

OFFENTLIG KOSTFORPLEJNING

I DANMARK

BIND II (Bilag)

**Betænkning fra
udvalget om offentlig kostforplejning**

Betænkning nr. 1334



© Levnedsmiddelstyrelsen, marts 1997.
Mørkhøj Bygade 19
2860 Søborg

Tryk: Datagraf Aiming

ISBN nr. 87-601-1709-5

Betækning nr. 1334

Pris: 155 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	Udlisitering	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 effektivering 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 KOSTFORPLEJ- NING 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 kost- forplejning.	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 hospitaller	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	Køkkenstruktur	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

A. METODE TIL DATAINDSAMLING VEDR. OFFENTLIG KOSTFORPLEJNING

En indledende gennemgang af tilgængelige data vedrørende offentlig kostforplejning gjorde det klart, at udvalget måtte indsamle en række supplerende data for at kunne give et kvalificeret skøn over status for den offentlige kostforplejning.

Eksisterende data vedr. offentlig kostforplejning

Danmarks Statistik, *Den sociale ressourceopgørelse*, indsamler oplysninger for de forskellige institutionstyper vedrørende

antal institutioner,
antal institutionspladser og indskrevne,
antal ansatte fordelt efter stillingskategori og
antal personer på pleje- og daghjem, der får mad i eller fra institutionen, herunder personer i eget hjem. Det er ikke nærmere specificeret, hvilke typer måltider (morgenmad, kolde eller varme måltider), eller hvor mange måltider, der leveres pr. person pr. dag.

De Kommunale Regnskaber indeholder oplysninger om udgifter til varekøb i 1.000 kr opdelt på arter, herunder fødevarer, brændsel og drivmidler, køb af jord og bygninger, anskaffelser, øvrige varekøb og i alt. Oplysninger om udgifter kan udtrækkes for områderne: ældrepleje, dagpleje og daginstitutioner opgjort på kommuneniveau; de forskellige døgninstitutionstyper og hospitaler opgjort på amtskommunalt niveau.

For hospitaler kan endvidere udtrækkes oplysninger om antal kostforplejningspersonale på amtskommunalt niveau via Sundhedsstyrelsens Personale- og Økonomistatistik og udgifter til varekøb (herunder udgifter til mad og øvrige udgifter) på hospitalsniveau via *sygehusregnskaberne*, der ind-

samles af Sundhedsministeriet i samarbejde med Danmarks Statistik.

Udvalget har undervejs haft kontakt til Danmarks Statistik for at koordinere og supplere data.

Udvalgets indsamling af data

Der findes flere forskellige metoder til indsamling af data. Hvilken metode, der skal anvendes, må besluttet ud fra en afgrænsning af, hvilke typer informationer, der ønskes indsamlet.

For at opfylde udvalgets kommissorium var det nødvendigt at indsamle såvel kvalitative data (spisemiljø, madens spise- og ernæringsmæssige kvalitet samt evt. særlige problemstillinger på de afgrænsede institutionsområder) som kvantitative data (omfanget og organiseringen af den offentlige kostforplejning).

Hvad angik det kommunale og amtskommunale område, blev det besluttet at indsamle de kvalitative data via en interviewundersøgelse og de kvantitative data via en spørgeskemaundersøgelse. Med hensyn til det statslige område - afgrænset til forsvaret og Kriminalforsorgen - var det forventet, at disse områders repræsentanter i udvalget ville kunne bidrage med tilgængelige data.

Forløbet af dataindsamlingen for det kommunale og amtskommunale område blev tilrettelagt sådan, at spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført i august 1995 og interviewundersøgelsen i september 1995. Dette gav de kommunale og amtskommunale myndigheder mulighed for at opdatere deres viden vedrørende kostforplejningens omfang og organisering inden interviewundersøgelsen.

A. 1 INTERVIEWUNDERSØGELSEN

Som interviewform blev *valgt gruppeinterviews*. Interviewene foregik opdelt på institutionsområder, dvs. separat for plejehjem/madudbringning, hospitaler og døgninstitutioner.

I gruppeinterviewene deltog kostforplejningspersonale (økonomaer og køkkenassistenter), chefer og medarbejdere fra de berørte kommunale og amtskommunale forvaltninger, plejepersonale ved plejehjem og i hjemmeplejen, repræsentanter fra kommunale og private madudbringningsfirmaer, forstandere og pædagoger i døgninstitutioner, samt plejepersonale, læger og kliniske diætister ved hospitaler. De to sidstnævnte faggrupper var kun repræsenteret ved få af interviewene.

Den tværfaglige sammensætning ved gruppeinterviewene blev valgt ud fra ønsket om at få en bred faglig dialog. Ved gruppesammensætningen har man været opmærksom på, at kombinationen af ledere og medarbejdere samt repræsentanter fra de berørte (amts)kommunale forvaltninger kunne resultere i en afdæmpet kritik af forholdene. Det er imidlertid indtrykket, at interviewpersonerne generelt har udtalt sig åbent og ærligt. Det kan dog ikke udelukkes, at nogle deltagere - blandt andet som følge af, at der har været tale om gruppeinterviews - har valgt at nedtone evt. kritiske bemærkninger om egen, kollegers eller andre faggruppers indsats.

Med gruppeinterviewenes sammensætning er der *ikke* foretaget en egentlig afdækning af brugernes tilfredshed eller brugernes vurdering af, i hvilket omfang den offentlig bespisning lever op til deres forventninger. Vurderingen af den mad, der serveres i den offentlige kostforplejning, er anskuet gennem de 'professionelles' briller og ikke brugernes.

Deltagerantallet i gruppeinterviewene var 3-9 personer (ekskl. interviewpanelet, som bestod af 4 personer, inkl. referent). Det var en professionel interviewer, der styrede og gennemførte interviewene, suppleret af 2 personer med fagkendskab. I alt er der interviewet mere end 100 personer inden for de nævnte grupper.

Hvert interview var fastsat til 2-3 timer.

Da det ikke ville være muligt at interviewe samtlige institutioner i landet, blev der udvalgt et repræsentativt udsnit af kommuner og amtskommuner. Udvælgelseskriterierne var

geografisk placering/spredning og variation i organiseringen af bospisning og produktionsteknologi. Der er gennemført interviews i 10 kommuner og 3 amtskommuner i september 1995, i alt 16 interviews¹.

Forud for hvert interview blev der til de deltagende - via de ansvarlige kommunale og amtskommunale myndigheder - udsendt en spørgeramme, indeholdende en uddybning af de tre temaer (spisekvalitet, ernæring og spisemiljø/servering), udvalgets kommissorium samt en liste over udvalgets medlemmer.

Spørgerammens formål var ud over orientering til interviewpersonerne, dels at sikre strukturerede interview, dels at sikre indsamling af nogenlunde de samme typer af oplysninger (spørgerammen og sammenfatning fra gruppeinterviews er optrykt særskilt).

A.2 SPØRGESKEMAUNDERSØGELSEN

Spørgeskemaundersøgelsen er brugt til indsamling af oplysninger om omfang og organisering af den offentlige kostforplejning. Der er udsendt 5 forskellige spørgeskemaer:

- skema 1A til udfyldelse i kommuner,
- skema 1B til udfyldelse på plejehjem,
- skema 2A til udfyldelse i amtskommuner/Hovedstadens Sygehusfællesskab,
- skema 2B til udfyldelse i døgninstitutioner og
- skema 2C til udfyldelse på hospitaler.

Skema 1A og 2A indeholdt spørgsmål af mere generel karakter vedrørende omfanget og organiseringen af den offentlige kostforplejning på henholdsvis kommunalt niveau (plejehjem, madudbringning, daginstitutioner og skoler) og amtskommunalt niveau (hospitaler og visse døgninstitutioner).

¹ I hver amtskommune er gennemført 2 interviews, ét på døgninstitutionsområdet og ét på hospitalsområdet.

Skema 1B, 2B og 2C indeholdt mere detaljerede spørgsmål vedrørende omfanget og organiseringen af den offentlige kostforplejning til selvudfyldelse på henholdsvis plejehjem, døgninstitutioner og hospitaler.

Indholdet i skemaerne var forsøgt tilpasset de forskelligartede forhold, der gør sig gældende inden for de forskellige institutionsområder. Der har kun været gennemført tests af nogle få af spørgeskemaerne (hospitaler og plejehjem) på grund af tidspres. Erfaringerne har vist, at variationsmulighederne vedrørende organiseringen af kostforplejningen var væsentligt større end forudsat ved udformning af skemaerne. Derfor afspejler spørgeskemaundersøgelsen ikke fuldstændigt den vifte af variation, som findes inden for tilrettelæggelsen af den offentlige kostforplejning. Dette forhold gør sig specielt gældende på døgninstitutionsområdet.

Skemaerne blev udsendt den 4. august 1995 til alle 275 kommuner (skema 1A og 1B) og 14 amtskommuner samt til Københavns kommune og Frederiksberg kommune (skema 2A, 2B og 2C)/ Hovedstadens Sygehusfællesskab (skema 2A og 2C) med 25 dages svarfrist. Senere blev fristen forlænget med 24 dage til den 22. september 1995.

Spørgeskemaerne blev udsendt til henholdsvis kommuner og amtskommuner med anmodning om, at besvarelsenerne skete i de relevante forvaltninger (skema 1A og 2A) og blev videregivet til de respektive institutioner (skema 1B, 2B og 2C) med henblik på udfyldelse af den daglige leder af køkkenet eller af den ansvarlige for kostforplejningen i institutionen. Udvalgets kommissorium samt en liste over udvalgets medlemmer var vedlagt udsendelsen som bilag.

Der har været mulighed for at rekvirere flere skemaer, hvis det skulle vise sig nødvendigt.

Det blev ved udsendelsen præciseret, at (amts)kommunen skulle give oplysninger om de institutioner, som kommunen var ejer af og private institutioner, som kommunen har driftsoverenskomst med. Var der flere kommuner om driften,

skulle institutionen kun medtages i den regnskabsførende (amts)kommune.

Forud for spørgeskemaudsendelsen blev der udsendt en omtale af spørgeskemaundersøgelsen og interviewrunden til relevante fagtidsskrifter, dels for at orientere de relevante faggrupper, dels for at motivere til deltagelse i dataindsamlingen.

Ud over spørgeskemaundersøgelsen og interviewrunden er der gennemført supplerende telefoninterviews blandt 17 plejehjemskøkkener og 23 hospitalskøkkener geografisk spredt, der havde svaret bekræftende på, at de har gennemført brugerundersøgelser i form af spørgeskemaundersøgelser. Enkelte telefoninterviews er desuden foretaget med udvalgte amtskommuner, kommuner og institutioner, der har udformet kostpolitikker.

Besvarelsesprocent

Besvarelsesprocenten er opgjort i forhold til, hvad der må anses for det optimale antal besvarelser, dvs. i forhold til mulige besvarelser. For plejehjem og døgninstitutionernes vedkommende (henholdsvis skema 1B og 2B) er det optimale antal usikkert, alt efter hvilket tal der anvendes som reference.

Det angivne antal optimale besvarelser er pålideligt for skema 1A, 2A og 2C.

I tabel A.1 er besvarelsesprocenterne opgjort i forhold til de enkelte skemaer.

Tabel A.1. Besvarelsesprocenter for spørgeskemaundersøgelsen.

Skemaer	Optimal besvar. besvar.	Antal besvar. ² besvar.	% be- svar. svar.
Kommune (skema 1A)	275	250	91
Plejehjem (skema IB)	899 ³	853	95
Amtskommune (skema 2A)	16	14	87
Døgninstitution (skema 2B)	491 ⁴	335	68
Hospital (skema 2C)	96 ⁵	74	77 ⁶

Med hensyn til antal plejehjem (skema IB) er tallet usikkert, fordi nogle tidligere plejehjem er ombygget til ældreVplejeboliger efter ældreboligloven og nu har andre betegnelser, eksempelvis ældrecentre. Nogle kommuner har valgt at udsende skema IB til de ældrecentre, som i princippet fungerer

² Det skal bemærkes, at nogle kommuner har indsendt mere end ét spørgeskema, idet de forskellige forvaltninger har indsendt hvert sit skema. I sådanne tilfælde er kommunen kun talt som én besvarelse.

³ Antal plejehjem og plejehjem med daghjem. Ifølge Danmarks Statistik. Den sociale ressourcetælling januar 1995 (1996 b). Ialt 36.139 døgnklienter.

⁴ Det optimale antal besvarelser fra døgninstitutioner er et skønnet tal. Tallet er baseret på angivelser af antal døgnpladser i de enkelte døgninstitutioner i 'Håndbog for social- og sundhedssektoren 1993' (Nyhedsinformation for Social- Sygehus-, og Sundhedssektoren, 1993) sammenholdt med antal døgninstitutioner fordelt på institutionstyper ifølge Danmarks Statistik. Den sociale ressourcetælling januar 1995 (1996 b).

⁵ Ifølge Sundhedsstyrelsen, 1996.

⁶ Opgøres svarprocenten i.f.t antal sengedage fås 90%. I alt er der ca. 8,1 mio. sengedage pr. år.

som plejehjem⁷. De ældrecentre o.lign. der har udfyldt skemaet er medtaget i datasættet.

Det skal bemærkes, at ikke alle 'selvstændige' køkkener, eksempelvis centralkøkkener, caféer og cafeteriaer, som driftsmæssigt er løsrevet fra plejehjem/ældrecentre er med i undersøgelsen, da skemaerne er udsendt til plejehjem via kommunerne. Der er ikke pt. noget overblik over, hvor mange køkkener det drejer sig om.

De undersøgte døgninstitutioner er afgrænset til:

1. Døgninstitutioner for børn og unge; her kun spædbørns-hjem, børnehjem, hjem for børn og unge med vidtgående fysiske og psykiske handicap med mindst 15 døgnpladser (bistandslovens § 96)⁸.
2. Døgninstitutioner for voksne med handicap, dvs. institutioner for voksne med vidtgående fysiske og psykiske handicap, med mere end 10 døgnpladser (bistandslovens § 112, stk. I)⁹.
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).

⁷ Ifølge Danmarks Statistik (1996 a) er der indskrevet 66.730 døgnklienter i beskyttede boliger, ældreboliger og andre boliger for ældre. Det skal bemærkes, at antallet af døgnpladser er mindre end antallet af indskrevne døgnklienter. Ved 1994-tællingen var der 4160 flere indskrevne, end der var pladser, dvs. en difference på ca. 7%.

⁸ Uanset størrelsesafgrænsningen er skemaet udsendt til og besvaret af ialt 9 døgninstitutioner med ned til 4 døgnpladser.

⁹ Samme som foregående note.

Denne størrelsesmæssige afgrænsning af døgninstitutioner betyder ud fra et skøn baseret på 'Håndbog for social- og Sundhedssektoren 1993' (Nyhedsinformation for Social-, Sygehus- og Sundhedssektoren, 1993) Og en telefonisk rundspørge til amtskommunerne, at ca. 75% af døgnpladserne for børn og unge og 62% af døgnpladserne for voksne med handicap skulle være omfattet af undersøgelsen. Tallene er dog usikre.

Sammenholdes de af udvalget indhentede data med data fra Danmarks Statistik, Den sociale ressourcetælling januar 1995 (1996 b), omfatter spørgeskemaundersøgelsen ca. 58% (9.297 af 15.980) af de mulige døgnpladser i samtlige døgninstitutioner. Set i forhold til de enkelte institutionstyper omfatter spørgeskemaundersøgelsen 35% af døgnpladserne for børn og unge, 61% af døgnpladserne for voksne med handicap og 45% af døgnpladserne på de særlige plejehjem. Dvs. at spørgeskemaundersøgelsen kun har omfattet knapt halvdel af de forventede døgnpladser for børn og unge samt særlige plejehjem, mens 'dækningsgraden' for institutioner for voksne med handicap stort set har svaret til det skønnede ved størrelsesafgrænsningen af institutionerne.

Vurderet ud fra en række telefoniske henvendelser fra døgninstitutioner er det indtrykket, at mange døgninstitutioner, hvor maden tilberedes af pædagogisk personale sammen med beboerne, har fundet det irrelevant at besvare spørgeskemaet. Ligesom mange døgninstitutioner har fundet det vanskeligt at indpasse/afspejle kostforplejningen i institutionen i spørgeskemaerne. Disse forhold må formodes, at være de væsentligste grunde til den lave dækningsgrad for døgninstitutioner for børn og unge og for de særlige plejehjem.

B. STATUS FOR OFFENTLIG KOSTFORPLEJNING PÅ DE ENKELTE OMRÅDER

B.1 FÆLLES ASPEKTER I FORBINDELSE MED STATUS FOR OFFENTLIG KOSTFORPLEJNING

I dette afsnit beskrives nogle af de *områder, der influerer på den offentlige kostforplejning på tværs af de enkelte institutionstyper*. Det drejer sig om de overordnede rammer for den offentlige kostforplejning, rådgivere og vidensformidlere på området, relevante uddannelser, generelle aspekter vedrørende produktion og produktionssystemer, kvalitet og kvalitetsstyring samt nogle økonomiske betragtninger.

Afsnittet bygger hovedsagelig på resultaterne af 1) gruppeinterviews med kostforplejningspersonale, plejepersonale, pædagogisk personale og personale fra de relevante administrative myndigheder i tre amtskommuner og i ti kommuner, 2) spørgeskemaundersøgelsen 'Offentlig kostforplejning i Danmark 1995', som omfatter besvarelser fra 14 amtskommuner (skema 2A), 250 kommuner (skema 1A), 853 plejehjem (skema IB) og 74 hospitaler (skema 2C), 3) oplysninger fra Forsvarets Sundhedstjeneste, Forsvarskommandoen og Kriminalforsorgen, 4) informationer fra få institutioner fra hver af de omtalte uddannelsesinstitutioner, samt 5) litteratur, jf. referenceliste (bind I).

B.1.1 Aktører

Politiske og administrative rammer

Det overordnede *ansvar* for kostforplejningen ligger, afhængig af de enkelte områder, hos primærkommunerne, amtskommunerne eller hos staten.

Flere *lovgivningsmæssige bestemmelser* indvirker på kostforplejningen. Dette gælder bl.a. levnedsmiddeloven, f.eks. regler om levnedsmiddelhygiejne og egenkontrol samt regler om mærkning af levnedsmidler. Som en ændring i levnedsmiddeloven blev lovforslaget om en obligatorisk uddannelse i levnedsmiddelhygiejne for alle ufaglærte i levnedsmiddelindustrien vedtaget i maj 1996, og ændringerne trådte i kraft den 1. januar 1997. Det er de lokale tilsynsmyndigheder (levnedsmiddelkontrolenhederne), der kontrollerer, at levnedsmiddeloven overholdes.

I den sociale lovgivning findes blandt andet regler om, at beboere i plejehjem/døgninstitutioner fra den 1. januar 1995 får udbetalt deres pension som et led i ligestillingen med personer i eget hjem. Beboerne betaler herefter for bolig, el og varme samt for de tilbud, de i øvrigt vælger. 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 sygehusloven fastsættes blandt andet regler om frit sygehusvalg. Dette må forventes at medføre, at borgerne i højere grad vil spørge til specifikke forhold på sygehusene, herunder kostforplejningen.

Endelig berører forskellige bestemmelser inden for blandt andet arbejdsmiljølovgivningen og miljølovgivningen driften af den offentlige kostforplejning.

Der er i dag flere muligheder for fra statslig side at opfordre kommunerne og amtskommunerne til at lade den offentlige kostforplejning indgå som temaer i *planlægningen* på sundhedsområdet. Ved årsskiftet 1993/94 trådte nye bestemmelser for samarbejde og planlægning på sundhedsområdet i kraft. Sundhedsministeriet udsendte i den forbindelse en

redegørelse, en vejledning samt 3 temaoplæg om samarbejde og planlægning på sundhedsområdet dækkende 1994-97¹⁰.

Hovedformålet med bestemmelserne er at styrke samarbejdet inden for sundhedsområdet, at styrke den forebyggende og sundhedsfremmende indsats og at styrke kvalitetsudviklingen¹¹.

Ifølge bestemmelserne skal den enkelte kommunalbestyrelse fremover udarbejde en redegørelse for indsatsen på sundhedsområdet. Det skal ske mindst én gang i hver valgperiode.

Den kommunale redegørelse skal beskrive de kommunale sundhedsordninger (sundhedspleje, hjemmepleje og tandpleje), de forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter samt sundhedsberedskabet (dvs. det civile beredskab på sundhedsområdet).

Endvidere skal den enkelte *amtskommune* udarbejde en sammenhængende *plan for dens sundhedsvæsen og den forebyggende indsats*. Planen skal være baseret på viden om befolkningens sundhedstilstand samt viden om befolkningens størrelse og aldersmæssige sammensætning (sundhedsprofiler). I planen skal der ligeledes redegøres for amtskommunernes samarbejde på sundhedsområdet blandt andet med kommunerne, de praktiserende læger og med andre amts-

¹⁰ De 3 temaer for indeværende periode omhandler: alkohol, genoptræning og betjening af borgere med pludseligt opstået behandlings- eller plejebehov.

¹¹ Baggrunden for at udvælge specifikke temaer har været et ønske om at henlede amtskommunernes og kommunernes opmærksomhed på områder, der er højt prioriterede opgaver, og som samtidig forudsætter et tæt samarbejde mellem amtskommune og kommune for at sikre en ordentlig og forsvarlig opgaveløsning.

kommuner. Amtsrådet skal udarbejde en sundhedsplan første gang i perioden 1994-97¹².

På Socialministeriets område udmeldes ikke på samme måde temaer, som amtskommunerne og kommunerne skal beskrive nærmere.

Institutionsledelserne

Institutionernes ledelser har det overordnede ansvar for alle områder af bespisningen i institutionen, samt ansvar for at leve op til eventuelt formulerede kostpolitikker i kommunerne eller i amtskommunerne.

Personalet

De overordnede interesser fra personalet og deres organisationer vil generelt være, at arbejdspladserne har gode løn- og arbejdsforhold, har en langsigtet udsigt til fortsat beskæftigelse samt at sikre fagligheden. Kostforplejnings- og blandt andet plejepersonalet er direkte ansvarlige for henholdsvis fremstilling og servering af maden. Det er vigtigt, at de har forhold, der motiverer til at udføre arbejdet ansvarsbevidst.

Brugerne

Brugerne har en selvskreven interesse i madens kvalitet, og de rammer hvorunder maden indtages. Tendensen i samfundet er, at der lægges stadig større vægt på at opfylde brugernes individuelle krav til kvaliteten af de offentlige serviceydelser, samt at informere brugerne om tilbudene. Denne udvikling er også så småt ved at slå igennem inden for den offentlige kostforplejning og må formodes, at forstærkes yderligere af blandt andet det frie sygehusvalg og omlægninger af regler for pensionsudbetalinger.

