 729 af 5. september 1995 om boliger for ældre personer med handicap.

Økonomaforeningen: Mad til ældre, erfaringspjece, december 1992.

Økonomaforeningen: Fremtidens mad til børn og unge. Økonomaforeningen, 1994.

Økonomaforeningen: Bestyrelsens beretning 1993-1995. København, 1995 a.

Økonomaforeningen: Overenskomster og aftaler, 1995 b.

ORDLISTE

Adipositas Overvægt i form af for meget fedtvæv. Overvægt inddeles i to typer: den 'mandlige', hvor fedtet sidder på maven samt i bughulen og den 'kvindelige', hvor fedtet fordeler sig over hofter og lår. Den mandlige type udgør en risiko i forhold til hjertekarsygdom, og er derfor behandlingskrævende selv ved moderat overvægt.

Allergi Kroppens reaktion på udefra kommende, fremmede stoffer. Den allergiske reaktion (den immunologisk betingede overfølsomhedsreaktion) kan udløse en række allergiske sygdomssymptomer først og fremmest fra luftveje, mave-tarmkanal og hud.

Bordservering Maden bliver anrettet på fade og serveres ved dækkede borde.

Buffet / ta' selvbord I stedet for at personalet serverer maden, kan brugerne selv vælge maden fra en buffet. For friske, selvhjulpne personer, kan denne serveringsform være tiltalende, idet brugerens aktuelle behov og appetit i særlig grad kan tilgodeses. Dårlige og ældre brugere kan til gengæld have svært ved at komme til buffeten.

Børnehaver Omfatter daginstitutioner for børn overvejende i alderen 3-6 år, men ikke børnehaveklasser og aldersintegrerede institutioner.

Cafeer Maden serveres ved en disk. Flere steder i landet har man indført denne mulighed for kommunens ældre hjemmeboende pensionister og for beboere på plejehjem og i beskyttede boliger.

Centralkøkken Et centralkøkken (produktionskøkken) står selv for produktion af mad til senere distribution direkte til brugerne eller til modtager-, serverings-, anretnings- eller satellitkøkkener.

Central udportionering Maden portionsanrettes i køkkenet, anbringes på bakker og transporteres til afdelingerne. Bakkerne forsynes med brugernes navne og oplysninger om kosten. På afdelingen sørger personalet for at fordele bakkerne.

Cook-chill Se Køleproduktion.

Cook-freeze Se Frostproduktion.

Cook-serve Se Varmholdt produktion.

Cook-warmhold Se Varmholdt produktion.

Decentral udportionering Flere portioner af maden udportioneres i såkaldte kantiner (beholdere til mad), som transporteres til afdelingerne. Personalet på afdelingerne portionsanretter maden, eller maden serveres på fade i spisestuer eller ved buffet.

Demens En tilstand, der viser sig ved forringelse af intellektuelle evner, primært nedsat hukommelse og emotionelle forandringer.

Diabetes mellitus Sukkersyge. En tilstand med ændret sukkeromsætning, som kan medføre skade på især kroppens blodkar. Sukkersyge inddeles i to typer: den insulinkrævende og den ikke-insulinkrævende. Den ikke-insulinkrævende sukkersyge kaldes også gammel-mandssukkersyge. Diætbehandling er vigtig i behandlingen af begge typer.

Diæter Forskrifter vedrørende mad og drikke til forebyggelse, behandling og undersøgelse af specifikke sygdomme, som ordineres i relation til de relevante sygdomme eller tilstande.

Dyslipidæmi For meget fedtstof (kolesterol eller triglycerid) i blodet, ledsaget af øget risiko for bl.a. hjertekarsygdomme. Tilstanden kan opstå som følge af arvelig disponering og/eller som følge af forkerte kostvaner. Fedtstofsænkende medicin kan ofte undgås ved diætbehandling.

Døgninstitution for børn og unge Herved forstås spædbørnshjem, børnehjem, hjem for børn og unge med vidtgående fysiske og psykiske handicap (bistandslovens § 96).

Døgninstitution for voksne med handicap Institutioner for voksne med vidtgående fysiske og psykiske handicap (bistandslovens § 112, stk. 1).