¹² Kommunerne og praksissektoren skal have amtskommunens plan til høring, således at der sikres sammenhæng i indsatsen. Amtskommunen skal endvidere inddrage embedslægerne i deres sundhedsplanlægning, og Sundhedsstyrelsens rådgivning skal indhentes.

Udlicitering

Mange amtskommuner og kommuner har inden for de senere år overvejet udlicitering af den offentlige kostforplejning. Baggrunden for disse overvejelser har især været af økonomisk karakter. Overvejelserne er dog hidtil 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. Forsøg på udbud/udlicitering af køkkendriften har som hovedregel afstedkommet betydelige vanskeligheder med at opstille krav til kostens sammensætning (gruppeinterviews).

I Danmark er det blandt andet ISS Catering (International Service System) og Curatus, der er gået ind på markedet for institutionskostforplejning.

I enkelte kommuner er en del af den offentlige kostforplejning til hjemmeboende pensionister overtaget af en eller flere private leverandører, uden at der har været foretaget udlicitering¹³. Det er typisk lokale kroer eller restauranter, der tilbereder og udbringer mad i direkte konkurrence med de offentlige køkkener (gruppeinterviews).

Rådgivere og vidensformidlere på teknologiområdet

Den hurtige teknologiske udvikling inden for storkøkkensektoren stiller betydelige krav til information. Blandt andet har flere offentlige køkkener inden for de senere år omlagt driften fra varmholdt produktion til køleproduktion. Gruppeinterviewene viste, at man mange steder har opfattet denne proces som meget vanskelig at håndtere, og har efterlyst øget og upartisk informationsudveksling om fordele og ulemper ved forskellige produktionssystemer samt adgang til rådgivning om, hvordan selve omstillingsprocessen håndteres. Dette gælder ikke mindst inden for madudbringningsområdet.

¹³ Når det er de enkelte pensionister, der selv afgør hvorfra de vil købe deres mad, skal kostforplejningen ikke i licitation.

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 *Levnedsmiddelkontrollenhederne* og *Levnedsmiddelstyrelsen* om hygiejnespørgsmål, *Bedriftssundhedstjenesten* og *Arbejdstilsynet* om arbejdsmiljøspørgsmål og *Økonomaforeningen* om overordnede kostfaglige spørgsmål.

Storkøkkencentret i Levnedsmiddelstyrelsen blev oprettet i 1987 og arbejdede tidligere med konsulentopgaver for enkelte køkkener. I forbindelse med at en del af centrets arbejde blev udskilt til privat virksomhed, er centrets arbejde nu omlagt til mere udviklings- og forskningspræget arbejde til gavn for hele sektoren. Centret har dog ikke kapacitet til at yde service i form af rådgivning og vidensopsamling i større omfang, idet der kun er afsat i alt et årsværk.

Udstyrsleverandørerne, hvoraf der findes 10-15 firmaer, tilbyder ikke bare teknik, men også koncepter - altså viden om hvad teknikken kan bruges til. En stor del af køkkenernes viden kommer herfra. I 79% af kommunerne og 50% af amtskommunerne benyttes udstyrsleverandører som ekspertise ved valg af systemer i køkkenerne (spørgeskemaundersøgelsen). Derudover satser nogle *fødevareproducenter* særligt på cateringområdet og er aktive leverandører af viden. Begge disse former for vidensoverførsler er uformelle og i princippet gratis.

En række *konsulenter* er leverandører af viden på kontrakt- og betalingsvilkår. Det gælder en række rådgivende ingeniør- og arkitektfirmaer, der benyttes ved større rekvirerede opgaver. Sådanne firmaer har typisk en udstyrs/ombygnings- eller indretningstilgang til opgaven.

Desuden beskæftiger nogle managementfirmaer, for eksempel IMM, sig med salg af viden. Firmaer af denne type anlægger normalt en driftsmæssig/ledelsesmæssig/organisatorisk indfaldsvinkel i forbindelse med opgaver.

Også cateringkontraktfirmaer, som f.eks. ISS Catering, leverer viden på kontrakt- og konsulentvilkår.

Også en række mindre og større cateringkonsulenter leverer konsulenttjeneste, først og fremmest Dansk Catering Center A/S (DCC), der skønmæssigt har været konsulent for hver femte sygehus i Danmark. DCC rådgiver typisk i forbindelse med teknologiske udviklingsprocesser, hvor der skal omlægges til for eksempel køleproduktion med buffetsystem.

Økonomaforeningen har sin egen konsulenttjeneste, der leverer viden i konkrete opgaver.

Omfanget af køkkener, der inden for de seneste 5 år har fået foretaget en analyse, er belyst i spørgeskemaundersøgelsen. I 57% af kommunerne har ingen af kommunens køkkener fået foretaget en analyse, se tabel B.1.1. I alle amtskommuner (100%) er der foretaget analyse af mindst et køkken. Det fremgår ikke af undersøgelsen, hvem der har forestået analyserne.

Tabel B.1.1. Opgørelse af hvor mange køkkener i amtskommunerne og i kommunerne, der har fået foretaget en analyse af produktionsudstyr, af driftsmæssige forhold, af madens kvalitet eller lignende (spørgeskemaundersøgelsen).

Analyse af antal køkkener	0	1-5	flere end 5
% amtskommuner (af 11)	0	55	45
% kommuner (af 200)	57	41	2

Andre køkkener og kollegaer anvendes hyppigt som ekspertise ved valg af systemer. I 81% af kommunerne og i 42% af amtskommunerne svares der bekræftende på, at der benyttes denne form for ekspertise (spørgeskemaundersøgelsen, besvarelser fra 174 kommuner og 12 amtskommuner).

Enkelte *danske tidsskrifter* omhandler offentlig kostforplejning, herunder 'Økonomaen', der udgives af Økonomaforeningen, 'Diætisten', der udgives af Foreningen af Kliniske

Diætister, 'Meals' samt 'FOA-bladet' (Foreningen af Offentlige Ansatte).

Rådgivere og vidensformidlere på ernæringsområdet

De vigtigste aktører i formidling af viden om ernæring til forplejningsområdet er offentlige instanser som Levnedsmiddelstyrelsen og Forbrugerstyrelsen, kliniske diætister, hovedsagelig på sygehusene, og derudover enkelte interesseorganisationer. På enkelte sygehuse har man oprettet egentlige ernæringsenheder, som står for rådgivningen til patienterne, og i et vist omfang også til køkkenet. Rådgivning og information om ernæring via *det offentlige* er oftest generel, det vil sige ikke målrettet storkøkkenområdet. Levnedsmiddelstyrelsen har dog kørt informationskampagner om ernæring, hvor en mindre del har været målrettet storkøkkener, senest med sovsekampagnen. Fra 1997 har Forbrugerstyrelsen oprettet en daginstitutionsstjeneste bestående i, at der to gange årligt sendes relevant informationsmateriale til de institutioner, der har meldt sig til ordningen. Kost er blandt de mange emner, materialet kan indeholde.

Også *interesseorganisationer* yder rådgivning og information om ernæring. Det er dog kun en begrænset del af dette, som er målrettet kostforplejningsområdet. En undtagelse er Kræftens Bekæmpelse, der yder specifik vejledning i kostplanlægning og ernæring til storkøkkener, herunder institutionskøkkener. Kræftens Bekæmpelse tilbyder også trykt dokumentation og kurser på området.

En del *firmaer*, for eksempel cateringgrossister, har ernæringsfaglig ekspertise ansat, og kan yde ernæringsrelateret vejledning i forbindelse med salg af produkter. Også firmaer inden for ernæringspræparater til forplejningsområdet råder over denne ekspertise. Visse vikarbureauer og *konsulentfirmaer* kan yde kost- og ernæringsvejledning.

B.1.2 Relevante uddannelser

Afsnittet om uddannelser bygger på informationer fra få institutioner fra hver uddannelsesstype. Der er således ikke

foretaget en egentlig afdækning af uddannelsernes indhold. Yderligere varierer indholdet i undervisningen fra skole til skole inden for samme uddannelse, idet det afhænger af lærerens undervisningsform og interesse, samt elevernes/de studerendes interesse for emnet.

Der bliver hovedsageligt fokuseret på omfanget af kost og ernæring i de nævnte uddannelser. Det skal dog påpeges, at uddannelsernes indhold må ses som en helhed, og det er denne helhed, der har betydning for de arbejdsfunktioner, der udføres.

Efteruddannelse foregår i dag i forskelligt regi og tilbudene varierer fra periode til periode. Eksempler på mulighederne for efteruddannelse vedrørende kost og ernæring i efteråret 1996 og forår 1997 for køkkenassistenter, køkkenledere, EH'er, kliniske diætister, læger og sygeplejersker, fremgår af bilag H.

I det følgende vil uddannelserne være delt op i to hovedgrupper, gruppe A og B.

Den ene gruppe, *gruppe A*, opdeles i 2 undergrupper. Gruppe A1, hvor formålet med uddannelsen er, at den uddannede fremstiller mad og/eller formidler viden om ernæring og kost. De uddannelser der redegøres for i denne sammenhæng er uddannelsen til køkkenassistent, køkkenleder, økonoma og ernærings- og husholdningsøkonom (EH). Gruppe A2, hvor formålet med uddannelsen er, at formidle viden om ernæring og kost samt ordinere kost som led i behandling. Her redegøres for uddannelsen til klinisk diætist.

Den anden hovedgruppe, *gruppe B*, kan arbejde i situationer, hvor de har behov for en vis viden om kost og ernæring. Denne viden skal eksempelvis anvendes til forståelse for, at mad er en vigtig del af plejen, at opretholdelse af brugernes ernæringsstatus er væsentlig for succes af den øvrige behandling, at der er behov for at påvirke eksempelvis børns kostvaner, at vejlede brugere i valg af mad/madvarer, fremstilling af mad og lignende. De uddannelser, der medtages her, er uddannelserne til social- og sundhedshjælper, social-

og sundhedsassistent, pædagog, sygeplejerske og læge. Desuden beskrives et lokalt tiltag om efteruddannelse af fængselsfunktionærer.

Uddannelser i gruppe A1

Køkkenassistentuddannelsen er en 3-årig erhvervsfaglig grunduddannelse på basis af folkeskolens afgangseksamen. Uddannelsen består af 90 ugers praktik i et storkøkken og 65 ugers skoleophold.

Køkkenassistenter bliver ansat i køkkener på plejehjem og sygehuse uden ledelsesfunktion, i køkkener på efter- og højskoler, i kantiner og i cafeterier evt. med ledelsesfunktion samt som ledere af køkkener i vuggestuer.

Køkkenlederuddannelsen er en 3-årig grundlæggende uddannelse på basis af folkeskolens afgangseksamen. Uddannelsen består af 2 års praktik i et storkøkken og 44 ugers skoleophold.

Køkkenledere bliver ansat med ledelsesfunktion i køkkener med under 40.000 kostdage/år, f.eks. på efter- og højskoler, i kantiner samt på plejehjem, eller som køkkenassistenter i større institutioner, sygehuse og kantiner.

Økonomauddannelsen er en 2-årig kort videregående uddannelse. Den består af 1 års praktik i et storkøkken og 1 års skoleophold. Indgangen til uddannelsen er en uddannelse som køkkenassistent eller en gymnasial uddannelse med praktik fra en godkendt institution. Uddannelsen omfatter ernærings- og levnedsmiddelfag (inkl. kost og diætetik) samt ledelses- og driftsøkonomiske fag.

Økonomaer bliver ansat med ledelsesfunktion i køkkener med 7500-450.000 kostdage/år, dvs. på hospitaler og større plejehjem, i kantiner, som undervisere på tekniske skoler og i det private erhvervsliv som konsulenter hos leverandører til storkøkkenbranchen.

Ernærings- og husholdningsøkonomuddannelsen (EH-uddannelsen) er en 3½-årig mellemlang videregående uddannelse indeholdende 16 ugers pædagogisk og erhvervsrettet praktik.

Det er en postgymnasial uddannelse og elementerne i uddannelsen er: ernærings- og levnedsmiddelfag, materiale- og miljøfag, samfunds- og forbrugerrettede fag samt psykologiske og pædagogiske fag. Der er endvidere mulighed for at vælge mellem følgende specialelinier: undervisning, vejledning eller oplysning, institutionsdrift med arbejds- og personaleledelse, human ernæring samt husholdningsøkonomi med projektledelse.

EH'ere bliver, i relation til offentlig bespisning, ansat indenfor undervisning f.eks. på AMU-centre (Arbejdsmarkedsuddannelse), tekniske skoler, husholdningsskoler, økonoma-skoler, som botrænere i døgninstitutioner og i psykiatriske dagcentre bl.a for at sikre beboerne/brugerne en optimal kost, som ledere af køkkener på efter- og højskoler ofte i kombination med undervisning, som kostvejledere af 'raske' personer samt som ledere af caféprojekter, folkekøkkener og kantiner.

Uddannelsen i gruppe A2

Uddannelsen til *klinisk diætist* er en overbygningsuddannelse for økonomaer og EH'ere placeret ved Specialkursus i Husholdning ved Århus Universitet. Elementerne i uddannelsen er hovedsagelig diætetik, sygdomslære, psykologi og formidling samt fag, der understøtter disse. Uddannelsen består af en teoretisk del på 1 år suppleret med et års styret praktik.

Uddannelsen sigter mod diætbehandling af syge mennesker med f.eks. fedme, diabetes, spiseforstyrrelser, allergi, hjertesygdomme, sygdomsbetinget vægttab m.v., men kan også omfatte kostvejledning til raske personer med sygdomsforebyggende formål (Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 880 af 30. september 1996).

De kliniske diætister bliver ansat på hospitaler og i primærsektoren f.eks. ved lægecentre, eller de fungerer som privat-

praktiserende diætister. Fra den 1. oktober 1996 blev kliniske diætister autoriseret af Sundhedsstyrelsen efter gennemført uddannelse¹⁴.

Uddannelser i gruppe B

I det følgende beskrives (hvor det har været muligt at få oplysninger) omfang af og indhold i fagelementerne kost og ernæring i de uddannelser, hvor kost og ernæring udgør en lille del.

I 1990 vedtog Folketinget en lov, der fastlagde rammerne for trinvis opbyggede grundlæggende uddannelser inden for bistands-, pleje- og omsorgsarbejdet. Disse nye uddannelser skulle erstatte følgende uddannelser: hjemmehjælper og hjemmehjælpsleder, sygehjælper, plejer, beskæftigelsesvejleder og plejehjemsassistent.

De grundlæggende uddannelser består af:

- 1) Et indgangsår, et alternativ til 10. klasse. Her indgår kost og ernæring med 30 timer og i projektarbejde.
- 2) *Social- og sundhedshjælperuddannelsen*, en 1-årig grunduddannelse, hvor praktikken udgør 2/3 og teoriundervisningen 1/3, heraf anvendes 24 timer og projektarbejde i kost og ernæring.
- 3) *Social- og sundhedsassistentuddannelsen*, en 1½-årig overbygningsuddannelse også bestående af praktik og teoriundervisning. Kost og ernæring indgår her med 22 timer og i projektarbejde.

De uddannedes arbejdsområder er funktioner inden for midlertidig og varig hjemmepleje, hjemmesygepleje, døgnpleje/beredskab, beskyttede boliger, dagcentre, plejehjem, bofællesskaber samt hospitaler.

¹⁴ Sundhedsministeriet har efterfølgende udtalt, at uddannelsen ved Specialkursus i Husholdning ved Århus Universitet fremover bør betragtes som en del af uddannelsen til klinisk diætist, og diætist-titlen derfor skal forbeholdes de personer, der har hele uddannelsen og er autoriserede under titlen 'klinisk diætist' (Sundhedsministeriet, 1996).

I *pædagoguddannelsen* udgør social- og sundhedsfag 20%, hvoraf under halvdelen anvendes til sundhedsfag. I sundhedsfagene undervises i en række kerneemner, herunder kost og ernæring, som udgør ca. 2 timer.

I *sygeplejerskeuddannelsen* indgår ca. 65 timer til undervisning/vejledning i ernæring, diætetik og kost og et mindre antal timer til selvstudie (antallet af timer kan variere betydeligt imellem uddannelsesstederne). Emnet indgår i forskellige moduler og er fordelt på hele uddannelsen. Indholdet er kort skitseret: psykosociale aspekter i forbindelse med at spise, ældres ernæringsbehov, ernæring til gravide, ammen- de og børn fra 0 til 3 år, pleje af patienter med spiseforstyrrelser og af underernærede patienter, kostformer i forhold til diabetes mellitus, karlidelser, overvægt, allergi, religiøse og ideologiske skikke, ernæring til kræftpatienten, kosttilskud og helsekost samt kostplanlægning. I emnerne indgår analyse og fortolkning af ernæringsvidenskabelige arbejder.

Undervisningen foregår som konfrontationstimer og som vejledningstimer i forbindelse med tværfaglige projekter.

I de nuværende *lægeuddannelser* i Odense og København indgår ikke kost og ernæring, men i Århus indgår ernæring som et frivilligt element på 2. del. Herudover indgår ernæringsmæssige aspekter i f.eks. fysiologi, intern medicin og biokemi. Ernæring er ikke et selvstændigt eksamensfag.

I arbejdet med den nye studieplan for lægeuddannelsen i Århus overvejes for tiden at samle elementerne kost og ernæring. Omfanget (ca. 20 timer) og placeringen er ikke endelig afgjort.

Efteruddannelse af gruppe A1

Vedrørende konkrete efteruddannelsesstilbud se bilag H.

Køkkenassistenter og køkkenledere tilbydes efteruddannelse i Økonomaforeningens regi, på tekniske skoler, bl.a. under loven om arbejdsmarkedsuddannelser og på husholdningsskoler.

Økonomaer kan efteruddannes i Økonomaforeningens regi, på tekniske skoler, bl.a. under loven om arbejdsmarkedsuddannelser, ved Specialkursus i Husholdning ved Århus Universitet, på Økonomaskolen samt ved Ankerhus og Suhr's Seminarium under loven om 'Åben Uddannelse'.

Ernærings- og husholdningsøkonomer kan efteruddannes ved Specialkursus i Husholdning ved Århus Universitet, under loven om 'Åben Uddannelse' ved Ankerhus og Suhr's Seminarium samt i Økonomaforeningens regi. Også Ernærings- og husholdningsøkonomforeningen kan tilbyde supplerende kurser.

Efteruddannelse af gruppe A2

Kliniske diætister kan efteruddannes i regi af Foreningen af Kliniske Diætister og Nordisk Diætistforening, samt ved Specialkursus i Husholdning ved Århus Universitet. De har også mulighed for at deltage i efteruddannelseskurser i Økonomaforeningens regi.

Efteruddannelse af gruppe B

Sygeplejersker kan efteruddannes bl.a. i Dansk Sygeplejeråds regi.

Læger efteruddannes bl.a. i Den Almindelige Danske Lægeforenings regi.

Fængselsfunktionærernes grunduddannelse indeholder ingen undervisning i kost og ernæring. Nogle af de indsatte har vægtproblemer grundet medicinsk behandling. Der har derfor som et forsøg i et fængsel været gennemført et efteruddannelsestilbud på 30 timer for fængselsfunktionærer. Kurset lagde vægt på en ernæringsrigtig, velmagende og prisbillig kost specielt rettet mod indsatte med vægtøgningproblemer. Direktoratet for Kriminalforsorgen undersøger for tiden muligheden for at etablere kurser i AMU/ESU-regi¹⁵.

¹⁵ AMU = Arbejdsmarkedsuddannelse. ESU (Efteruddannelse for Statligt Uddannede) er en afdeling under AMU.

Nogle *daginstitutioner* profilerer sig på at have en kostpolitik, så emnet har en vis bevågenhed. Der er endnu ikke etableret en permanent efteruddannelse inden for området, men der udbydes enkelte kurser under Åben Uddannelse.

Videregående uddannelser, herunder Masterprogrammer

Ernærings- og husholdningsøkonomer og økonomaer kan som nævnt videreuddanne sig til *kliniske diætister* ved Specialkursus i Husholdning ved Århus Universitet.

Pr. 31. december 1996 nedlægges Nordisk Højskole for Husholdningsvidenskab og dermed forsvinder to muligheder for videreuddannelse for EH'ere og kliniske diætister.

Fra juli 1996 er det muligt bl.a. for EH'ere og kliniske diætister at søge ind på Overbygningsuddannelsen i Human Ernæring ved Den Kongelige Veterinær- og Landbohøjskole (KVL). Uddannelsen betegnes *Master of Science in Human Nutrition*. Det forudsættes dog, at netop disse ansøgere har suppleret deres uddannelse med biokemi, ernæringsfysiologi og statistik samt har relevant erhvervserfaring; kurserne udbydes på KVL.

I september 1996 er startet et masterprogram, *Master of Public Health* ved Københavns og Århus Universitet. Uddannelsen er tilrettelagt som hel tidsstudie. EH'ere, økonomaer og kliniske diætister har mulighed for at søge om optagelse på dette masterprogram, såfremt de har suppleret deres uddannelse; hvilke emner der skal suppleres med er endnu ikke afklaret.

Overvejelser om ændringer af uddannelser i gruppe A

Der er for nyligt gennemført ændringer inden for visse uddannelser, og andre er under overvejelse. De gennemgås kort nedenfor.

I *køkkenassistentuddannelsen* er første skoleperiode (20 uger) blevet frivillig. Uddannelsen er styrket med yderligere 5 ugers obligatorisk skoleophold og 21 ugers praktik. Disse æn-

dringer er trådt i kraft pr. 1. juli 1996. Uddannelsens nuværende længde er 3 år.

I forbindelse med at *kliniske diætister* blev en autoriseret faggruppe, har Sundhedsministeriet ønsket en styrkelse af kliniske diætisters uddannelse. Den 1-årige teoretiske del på Specialkursus i Husholdning ved Århus Universitet skal nu suppleres med 1 års praktik som behandler inden for sundhedsvæsenet efter nærmere fastlagte retningslinier.

Foreningen af Kliniske Diætister og Specialkursus i Husholdning har anbefalet, at den eksisterende uddannelse suppleres inden for emnet 'individuel diætbehandling' - omfattende bl.a. biokemi, psykologi, formidlingsteknik og videnskabsteori. Endvidere er anbefalet en generel omstrukturering af fordelingen mellem grund- og videreuddannelse, der vil betyde bedre mulighed for opprioritering af diætetisk behandlingsrelaterede fag.

I rapporten om 'ernærings- og levnedsmiddeluddannelser' (Naturvidenskabeligt uddannelsesråd, 1993), peges på en nødvendig revision af *økonomauddannelsen* (cirkulæret er ikke revideret siden 1978), samt at uddannelsen bør ses i sammenhæng med uddannelsen til *ernærings- og husholdningsøkonom* og uddannelsen til *klinisk diætist*.

Ernærings- og Husholdningsøkonomforeningen og Økonomaforeningen rettede senest i slutningen af 1995 henvendelse til undervisningsministeren med henblik på at få nedsat et udvalg, som kunne arbejde med en samordning af uddannelserne indenfor det ernærings- og husholdningsøkonomiske område, EH-uddannelsen, økonomauddannelsen og uddannelsen til klinisk diætist.

Undervisningsministeren svarede, at han gerne så, at uddannelsesstederne inden for området indgik en form for samarbejde, og oplyste, at der ville blive afholdt en interessentkonference i forårets løb.

En interessentkonference omhandlende de ikke-forskningsbaserede uddannelser på ernærings- og levnedsmiddelom-

rådet, uddannelsen til økonoma, til ernærings- og husholdningsøkonom samt til klinisk diætist blev afholdt den 28. marts 1996 i Det Naturvidenskabelige Uddannelsesråds regi. Formålet var bl.a. at skabe klarhed over adgangsveje, efter- og videreuddannelsesmuligheder samt beskæftigelsesmuligheder. Dertil kom overvejelser vedrørende den forestående revision af økonomauddannelsen og dennes sammenhæng til de øvrige uddannelser på området.

Det afventes, at Undervisningsministeriet reagerer på en indstilling fra Det Naturvidenskabelige Uddannelsesråd vedrørende det fortsatte arbejde med at sikre udvikling og sammenhænge mellem de ovennævnte tre uddannelser.

Afsluttende kommentarer vedrørende uddannelser inden for offentlig kostforplejning

Det er ikke på basis af denne korte gennemgang muligt at udtale sig om, hvorvidt omfang og indhold af kost og ernæring i de øvrige under gruppe B nævnte uddannelser er tilstrækkeligt. Baggrunden for en sådan udtalelse må være en undersøgelse af indholdet i uddannelserne sammenholdt med de uddannedes funktioner på arbejdsmarkedet.

En fuldstændig fortegnelse over efteruddannelsesmuligheder inden for kost og ernæring for gruppe A og B eksisterer ikke, men en sådan ville være ønskelig.

B.1.3 Produktion og produktionssystemer

Brug af råvarer

Brug af gode råvarer er en forudsætning for at opnå en høj kulinarisk kvalitet. Med gode råvarer forstås som regel sunde, friske og velsmagende råvarer, eventuelt tilpasset sæsonen. Stadigt flere lægger desuden vægt på andre kvalitetskriterier, for eksempel de forhold som råvaren er produceret under. Mange køkkener ytrer således ønske om at benytte økologiske varer, men udtrykker skepsis for hvorvidt leverandørerne vil kunne levere økologiske varer i det nødvendige omfang. Desuden er merudgiften en barriere (gruppeinterviews).

Der er de senere år sket en udvikling i retning af et større forbrug af halv- og helfabrikata i specielt de større institutionskøkkener, men variationen mellem institutionskøkkenerne er stor. Der er dog stadig flere steder en relativ stor egenforarbejdning inden for branchen (Trolle et al, rapport 2, 1996). Af gruppeinterviewene fremgik, at kostforplejningspersonalet sætter en stor ære i at lave så stor del af maden som muligt 'fra bunden'. Halv- og helfabrikata anvendes især af arbejdstidsbesparende grunde, som følge af omprioriteringer af opgaver og/eller ved personalemangel (sygdom, ferie m.m.).

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.

Hvordan ændringerne i forbruget af forarbejdede produkter påvirker spisekvaliteten er der ifølge projekt 'Storkøkken 2000' delte meninger om. Dog nævner flere, at kvaliteten af de forarbejdede produkter er forbedret de senere år, selv om den ikke i alle tilfælde er 'god nok' endnu (Trolle et al, rapport 2, 1996).

En anden erfaring fra projekt 'Storkøkken 2000' var, at kostforplejningspersonalet kan have vanskeligt ved at formulere og stille systematiske kvalitetskrav til leverandørerne. Det betyder, at kvaliteten kan være svingende, og at storkøkkernes specielle krav ikke tilgodeses i et tilstrækkeligt omfang. Desuden får tilbudsgiverne ikke et tilstrækkeligt incitament til at produktudvikle (Trolle et al, rapport 2, 1996).

Også i forbindelse med omstruktureringer i køkkenerne og andre eller nye produktionsformer, opstår der et behov for nye, tilpassede produkter. Blandt andet er der problemer med, at halv- og helfabrikata ikke altid er kimfattige nok, og derfor ved køleproduktion først skal varmebehandles inden nedkøling og kølelagring (gruppeinterviews).

Indkøbsaftaler

Der er stor variation i det offentliges indkøbspraksis, når det gælder forplejningen. Til en vis grad er der tegn på centralisering af indkøb, specielt på det amtskommunale område. Dog kan hensyn til det lokale erhvervsliv trække i den modsatte retning.

Tabel B.1.2 viser udbredelsen af indkøbsaftaler i kommuner og amtskommuner. I alt 15% af amtskommunerne og 20% af kommunerne har ingen indkøbsaftaler. De øvrige har frivillige og/eller tvungne indkøbsaftaler. Udelukkende tvungne aftaler benyttes af 5% af kommunerne og af 23% af amtskommunerne.

Hvilke varegrupper aftalerne omfatter er ikke specificeret i undersøgelsen. Det må formodes, at produkter som grøntsager ofte ikke er indeholdt i aftalerne.

Tabel B.1.2. Udbredelsen af indkøbsaftaler i amtskommuner og kommuner (spørgeskemaundersøgelsen, skema 1A og 2A).

Indkøbsaftaler	% amtskommuner (af 13)	% kommuner (af 23)
Ingen	15	20
Tvungne	23	5
Frivillige	31	59
Frivillige og tvungne	31	15

Forsvaret er omfattet af tvungne aftaler for en række produktgrupper.

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 opskrifter tilpasset nyeste viden om udstyr og tilberedningsmetoder.

I projekt 'FOKUS' (FORbedring af indkøb og tilberedning af KødUdskæring i Storkøkkener) blev 20 storkøkkener (hospitaller og plejehjem) spurgt om, hvilke faktorer de selv mente

var belastende for kvaliteten af det færdige kødprodukt. Tilberedning i køkkenet toppede listen. Den store synder i denne sammenhæng var efter køkkenernes egen mening varmebehandlingen. Også efterbehandling og servering vurderedes at belaste kvaliteten, ligesom økonomien sætter grænser for den maksimalt opnåelige kvalitet af kødprodukterne. Af betydning for kødets kvalitet havde mørhed af kødet ved serveringen første prioritet blandt de adspurgte køkkener. Derefter fulgte synsindtrykket tæt efterfulgt af smagen og saftigheden. En generel betragtning af problematikken viste sig at være, at saftighed i mange tilfælde bliver tilsidesat til fordel for opnåelse af den ønskede mørhed (Levnedsmiddelstyrelsen, ikke publicerede resultater).

Produktionssystemer

De produktionssystemer, der anvendes til de varme måltider på de enkelte institutionstyper fremgår af bilag B.2-B.7. Nærværende afsnit sammenligner metoderne blandt andet med hensyn til næringsstofbevarelse. Korte beskrivelser af de enkelte produktionssystemer kan findes i ordlisten (bind I). Det drejer sig om varmholdt produktion, traditionel køleproduktion, pakning i modificeret atmosfære (MAP), frostoproduktion og sous vide produktion. Systemerne kan bruges som eneste system eller i kombination.

Sammenligninger mellem produktionssystemerne giver ikke et entydigt billede af, hvilke der bør foretrækkes. Faktorer, der skal vægtes ved valg af teknologi, er blandt andet spisekvalitet, næringsstofftab, hygiejne, ressourceforbrug, fleksibilitet, økonomi samt forhold som for eksempel fysiske rammer, afstand ud til brugerne og produktionstørrelse. I nogle tilfælde vil en kombination af teknikkerne være den bedste løsning (Petersen et al, 1996).

En fordel ved brug af køle- eller frostsystemer er, at man for madudbringningens vedkommende kan nedbringe antallet af udkørsler, samtidig med at de hjemmeboende opnår forskellige serviceforbedringer. Blandt andet behøver de ikke at være hjemme hver dag på et fast tidspunkt. For kostforplejningspersonalet betyder anvendelsen af systemer, der giver maden

en forlænget holdbarhed, at produktionen kan tilrettelægges mere fleksibelt.

Køleteknikkerne (traditionel køleproduktion, MAP og sous vide) er sårbare produktionssystemer, hvad angår levnedsmiddelhygiejniske risici. En undersøgelse af temperaturforholdene i danske storkøkkener med traditionel køleproduktion har således afsløret forekomst af for høje temperaturer i kølekæden. Undersøgelsen viste dog også, at det er muligt at overholde tids- og temperaturkravene i kølekæden ved nøje overvågning af produktionen. Sikring af korrekte temperaturer i køleskabe hos private modtagere er imidlertid et særligt problem (Clausen og Lassen, 1996). For at sikre en god hygiejne skal der desuden være klare retningslinier for genopvarmning og opbevaring af maden. Der vil generelt være et øget behov for undervisning af personale og brugere.

Med hensyn til madens næringsindhold er det, på trods af den hastige fremmarch af nye teknologier, kun meget dårligt undersøgt, hvad de forskellige teknologier betyder for vitamintabet, og hvordan systemerne optimeres med henblik på opnåelse af optimal ernæring.

Under normale produktionsforhold ved varmholdt og traditionel køleproduktion tabes op mod halvdelen af C-vitaminindholdet og mere end en femtedel af B₆-vitamin- og folatindholdet i grøntsager. Ud fra tilgængelig viden om vitamin-tab konkluderer Williams (1996), at en varmholdningstid på under halvanden time synes at bevare vitaminerne relativt bedre end traditionel køleproduktion.

Ved pakning i modificeret atmosfære, vakuumpakning eller ved sous vide kogning begrænses vitamintabet betydeligt (Eriksen og Lassen, 1996). Vitamintabet kan desuden begrænses ved, at kartofler og grøntsager tilberedes ude på afdelingerne lige inden servering. Dette er allerede praksis på flere hospitaler med traditionel køleproduktion og tilknyttede serveringskøkkener.

Med hensyn til spisekvalitet skal man være opmærksom på, at kølelagring kan medføre utilsigtede smagsforandringer,

WOF (warmed over flavour), også kaldet 'køleskabssmag' eller 'genopvarmet' smag. Udvikling af WOF kan begrænses ved blandt andet at dække kødet med sovs, hvorved ilttilgængeligheden mindskes, eller ved at anvende en pakketeknik, som udelukker ilt.

Ved varmholdt produktion er det vigtigt at begrænse varmholdningstiden og være opmærksom på madens temperatur ved servering. Hyppigt er temperaturerne for lave.

B.1.4 Kvalitet og kvalitetsstyring/udvikling

Kvalitetsbegrebet

Kvalitet kan defineres som 'oplevelsen eller resultatet af den ydelse, der leveres, i forhold til forventningerne/målet'.

Kvalitet i sundhedsvæsenet defineres af Sundhedsstyrelsen frit efter WHO som:

- Høj professionel standard.
- Effektiv ressourceudnyttelse.
- Minimal patientrisiko.
- Høj patienttilfredshed.
- Helhed i patientforløbet.

Når man taler om kvalitet inden for kostforplejning kan det være kvalitet inden for en række områder. Madens spisekvalitet samt næringsmæssige og sundhedsmæssige kvalitet er vigtig. Men også faktorer som valgmulighed, fleksibilitet, servering og spisemiljø har stor betydning for kvaliteten af kostforplejningen.

Ud over at sikre brugeren en god ernæring, har kosten også funktioner som at give forøget livskvalitet, øge det sociale samvær samt vedligeholde og styrke de motoriske funktioner.

Hvad der er god spisekvalitet, og hvordan man opnår den, er der mange meninger om. Det er således svært at opstille generelle principper for god kvalitet. Brugernes ønsker og

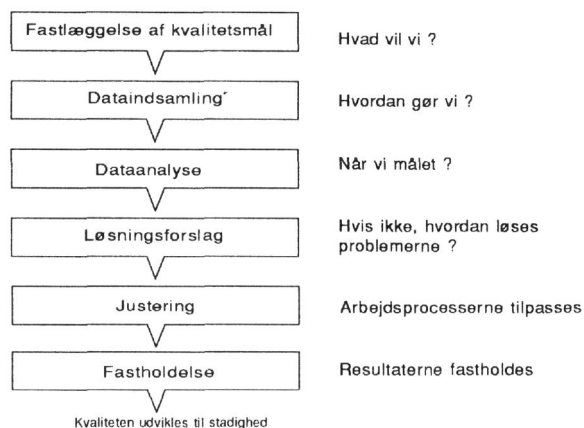
behov vil selvfølgelig være individuelle og variere i forhold til deres aktuelle situation. Diskussionen af hvordan kvaliteten kan dokumenteres er dog vigtig, og bør danne grundlag for en debat om kvalitet kontra blandt andet økonomi.

Kvalitetsstyring og kvalitetsudvikling

Kvalitetsstyring er et vigtigt redskab til sikring af kvalitet lige fra råvareindkøb og frem til servering og spisning. Samtidigt dokumenteres og synliggøres kvaliteten. I det lange løb kan der spares tid ved en optimering af arbejdsprocesserne, og der kan spares penge, blandt andet ved at begrænse spildet. Begrænsede ressourcer til køkkenerne kan imidlertid være en barriere for at køkkenerne kan forny sig på en kvalificeret måde.

Kvalitetsstyring indenfor storkøkkenområdet er præget fra flere forskellige retninger. Man kan således tale om den 'sundhedsfaglige', den 'industrielle' og den 'levnedsmiddelfaglige' kvalitetstradition. Der er dog mange lighedspunkter mellem de forskellige kvalitetsstyrings- og kvalitetsudviklingsmodeller.

Kvalitetsudvikling inden for sundhedsvæsenet kan beskrives på forskellige måder og ved flere eller færre trin. Det fælles indhold er vist i figur B.1.1.



Figur B.1.1. De forskellige trin i kvalitetsudvikling (Lassen, 1995).

Levnedsmiddeloven opererer med begrebet egenkontrol, der er den del af virksomhedens kvalitetssikring, som udøves for at sikre, at levnedsmiddelovgivningen overholdes. Egenkontrol bygger på nogle af HACCP principperne (Hazard Analysis Critical Control Point), nemlig udpegning af kritiske kontrolpunkter og etablering af procedurer til overvågning af disse. Udpegning og overvågning af de kritiske kontrolpunkter skal omfatte alle led fra ordreafgivelse til færdigvare samt rengøring og personalehygiejne.

Industrien anvender i vid udstrækning kvalitetsstyringssystemet ISO 9000, der er en certificering, det vil sige en godkendelse af, at virksomhedens kvalitetsstyringssystem overholder reglerne i bestemte standarder.

Generelt er erfaringerne med kvalitetsstyring relativt begrænsede inden for kostforplejningsområdet, selv om interessen de seneste par år er kraftigt forøget. Interessen er blandt andet tilskyndet af den nye hygiejnebekendtgørelses påbud om indførelse af egenkontrol, samt Økonomaforeningens satsning på kvalitetsudvikling. Økonomaforeningen har blandt andet iværksat kurser i kvalitetsudvikling samt iværksat modelprojekter i kvalitetsudvikling i fire institutionskøkkener (Lassen, 1995).

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

Spørgeskemaundersøgelsen viser desuden, at hovedparten af hospitalerne og lidt over halvdelen af plejehjemmene (hhv. 82 og 57%) vurderer menuen i forhold til en reference, eksempelvis næringsstofanbefalinger, opskrift eller en standard.

Enkelte køkkener angiver, at de foretager systematiske smagstests af maden. Eksempelvis fortæller et plejehjemskøkken, at mindst to personer prøvesmager maden hver dag, før maden forlader køkkenet. Ved indførelse af nye retter gennemføres desuden særlige prøvesmagninger, hvor også brugerne inddrages. Derudover sendes en ekstra portion med madudbringningen hver dag. Efter turen får køkkenet portionen retur, hvorefter udseende, smag, konsistens og temperatur vurderes. Derved konfronteres kostforplejningspersonalet med resultaterne, og der er mulighed for at komme med forslag til forbedringer af retterne. En kommune har nedsat et smagspanel bestående af professionelle eksterne smagsbedømmere til vurdering af den mad, der leveres i kommunen (gruppeinterviews).

B.1.5 Udgifter forbundet med den offentlige kostforplejning

Udgifter til den offentlige kostforplejning kan bedst anskueliggøres i en driftsøkonomisk analyse.

En opgørelse af udgifterne kan ikke umiddelbart anvendes til sammenligninger mellem institutionerne, idet forholdene, hvorunder maden fremstilles og de leverede produkter, er specifikke for den enkelte institution. Der kan tales om kostforplejningstygde, hvilket vil sige, at forskellige typer/kategorier af brugere påvirker produktiviteten. Eksempelvis vil der være flere personaleudgifter forbundet med at tilberede

mange individuelle diæter/anretninger i modsætning til tilberedning af mange ens anretninger.

Den enkelte institutions brugere har forskellige ønsker og behov. Dermed bliver de tilbud og ydelser der leveres også meget forskellige, ligesom de politiske ønsker til kvalitet og servicetilbud kan være forskellige. Dertil kommer at institutionerne har forskellige rammer, herunder forskelligt produktionsudstyr, fysiske rammer m.m.

Driftsøkonomisk analyse

I det følgende skitseres de punkter, der må indgå i en driftsøkonomisk analyse for kostforplejningen på institutionsniveau.

Investering og drift

Følgende punkter indgår i analysen (afhængig af organisering kan nogle af udgifterne placeres forskellige steder, ligesom ikke alle typer udgifter er aktuelle alle steder). Det skal bemærkes, at listen ikke er udtømmende.

1. Kapitalomkostninger omfattende:

1a. Anskaffelser på produktionsstedet

bygning/lokale
produktionsudstyr (herunder udstyr til tilberedning, fryse-, køle-, pakke-, udportionerings- og varmholdningsudstyr), inventar
opvaskemaskine
transportudstyr
kontorudstyr (EDB-udstyr, tlf. m.m.) m.v.

1b. Anskaffelser på serveringsstedet

bygning/lokale
inventar (herunder borde, stole, service, bestik, lamper m.m.), fryse-, køle-, og opvarmningsudstyr
udstyr til servering (herunder disk, kasseapparater, varmholdningsudstyr m.m.)

2. Vedligeholdelse af bygninger, produktionsudstyr og inventar

3. Personale

kategori (økonoma, køkkenassistent, klinisk diætist, læge, sygeplejerske, ufaglærte m.m.)

personaletid (såvel direkte som indirekte) til produktion, rengøring, transport, opvask, administration, servering, ordination, information, kostvejledning/-behandling, kvalitetsstyring, udviklingsprojekter, kontaktpersonordninger m.m.)

efter- og videreuddannelse (dels løbende som almindelig opdatering af viden, dels i forbindelse med skift i produktionssystemer)

4. Materialer på:

4a. Produktionsstedet

råvarer

el og vand

information til brugere og personale

vidensopdatering (opskrifter, ernæringsfaglig litteratur, EDB-programmel m.m.)

rådgivning og konsulentbistand (rådgivning om produktion, udstyr, laboratonekontrol, brugerundersøgelser, medlemskab af Bedriftssundhedstjenesten m.m.)

administration (tlf.abonnement, papir m.m.)

diverse (rengøringsartikler, emballage m.m.)

4b. Serveringsstedet

råvarer

el og vand

information til brugere og personale

diverse (duge, servietter, blomster m.m.) m.v.

5. Fællesomkostninger (vedligeholdelse og rengøring af fællesarealer og bygninger, bortskaffelse af affald, ad-

ministration, forsikringer, bankomkostninger, revision m.v.).

Afledte omkostninger I ressourcekonsekvenser

Beslutter man sig for eksempel for

1. ændring af produktionssystemet (eksempelvis varmholdt til kølet eller central til decentral udportionering),
2. indførelse af valgmenu,
3. ændring i diætudbuddet eller
4. indførelse af ernærings terapi,

skal man være opmærksom på, at det kan få afledte økonomiske konsekvenser andre steder i systemet (i køkkenet, i udbringningen, eller hvor maden serveres).

Man skal også være klar over, at manglende interesse for de ernæringsmæssige aspekter kan resultere i dårlig ernæringsstatus hos brugerne og give afledte konsekvenser i form af dårligere livskvalitet, sygdom, længere sygeophold m.v. (dog vil disse konsekvenser formentlig give omkostninger, der ligger udenfor den driftsøkonomiske analyse på institutionsniveau og vil nærmere afspejle sig i en kasseøkonomisk analyse).

Tilgængelige oplysninger om udgifter

Udvalget har undersøgt, hvilke udgifter inden for den offentlige kostforplejning, der er tilgængelige via 'de Kommunale Regnskaber' og anden indberetning til offentlige myndigheder. Endvidere har udvalget via spørgeskema indhentet oplysninger om råvarebudgettet for plejehjem/madudbringning, hospitaler og døgninstitutioner (spørgeskemaundersøgelsen).

'De Kommunale Regnskaber' indeholder oplysninger om udgifter til varekøb opgjort i 1.000 kr. opdelt på arter, herunder fødevarer, brændsel og drivmidler, køb af jord og bygninger, anskaffelser, øvrige varekøb og i alt. Oplysninger om udgifter kan udtrækkes for områderne: ældrepleje, dagpleje og daginstitutioner opgjort på kommuneniveau; de forskellige døgninstitutionstyper og hospitaler opgjort på amtskommunalt niveau.

Det har ikke været muligt, at udskille udgifter til køkken-drift særskilt.

For hospitaler kan endvidere udtrækkes oplysninger om antal kostforplejningspersonale på amtskommunalt niveau via Sundhedsstyrelsens Personale- og Økonomistatistik og udgifter til varekøb (herunder udgifter til mad og øvrige udgifter) på hospitalsniveau via 'sygehusregnskaberne', der indsamles af Sundhedsministeriet i samarbejde med Danmarks Statistik.

Vedrørende skøn af udgifter til løn, råvarer og øvrige udgifter i forbindelse med offentlig kostforplejning henvises til afsnit 4, bind I.

Brugerbetaling

I de fleste kommuner har man typisk truffet beslutning om, at *brugerprisen på madudbringning* skal være den samme over alt i kommunen, uanset hvilket køkken maden kommer fra, hvilken produktionsform der benyttes samt portionsstørrelse. Det vil sige, at kommunen har fastsat en fast ensartet pris, som alle plejehjemsbeboere og hjemmeboende skal betale for maden (gruppeinterviews).

For *døgninstitutionerne* er det tilsyneladende mere undtagelsen end reglen, hvis en amtskommune har udstukket retningslinjer for kostdagsprisen i den enkelte døgninstitution.