Egenkontrol Den del af virksomhedens kvalitetssikring, som udøves for at sikre, at levnedsmiddellovgivningens regler overholdes. For storkøkkener kræves alene egenkontrol ved kritiske kontrolpunkter.

Ernæring Sammenhængen mellem madens næringsstoffer og organismens funktion.

Ernæringsstatus Det samme som ernæringstilstand. Ved normal eller god enæringsstatus er tilførslen af næringsstoffer optimal i forhold til behovet.

Ernæringsstøtte Det samme som ernæringsterapi. Enhver form for behandling med næringsstoffer, f.eks. parenteral ernæring, sondeernæring, tilskudsernæring m.v.

Fejlernæring Indtagelse af for få eller for mange næringsstoffer.

Findelt kost Det samme som hakket kost. Ingredienserne i måltidet findeles og serveres hver for sig.

Frostproduktion Også kaldet cook-freeze. Betegner et system, hvor maden tilberedes, nedfryses og fryselagres for derefter at blive genopvarmet inden servering. Holdbarheden er normalt omkring en måned, men kan være længere.

HACCP Hazard Analysis Critical Control Point = risikoanalyse, kritiske kontrolpunkter. Et system til styring af den hygiejniske kvalitet.

Halv- og helfabrikata Halvfabrikata er lettere forarbejdede råvarer. Halvfabrikata adskiller sig fra helfabrikata ved, at der skal gøres noget mere ved dem, før de kan spises. Helfabrikata er færdige enkeltdele, der kan indgå i et måltid.

H-plejehjem En af flere institutionstyper under bistandsloven § 112, stk. 2, særlige plejehjem.

Integrerede institutioner Daginstitutioner beregnet på børn i alderen 0-6 år, 0-14 år eller 3-14 år.

ISO 9000 Fællesbetegnelse for en række standarder og vejledninger, der er udstedt af den internationale standardiseringsorganisation ISO, og som stiller krav til en virksomheds kvalitetsstyringssystem. Nogle af standarderne åbner mulighed for certificering.

Iskæmisk hjertesygdom Ved iskæmisk hjertesygdom er kranspulsårerne, der forsyner hjertemusklen med ilt, forsnævrede pga. åreforkalkning. Iskæmisk hjertesygdom kan vise sig ved brystkrampe eller blodprop.

Kimtal Antallet af en eller flere specifikke mikroorganismer pr. gram levnedsmiddel.

Kostforplejningspersonale Personale med tilknytning til produktionen af maden.

Kvalitet Sundhedsstyrelsen definerer kvalitet i sundhedsvæsenet som høj professionel standard, effektiv ressourceudnyttelse, minimal patientrisiko, høj patienttilfredshed og helhed i patientforløbet.

Kvalitetssikring Betegnelse for en systematisk proces, som med anvendelse af forskellige metoder gennemføres for at dokumentere, sikre og fastholde en fastlagt kvalitet af det daglige arbejde.

Kvalitetsstyring Den organisation og arbejdstilrettelæggelse, der sikrer, at virksomheden lever op til sine kvalitetsmål og standarder.

Kvalitetsudvikling En kontinuerlig proces til systematisk og målrettet at arbejde med kvalitet.

Køleproduktion Også kaldet (traditionel) cook-chill. En metode, hvor maden tilberedes, nedkøles og kølelagres i almindelig atmosfære for til sidst at blive genopvarmet. Holdbarheden, der bestemmes af bakteriologiske forhold og spisekvaliteten, overstiger normalt ikke tre dage.

Levnedsmiddelsikkerhed Defineres af CODEX (under FAO/WHO) som sikring af, at levnedsmidler ikke forårsager sygdom eller anden skade på mennesker.

Madudbringning Betegner et distributionssystem, hvor færdige måltider distribueres til slutbrugerne i et regionalt eller lokalt område.

MAP Pakning i modificeret atmosfære (MAP) er en variant af køleproduktion. Herved forstås et system, hvor den tilberedte mad udportioneres i emballage, hvorefter luften suges ud og erstattes med en inaktiv gas (f.eks. 70% nitrogen og 30% kuldioxid). Maden opbevares på køl og genopvarmes typisk hos forbrugeren. Holdbarheden er normalt lidt over en uge.