Bistandslovens §§ 52 - 53 indeholder *regler om betaling for tilbud* efter § 50 herunder madservice. Kommunalbestyrelsen fastsætter betalingen.

De faktiske udgifter, der er forbundet med at producere kosten, udgør overgrænsen for, hvor meget der kan kræves i betaling for madservice. Kommunalbestyrelsen kan fastsætte betalingen til et lavere beløb end de faktiske udgifter eller helt undlade at opkræve betaling.

Ved de faktiske udgifter forstås udgifter til råvarer, materialer, afskrivning på materiel, el og varme, samt udgifter til personale.

I medfør af § 53 kan personaleudgifter, der er forbundet med at producere kosten, medregnes, uanset om kommunen tilbyder madservice efter en konkret, individuel behovsvurdering (visitation) jf. § 50, stk. 1. nr. 1, eller bredt til alle pensionister i kommunen, jf. § 50 stk. 1. nr. 2.

B.2 STATUS FOR OFFENTLIG KOSTFORPLEJNING PÅ ÆLDREOMRÅDET

Denne status vedrørende kostforplejningen på ældreområdet, det vil sige plejehjem (ældreinstitutioner) og modtagere af madudbringning, bygger på resultater af 1) gruppeinterviews af kostforplejningspersonale, plejepersonale og personale fra de relevante administrationer i 10 kommuner, 2) spørgeskemaundersøgelsen 'Offentlig kostforplejning i Danmark 1995' som omfatter besvarelser fra dels 853 plejehjem (skema IB), dels 250 kommuner (skema 1A), 3) supplerende telefoninterviews vedrørende brugerundersøgelser med 17 plejehjemskøkkener, der i spørgeskemaundersøgelsen svarede bekræftende på, at de inden for de sidste 5 år havde gennemført spørgeskemaundersøgelser blandt brugerne samt 4) litteratur, jf. referenceliste (bind I).

B.2.1 Omfang

Antal plejehjem og antal døgnpladser

Der er i alt 899 plejehjem (plejehjem og plejehjem med daghjem) i landets 275 kommuner (Danmarks Statistik, 1996 b), hvoraf 96% kategoriseres som almindelige plejehjem og 4% som psykiatriske plejehjem (spørgeskemaundersøgelsen).

Antallet af døgnpladser kan ifølge spørgeskemaundersøgelsen skønnes til ca. 40.600¹⁶, idet en dagplads er lig Vi døgnplads (spørgeskemaundersøgelsen, skema 1A).

Antal personer visiteret til madudbringning og deres aldersfordeling

Antallet af personer visiteret til madudbringning er skønsmæssigt ca. 51.400¹⁷ (spørgeskemaundersøgelsen, skema 1A).

I 60% af kommunerne er der mellem 75 og 249 personer visiteret til madudbringning. I 17% er der flere end 249, og i 22% er der færre end 75 personer visiteret til madudbringning (spørgeskemaundersøgelsen, skema 1A).

Fordelingen af madudbringninger på aldersgrupper er vist i tabel B.2.1. Ældre over 80 år udgør mere end halvdelen (59%), mens gruppen under 59 år kun udgør 6% af det totale antal madudbringninger. Ca. 17% af landets borgere over 80 år er således omfattet af en madudbringningsordning.

Tabel B.2.1. Procentvis fordeling af visitering til madudbringning på aldersgrupper (spørgeskemaundersøgelsen, skema 1A).

	Aldersgrupper			
	0-39	40-59	60-79	≥ 80
% af visiterede (ud af 35.193)	1	5	35	59

¹⁶ Tallet er skønnet ved at gange med en faktor udregnet på baggrund af antal indbyggere over 80 år i de kommuner, der har besvaret spørgsmålet, i forhold til antal indbyggere i denne aldersklasse i hele landet (corr=0,95). Ifølge Danmarks Statistik (1996 a) er antallet af døgnpladser 38.650 i pleje- og daghjem (1 dagplads = ½ døgnplads).

¹⁷ Tallet er skønnet ved at gange med en faktor udregnet på baggrund af antal indbyggere i de kommuner, der har besvaret spørgsmålet, i forhold til antal indbyggere i hele landet (corr=0,93).

Antal køkkener i landets kommuner¹⁸

Antallet af kommunale *produktionskøkkener* er skønsmæssigt i alt ca. 750. Produktionskøkkener (centralkøkkener) er defineret som køkkener, der selv står for produktionen af mad (spørgeskemaundersøgelsen, skema 1A).

Over halvdelen af kommunerne (59%) har 1 eller 2 produktionskøkkener. Der er 29% som har 3 til 5 produktionskøkkener, og 8% har 6 eller flere produktionskøkkener.

Antallet af kommunale *modtagerkøkkener* er skønsmæssigt i alt ca. 130¹⁹. Modtagerkøkkener er defineret som køkkener uden produktion af måltider. De fungerer som mellemed, der fordeler mad, der modtages udefra til afdelingerne (serveringskøkkener) (spørgeskemaundersøgelsen, skema 1A).

Over tre fjerdedele af kommunerne (78%) har ingen modtagerkøkkener. I 17% af kommunerne er der 1 til 2 modtagerkøkkener og i 5% er der 3 eller flere modtagerkøkkener.

Antallet af kommunale *serveringskøkkener* er skønsmæssigt i alt ca. 360²⁰. Serveringskøkkener er defineret som køkkener uden produktion. De er beregnet til genopvarmning, lettere tilberedning m.m. af maden på afdelingerne (spørgeskemaundersøgelsen, skema 1A).

Lidt under halvdelen af kommunerne (45%) angiver, at de ikke har nogle serveringskøkkener, og 43% har 1 eller 2 serveringskøkkener.

¹⁸ Tallene for antal køkkener er skønnet ved at gange med faktorer udregnet på baggrund af antal indbyggere over 80 år i de kommuner, der har besvaret spørgsmålene, i forhold til antal indbyggere i denne aldersklasse i hele landet (corr for produktionskøkkener = 0,80, corr for modtagerkøkkener = 0,69, corr for serveringskøkkener = 0,56).

Tallene for antal modtager- og serveringskøkkener skal tages med forbehold, idet definitionen eventuelt ikke har været entydig.

Samme som tidligere note.

Antal producerede måltider pr. dag

Det skønnes ud fra spørgeskemaundersøgelsen, at der i alt produceres ca. 232.500 måltider pr. dag (184.500 ekskl. mellemmåltider) af landets plejehjemskøkkener, svarende til ca. 69.000 kostdage²¹ pr. dag. Heraf produceres de ca. 35.400 kostdage til beboerne på plejehjemmene og ca. 19.700 til hjemmeboende. De resterende måltider serveres for dagcentre, daghjem, andre plejehjem, gæster eller andet (spørgeskemaundersøgelsen).

Den skønnede fordeling af måltiderne på brugergruppe og måltidstype pr. dag på landsbasis fremgår af tabel B.2.2.

Tabel B.2.2. Antal måltider der produceres af landets plejehjemskøkkener i gennemsnit pr. dag, skønnet ud fra 808 besvarelser (spørgeskemaundersøgelsen).

Brugergruppe	Antal morgenmåltider	Antal kolde måltider	Antal varme måltider	Antal mellemmåltider
Beboere	36.100	35.100	35.300	34.100
Dagcenter	900	1.400	6.000	4.400
Daghjem	1.100	500	2.500	1.900
Levering til andre plejehjem	1.100	2.600	5.600	1.500
Hjemmeboende	500	1.500	37.900	400
Gæster	400	1.200	3.200	2.100
Gæster	400	1.200	3.200	2.100
Andet	1.900	3.200	6.400	3.700
Andet	1.900	3.200	6.400	3.700
Total	42.000	45.500	97.000	48.000
Total	42.000	45.500	97.000	48.000

For de varme måltider gælder, at der stort set produceres samme antal måltider til beboerne på plejehjemmene og til

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).

de hjemmeboende, henholdsvis 36 og 39% af det samlede antal varme måltider. For morgenmåltiderne, de kolde måltider og mellemmåltiderne gælder, at der produceres under halvt så mange som det antal varme måltider, der produceres. Dette skyldes hovedsageligt, at der produceres færre antal af disse måltider til de hjemmeboende.

B.2.2 Besisningens organisering

Siden 1980'erne har der - inspireret af Ældrekommissionens tanker - været fokus på sammenhæng i ældrepolitikken, kontinuitet i de ældres tilværelse og størst mulig indflydelse på egen livssituation. De ældre skal ikke længere betragtes som en homogen gruppe med ensartede behov. Selvbestemmelse, medansvar og øget brug af de ældres egne ressourcer er blevet nøgleord i ældrepolitikken.

Filosofien er blandt andet, at den service, der ydes de ældre, ikke skal ydes som en pakkedløsning knyttet til en bestemt boligform, for eksempel plejehjem, men med udgangspunkt i den enkeltes behov for hjælp.

Et væsentligt element i denne omstilling er ældreboligloven, der blandt andet i kraft af specielle finansieringsmuligheder har givet kommunerne mulighed for at etablere større, bedre og mere varierede boligtilbud til de ældre. Ældreboligerne bygges uden 'institutionspræg', men indrettes samtidig, så der kan sættes ind med hjælp/service efter behov. De ældre skal kunne blive boende, selvom plejebehovet stiger.

Overordnet organisering

I medfør af bistandsloven er det overladt til kommunalbestyrelsen i den enkelte kommune at udforme kommunens politik på ældreområdet. Inden for de rammer bistandsloven afstikker, træffer kommunalbestyrelsen således beslutning om det lokale serviceniveau, herunder hvilke tilbud der skal stilles til rådighed, omfanget og tilrettelæggelsen af disse, samt hvem der er berettiget til at få tildelt disse tilbud.

Hjemmehjælp skal gives til personlig pleje og nødvendig praktisk bistand i hjemmet efter en konkret, individuel vurdering af behovet, men det er ikke i bistsandsloven fastsat, hvilke opgaver, der skal løses inden for hjemmehjælpsordningen.

Der kan således være forskel fra kommune til kommune på udformingen og omfanget af den hjælp, der ydes den enkelte. Og de økonomiske rammer synes da også at variere betydeligt imellem kommunerne. Bl.a. er der forskel på, om og i hvor høj grad der gives tilskud til bespisningen, ligesom kriterierne for visitation til madservice varierer fra kommune til kommune.

Som eksempel blev det under gruppeinterviewene nævnt, at en 'rask og rørig' enkemand på 80 år i én kommune ikke kan visiteres til madudbringning, selv om han aldrig har lært at lave mad. I en anden kommune vil han derimod opfylde kriterierne for at kunne visiteres til madudbringning. Tilsvarende er der i visse kommuner faste retningslinier for, at hjemmehjælperen ikke må bistå ved tilberedning af udbragt mad, mens det i andre kommuner afhænger af den hjemmeboendes behov (gruppeinterviews).

Flertallet af kommunerne (76%) angiver at have vedtaget en kostpolitik for ældreforplejningen (spørgeskemaundersøgelsen, skema 1A). Det synes dog indtil videre at være de færreste kommuner, der har udstukket detaljerede retningslinjer for forplejningen. Undtaget herfra er flere af landets større kommuner, der tilsyneladende arbejder mere systematisk med at udarbejde en samlet plan for kommunens kostforplejning (gruppeinterviews). I spørgeskemaundersøgelsen er en kostpolitik defineret som en nedskrevet stillingtagen til eksempelvis kostens sammensætning, næringsmæssige kvalitet eller servicekrav i forbindelse med kostforplejningen. Omfang og indhold af de eksisterende kostpolitikker er ikke specificeret i undersøgelsen, men i praksis synes indholdet at være meget svingende og ofte i relativ kortfattet form.

I alle de interviewede større kommuner er det indtrykket, at kostforplejningsområdet befinder sig i en omstillingsproces.

En omstillingsproces, hvor udviklingen i køkkenstrukturen - til dels i modsætning til processen i de små og mellemstore kommuner - styres tættere fra centralt hold i kommunen. Det skal dog nævnes, at flere mindre kommuner på tilsvarende vis har været igennem større ændringer i organisationen af den offentlige kostforplejning oftest med det mål, at køkkenerne i højere grad skal hvile i sig selv økonomisk. Samtidig tilstræbes det eventuelt at forbedre servicetilbudene til brugerne.

Et centralt element i den igangværende omstillingsproces er en omlægning af køkkenstrukturen og/eller den anvendte produktionsteknologi for blandt andet at nedbringe antallet af udkørsler ved madudbringning. Som et andet centralt element i den igangværende omstillingsproces kan fremhæves, at flere kommuner har udbygget eller har til hensigt at udbygge en del af plejehjemskøkkenerne med caféer eller spisesteder, hvor ældre på plejehjemmene eller ældre, der modtager mad via den kommunale madudbringningsordning, kan vælge at indtage maden i selskab med andre pensionister.

Ved gruppeinterviewene blev det pointeret, at en forudsætning for at mange nye initiativer på kostforplejningsområdet kan føres ud i livet er, at sådanne initiativer planlægges i tæt samarbejde mellem kostforplejningspersonale og plejepersonale.

Bespisning af beboerne på plejehjemmene

Maden fremstilles typisk i centralkøkkener tilknyttet de enkelte plejehjem. En væsentlig udslagsgivende faktor for den valgte decentrale køkkenstruktur i en del af de adspurgte kommuner synes at være ønsket om, at 'der skal dufte af mad' på plejehjemmene. Andre steder har man dog valgt at centralisere driften til færre køkkener (gruppeinterviews).

Nogle køkkener har inden for de senere år fået selvstændig driftsmæssig status og skal hvile økonomisk i sig selv. Dette kan være befordrende for udviklingen af bedre tilbud til brugerne, men det kan også betyde, at de næringsmæssige krav til måltiderne og kvalitetskravene til råvarerne træder

i baggrunden, blandt andet for at kunne konkurrere på prisen (gruppeinterviews).

Som et led i ligestillingen med ældre i eget hjem får beboere i plejehjem m.v. fra den 1. januar 1995 deres pension udbetalt. Reglerne indebærer, at beboerne selv kan vælge, om de ønsker plejhjemmets tilbud om kostforplejning, eller om de ønsker at købe maden et andet sted.

Nogle plejehjem tilbyder forskellige 'pakkeløsninger' til deres beboere. De kan enten være meget omfattende eksempelvis én pakke dækkende al den service, der tilbydes på plejehjemmet (rengøring, tøjvask, personlig pleje, kostforplejning m.m.), eller de samme elementer kan være opdelt på flere 'pakker', hvor nogle af dem så kan vælges fra. Det er dog ikke muligt at fravælge bolig, el og varme.

Under gruppeinterviewene gav flere af de interviewede udtryk for en oplevelse af, at beboerne bliver stadig mindre selvhjulpne og herunder, at de demente udgør en stadig større andel af plejhjemsbeboerne. I en enkelt af de interviewede kommuner har man derfor valgt at etablere et antal såkaldt skærmede enheder for demente. De skærmede enheder etableres i forbindelse med plejhjemmene. Beboerne i disse enheder laver selv mad med hjælp fra plejepersonalet. Råvarerne leveres fra centralkøkkenet. Kommunen har formuleret målbeskrivelser for disse aktiviteter. Det er hensigten at bevare brugernes funktionsevner, stimulere smags- og lugtesanserne samt styrke det sociale samvær.

Tværfagligt samarbejde i form af *kostudvalg* med deltagelse af for eksempel kostforplejningspersonale, plejepersonale, personale fra administrationen og eventuelt beboere findes på 23% af plejhjemmene (spørgeskemaundersøgelsen). I kostudvalgene fastsættes retningslinier for driften af madsystemet på plejhjemmene.

På 38% af plejhjemmene anvendes koordinatore eller *kontaktpersoner* som bindeled mellem afdelingerne og køkkenet (spørgeskemaundersøgelsen). Kontaktpersonen er tilknyttet køkkenet og har til opgave at indhente information om beboernes

og plejepersonalets tilfredshed og ønsker. Ordningen kan være mere eller mindre udbygget. Et køkken nævner, at deres kontaktpersoner deltager i beboerrådsmøderne i institutionerne. Denne ordning er der stor tilfredshed med (gruppeinterviews).

Bespisning af hjemmeboende pensionister

Maden der tilbydes via kommunernes madudbringningsordninger, tilberedes typisk på kommunalt drevne plejehjemskøkkener.

I 65% af kommunerne benyttes udelukkende kommunalt drevne plejehjem til madudbringning. I 8% af kommunerne benyttes udelukkende udliciterede plejehjemskøkkener (3%), kroer/restaurant/caféer (3%) eller private cateringfirmaer til madudbringningen (2%). I 10% af kommunerne benyttes udelukkende 'andre muligheder' (uspecificerede). De resterende 17% af kommunerne anvender forskellige kombinationer af de angivne muligheder til produktion af kommunens madudbringning (spørgeskemaundersøgelsen).

Ved spørgeskemaundersøgelsen blev kommunerne spurgt om, hvilke spisesteder de hjemmeboende og beboere i beskyttede boliger/ældre boliger kan benytte sig af til det varme måltid. Besvarelsene fremgår af tabel B.2.3.

Tabel B.2.3. Bispisningsformer de hjemmeboende og beboere i beskyttede boliger/ældre boliger kan benytte sig af til det varme måltid. Flere Svar var tilladt (spørgeskemaundersøgelsen, skema 1A).

Spisesteder	Procent kommuner (% af 247)
I boligen	98
I mindre boenheder	33
I dagcenter	53
I daghjem	29
Kro, restaurant, el. privat café	4
På cafeteria i institution	49
På plejehjem	68
'Andet'	5

Det fremgår, at det i næsten alle kommuner (98%) er muligt at spise i boligen. I 68% af kommunerne er det muligt at spise på plejehjem, mens 53% angiver dagcentre som en mulig bispisningsform.

Af besvarelserne fremgår det desuden, at det i næsten halvdelen af landets kommuner (49%) er muligt for alle eller en del af de hjemmeboende at spise på café/cafeteria i en institution.

B.2.3 Næringskvalitet og ernæringsstatus

Vurdering af de ældres ernæringsmæssige status

Man bør være særlig opmærksom på de ældres ernæringsstatus for at kunne gribe ind så hurtigt og effektivt som muligt ved en truende fejlnæring (Levnetsmiddelstyrelsen, 1995). Fra gruppeinterviewene er det indtrykket, at egentlige undersøgelser af ernæringsstatus hos beboere på plejehjem og modtagere af madudbringning ikke foregår systematisk.

På linie med ældre i eget hjem har beboere på plejehjem m.v. - i medfør af reglerne om, at de bevarer deres pension - fået indflydelse på og ansvar for deres egen økonomi og dagligdag. I modsætning til den gamle ordning med udbetaling af et 'lommepengebeløb' har de ældre nu mulighed for at vælge - og fravælge - forskellige tilbud. Ordningen kan muligvis medføre, at nogle plejehjemsbeboere vælger at spare så meget på mad og drikke, at der kan opstå risiko for underernæring. Ligesom plejepersonalet bør være opmærksom på underernæring i forbindelse med svigtende appetit eller lignende hos beboere, bør personalet være opmærksom på sådanne situationer.

Kosttyper

Typisk serveres følgende kosttyper på plejehjemmene og til madudbringningen: Fuldkost, findelt/hakket kost og diverse diæter, herunder diabetesdiæt.

Af gruppeinterviewene fremgik det, at der i hovedparten af landets kommuner tilsyneladende ikke er ansat kliniske diætister eller andet ernæringskyndigt personale, som køkkenerne kan rådføre sig med. Så vidt vides, er der heller ikke mulighed for rådgivning fra privatansatte på konsulentbasis. I dag retter mange køkkener tilsyneladende 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.

Det kan betyde, at den nyeste viden om diæter ikke tages i brug. Det betyder igen, at beboerne ikke i alle tilfælde får de diæter, som de har behov for, og i andre tilfælde bliver beboerne 'pålagt' unødvendige diæter. Blandt andet er det indtrykket, at der ikke bliver taget tilstrækkelig hensyn til, at problemerne for plejehjemsbeboerne og hospitalspatienterne kan være forskellige. Desuden er der risiko for, at der spildes tid og energi i køkkenet på tilvirkning af unødvendige og utidssvarende diæter.

Madens næringsmæssige kvalitet

Kosten til raske ældre, der bespises i institutionen, via madudbringningen eller i ældrecaféer og lignende, bør ifølge 'Anbefalinger for den danske institutionskost' følge retningslinierne for det, der betegnes 'Normalkost', det vil sige den kost, der følger næringsstofanbefalingerne (Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 235, 1995).

Energibehovet falder generelt med alderen, mens behovet for vitaminer og mineraler ikke mindskes. 'Normalkosten' skal således være mager og kulhydratrig, men med begrænset sukkerindhold af hensyn til kravet om høj næringstæthed (Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 235, 1995).

Man skal være opmærksom på, at klientellet i institutionerne herunder plejehjem og madudbringning ofte vil være de småtspisende og/eller kronisk syge. I disse tilfælde er det principperne for det, der betegnes 'Sygehuskost', der bør følges.

Gruppeinterviewene viste, at brugernes ønsker til maden opleves som den største barriere for at fremstille sund og varieret kost. Et gennemgående træk ved gruppeinterviewene var således kostforplejningspersonalets oplevelse af, at man er nødt til at lave gammeldags mad, hvis plejehjemsboerne og de hjemmeboende skal spise den. Tilsvarende sætter dette meget snævre rammer for, hvilke ingredienser og retter det er muligt at servere. Det gælder både det varme måltid og dagens øvrige måltider, inklusive mellemmåltiderne. Gammeldags mad blev af interviewpersonerne ofte opfattet som fed mad. Nogle typiske interviewudsagn var: "Brødet skal helst have tandsmør", "pålæg skal være fedt", "der skal helst være kage hver eftermiddag" og "grøntsager er de ældre ikke alt for begejstrede for". Kostforplejningspersonalet bemærkede dog, at de ofte forsøger at forbedre kossammensætningen, blandt andet ved at fremstille fedtfattige sovse, anvende grønssager i sammenkogte retter og spare på stegfedtet.

I stort set alle plejehjemsskøkkener (98%) lægges menuplaner for en periode ad gangen. Derimod er det de færreste køkke-

ner (14%), der næringsberegner menuplanerne. I 26% bruges altid (7%) eller oftest (19%) næringsbereggede opskrifter, mens 28% ikke anvender næringsbereggede opskrifter og 41% gør det af og til (spørgeskemaundersøgelsen).

Den fremherskende holdning blandt kostforplejnings- og plejepersonale synes at være, at det alligevel ikke tjener noget formål at lave næringsberegninger, når brugerne så massivt ønsker den traditionelle og fede mad (gruppeinterviews).

Det er en udpræget holdning blandt kostforplejningspersonale og blandt plejepersonale i specielt de større kommuner, at det ikke længere i samme omfang som tidligere er køkkenets ansvar at lave mad, der i alle henseender er næringsmæssig korrekt og lever op til de officielle anbefalinger. Det generelle synspunkt er således, at omlægningen af reglerne for pensionsudbetaling, indførelsen af valgmenuer, buffetordninger, café m.m. indebærer, at det nu i langt højere grad er den enkelte brugers ansvar at vælge, hvilken form for kost han/hun ønsker at spise (gruppeinterviews).

Uden at det bliver sagt direkte, er en del af kostforplejningspersonalets ændrede holdning til ernæring formentlig også forårsaget af, at det enkelte køkkens indtægtsforhold i flere tilfælde afhænger af, hvor mange brugere der bespises i caféen.

Mad til udbringning kan være specielt kritisk med hensyn til bevarelse af de varme- og iltfølsomme vitaminer. Ved varmholdt produktion vil varmholdningstiden ofte være lang som følge af en lang transportvej, og ved traditionel køleproduktion vil der kunne forekomme betydelige vitamintab under nedkøling, kølelagring og genopvarmning. Systemerne kan ikke tilrettelægges på samme måde, som for eksempel på nogle hospitaler med køleproduktion, hvor grøntsager og kartofler tilberedes på afdelingerne i umiddelbar tilknytning til serveringen.

B.2.4 Servering og spisemiljø

Plejehjem

Udportionering

På 31% af landets plejehjem benyttes udelukkende *central udportionering* af de varme måltider. Det vil sige maden udportioneres i køkkenet og sendes op til afdelingerne, hvor plejepersonalet sørger for, at bakkerne fordeles til beboerne.

På 43% af plejehjemmene benyttes desuden central udportionering i kombination med andre udportioneringsformer (decentral o.a.).

På 8% af plejehjemmene udportioneres kun *decentralt* på afdelingerne på plejehjemmene. Det vil sige at maden sendes op til afdelingerne i beholdere, hvor udportioneringen til enkeltportioner foregår. På 3% af plejehjemmene anrettes kun på *buffet I ta'selv* og på 6% benyttes kun andre serveringsformer, for eksempel café. De resterende 9% af plejehjemmene kombinerer på forskellig vis decentral udportionering, buffet og andre serveringsformer (spørgeskemaundersøgelsen).

Servering

På de fleste adspurgte plejehjem bespises beboerne hver for sig på værelserne, alene på gangene (det kan blandt andet være dem, der skal laves), i mindre grupper eller sammen i forskellige spiselokaler eller caféer. Bespisningsformen er blandt andet afhængig af, i hvor høj grad de ældre kan klare sig selv samt de fysiske rammer. Plejepersonalet står sædvanligvis for serveringen. Der serveres enten på bakke, ved anretning i skåle og fade eller ved servering over disk.

Plejepersonalet spiser nogle steder sammen med brugerne på plejehjemmene. Dette gøres blandt andet fordi demente beboere ikke kan forstå, hvorfor de skal spise, hvis ikke personalet gør det. Endvidere fremhæver flere interviewpersoner, at de ældre bedre kan acceptere at få hjælp fra personalet, hvis disse spiser med. Samtidig forsøger man også at 'opdrage' beboerne til at optræde fornuftigt under spisningen, så de ikke ødelægger appetitten for de øvrige.

Det er indtrykket, at der på de fleste plejehjem er fastsat et tidspunkt for, hvornår det varme måltid skal spises, mens de øvrige måltider ofte kan spises mere fleksibelt. Servering ved buffeter angives i den sammenhæng at være en fordel, da brugerne i højere grad selv kan vælge, hvornår de vil spise, fordi maden kan stå fremme i en længere periode (gruppeinterviews).

I forbindelse med gruppeinterviewene gav flere repræsentanter fra plejehjemsskøkkenerne udtryk for, at man ikke mente, at plejepersonalet interesserer sig tilstrækkeligt for spisesituationen. Dette har hos plejepersonalet for eksempel givet sig udslag i manglende interesse for buffetordninger og lignende tiltag, da det anses for at være for ressourcekrævende.

Spisemiljø

Gruppeinterviewene viste, at der efter kostforplejningspersonalets og plejepersonalets opfattelse på de fleste plejehjem gøres meget ud af spisemiljøet. De fleste interviewpersoner gav således udtryk for, at der er stor opmærksomhed om at skabe gode og indbydende rammer, hvorunder maden spises.

Mulighederne for at skabe et godt spisemiljø angives visse steder at være begrænset af de fysiske rammer. En interviewperson udtalte endvidere, at der efter hendes mening ofte kan gøres mere for at forbedre spisemiljøet. Et pænt bord kan dækkes for få midler med dug, friske blomster, pænt service og god belysning. Men det kræver, at viljen er til stede, og at det bliver prioriteret.

Mange steder oplyste, at det er en eller flere beboere, der står for borddækningen. En økonoma efterlyste dog, at man i endnu højere grad anvender borddækning som en måde at aktivere brugerne på. Måltiderne er for mange af beboerne dagens højdepunkter (gruppeinterviews).

Hjemmeboende

Hjemmeplejen skal sikre, at spisesituationen fungerer hos modtagerne af madudbringning. Det kan variere, hvor meget hjemmeplejen yder praktisk bistand i selve spisesituationen.

Det vil afhænge af en konkret vurdering af behovet for hjælp. I flere kommuner giver både kostforplejningspersonale og medarbejdere ved den kommunale forvaltning udtryk for, at man i mange situationer oplever hjemmeplejen som en barriere for forbedring af kostforplejningen. Det nævnes, at ikke alle hjemmehjælpere tager maden ud af emballagen og serverer den på en tallerken, også selv om det er specificeret som en del af den service, der skal ydes de ældre. Ligeledes gives udtryk for, at hjemmeplejens indsats i visse tilfælde lader meget tilbage at ønske, når det gælder 'dug og blomster' på bordet (gruppeinterviews).

I det omfang at kommunerne har etableret caféer bliver disse gennemgående omtalt som succeser, idet caféerne 'giver de gamle noget at gå efter' og sikrer brugerne et socialt islæt i hverdagen. Caféerne virker ikke pacificerende i samme omfang som madudbringningen. I nogle kommuner har man valgt ikke at etablere caféer, enten fordi café-strukturen vil kræve en stor indsats fra plejepersonalets side, da de brugere, der skal bespises i caféerne er meget svage, eller fordi kundegrundlaget vurderes at være utilstrækkeligt (gruppeinterviews).

En økonoma nævnte, at de har problemer med at få hjemmeboende til at komme i deres café. Hun mente, det skyldes plejehjemmets image som et sted for 'meget gamle' mennesker. Endvidere ønsker nogle af plejehjemsbeboerne ikke at komme i caféerne, fordi de ikke vil 'udstilles' (gruppeinterviews).

B.2.5 Valgmuligheder og spisekvalitet

Valgmuligheder for brugerne

Ifølge spørgeskemaundersøgelsen er der på 33% af *plejehjemmene* en valgmulighed til det varme måltid, mens resten angiver, at der ikke er valgmulighed (spørgeskemaundersøgelsen).

Inden for den tilbudte menu vil brugerne dog typisk have mulighed for, i et vist omfang, at påvirke maden, herunder for eksempel

valg mellem forskellige portionsstørrelser,
fravalg af boret og
fravalg af bestemte produkter (for eksempel fisk, indmad
eller andet).

Som hovedregel er der dog mere tale om et fravalg af ingredienser, som den enkelte ikke ønsker, end om et tilvalg/valg mellem forskellige alternativer. Typisk begrundes den manglende valgmulighed dels med at centralkøkkenet ikke kan håndtere den forøgede kompleksitet, som sådanne valgmuligheder påfører produktionen, dels med økonomiske hensyn. Manglende adgang til EDB-redskaber til styring af opskrifter, håndtering af brugerønsker og lignende angives ligeledes som en medvirkende årsag til den manglende indførsel af øget fleksibilitet og valgmuligheder for brugerne (gruppeinterviews).

Det er indtrykket, at brugerne af *madudbringningen* i de fleste kommuner kan vælge mellem to eller tre portionsstørrelser. Nogle steder er det kun mængden af kartofler og tilbehør, der ændres, mens kødmængden forbliver den samme. Prisen vil da også oftest være den samme. De steder, hvor der er mulighed for valg af en mindre portion til reduceret pris, tilkendes det, at brugerne i mindre omfang vælger at dele portionen over flere dage, hvilket tilsyneladende ellers kan forekomme. Generelt angives portionsstørrelserne til de hjemmeboende at være større end portionerne til plejehjemmenes beboere (gruppeinterviews).

Som led i omstillingsprocessen har flere større kommuner allerede valgt at gøre, eller har til hensigt at gøre, tilbudene til brugerne af *madudbringningen* bredere, så man i højere grad tilgodeser den enkelte brugers behov. Dette opnås blandt andet ved at give brugerne mulighed for at vælge mellem flere retter, og ved at brugerne får mulighed for at vælge at modtage maden i varmholdt eller kølet tilstand afhængig af brugernes funktionsevner og eventuelt hjemme-hjælpsstøtte til madlavning. Derudover skabes mulighed for levering af madpakker, samt for at leveringstidspunktet tilpasses den enkelte brugers ønske (gruppeinterviews).

Information om menusammensætning til brugerne foregår ofte ved udsendelse af menuplaner. Disse er for det meste ikke specificeret på ingrediensniveau. Nogle køkkener sender ikke menuplaner ud, og er tilsyneladende heller ikke blevet mødt med ønsket om det (gruppeinterviews).

Ifølge mærkningsbekendtgørelsen (Bekendtgørelse nr. 165 af 15. marts 1991 om mærkning af levnedsmidler) skal færdigpakket mad mærkes blandt andet med varebetegnelse, nettoindhold, holdbarhed, opbevaringsforskrift og en ingrediensliste. Reglerne gælder for kølet og frossent mad, hvorimod varmholdt mad ikke anses for færdigpakket mad.

Spisekvalitet - brugernes ønsker og tilfredshed

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 relativ få brugerundersøgelser inden for ældreforplejningsområdet, og at kvaliteten af undersøgelserne gennemgående er meget svingende. Alligevel vil det i dette afsnit blive søgt at vurdere brugernes tilfredshed på baggrund af enkelte brugerundersøgelser samt resultater af gruppeinterviews. Det må bemærkes, at der ikke med de gennemførte gruppeinterviews er foretaget en egentlig afdækning af brugernes tilfredshed eller brugernes vurdering af, i hvilket omfang den offentlige bespisning lever op til deres forventninger. Ved gruppeinterviewene er den offentlige kostforplejning således anskuet gennem de 'professionelles' briller og ikke brugernes. Derudover har antallet af deltagende kommuner været begrænset til 10 ud af landets i alt 275 kommuner. Resultaterne skal derfor tages med et stort forbehold og fortrinsvis bruges til en generel diskussion om brugertilfredshed og ønsker.

Resultater af gruppeinterviews

Af gruppeinterviewene fremgik det, at de ældre efter kostforplejningspersonalets og plejepersonalets meninger ikke i særlig høj grad ønsker at spise grøntsager - særlig hvad angår rå grøntsager. Typisk er det udelukkende de 'danske' grøntsager, man vil spise og kun, hvis der er sovs **til**. I konse-

kvens heraf serveres grøntsager ofte som stuvninger eller grøntsagerne anvendes i sammenkogte retter.

Under gruppeinterviewene blev der udtrykt en lignende tendens, når det gælder frisk frugt, hvor man mange steder efterhånden helt har valgt at fjerne frisk frugt fra menuen, fordi de ældre ikke opfatter frugt som en egentlig dessert. I landområder oplyste interviewpersonerne, at denne holdning hos brugerne skyldes, at 'frugt er noget, man går ud og samler op i haven'. Mange steder serverer man dog stadig frugt. Frugten serveres mest i form af grød, men eventuelt også i form af frisk frugt, der serveres som et mellemmåltid og udskåret i mindre stykker, så den er lettere at spise.

Tendensen til, at kun de færreste ældre ønsker at spise grøntsager og frisk frugt, genfandtes i alle dele af landet.

Mest populære er de traditionelle/gammeldags retter (killing, bøf, gule ærter og lignende) og egnsretter (bl.a. mælkeærter). Indmad og fisk er brugerne ofte ikke så glade for. Et køkken fortæller, at nogle brugere faktisk har fået en lægeerklæring for at undgå disse retter!

Ved cafédrift menes de ældre i højere grad at kunne 'lokkes' til at prøve noget nyt, idet samværet og valgmulighederne øger 'vovemodet'.

Flere steder, hvor man har omlagt produktionen til køleproduktion, modificeret atmosfære pakning eller frostproduktion, er omstillingerne blevet mødt med skepsis, og det har været nødvendigt med et stort oplysningsarbejde. Nogle steder er der i den forbindelse opstået konkurrence fra private kroer og spisesteder. Andre ældre hjemmeboende har dog tilsyneladende hilst ændringerne velkomne på grund af den øgede fleksibilitet med hensyn til tidspunkter for spisning af måltiderne.

Resultater af brugerundersøgelser blandt plejehjemsbeboere
Resultaterne af en workshop blandt 7 brugere på et plejehjem viste, at ønskerne til maden går i mange retninger. Skønt brugerne fra starten udtrykte tilfredshed med maden,

kom der alligevel forskellige kritikpunkter frem. Der blev talt meget om hvilke retter, man kunne ønske sig og hvilke, man fik for ofte. Workshoppen viste også, at det er et ønske at have flere retter at vælge imellem og at kunne vælge portionsstørrelsen selv. Også tilberedningen bliver udsat for kritik. Det er her tilberedningen af fisk og kartofler, som nævnes som for dårlig, og at maden smager af for lidt. Prisen er selvfølgelig vigtig. Og man er udmærket klar over, at der er grænser for, hvad man kan forlange til de priser, der skal betales. Workshoppen viste også, at for institutionsbeboerne er spise miljøet af stor betydning. Man kunne godt ønske sig små runde borde og dug på bordene (Mikkelsen, rapport 6,1996).

En kommune har foretaget en brugerundersøgelse blandt beboere på plejehjem. Det resulterede i 73 personlige interviews. Alle beboere havde mulighed for at deltage. Det blev konkluderet, at de fleste var glade for og tilfredse med maden, men det var ikke alle, som var lige tilfredse. Mange bemærkede, at maden generelt var god, men at kvaliteten kunne svinge, især med hensyn til kødet. Nogle ønskede større variation (Køge kommune og Roskilde amtskommune, 1995).

Resultater af brugerundersøgelser blandt brugere af madudbringning

I en brugerundersøgelse blandt 225 brugere af madudbringningen i en kommune fandt man, at for hovedparten af retterne syntes brugerne, at kvaliteten var god eller nogenlunde. De rett er/tilbehør, hvor 10% eller flere svarede, at kvaliteten var dårlig, var kødretterne, grøntsagerne og sovsen. Flertallet af brugerne ønskede ikke valgmulighed mellem flere forskellige retter på menuen, men der var dog variationer mellem aldersgrupperne, idet halvdelen af aldersgruppen under 69 år ønskede valgmuligheder. Overraskende fandt man samtidig, at næsten 20% var utilfredse med udbudet. Det var specielt de gammeldags retter, der efterlystes, men også mere moderne retter var på ønskelisten (Køge kommune og Roskilde amtskommune, 1995).

Ved en spørgeskemaundersøgelse blandt 493 modtagere (1 produktionskøkken) svarede 85-90% at de var tilfredse med madens spisekvalitet (kød/kylling/fisk/kartofler/grøntsager),

til trods for at 30-35% af pensionisterne mente, at maden smagte genopvarmet. Forsøg viste, at brugerne vurderede spisekvaliteten bedre, når maden blev pakket i modificeret atmosfære (Sørensen og Svendsen, 1996).

I en landsdækkende repræsentativ spørgeskemaundersøgelse om borgernes syn på kommunen (i alt 1722 besvarelser) blev der blandt andet spurgt til tilfredsheden med den kommunale madordning. Blandt brugere og deres pårørende var der 49% der mente, at maden var 'meget god', 30% at maden var 'ret god', 14% mente 'hverken god eller dårlig', 6% fandt maden 'ret dårlig' og 1% 'meget dårlig' (Tope, 1995).

B.2.6 Brug af metoder til indhentning af oplysninger om brugernes ønsker og tilfredshed

I dette afsnit beskrives, hvilke metoder, der anvendes på danske plejehjem til at sikre en god kvalitet af maden ved dialog med brugeren, samt i hvilket omfang disse bruges.

Metoderne kan være forskellige blandt andet afhængig af om maden leveres til beboere i institutionen, serveres for café-gæster eller om den leveres til hjemmeboende pensionister.

Hovedindtrykket fra gruppeinterviewene i kommunerne er, at det i de fleste tilfælde er køkkenet selv, der tager initiativ til at gennemføre brugerundersøgelser og andre tiltag med henblik på at sikre en god spisekvalitet. Kun i undtagelses-tilfælde er sådanne tiltag sket, fordi kommunen har stillet krav herom. I de relativt få tilfælde, hvor kommunen har valgt at foretage en hel eller delvis udlicitering af køkken-driften, giver gruppeinterviewene flere eksempler på, at kommunen i den situation mere aktivt går ind og måler kvaliteten af den mad, som den private leverandør fremstiller. Dette gøres med henblik på at kontrollere, hvorvidt firmaet overholder de krav, der er fastsat i kontrakten mellem kommunen og firmaet.

Spørgeskemaundersøgelser

Ifølge spørgeskemaundersøgelsen har en tredjedel af plejehjemmene (33%) gennemført en eller anden form for spørgeskemaundersøgelse af brugernes tilfredshed med kosten. I efterfølgende telefoninterviews blandt 17 plejehjemskøkkener, der i spørgeskemaundersøgelsen svarede bekræftende på, at de har gennemført spørgeskemaundersøgelser blandt brugerne, viste det sig, at ikke alle havde gennemført egentlige spørgeskemaundersøgelser blandt brugerne. Knap en femtedel af de adspurgte havde enten foretaget gruppeinterviews blandt brugerne, eller de havde spurgt personalet, der udtalte sig på vegne af brugerne.

Ifølge telefoninterviewene gennemføres spørgeskemaundersøgelserne fortrinsvis for brugere af madudbringning. Flere af spørgeskemaundersøgelserne er dog rettet mod plejehjemsboere og brugere af caféer og lignende.

For godt halvdelen af plejehjemmene er spørgeskemaundersøgelserne kun foretaget en enkelt gang, mens undersøgelserne på andre plejehjem er blevet gentaget (telefoninterviews).

De oplysninger man fortrinsvis har indhentet fra brugerne er, hvilke menuer de ønsker. Derudover er der også spørgsmål vedrørende generel kvalitet for eksempel ved overgang til andet produktionssystem. Endelig er der spørgsmål vedrørende tidspunkter, temperaturer, portionsstørrelser og priser (telefoninterviews).

I mange tilfælde oplyses det, at det har været nødvendigt at hjælpe brugerne med at udfylde skemaerne. Det nævnes også, at mange plejehjemsboere er så dårlige, at de ikke kan spørges (telefoninterviews).

Spørgeskemaerne for madudbringningen uddeles fortrinsvis af chaufførerne. På plejehjemmene uddeles skemaerne enten af kostforplejningspersonalet eller af plejepersonalet. Svarprocenterne har været relativt høje, 40-90%, flest omkring 75% (telefoninterviews).

Generelt er det indtrykket fra gruppeinterviewene, at der er delte meninger om nytten af at gennemføre brugerundersøgelser. Nogle mener således ikke, at undersøgelserne fungerer særlig godt, fordi mange ældre ikke bryder sig om at brokke sig over maden. Indtrykket fra telefoninterviewene er dog, 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 spørgeskemaundersøgelserne uden ekstern faglig bistand.

Brugerbestyrelser, kontaktpersoner og andet

Brugerne kan på nogle plejehjem drøfte maden i institutionernes såkaldte brugerbestyrelser. I disse bestyrelser er brugerne repræsenteret sammen med repræsentanter fra forskellige personalegrupper og eventuelt ældrerådet (gruppeinterviews).

Flere plejehjem (38%) anvender kontaktpersoner som bindeled mellem afdelingerne og køkkenet (spørgeskemaundersøgelsen).

Ved et gruppeinterview oplystes det, at et køkken som et alternativ til spørgeskemaundersøgelserne har valgt at køre rundt til de hjemmeboende én gang om året. Erfaringerne herfra er gode. Efter disse besøg skriver personalet brugerne ønsker ned og følger op på disse ved næste besøg.

Et køkken oplyste, at de dels besøger brugerne af madudbringningen, dels inviterer brugerne til at besøge køkkenet. Brugerne er selv med til at bestemme, hvad der skal på menuplanerne, hvilket giver stor tilfredshed (telefoninterviews).

Som den mest velegnede metode til at indhente brugervurderinger peger mange interviewpersoner blandt kostforplejningspersonalet på den daglige og direkte kontakt med brugerne, der hvor der er café (gruppeinterviews).

Også andre steder fås tilbagemeldinger fra brugerne på plejehjemmene ved direkte kontakt, for eksempel ved at tage med ud med maden, når den serveres (gruppeinterviews).

B.2.7 Køkkenstruktur

Antal medarbejdere i plejehjemkøkkener

Det totale antal medarbejdere i plejehjemskøkkener kan ud fra spørgeskemaundersøgelsen anslås til ca. 6.800 (ud fra besvarelser fra 822 plejehjemskøkkener).

Det totale antal fuldtidsansatte kan anslås til ca. 5.500. I central- og modtagerkøkkenerne er der henholdsvis ansat gennemsnitlig knap 7 og knap 3 personer pr. køkken omregnet til fuldtidsstillinger.

Størrelserne af plejehjemskøkkenerne, udtrykt som antal fuldtidsstillinger, fordeles sig som vist i tabel B.2.4. Flertallet af køkkenerne (i alt 86%) har mindre end 10 fuldtidsstillinger.

Tabel B.2.4. Fordeling af antal fuldtidsstillinger i plejehjemskøkkener

(spørgeskemaundersøgelsen)				
Køkkentyper	Antal fuldtidsstillinger			
Køkkentyper	Antal fuldtidsstillinger			
	<5	>5og<10	>10og<20	>20
Procent køkkener, i alt (% af 822)	50	36	12	2
Procent een-tralkøkkener (% af 717) ^a	44	40	14	2
Procent mod-tagerkøkkener (% af 73) ^a	9	2	2	1 0

^a 32 køkkener af dem, der har besvaret spørgsmålet om antal fuldtidsstillinger, har ikke besvaret spørgsmålet om køkkentype.

Fordelingen af køkkenmedarbejdere på forskellige kategorier fremgår af tabel B.2.5. De hyppigste kostfaglige uddannelser er køkkenassistent (24%) og økonoma (14%). Lidt under halvdelen af personalet er ufaglærte (47%).