Miljøprogram Beslutninger om initiativer inden for et område ud fra miljømæssige hensyn.

Mikronæringsstoffer Næringsstoffer, der modsat de energigivende næringsstoffer kun indtages i ganske små mængder. De fleste er vitaminer og mineraler.

Modificeret atmosfære pakning Se MAP.

Modtagerkøkken Et modtagerkøkken er et køkken uden produktion. Det fungerer som et mellemled, der fordeler mad, der modtages udefra direkte til brugerne eller til serveringskøkkener.

Normalkost En kost, som følger de officielle næringsstofanbefalinger til raske. Denne kost kan anvendes til patienter, som ikke forventes at få ernæringsmæssige problemer.

Næringsstoffer Bestanddele (kemiske forbindelser) i vores levnedsmidler af betydning for organismens funktioner og sundhed.

Næringsstoftab Tab af næringsstoffer, f.eks. C-vitamin, B_r vitamin og folat, kan forekomme i varierende grad under oparbejdning, lagring og tilberedning af levnedsmidler.

Overernæring Følge af en for rigelig kost, kvalitativt eller kvantitativt. Følger af overernæring er fedme, hjerte- og karsygdomme m.m.

Parenteral ernæring Ved denne ernæringsform tilføres alt eller en del af ernæringen gennem en slange indført i et blodkar.

Produktionssystem Teknik, der anvendes til produktion/pakning/distribution af det varme måltid, eksempelvis varmholdt eller køleproduktion.

Psykofarmaka Medicin, der gives specifikt for at bedre psykiske sygdomme eller tilstande.

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

Skole-bespisning Skolebespisning kan omfatte kantiner, der foretager egentlig tilberedning af varme måltider eller små lune retter, eks. sandwich, skolebod med eks. frugt, mælk og toast eller andre former for tilbud, hvor eleverne kan købe noget at spise - uanset om driften af disse er forpagtet bort eller varetages af skolens elever.

Sonde-ernæring Ved denne ernæringsform tilføres alt, eller en del af ernæringen, gennem slange nedlagt i mave/tarm.

Sous vide Et system hvor maden vakuumpakkes i en emballage, der er uigennemtrængelig for vand, damp, ilt og varmebehandles ved lav temperatur i lang tid. Herefter nedkøles produktet, kølelagres og genopvarmes inden servering. Holdbarheden kan i visse tilfælde være op til flere uger.

Spiseforstyrrelser Psykisk tilstand, som tvinger patienten til vægtregulerings-adfærd. Spiseforstyrrelser kan deles ind i to hovedgrupper: anoreksi, hvor patienten sulter sig og bulimi, hvor patienten har madorgier efterfulgt af opkastning.

Spisekvalitet Omfatter madens smag, duft, udseende, konsistens og temperatur samt valgmulighed/fleksibilitet i forhold til madens sammensætning.

Spisemiljø Omfatter de fysiske omgivelser/rammer hvorunder maden indtages, og det sociale miljø maden indtages i.

Sygehuskost En energitæt og proteinrig kost, som bør spises under sygdom forbundet med underernæring eller risiko herfor. Det anbefales, at denne kostform suppleres med en vitamin- og mineralpille samt eventuelt tilskud af kostfibre.

Særlige plejehjem Dvs. plejehjem for yngre og for personer med lidelser, der f.eks. gør det nødvendigt med en bestemt indretning af plejehjemmet, omfatter også tidligere H-plejehjem (bistandslovens § 112, stk 2).

Tilskudsernæring Specifikt tillavede produkter, der har til hensigt at øge patientens protein/energiindtagelse.

Underernæring En følge af en utilstrækkelig kost kvalitativt og/eller kvantitativt.

Varmholdt produktion Den traditionelle produktionsform i danske storkøkkener er varmholdt produktion, såkaldt cook-serve eller mere korrekt cook-warmhold, hvor maden tilberedes og serveres efter en vis varmholdningsperiode.

Vuggestuer Omfatter daginstitutioner for børn overvejende i alderen 0-2 år, men ikke aldersintegrerede institutioner.

WOF Warmed-Over Flavour (lig 'genopvarmet smag') er en afsmag/bismag, der dannes ved oxidation af fosforlipider under kølelagring, varmholdning m.m.