Tabel B.2.5. Antallet af køkkenmedarbejdere på plejehjem fordelt efter uddannelse (spørgeskemaundersøgelsen).

Faglig uddannelse	% medarbejdere i 822 plejehjemskøkkener (i alt 6.224)
Økonoma og økonomaassistent	14
Køkkenleder og køkkenlederassistent	8
Køkkenassistent	24
Kok	≤0,1
Smørrebrødsjomfru	2
Ufaglært	47
Bager	≤0,1
Slagter	≤0,1
Diætist ^a	≤0,1
Ernærings- og husholdningsøkonom	0,1
Kantineleder	≤0,1
'Andet' ^b	4

^{a)} Betegnes nu klinisk diætist.

^{b)} Gruppen 'andet' dækker hovedsageligt over kontorphonale, køkkenassistentelever og økonomaelever.

Kostplanlægning

Stort set alle plejehjemskøkkener (98%) benytter ifølge spørgeskemaundersøgelsen menuplaner.

Tabel B.2.6 viser, hvilke former for menuplaner, der normalt benyttes i plejehjemskøkkener. I 75% planlægges for en periode ad gangen. I 20% benyttes rullende menuplaner, enten 4- eller 6-ugers planer i 4 sæsoner eller uge-, 14-dages- eller månedsplaner.

Tabel B.2.6. Former for menuplaner anvendt på plejehjem (spørgeskemaundersøgelsen).

Former for menuplaner	Procent køkkener (% af 826)
Rullende (ugeplan, 14 dages- eller månedsplan))	16
Rullende (4- eller 6-ugers plan i 4 sæsoner))	4
Planlægges for en periode af gangen	75
'Andet'	4
Ved ikke	1

Produktionssystemer

Anvendelse af forskellige produktionssystemer til de varme måltider på landets plejehjem til levering henholdsvis i institutionen og ud af institutionen fremgår af tabel B.2.7.

Til *levering i institutionen* af det varme måltid anvender flertallet af køkkenerne (79%) kun varmholdt produktion. Varmholdt produktion benyttes desuden i kombination med køleproduktion (5%). Ren køleproduktion benyttes af omkring 6% af køkkenerne. Frostproduktion og modificeret atmosfære pakning benyttes kun af en relativt mindre del af køkkenerne.

Til *levering ud af institutionen* af det varme måltid benyttes tilsyneladende stort set samme systemer som til levering i institutionen (79% kun varmholdt produktion, 4% en kombination af varmholdt og køleproduktion og 6% kun køleproduktion).

Tabel B.2.7. Anvendelse af kombinationer af produktionssystem(er) til de varme måltider i plejehjemskøkkener (spørgeskemaundersøgelsen).

Produktions-system	Til levering ii institutionen Procent køkkener (% af 727)	Til levering ud af institutionen Procent køkkener (% af 490)
Kun varmholdt	79	79
Kun kølet	6	6
Kun frost	2	2
Kun MAP	0,4	0,6
Kun 'andet'	4	2
Varmholdt og kølet	5	4
Varmholdt og frost	1	2
Varmholdt og MAP	0,4	0,8
Varmholdt og 'an- det'	0,7	0,4
Kølet og frost	0,3	0,6
Kølet og frost	0,3	0,6
Varmholdt, kølet og frost	1	1
Varmholdt, kølet og frost	1	1
Øvrige kombinationer	0,8	1

Udbringningshyppighed

Fra 83% af plejehjemskøkkenerne med madudbringning bringes dagligt mad ud til hjemmeboende, og fra 6% af køkkenerne leveres til flere dage ad gangen. Af de 12% af køkkenerne med endnu sjældnere udbringning udgør levering 1 gang om ugen ca. en tredjedel af tilfældene. Andre angiver, at de leverer 1 gang månedligt eller ved sygdom.

Daglig udbringning er hyppigst blandt de køkkener, der anvender et rent varmholdt system (88% dagligt, 3% flere gange ugentligt og 9% sjældnere for eksempel kun ved sygdom). For de køkkener, der kun anvender køleproduktion, udbrin-

ger kun 35% maden dagligt, mens 59% udbringer flere gange om ugen og 6% sjældnere.

Som begrundelse for at udbringe maden dagligt, nævner nogle kommuner under gruppeinterviewene brugernes ønske om at bibeholde den daglige sociale kontakt med de personer, der står for madudbringningen. Derudover opfatter brugerne familie det som betryggende, at der hver dag kommer en person på besøg. Enkelte større kommuner bringer enten mad ud dagligt eller en to gange ugentligt afhængig af den enkelte brugers behov.

Miljøtiltag i køkkenerne

Plejehjemskøkkenerne blev i spørgeskemaundersøgelsen spurgt, om de har indført miljøprogrammer inden for en række områder, det vil sige om de har taget initiativer indenfor de pågældende områder ud fra miljømæssige hensyn. Ved vurdering af resultaterne skal der tages forbehold for, at tolkningen af spørgsmålene muligvis ikke i alle tilfælde har været entydig.

I tabel B.2.8 er resultaterne opgjort for de tre svarmuligheder 'har indført', 'overvejes indført' og 'nej/ingen planer' samt for ikke besvarede. 83 køkkener er udeladt af tabellen, da de ikke har besvaret nogle af spørgsmålene om miljøtiltag i køkkenet.

Tabel B.2.8. Indførelse af miljøprogrammer inden for de nævnte områder i plejehjemskøkkener (spørgeskemaundersøgelsen).

Miljø- programmer	Har indført	Overvejes indført	Nej/ingen planer	Ikke be- svaret
	procent køkkener (% af 764)	procent køkkener (% af 764)	procent køkkener (% af 764)	procent køkkener (% af 764)
Rengøring	49	17	24	10
Engangs- service	17	7	49	27
Enportions- pakninger	11	4	49	36
Ressource- forbrug (el, vand m.v.)	29	28	25	18
Affalds- håndtering	50	15	24	11
Økologiske produkter	2	20	54	24
'Andre områder'	1	1	22	76

Det er især inden for områderne affaldshåndtering og rengøring, at der er indført miljøprogrammer i plejehjemskøkkenerne (henholdsvis hos 50 og 49%). I 29% af køkkenerne er der indført programmer inden for el- og vandforbrug m.v., og yderligere 28% overvejer at indføre program inden for dette område. Kun 2% har et program for brug af økologiske fødevarer, men til gengæld overvejer 20% at indføre det.

En kommune fortalte i forbindelse med gruppeinterviewene, at de har indført et genbrugsprincip på emballagen ved madudbringning. Erfaringerne med dette var positive, og pensionisterne var generelt flinke til at sende emballagen retur.

B.3 STATUS FOR OFFENTLIG KOSTFORPLEJNING PÅ BØRNEOMRÅDET

Denne status vedrørende kostforplejningen på børneområdet, dvs. i dagpleje, daginstitutioner og skoler, bygger på 1) spørgeskemaundersøgelsen 'Offentlig kostforplejning i Danmark 1995' som omfatter besvarelser fra 250 ud af landets 275 kommuner (skema 1A) samt 2) andre tilgængelige undersøgelser, jf. referenceliste (bind I).

B.3.1 Omfang

Antal vuggestuer

Ca. 30% af landets kommuner har vuggestuer, og godt 90% af disse kommuner har bespisning i alle kommunens vuggestuer. Det svarer til i alt ca. 570 vuggestuer og ca. 20.000 børn (spørgeskemaundersøgelsen, tallene er korrigeret til landstal). Antallet af vuggestuer og antallet af børn i vuggestuer er i januar 1995 ifølge Danmarks Statistisk (1996 a) hhv. 611 og 21.400.

Antal børnehaver

Antallet af kommuner, som har børnehaver udgør ca. 96%, men kun 13% af de kommuner, der har børnehaver har bespisning i en eller flere af kommunens børnehaver. Det svarer til ca. 460 børnehaver og ca. 21.000 børn (spørgeskemaundersøgelsen, tallene er korrigeret til landstal). Antallet af børnehaver og antallet af børn i børnehaver i alt i Danmark er i januar 1995 ifølge Danmarks Statistisk (1996 a), hhv. 2285 og 105.234.

Antal integrerede institutioner

Godt 70% af landets kommuner har integrerede institutioner. Under halvdelen af disse kommuner (godt 40%) har bespisning i en eller flere af kommunens integrerede institutioner. I alt findes ca. 1500 integrerede institutioner og heraf har ca. 70% bespisning svarende til ca. 1050. Alle børn i alderen 0-2 år bespises i disse institutioner (spørgeskemaundersøgelsen, tallene er korrigeret til landstal), svarende til 70% af 17.144 (Danmarks Statistik, 1996 a), ca. 12.000 børn. Kun 20% af de 70%,

der har bespisning, bespiser også børn i alderen 3-6 år (spørgeskemaundersøgelsen). Det svarer til ca. 8000 børn, idet det totale antal børn mellem 3-6 år er 56.300 i integrerede institutioner (Danmarks Statistik, 1996 a). Antallet af integrerede institutioner og antallet af børn i disse er ifølge Danmarks Statistik (1996 a) i alt hhv. 1483 og 89.032 (heraf 73.444 i alderen 0-6 år).

Antal dagplejere

Antallet af kommunalt ansatte dagplejere blev i 1995 af Forbrugerstyrelsen anslået til ca. 22.000 (Anonym, 1995). Antallet anslås i 1996 til ca. 23.000. Ordningerne dækker da ca. 70.000 børn, idet det forudsættes at dagplejere i gennemsnit har tre børn i dagpleje. Det skønnes, at langt den overvejende del af børnene bespises i dagplejen (Hansen, 1996). Antallet af dagplejere og antallet af børn i dagpleje i januar 1995 er ifølge Danmarks Statistik (1996 a) henholdsvis 20.859 og 68.437.

Antal skoler

Der var i skoleåret 1994/95 1875 offentlige skoler i Danmark med i alt 519.208 elever (Danmarks Statistik, 1996 a). I ca. 40% af landets kommuner er der ingen skoler, der har bespisningsmulighed, mens ca. 27% af kommunerne har bespisningsmulighed i alle kommunens skoler. Det ser ud til at lidt under halvdelen af skolerne har kantine og/eller skolebod eller en anden form for bespisning (ca. 45%) (spørgeskemaundersøgelsen). Vanskeligheder med at opgøre svarene vedrørende bespisning på skolerne i spørgeskemaundersøgelsen gør dog disse tal usikre.

En undersøgelse fra 1988 fra Danmarks Lærerhøjskole (Benn, 1989) viste, at 68% af de 339 deltagende skoler havde skolebod og/eller kantine. Kun knap 20% af landets skoler deltog i undersøgelsen, der havde en svarprocent på 83.

Ifølge spørgeskemaundersøgelsen findes der kantiner på knap halvdelen af de skoler, der har bespisning, og på mange skoler findes der både kantiner og skoleboder.

Antal skolefritidsordninger m.m.

Ifølge Danmark Statistik (1996 a) er antallet af fritidshjem, skolefritidsordninger og klubber hhv. 513, 1445 og 724, og antallet af børn hhv. 32.096, 101.453 og 62.074 i januar 1995. Hvor stor en del heraf, der har bespisning af børnene, er ikke undersøgt i spørgeskemaundersøgelsen.

B.3.2 Bespisningens organisering

Andel af børn der bespises

De fleste *børn i alderen fra 0 til de er ca. 3 år* bespises i den pasningsordning, de går i. Det gælder vuggestuer, de integrerede institutioner, og formodentlig også i dagplejen. Godt 90% af vuggestuerne bespiser børnene i vuggestuen, og godt 70% af de integrerede institutioner bespiser børnene i vuggestuealderen (spørgeskemaundersøgelsen). Det er sandsynligvis besparelser på området i de senere år, der gør, at ikke flere af institutionerne bespiser de mindste børn. De 0-3 årige spiser to til tre måltider i vuggestue eller dagpleje (Danske Mejeriers Fællesorganisation, 1994 a). Heraf fremgår Også, at 72% af alle børn i alderen 0-2 år passes imellem 6 og 7 1/2 time dagligt, de 49% i kommunal pasning. Dette har muligvis ændret sig lidt i årene, hvor der var god mulighed for børnepasningsorlov, idet tallene er fra en undersøgelse fra 1991.

De 3-6 årige *børn* bespises i ca. 20% af børnehaverne og også i ca. 20% af de aldersintegrerede institutioner, se ovenfor. Den lave bespisningsandel skyldes sandsynligvis ligeledes sparehensyn i kommunerne, men her er en længere tradition for, at børnene har madpakker med. Også de 3-6 årige spiser to til tre måltider i deres pasning. 92% af alle børn er mellem 5 og 7 timer dagligt i pasningsordning, de ca. 75% er i kommunal pasning (Danske Mejeriers Fællesorganisation, 1994 a). Tallene er fra en undersøgelse fra 1991, så børnepasningsorlov m.m. har muligvis ændret forholdene lidt i de mellem-liggende år.

Egentlig offentlig bespisning af *børn i skolerne* har aldrig rigtigt vundet indpas i Danmark. Børnene har haft madpakker med, og på de fleste skoler har der i mange år været en

mælkeordning²². Det ser ud til, at omkring halvdelen af alle skoler har kantine og/eller skolebod, hvor det er muligt at købe mad i stedet for madpakken. Hvor mange børn, der gør brug af muligheden for at købe mad på de skoler, hvor det er muligt - og hvor hyppigt, de gør brug af det, vides ikke. En lille undersøgelse på tre forskellige skoler tyder på, at det bl.a. hænger sammen med tilbuddet i skoleboden eller kanten. Hvor udbuddet kun var toasts, var der 7%, der ofte købte mad, mens der var 37% der ofte købte mad i kanten, hvor udbuddet var større. Mellem ca. 53% og ca. 66% købte mad en gang imellem på de tre undersøgte skoler (Danske Mejeriers Fællesorganisation, 1994 b), se Også bilag B.3.3. Skolefritidsordninger kan også tilbyde noget spiseligt midt på eftermiddagen til børnene. Mange steder har børnene også - eller i stedet for - selv frugt m.m. med, og der tilbydes drikkevarer til. Hvad der er mest udbredt, vides ikke.

Ansatte i forbindelse med kostforplejningen

I *daginstitutionerne* laves maden typisk af en deltidsansat køkkenperson, men der kan være problemer med at få en faguddannet person (Danske Mejeriers Fællesorganisation, 1994 a). Ifølge denne rapport er 30% af køkkenpersonalet i hhv. vuggestuer og børnehaver faguddannet. Det fremgår ikke, hvordan tallene er fundet, så de må tages med forbehold. Det oplyses også, at mange af de faguddannede er uddannet som køkkenassistenter, og kun få er køkkenledere eller økonomauddannet.

I *dagplejen* er det som regel en del af dagplejerens opgaver at sørge for måltider og mellemmåltider til de 3-4 børn, vedkommende har i dagpleje.

På *skolerne* indgår eleverne ofte i betjeningen af skoleboden. En undersøgelse fra 1988 (Benn, 1989) viste, at i knap 25% af boderne var der personale ansat og heraf betjente ca. halvdelen skoleboden sammen med elever. Ca. 25% af boderne

²² Mælkeordningen er i dag et tilbud til børnehaveklasser og skolebørn om køb af skummet-, kærne-, let-, sød- eller kakaomælk til madpakken. Ordningen administreres i dag af Danske Mejeriers Fællesorganisation.

blev passet af lærer og elever sammen, og ca. 50% af elever alene.

B.3.3 De 0-6 årige børns kost

Næringskvalitet og ernæringsstatus

Hovedresultater fra den landsdækkende kostundersøgelse fra 1995 viser, at fedt udgør 35% af energiindtaget for de 1-6 årige børn (Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 235, 1996). Dog er kosten for de 1-3 årige federe end de 4-6 åriges kost, hvilket er helt i overensstemmelse med anbefalingerne og Levnedsmiddelstyrelsens kampagne i 1993 for at sikre børn op til 3 år et tilstrækkeligt energiindtag (Fedt nok - kampagnen). Ser man på indtaget af levnedsmidler, så viser en foreløbig opgørelse, at de 4-6 årige spiser mere af stort set alle levnedsmiddelgrupperne end de 1-3 årige. De 1-3 årige spiser dog mere grød, drikker mere sødmælk, får federe surmælksprodukter og spiser mere sovs (Fagt, 1996).

Børn i alderen 1-6 år får 13% af energiindtaget fra sukker, hvilket skal ses i forhold til anbefalingerne på maksimum 10 energiprocent (Nordiska Näringsrekommendationer, 1996). Igen er der forskel på gruppen af 1-3 årige og gruppen af 4-6 årige på den måde, at de større børn får mere tilsat sukker, og det i form af kager, is, slik, og chokolade samt sodavand (Fagt, 1996). De 4-6 årige drikker dobbelt så meget sodavand som de 1-3 årige.

Med hensyn til mikronæringsstofferne gælder det samme som nævnt under de 7-14 årige børns kost, se nedenfor.

Vilkår og betydning af 0-6 årige børns kost i institutionerne

Sammenlignet med voksne skal børn spise relativt mere i forhold til deres vægt og størrelse, derfor er det nødvendigt med mange måltider i løbet af en dag.

Et af budskaberne i kampagnen 'Sunde børn, leger bedst' fra Forbrugerstyrelsen 1992 var, at institutioner og dagplejere burde overveje at indføre sene eftermiddagsmåltider. Effekt-

målingen viste, at der var tendens til positive ændringer, idet procentdelen, der har sene eftermiddagsmåltider, var steget for alle institutionstyper.

En kostundersøgelse fra 1988-92 viste, at halvdelen af 155 københavnske daginstitutioner gav børn i alderen 1-3 år frokost med en alt for lav fedtenergiprocent (Lævnedsmiddelkontrollen i København, personlig kommunikation okt, 1993, citeret af Danske Mejeriers Fællesorganisation, 1994 b). En lidt senere undersøgelse i forbindelse med ændringer i institutionskosten i en anden kommune, har vist at ca. 1/7 af institutionerne har en lidt for lav fedtenergiprocent (Hansen, 1996). En spørgeundersøgelse, som Forbrugerstyrelsen fik foretaget forud for kampagnen 'Sunde børn, sikre børn, glade børn' i 1995 blandt dagplejere viser, at de helt små børn under 1 år næsten alle får sødmælk. Børn i alderen 1-3 år får også i vidt omfang sødmælk (80%). Der gives også letmælk og ca. 10% får også kærnemælk. Efter Forbrugerstyrelsens kampagne 'Sunde børn leger bedst' viste effektmålingen, at 76% af dagplejere, 88% af vuggestuer, 86% af børnehaver og 84% af de aldersintegrerede institutioner var klar over, at børn under 3 år skal have mere fedt i kosten end voksne (Hansen, 1993). Også ud fra resultaterne fra den landsdækkende kostundersøgelse fra 1995 ser det, som omtalt ovenfor, ud til, at budskabet om den federe kost til 0-3 årige børn er slået igennem både i viden og handling.

På en konference om børns kost og sundhed i 1993 var der ifølge rapporten herfra "bred enighed om, at det er uansvarligt at kræve at vuggestuebørn skal have madpakke med i institutionen" (Danske Mejeriers Fællesorganisation, 1994 b). Det begrundes ikke yderligere, men dels er kosten i de yngste år af stor betydning, dels tilbringer de små børn måske flere af deres vågne timer i institutionen/dagplejen end større børn, og dels er det måske mere vanskeligt at give de mindste børn hensigtsmæssig mad med, der kan dække behovet hele dagen i institutionen.

Det er svært at vurdere, hvor stort behovet er for gratis bespisning for børn i alderen 3-6 år, altså i børnehaver o.l. Af rapporten fra den ovenfor omtalte konference om børns kost

Og sundhed i 1993 (Danske Mejeriers Fællesorganisation, 1994 a) fremgår det, at madpakken blev anset som en mulighed i denne aldersgruppe, men der er ikke tillid til, at de medbragte madpakker altid er af ordentlig kvalitet: "Det kræver, at forældrene lærer mere om hvad børn har brug for i løbet af en dag". Ovenstående bygger på personalets vurderinger af børnenes madpakker. Egentlige undersøgelser af madpakkernes kvalitet og betydning i kosten findes dog ikke. I samme rapport bliver der også givet udtryk for, at man ved at undgå madpakker i børnehaven kan udskyde madpakketrætheden i skolen med 3 år. Hvorvidt det har denne effekt er dog ikke undersøgt.

Den landsdækkende kostundersøgelse (Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 235, 1996) tyder ikke på, at der er massive problemer for store grupper af børn i 0-6 års alderen. Hvorvidt man kan tillægge den mere omfattende offentlige bespisning af de 0-3 årige en stor del af æren for, at kosten for de 1-3 årige måske lidt bedre lever op til anbefalingerne end kosten for de 4-6 årige, er svært at vide. Det kan også skyldes en generel tendens til større omtanke med de små børns kost. Der er dog ikke tvivl om, at et offentligt tilbud om bespisning er en meget god chance for at påvirke børns kostvaner og sikre børn en god kost. Samtidigt er der sandsynligvis en mindre gruppe af børnene, som med et offentligt kosttilbud i pascningsordningerne vil få forbedret deres kost i den grad, at det vil afspejle sig i deres helbred og udvikling. Egentlige undersøgelser, der viser hvor stor gruppen er, og hvor stor betydning kosttilbudet kan have er vanskelige at udføre og findes ikke.

Miljøtiltag

Der kan nævnes eksempler på kommunale tiltag, som har været omtalt i dagspressen. Albertslund kommune vedtog for to år siden, at al bespisning i daginstitutionerne skal være økologisk inden udgangen af 1996. Det er stort set lykkedes, vel at mærke uden at forøge det samlede madbudget. Man ændrede samtidigt sammensætningen af maden i overensstemmelse med ernæringseksperternes kostråd. Man var nødt til at afsætte flere timer til madlavningen i institutionerne, men normeringerne ligger stadig lavere end de fleste

andre kommuner. I Fredericia er aftalt en frivillig ordning om økologisk mad, som en del af kommunens grønne indkøbspolitik. Den bygger på holdningsbearbejdning, og det har slået an i daginstitutionerne.

Kostpolitikker

I kampagnen 'Sunde børn leger bedst' blev institutionerne opfordret til at formulere en kostpolitik. Effektmålingen (Hansen, 1993) viste, at der ikke var nævneværdigt flere, der havde en kostpolitik i 1993 end i 1992. Derimod havde mange revideret deres hidtidige kostpolitik. Indholdet i kostpolitikkerne går primært på at 'give børnene en sund og varieret kost' og 'lære børnene gode kostvaner' samt 'gøre måltiderne hyggelige og rolige'.

Mange institutioner og kommunale dagplejeordninger (60-80%, afhængig af institutionstype (Hansen, 1993)) har således en kostpolitik, men der er også mange der ikke har. Man får indtryk af, at en del kan gøre mere for at kostpolitikken får større effekt, bl.a. ved at øge kendskabet til kostpolitikken blandt forældrene. Forbrugerstyrelsen satte med kampagnen 'Sunde børn leger bedst' i 1992 fokus på kostpolitik i børneinstitutionerne inkl. dagplejen. Emnet indgår også med stor vægt i et debatoplæg fra Økonomaforeningen fra 1994 (Økonomaforeningen, 1994). Senest har 'Ernæringspolitisk landsudvalg', der er foranlediget oprettet af Danske Mejeriers Fællesorganisation udgivet 'Håndbog om kostpolitik' i 1996 (Ernæringspolitisk landsudvalg, 1996).

B.3.4 Skolebørns kost

Næringskvalitet og ernæringsstatus

Hovedresultaterne fra den landsdækkende kostundersøgelse fra 1995 (Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 235, 1996) viser, at det er meget udbredt, at skolebørns kost (børn i alderen 7-14 år) indeholder meget tilsat sukker. Tre ud af fire børn får mere sukker end de 10 E%, det anbefales, at kosten som maksimum indeholder. Generelt er kosten også for fed, og de mættede fedtsyrer, som i vid udstrækning stammer fra fedt fra mælk og mælkeprodukter, fløde, smør og ost, udgør en for

stor del af fedtet. Kosten indeholder for få andre kulhydrater end sukker, dvs. kulhydrater fra brød, gryn og grøntsager. Børn får generelt set frugt nok.

Kostundersøgelsens hovedresultater viser, at det for hvert af de enkelte næringsstoffer kun er en mindre gruppe (under 10%) af børnene, der ligger lavt i indtaget. Hvorvidt denne gruppe kan karakteriseres ud fra valg af levnedsmidler, måltids sammensætning, og/eller måltidsmønstre skal undersøges nærmere, bl.a. ved at se på sammenhængen mellem kostens indhold af sukker og indholdet af de øvrige næringsstoffer.

Kostundersøgelsens hovedresultater viser også, at indtagelsen af mikronæringsstofferne jod, vitamin D og jern ligger lavt i forhold til anbefalingerne - ligesom for andre grupper i befolkningen. Vitamin D er kun et reelt problem, hvis børnene opholder sig inde det meste af tiden, da D-vitamin produceres i huden under påvirkning af dagslys. Børn med mørk hudfarve kan have særlige problemer med at udnytte dagslyset i tilstrækkelig grad om vinteren. Både med hensyn til jern og jod er det spørgsmålet, hvor stort problemet reelt er for børn. For jern er det blandt kvinder/piger i den fertile alder, samt børn omkring 1-årsalderen, at der er påvist problemer med status. En arbejdsgruppe har peget på nødvendigheden af at berige kosten med jod, og man har foreslået tilsætning af jod til salt (Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 230, 1995). Jodforsyningen kan desuden bedres betragteligt ved at forøge forbruget af fisk. Fede fisk bidrager tillige med vitamin D.

Særlige problemer

Der findes kun få oplysninger om forekomsten af fedme hos børn. DIKE (Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi) gennemførte i 1988/89 en undersøgelse af sundhedstilstanden hos børn ved indskoling (DIKE, 1991). På basis af BMI²³ fandtes 14% af drengene i alderen 6-8 år overvægtige, og 16% af pigerne var overvægtige. Sammenlignet med en tilsvarende undersøgelse i 1972 var der tale om en mindre stigning, idet

²³ Body Mass Index. Vægten (i kg) divideret med højden (i meter) i anden potens.

der dengang fandtes 10% overvægtige drenge og piger. Vægt- og højdeoplysninger indsamlet i forbindelse med den landsdækkende kostundersøgelse, som Levnedsmiddelstyrelsen udførte i 1995, vil kunne give nyere oplysninger, når disse data analyseres.

En nyere undersøgelse, der er foretaget af DIKE blandt store børn og unge tyder på, at man i disse aldersgrupper også skal være opmærksom på det modsatte problem: mange unge piger benytter sig hyppigt af sulte- og fastekure til trods for normal vægt, og en relativ stor gruppe af unge kvinder mellem 14 og 21 år skønnes at være i risiko for at udvikle spiseforstyrrelser.

Der findes i dag kun få tilbud om hjælp til de overvægtige børn, så man kan langt fra tilbyde hjælp i tilstrækkeligt omfang. En arbejdsgruppe vedrørende spiseforstyrrelser nedsat af Sundhedsstyrelsen afgiver formodentlig rapport herom i løbet af foråret 1997, hvor også resultaterne fra den sidstnævnte undersøgelse, udført af DIKE, vil blive offentliggjort.

Det vurderes, at der kan gøres en forebyggende indsats bl.a. ved at tilbyde et sundt og velsmagende kosttilbud til både de 7-14 årige og til de lidt ældre unge, på de steder hvor de befinder sig ved 'spisetiderne'. Det er dog vigtigt i denne forbindelse at understrege, at vægtændringerne ved overvægt eller spiseforstyrrelser ofte er et enkelt symptom på nogle mere omfattende problemer.

Skolekostens vilkår og betydning

Der findes få andre undersøgelser af 7- 14 årige børns kost. En undersøgelse fra 1988 (Benn, 1989) peger på følgende forhold:

Spisepausen: Ca. 1/4 af eleverne mener spisepausen er for kort, og ca. 30% af skolerne mener, at spisepausen bør være længere.

Skoleboder og kantiner: De elever, der har mulighed for at købe mad, er ikke altid tilfredse med tilbuddet. Sko-

lerne peger på, at der er behov for obligatoriske skolekantiner med et bedre og bredere udvalg. De produkter, der hovedsageligt sælges er mælk (også kakaomælk og surmælksprodukter), brød, frugt og grøntsager. Kun ganske få steder sælges søde sager som sodavand, is, kager o.l. Gratis mad serveres stort set ikke, og kun et meget begrænset antal skoler nævner, at det er en mulighed.

Kommuner og skoler er ikke tilstrækkeligt bevidste om at prioritere elevernes kost. Det foreslås, at man opstiller minimumskrav til de forhold, der er for kosten i skolerne.

En anden undersøgelse (Andersen og Jensen, 1992), der bygger på undersøgelser af skolebørns kost gennem ti år, peger på nogle af de samme forhold, men undersøgelsen er speciel, fordi man i løbet af de 10 år har forsøgt at præge nogle af børnene i retning af sundere kost. Således har stort set alle børn madpakke med i skole, og kun få, 17%, har ønske om at købe mad på skolen. Ca. halvdelen af børnene vil gerne deltage i fremstillingen af den mad, de skulle købe på skolen.

Derudover findes en undersøgelse fra 1994 (Danske Mejeriers Fællesorganisation, 1994 b), der bygger på spørgeskemaundersøgelser, gruppesamtaler og interviews blandt elever, lærere, sundhedspersonale, kantine- og kostpersonale og ledere tilknyttet tre skoler i Danmark. Det hedder i rapporten at "den generelle sundhedstilstand for danske skolebørn er god, men at det er rimeligt at pege på faresignaler og tendenser".

Det hævdes, at morgenmaden ofte er mangelfuld både for små og store elever. Hvordan dette er bedømt fremgår ikke. Der bliver også givet udtryk for, at mange elever i 6.-10. klasse springer morgenmaden over. Det fremgår ikke hvor mange. Nogle ældre og små undersøgelser tyder på, at 6-11% af skolebørnene slet ikke eller sjældent får morgenmad, og 8-30% ikke frokost (citeret af Pedersen et al, 1993).

Undersøgelsen fra 1994 (Danske Mejeriers Fællesorganisation, 1994 b) tyder på, at dårlige spisevaner udvikler sig med alderen. Fra 6. klasse og opefter er der ikke så mange, der har madpakke

med; nogle køber mad (fast food) uden for skolen, og mælkeordningerne bruges mindst. På de tre undersøgte skoler har mellem 45% og 75% af eleverne i 6.-10. klasse dog ofte madpakke med hjemmefra. På den skole hvor kun 45% tit har madpakke med, er der en god kantine, så ca. 37% af eleverne i 6.-10. klasse svarer, at de ofte køber mad her. Der er mellem ca. 7% og ca. 37% der ofte og mellem 53% og 66%, der en gang imellem køber mad på de tre skoler. Køb af mad ser ud til at hænge sammen med udbuddet i skoleboden/kantinen, idet der kun serveres toasts i den skolebod, hvor der er færrest, der køber mad. Der er mellem 2% og 16%, der ofte køber mad ude i byen. Det er fra skolen i København, at flest køber mad ude i byen, hvilket kan begrundes i en kombination af det ringe udbud i skoleboden, og at der er forskellige andre bespisningsmuligheder tæt ved skolen, som skoleboden måske har svært ved at konkurrere med. Der peges i rapporten desuden på, at nogle børn er sultne både før og efter spisefrikvarteret. En skolebod med et godt udbud og åbningstider også efter spisefrikvarteret og/eller et madtilbud i fritidsordningen peges på som løsninger på sultproblemet for de yngste. Af andre konklusioner fra rapporten kan nævnes, at skolens madtilbud kan blive sundere, og et sundt madtilbud kan laves for 5 kr., at eleverne i mange tilfælde ikke har nok tid at spise i, og der er for megen larm og uro i spisefrikvarteret, og at forældre har hovedansvaret for børns kost, men skolen kan hjælpe så børn bedre kan vælge sundt.

Alt i alt tyder de få undersøgelser, der findes på, at der bør være et sundt og fristende madtilbud på skolerne. Maden skal samtidig være billig eller gratis. Der er flere argumenter for at maden burde være gratis. Nogle lærere fremhæver (Danske Mejeriers Fællesorganisation, 1994 b), at hvis madudbuddet øges, bliver der flere penge hos eleverne, og penge til mad vil tydeliggøre sociale forskelle, bidrage til misundelse og friste til tyveri. Det skal også nævnes, at der findes en lille gruppe børn i såkaldt belastede familier, hvor gode offentlige bespisningsmuligheder sandsynligvis ville kunne forbedre børnenes kost i en sådan grad, at det kan have betydning for helbred og udvikling.

En debatpjece fra Økonomaforeningen (Økonomaforeningen, 1994) peger på, at de måltider, der tilbydes de større børn og unge er for dyre, og at man burde overveje gratis eller billig bespisning i offentlige institutioner. Det drejer sig ud over skoler, gymnasier og andre uddannelsessteder også om sportshaller. Pjecen peger også på, at det kunne overvejes, at placere spisebrikvartererne forskudt i tid på de enkelte skoler, for at give bedre vilkår for at købe og spise mad i spise-pausen.

Forbrugerstyrelsen lavede i 1993/1994 et diskussionsoplæg om spisepause, skolebod og skolekantine i forbindelse med kampagnen 'Du bli'r hvad du spiser'. Der opfordres til at skolebestyrelser og ledelserne drøfter disse emner, og udformer en kostpolitik for skolerne. Allerede i 1989 udgav Forbrugerstyrelsen en pjece med råd og vejledning til oprettelse eller forbedring af skoleboder og -kantiner (Forbrugerstyrelsen, 1989).

Som eksempel på et kommunalt tiltag inden for skoleområdet kan nævnes, at Århus kommune fra august 1996 har ændret skolekantineordningen, så det er muligt på alle 51 skoler at købe et sundt måltid for 10 kr. (Tolbøl, 1996). Man har satset på at oprette såkaldte maxikantiner spredt rundt i kommunen, og hver leverer mad til to til tre andre skoler. Man lægger vægt på, at det er et sundt tilbud, men samtidig at tilbuddet er fristende for børnene.

B.4 STATUS FOR OFFENTLIG KOSTFORPLEJNING PÅ HOSPITALER

Denne status vedrørende kostforplejning på hospitaler bygger på resultater af 1) gruppeinterviews af kostforplejningspersonale, plejepersonale og personale fra relevante administrationer i 3 amtskommuner, 2) spørgeskemaundersøgelsen 'Offentlig kostforplejning i Danmark 1995' som omfatter be-

svareiser fra dels 74 hospitaler²⁴ med i alt ca. 7.323.000 årlige sengedage (skema 2C), dels 14 amtskommuner (skema 2A), 3) supplerende telefoninterviews vedrørende brugerundersøgelser med 23 hospitalskøkkener, der i spørgeskemaundersøgelsen svarede bekræftende på, at de inden for de sidste 5 år har gennemført spørgeskemaundersøgelser blandt brugerne samt 4) litteratur, jf. referenceliste (bind I).

B.4.1 Generelt om kostforplejningen

Antal hospitaler og antal sengedage

Der er i alt 96 hospitaler i landets 16 amtskommuner (inkl. Københavns kommune og Frederiksberg kommune), hvoraf 83 (86%) er somatiske hospitaler og 13 (14%) psykiatriske hospitaler. Antallet af sengedage pr. år er ca. 8.138.000 (Sundhedsstyrelsen, 1996).

Antal hospitalskøkkener

Det er ikke muligt ud fra spørgeskemaundersøgelsen at skønne antallet af køkkener, der leverer mad til hospitaler. Det må dog formodes, at antallet af central- og modtagerkøkkener svarer nogenlunde til antallet af hospitaler, det vil sige omkring 96 i alt.

Antal producerede måltider pr. dag

Det skønnes ud fra spørgeskemaundersøgelsen, at der i alt produceres ca. 131.000 måltider pr. dag af landets hospitalskøkkener (104.000 ekskl. mellemmåltider), svarende til ca. 36.100 kostdage²⁵ pr. dag. Heraf produceres de 27.400 kostdage til patienterne. Resten af måltiderne serveres for gæster, i personalekantinen eller andet. Den skønnede fordeling

²⁴ Tre af besvarelserne kommer fra hospitaler, som i Sundhedsstatistikken 1996 (Sundhedsstyrelsen, 1996) er opført som en fælles administrativ enhed med et andet hospital. To af besvarelserne kommer fra hospitaler, som hver især er angivet som to selvstændige hospitaler.

²⁵ Antal kostdage udregnes fra omregningsfaktorerne 2/5 kostdag til varme måltider, 2/5 kostdag til kolde måltider og 1/5 kostdag til morgenmåltider. Mellemmåltider indregnes ikke (Økonomaforeningen, 1995 b).

af måltiderne på brugergruppe og måltidstype pr. dag på landsbasis fremgår af tabel B.4.1.

Tabel B.4.1. Antal måltider der produceres af landets hospitalskøkkener i gennemsnit pr. dag, skønnet ud fra besvarelser fra 71 hospitaler med 6,9 mio årlige Sengedage (spørgeskemaundersøgelsen).

Bruger- gruppe	Antal morgen- måltider	Antal kolde måltider	Antal varme måltider	Antal mellemål- tider
Patienter	25.500	27.400	28.300	24.200
Gæster	600	700	300	1.200
Personale- kantine kantine	1.700	11.500	3.900	400
'Andet' ³	800	1.700	2.000	700
'Andet' ³	800	1.700	2.000	700
Total	28.600	41.400	34.500	26.500
Total	28.600	41.400	34.500	26.500

^{a)} Gruppen 'andet' indeholder bl.a. ambulante patienter, hjemmeboende pensionister og mad til andre institutioner.

B.4.2 Besisningens organisering

Af gruppeinterviewene fremgik, at der er stor forskel på, hvor meget *amtskommunerne* involverer sig i tilrettelæggelsen af besisningen på hospitalerne. I nogle amtskommuner er ansvaret for besisningen tilsyneladende fuldt ud decentraliseret til sygehusledelsen, mens man i andre amtskommuner (73%) har vedtaget en kostpolitik, som mere eller mindre detaljeret specificerer kravene til besisningen (spørgeskemaundersøgelsen, skema 2A). I spørgeskemaundersøgelsen er en kostpolitik defineret som en nedskrevet stillingtagen til eksempelvis kostens sammensætning, næringsmæssige kvalitet eller servicekrav i forbindelse med kostforplejningen. Omfang og indhold af de eksisterende kostpolitikker er ikke specificeret i undersøgelsen, men i praksis synes indholdet at være meget svingende.

Maden fremstilles typisk i et centralkøkken i tilknytning til hospitalet. Nogle steder er centralkøkkenerne omlagt til modtagerkøkkener, der modtager mad udefra, og fordeler det

videre til afdelingerne, eventuelt til serveringskøkkener. Om-lægningerne er sket i forbindelse med rationaliserings- og besparesestiltag, hvor teknologien typisk er ændret fra varmholdt produktion til hel eller delvis køleproduktion. Rationaliseringer har dog også ofte fundet sted i køkkener, der har valgt at bibeholde den varmholdte produktion.

Maden berører mange forskellige faggrupper på et hospital. Flertallet af hospitalerne (71%) (spørgeskemaundersøgelsen) har derfor etableret tværfaglige samarbejder i form af *kostudvalg* med deltagelse af kostforplejningspersonale, læger, plejepersonale, kliniske diætister og personale fra administrationen. I kostudvalgene varetages driften af madsystemet på hospitalerne, institutionens kostpolitik udformes, og ofte udarbejdes kosthåndbøger, der blandt andet beskriver de kostformer, der tilbydes.

Selvom *lægegruppen* er repræsenteret i kostudvalgene, er lægerne tilsyneladende kun undtagelsesvis aktive. Lægerne har ikke i dagligdagen arbejdsopgaver med maden til fuldkostpatienter. Lægernes opgaver i relation til bespisning af patienter på diæter er at ordinere, hvilke former for diæter patienterne skal have. Herefter overtages arbejdet med diæterne af andre faggrupper (plejepersonale, kliniske diætister, kostforplejningspersonale m.m.) (Dansk Catering Center A/S, 1995).

Sygeplejerskerne er i praksis ansvarlige for at rekvirere maden, informere patienterne om kosttilbudet, servere maden, observere hvor meget patienterne spiser, eventuelt motivere patienterne til at spise samt returnere service m.m. Sygeplejersker prioriterer dog i mange tilfælde arbejdsområderne i forbindelse med kostforplejningen lavt, hvilket ofte resulterer i, at opgaverne i forbindelse med kostforplejningen bliver varetaget af *sygehjælpere* og *ufaglært personale* (husassistenter, hospitalsmedhjælpere og rengøringsassistenter) på afdelingerne. Sygehjælperne og de ufaglærte har samtidig den dårligste uddannelse med henblik på kost og ernæring (Dansk Catering Center A/S, 1995).

Flere hospitaler anvender koordinatore eller *kontaktpersoner* som bindeled mellem afdelingerne og køkkenet (58% af

de somatiske hospitaler og 20% af de psykiatriske hospitaler) (spørgeskemaundersøgelsen). Kontaktpersonen er tilknyttet køkkenet og har til opgave at indhente information om patienternes og plejepersonalets tilfredshed og ønsker. For eksempel er kostforplejningspersonalet fra et køkken til stede ved aftensmåltidet to gange ugentligt. Kontaktpersonen kan også have til opgave at informere og undervise afdelingspersonalet i kostforplejningsspørgsmål. Den generelle vurdering ved gruppeinterviewene blandt både kostforplejningspersonale og plejepersonale var, at kontaktpersonordningerne fungerer tilfredsstillende. Kontaktpersonordningen har samtidig den fordel, at den gør køkkenerne mere synlige på afdelingerne. Nogle steder synes kontaktpersonordningen dog nedprioriteret af ressourcemæssige årsager.

Sygehusene har mulighed for at ændre personalenormeringen på ernæringsområdet ved at konvertere andre stillinger til for eksempel kliniske diætiststillinger. *De kliniske diætisterne* tager sig af patienter med særlige ernæringsproblemer i samarbejde med læger, plejepersonale og centralkøkkenet.

Enkelte steder har man oprettet *ernæringsteams*, der har erfaringer med særlige ernæringmæssige problemer. De kan bestå af læger, kliniske diætister og sygeplejersker.

Under gruppeinterviewene blev det oplyst, at man på nogle hospitaler har indført en ny struktur bestående af to dele, dels et servicecenter, dels en klinisk del. Køkkenerne bliver administrativt placeret i servicecentret med eget budgetansvar, mens plejen placeres i den kliniske del. En interviewperson påpegede, at man derved tilkendegav, at kosten blev betragtet som en perifer ydelse - en servicefunktion på linie med vask og rengøring - og ikke, som det retteligt burde være, en kerneydelse i behandlingen af patienter.

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 god ernæringsmæssig status, falder tilsyneladende ofte 'mellem flere stole', hvor det bliver uklart, om det er kostforplejningspersonalet, plejepersonalet, lægerne, de klini-

ske diætister eller patienten selv, der har ansvaret for ernæringen.

B.4.3 Næringskvalitet og ernæringsstatus

Kosten er en del af behandlingen på hospitalerne. Under sygdom er appetitten ofte nedsat og undersøgelser kan medføre, at flere måltider må springes over. Visse sygdomme, større operationer og nogle behandlinger øger endvidere de ernæringsmæssige behov. Nogle patienter er derfor i risiko for underernæring (Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 223, 1995).

Selv om den gennemsnitlige indlæggelsestid er kort, er mange patienter indlagte i længere tid og har hyppige indlæggelser. De er derfor gennem længere perioder helt afhængige af sygehusets kosttilbud.

Sygdomsforløbet påvirkes positivt, hvis patienterne under hospitalsopholdet ernæres optimalt. Det giver sig udslag i færre komplikationer og dermed kortere indlæggelsestid (Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 223, 1995) (se Også afsnit 5.2, bind I).

Vigtigt er det derfor, at patienternes næringsindtag håndteres optimalt. Det vigtigste er, at patienterne får noget at spise, altså at de kan og har lyst til at spise den tilbudte mad. Det har stor betydning for appetitten, at maden spises i så rolige og hyggelige omgivelser som muligt. Det er også vigtigt, at kosten har en passende høj næringsmæssig kvalitet.

Vurdering af patienternes ernæringsmæssige status

Undersøgelser har vist, at ved indlæggelse på medicinske og kirurgiske afdelinger er 20-30% af patienterne underernærede i form af undervægt. Endnu flere er underernærede i den forstand, at deres kostindtagelse er utilstrækkelig i forhold til et beregnet behov (Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 223, 1995) (se også afsnit 5.1, bind I).

Ifølge anbefalingerne for den danske institutionskost bør patienternes ernæringsstatus undersøges ved indlæggelses-

tidspunktet for at belyse, om patienterne er i ernæringsmæssig risiko. I undersøgelsen skal indgå en vurdering af, om der er tab af muskel- og fedtvæv, om der er ødemer eller hud- og slimhindeforandringer, og om der er specifikke tegn på mangel på vitaminer og/eller mineraler. Under indlæggelsen bør patienternes indtag af mad og drikke følges, og de bør vejes regelmæssigt. Herved kan u hensigtsmæssige ændringer i ernæringsstatus formindskes eller måske undgås (Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 233, 1995).

Generelt set er det sjældent, at egentlige undersøgelser af patienternes ernæringstilstand ved indlæggelsestidspunktet og under indlæggelsen foregår systematisk. På baggrund af gruppeinterviewene er det indtrykket, at ændringer i ernæringstilstanden ofte opdages sent. Væskeskemaer derimod ser ud til at blive anvendt rutinemæssigt.

Kosttyper

Efter gennemførelsen af gruppeinterviewene er de officielle anbefalinger for den danske institutionskost udkommet. Anbefalingerne opdeler institutionskost i tre hovedtyper: 'Normalkost', 'Sygehuskost' og 'Diæter'. Der skelnes således mellem kost til raske og kost til syge personer (Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 233, 1995).

Med betegnelsen 'Normalkost' menes en kost, som følger de officielle næringsstofanbefalinger til raske. Denne kost kan anvendes til patienter, som ikke forventes at få ernæringsmæssige problemer.

Med betegnelsen 'Sygehuskost' menes 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.

Med betegnelsen 'Diæter' menes forskrifter vedrørende mad og drikke til forebyggelse, behandling og undersøgelse af specifikke sygdomme, som ordineres i relation til de relevante sygdomme eller tilstande.

Ud fra gruppeinterviewene er det indtrykket, at den hyppigste kostform på hospitalerne er en mellemting mellem anbefalingernes 'Normalkost' og 'Sygehuskost', hvad angår fedtindholdet. Alle steder ordineres diæter, når det vurderes at være relevant.

Ved svækkelse og appetitløshed kan store måltider synes uoverkommelige. Syge patienters næringsmæssige behov varetages derfor lettest, hvis der tilbydes mange mindre måltider dagligt. Endvidere kan det være en fordel, hvis der til hovedmåltiderne er både hovedret og bilet (Statens Ernæringsråd, 1995).

Vurdering af madens næringsmæssige kvalitet

Den samlede dagskost bør overholde den anbefalede energifordeling. Det vil sige, det relative indhold af protein, fedt og kulhydrat for den pågældende kosttype. Kosten bør over en uges tid gennemsnitligt være tæt på de anbefalede mængder af vitaminer og mineraler (Levnetsmiddelstyrelsen, publ. 233, 1995).

I 76% af hospitalskøkkenerne bruges altid (45%) eller oftest (31%) næringsberegnete opskrifter, imens 22% gør det af og til og 3% ikke gør det (spørgeskemaundersøgelsen).

Menuplanen næringsberegnes af 42% af køkkenerne, mens 57% ikke næringsberegner menuplanen (spørgeskemaundersøgelsen).

Formålet med næringsberegningerne er at overvåge, at kosten har et passende næringsindhold. Ved en vurdering af den enkelte patients kost har næringsberegningen dog kun værdi, hvis man registrerer, hvad og hvor meget den pågældende faktisk har spist af måltidets komponenter.

Det er ikke alle serveringssystemer, der muliggør individuel registrering af, hvad og hvor meget der spises af komponenterne i de serverede måltider. Det gælder buffetservering (ta' selv bord) og bordservering.

En del af patienternes kost bliver tilsyneladende proteinberiget. Det er ud fra gruppeinterviewene ikke muligt at sige

noget om hospitalskostens indhold af vitaminer og mineraler. Det ser ud til, at vitamin- og mineraltilskud anvendes sjældnere end anbefalingerne for institutionskost lægger op til.

Man bør være opmærksom på, at det i praksis ikke er muligt nøjagtigt at beregne tilberedningstab af de ilt- og varmfølsomme vitaminer. Når der produceres mad til mange mennesker, er der risiko for betydelige vitamintab.

Ernæringsfagligt personale på afdelingerne

Ifølge spørgeskemaundersøgelsen har stort set alle hospitaler med børneafdelinger tilsyneladende tilknyttet *ernæringsfagligt personale* til børneafdelingerne. På 64% af de somatiske hospitaler er der knyttet ernæringsfagligt personale til én eller flere kirurgiske afdelinger, og på 75% af de somatiske hospitaler er der knyttet ernæringsfagligt personale til én eller flere medicinske afdelinger.

På 41% af alle hospitalerne er der knyttet ernæringsfagligt personale til én eller flere andre afdelinger. Det kan for eksempel være psykiatriske afdelinger, plejehjemsafdelinger, fødeafdelinger, intensiv afdelinger, gynækologiske afdelinger, øre/næse afdelinger, medicinske eller kirurgiske dagklinikker eller diabetesambulatorier. Der er 26% af hospitalerne, som enten ikke har besvaret spørgsmålet eller ikke har knyttet ernæringsfagligt personale til nogle afdelinger (spørgeskemaundersøgelsen).

Det skal bemærkes, at der er stor variation i, hvad tilknytning af ernæringsfagligt personale består i. Det tilknyttede ernæringsfaglige personale kan for eksempel være køkkenassistenter, økonomaassistenter eller kliniske diætister. Plejepersonalet rådgiver også om ernæring. På et hospital angives tilknytningen af ernæringsfagligt personale at bestå i, at kostforplejningspersonalet fungerer som konsulenter for alle afdelinger. Andre steder er en klinisk diætist fast tilknyttet én eller flere afdelinger. Tilknytningen kan også bestå i daglig kontakt med økonomaassistenter og lejlighedsvis med en klinisk diætist (spørgeskemaundersøgelsen, kommentarer).

B.4.4 Servering og spisemiljø

Udportionering

På 10% af landets hospitaler benyttes udelukkende *central udportionering* af de varme måltider, det vil sige maden udportioneres i køkkenet og sendes op til afdelingerne, hvor plejepersonalet sørger for, at bakkerne fordeles til patienterne.

På 35% af hospitalerne benyttes desuden central udportionering i kombination med andre udportioneringsformer (buffet, decentral o.a.).

På 21% af hospitalerne udportioneres kun *decentralt* på afdelingerne, det vil sige, at maden sendes op til afdelingerne i beholdere, hvor udportioneringen til enkeltportioner foregår. I 10% anrettes maden kun på *buffet à la carte*. De resterende 23% kombinerer på forskellig vis decentral udportionering, buffet og for eksempel bordservering. Buffet/à la carte er mest almindelig i de køkkener, der kun anvender traditionel køleproduktion. Her benytter over halvdelen af hospitalerne (55%) sig af denne udportionerings- og serveringsform (spørgeskemaundersøgelsen).

Servering

Der er stor forskel på den måde serveringen foregår på. Nogle steder anvendes *bakkeservering*, mens man andre steder anvender *bordservering*, hvor maden anrettes i skåle og fade, eller man anvender *buffet*. Sidstnævnte to serveringsformer kræver, at der er fælles arealer til spisning.

Under gruppeinterviewene blev der udtrykt tvivl om, hvorvidt servering og spisemiljø altid fik den fornødne opmærksomhed, selvom alle var enige om, at disse faktorer har stor betydning for patienternes lyst til at spise. Årsager til dette kan blandt andet være manglende tid og ressourcer samt en generelt højere prioritering af de direkte behandlingsmæssige aktiviteter end af bespisningen. Begrænset kostfaglig ekspertise eller dårlig kommunikation mellem kostfagligt personale, plejepersonale og patient kan også have betydning.

Ved indførelse af buffetordning, har man flere steder observeret, at der bliver spist større mængder mad. For eksempel angives buffet af en kirurgisk afdeling at være yderst populært, og samtidig tilskyndes de nyopererede til at komme hurtigt ud af sengene. Det påpeges dog, at ældre kan have svært ved at begå sig i en buffet, da de ikke er vant til denne bespisningsform. Maden bliver derfor let 'rodet sammen' på tallerkenen. Desuden kan det være vanskeligt for kørestolsbrugere at komme til ved en buffet, ligesom andre fysisk svækkede patienter kan have problemer. Et hospital nævner, at man til gengæld har haft succes med fadservering på en ældreafdeling (gruppeinterviews). Et andet problem ved buffet er, at information og vejledning omkring madens indhold og sammensætning ikke altid er tilstrækkelig.

For at sikre, at patienterne får den nødvendige hjælp og får tid til at spise i eget tempo, er det vigtigt, at der er tilstrækkeligt med personale til at tage sig af serveringen. Det kan være en fordel, hvis det er den samme person, der serverer for patienten og tager bakken ud efter måltidet. Herved kan patientens kostindtagelse observeres. Ellers kan der gå for lang tid inden personalet bliver opmærksom på patienter, der ikke spiser tilstrækkeligt (Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 233, 1995). Ifølge gruppeinterviewene synes det dog typisk at være plejepersonalet, der serverer, og for eksempel rengøringspersonalet, der tager ud.

Med hensyn til vejledning af patienterne om kosten gav gruppeinterviewene indtryk af, at det er en balancegang. Man må ikke blive formynderisk over for patienterne.

Spisemiljø

For patienterne er det vigtigt, at maden serveres i hyggelige, rare og trygge omgivelser, helst i lokaler adskilt fra sengestuerne. Et godt spisemiljø fremmes blandt andet ved pæne omgivelser med billeder på væggene, blomster og lignende, et rydeligt og rent spisebord eller sengebord, der er pænt dækket op med flergangsservice samt god udluftning af lokalet.

Der bør ikke være nogen eller kun få forstyrrelser under måltiderne. Lægerne kritiseres af nogle af interviewpersoner-

ne for at udvise mangel på forståelse for patienternes spisesituation, hvilket blandt andet kan komme til udtryk ved, at der holdes stuegang på spisetidspunktet. På et sygehus har man valgt at servere den varme mad til aften, her er der generelt bedre tid til at spise den varme mad (gruppeinterviews).

På nogle hospitaler spiser patienterne på *fælles* arealer, mens patienterne andre steder spiser på *sengestuerne*. Bespisningsformen kommer naturligvis i høj grad an på patienternes fysiske formåen, men også de fysiske rammer kan være bestemmende for bespisningsformen. Desuden spiller holdning og prioritering en vigtig rolle (gruppeinterviews).

Fællesspisning angives af mange at have en positiv indvirkning. Det giver en aktivering og en afveksling i 'dagens trummerum' og en øget social kontakt omkring spisesituationen. Dog påpeger flere, at der må tages hensyn til patienter, der foretrækker at spise alene. Appetitten kan påvirkes, hvis maden skal spises i selskab med personer, der har det synligt dårligt eller har en dårlig hygiejne. Dette gælder, hvad enten maden spises på fælles sengestuer eller i fælles spisestuer.

B.4.5 Valgmuligheder og spisekvalitet

Valgmuligheder for brugere

Valgmuligheder (i begrænset omfang) øger patientens lyst til at vælge og kan gøre måltidet mere attraktivt. Samtidig nedsætter valgmuligheder behovet for kræse-/ønskekost. Patienterne bør samtidig informeres om valgmuligheder gennem for eksempel læsevenlige og udførlige menuplaner.

Omkring halvdelen af hospitalskøkkenerne (51%) angiver, at der til det varme måltid er en valgmulighed, mens resten angiver, at der ikke er valgmulighed. Dog bemærker nogle, at alternative retter fremstilles efter behov, og at der er frit valg mellem komponenterne til de enkelte måltider, blandt andet kan der vælges mellem hovedret og bired. Flere steder angiver desuden, at der er valgmulighed ved servering af fisk Og indmad (spørgeskemaundersøgelsen).

Alle de hospitalskøkkener, der alene anvender køleproduktion angiver, at der er mulighed for valg mellem forskellige retter (spørgeskemaundersøgelsen).

På et sygehus har man indført tre valgmuligheder; 1) en traditionel menu, 2) en 'ideel' menu med mange grøntsager og 3) en alternativ menu uden kød. Ret nummer 2 spises af lidt over 40 procent, herunder blandt andet af diabetikere. Der blev dog af en sygeplejerske stillet spørgsmålstejn ved, om plejepersonalet i alle tilfælde kan nå at spørge patienterne om, hvad de ønsker at spise (gruppeinterviews).

Ligeledes anses det for en fordel, at der de fleste steder tilbydes to eller tre portionsstørrelser, således at både patienten med en god appetit og den småspisende patient kan tilgodeses (gruppeinterviews).

Et køkken nævner, at brug af EDB, et godt net af leverandører og et lager af for eksempel frosne supper, desserter og småretter beregnet til hurtig opvarmning i mikrobølgeovnen, er med til at sikre, at særlige ønsker kan opfyldes også uden for de normale måltider, for eksempel om aftenen, om natten eller efter undersøgelser (gruppeinterviews).

Spisekvalitet - brugernes ønsker og tilfredshed.

Det er ikke muligt at komme med nogen entydig vurdering af brugernes ønsker samt deres tilfredshed med kostforplejningen (se bilag B.2.5 om brugertilfredshed på plejehjem og for madudbringning). I dette afsnit søges det alligevel så godt som muligt at vurdere patienternes tilfredshed på baggrund af brugerundersøgelser samt resultater af gruppeinterviewene, hvor brugernes tilfredshed er anskuet gennem de 'professionelles' briller. Resultaterne skal tages med et stort forbehold, men kan bruges som udgangspunkt for en generel diskussion om brugertilfredshed og -ønsker.

Resultater af gruppeinterviews

Det er indtrykket, at der på sygehusene serveres traditionel dansk mad. Dette er et bevidst valg, da mange af patienterne er ældre mennesker. Man tilstræber, at maden skal ligne

den sædvanlige kost, da vurderingen er, at syge personer generelt ikke ønsker at eksperimentere med ny mad.

Spisekvaliteten på sygehusene er efter både kostforplejningspersonalets og plejepersonalets vurdering rimelig høj. Oplevelsen er således, at maden generelt fremtræder pæn og appetitlig. Medvirkende til en høj spisekvalitet er efter flere af interviewpersonernes vurdering, at man på sygehusene i stadig højere grad benytter sig af buffetordninger samt tilbyder valgmenuer. Begge dele er tiltag, som giver patienterne mulighed for selv at påvirke, hvad den enkelte ønsker at spise.

En undersøgelse viste imidlertid også, at især de yngre patienter fra byerne fandt maden 'lidt traditionel og gammeldags'.

En interviewperson anførte, at man ved vurdering af brugerundersøgelser skal være opmærksom på, at mange mennesker ikke ønsker at virke utaknemmelige og kværlantiske, og som udgangspunkt derfor er positive overfor maden, selv om deres ønsker og krav kan gå i en anden retning.

Resultater af brugerundersøgelser blandt hospitalspatienter

I dette afsnit beskrives fortrinsvis spørgeskemaundersøgelser foretaget efter 1988-90.

I 1988 blev der gennemført en undersøgelse af tilfredsheden med kosten på en afdeling for *kræftsyge børn* med central udportionering. Der var en udbredt utilfredshed med hospitalets kosttilbud. En ny undersøgelse i 1990 efter indførelse af et afdelingskøkken viste, at maden helt havde skiftet status på hospitalet. Fra at være et problematisk konfliktområde, blev den et socialt betydningsfuldt felt. I det traditionelle system kunne kun 53% af børnene lide maden, mens andelen af børn, der kunne lide maden i det nye system var 90%. Af undersøgelsen blev det konkluderet, at det er vigtigt at kombinere madens sociale, psykologiske og næringsmæssige aspekter, når hospitalsunderernæring skal bekæmpes (Holm et al, 1996).

I en amtskommune har man i 1988 og i 1993 gennemført spørgeskemaundersøgelser af tilfredsheden hos *udskrevne patienter* på en række områder, herunder også forplejningen. I alt 4.026 patienter deltog i undersøgelsen i 1993 (svarprocent: 62). Det blev konkluderet, at hovedparten af patienterne var tilfredse med maden (32% meget god, 38% god, 22% rimelig, 6% dårlig og 2% ubesvaret). Tilfredsheden var markant stigende med patienternes alder (Fyns amtskommune, 1993).

Blandt 230 patienter på et sygehus (svarprocent 52) fandt man, at 86% af patienterne overordnet var tilfredse med kosten. Tilfredsheden var generelt faldende, jo længere patienterne var på sygehuset, og jo mere raske de blev (Ringkøbing amtskommune, 1994).

I forbindelse med omlægninger af visse afdelinger på et hospital til buffetsystem blev der foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt 73 patienter (svarprocent 38). Henholdsvis 92% ('gamle' afdelinger) og 94% ('nye' afdelinger) syntes, at maden smagte meget udmærket, udmærket eller rimeligt. Med hensyn til spisemiljøet var henholdsvis 84% og 72% tilfredse i de gamle og i de nye afdelinger (Dansk Catering Center A/S, 1995).

I en undersøgelse blandt 82 udskrevne patienter (svarprocent: 27-28) blev det konkluderet, at patienterne generelt betragtet var tilfredse med de varme retter og variationen i menuerne (hhv. 84 og 89% var tilfredse med disse parametre). Når patienterne herefter blev spurgt mere specifikt om kvaliteten, varierede svarene alt efter ret/produkt. De dårligste karakterer fik kartofler, sovs og grøntsager. I alt 26 til 31% vurderede kvaliteten af disse produkter som mindre god eller dårlig (Køge kommune og Roskilde amtskommune, 1995).

På et sygehus har man i 1994 og i 1996 undersøgt patienternes tilfredshed med kosten. Der deltog 66 patienter i undersøgelsen i 1994 (svarprocent: 61) og 62 patienter i undersøgelsen i 1996 (svarprocent: 61). I alt 86% var meget tilfredse eller tilfredse med den varme aftensmad i 1996 (3% hverken/eller og 11% ikke besvaret). Billedet var stort set det samme, når der blev spurgt specifikt til kødets og grøntsas-

gernes tilberedning. Valgmulighed blev ønsket af 16%, mens 70% syntes det var i orden, at menuen var fastlagt (Grenaa Centralsygehus, 1996).

På et hospital blev der i 1994 spurgt til fire konkrete middagsmenuer blandt 438 personer på fuldkost (svarprocent: 75). Plejepersonalet uddelte og indsamlede spørgeskemaerne. Køkkenets forudsigelse af at kogt oksekød og bøf stroganoff var to retter som patienterne kunne lide blev bekræftet, idet 87% for begge retters vedkommende vurderede disse som enten meget god eller god. For fiskefrikadeller og kogt torsk var de tilsvarende procenter henholdsvis 70 og 73. For kartoflernes vedkommende (forkogt, vakuumpakkede) svarede mellem 67 og 77%, at de smagte 'meget godt' eller 'godt'. Med hensyn til sovsene efterlystes gennemgående en stærkere kryddring. Tilfredsheden med bieretterne var høj, mellem 80 og 89%. Patienterne blev også spurgt, om de mente, at mad har en helbredende rolle. Hertil svarede 73% ja eller måske (Winther, 1994).

B.4.6 Brug af metoder til indhentning af oplysninger om brugernes ønsker og tilfredshed

Afsnittet beskriver hvilke metoder, der anvendes på danske hospitaler til at sikre en god kvalitet af maden ved dialog med brugeren, samt i hvilket omfang disse tages i brug.

Spørgeskemaundersøgelser

Ifølge spørgeskemaundersøgelsen har der på lidt over halvdelen af hospitalerne (52%) været gennemført en eller anden form for spørgeskemaundersøgelse af patienternes tilfredshed med kosten. Ifølge efterfølgende telefoninterviews med 23 hospitalskøkkener er der for godt halvdelens vedkommende tale om en engangsforeteelse, mens undersøgelserne på andre hospitaler er blevet gentaget. Kun enkelte steder gentages spørgeskemaundersøgelserne tilsyneladende med faste mellemrum. I få tilfælde har spørgeskemaundersøgelser været en del af en større patienttilfredshedsundersøgelse.

Der synes at være store forskelle mellem spørgeskemaundersøgelserne med hensyn til formål, omfang og systematik (telefoninterviews).

Formålet med spørgeskemaerne har i de fleste tilfælde været at få svar på konkrete ting, for eksempel om man ønskede det varme måltid til aften i stedet for midt på dagen. Derudover er der i stort set alle tilfælde spurgt til den generelle tilfredshed. I flere tilfælde har indførelse af nye systemer været årsagen til gennemførelsen af spørgeskemaundersøgelsen (telefoninterviews).

Oftest er det køkkenet selv, i flere tilfælde økonomieleverne, der iværksætter spørgeskemaundersøgelserne. Der synes dog i de senere år at være skabt en forøget interesse for spørgeskemaundersøgelser, og man har visse steder valgt at inddrage ekstern bistand. Således angav 3 ud af de 23 adspurgte hospitalskøkkener, at spørgeskemaundersøgelsen var foretaget af eller i samarbejde med for eksempel amtskommunen eller konsulenter (telefoninterviews).

Omfanget af undersøgelserne spænder fra 25 til over 1000 uddelte spørgeskemaer. Udformningerne af spørgeskemaerne er meget forskelligartede og omfatter spørgeskemaer, der udelukkende efterspørger menuforslag og spørgeskemaer, der uddeles over 3 dage med over 100 spørgsmål. Layout og formulering af spørgsmål er ligeledes meget forskellige køkkenerne imellem (telefoninterviews).

Spørgeskemaerne uddeles fortrinsvis af plejepersonalet, som i flere tilfælde tillige hjælper patienterne med at udfylde skemaerne. Nogle steder er det kostforplejningspersonalet eller de kliniske diætister, der uddeler skemaerne. I enkeltstående tilfælde er det udefrakommende, der uddeler skemaerne og hjælper med at udfylde disse. Svarprocenterne på spørgeskemaundersøgelserne angives at ligge fra 40 til 85%, flest mellem 50 og 70% (telefoninterviews).

Den største del af hospitalerne oplyser, at de har kunnet bruge spørgeskemaundersøgelserne til noget efterfølgende.

Omkring en tredjedel oplyser dog, at de ikke har haft særlig stort udbytte af undersøgelserne (telefoninterviews).

Kontaktpersoner, direkte kontakt m.m.

Gennem eventuelle kontaktpersoner (se bilag B.4.2) eller ved direkte henvendelse til køkken eller plejepersonale kan patienternes tilfredshed og ønsker komme til udtryk.

En del af de adspurgte hospitalskøkkener oplyser, at de som feed-back metode anvender en kombination af spørgeskema-metoden og en kontaktperson-ordning. Begge opgaver varetages typisk af økonomaelever eller køkkenassistenter (telefoninterviews).

B.4.7 Køkkenstruktur

Medarbejdere i hospitalskøkkener

Det totale antal medarbejdere i landets hospitalskøkkener kan anslås til ca. 2.900 (spørgeskemaundersøgelsen, besvarelser fra 74 hospitaler med 7,3 mio. årlige sygedage).

Det totale antal fuldtidsansatte kan anslås til 2.600 (spørgeskemaundersøgelsen, besvarelser fra 73 hospitaler med 7,3 mio. årlige sengepladser). Tabel B.4.2 viser fordelingen af antal fuldtidsstillinger i hospitalskøkkenerne. Flertallet af køkkenerne (i alt 89%) har mere end 8 fuldtidsstillinger.

Tabel B.4.2. Fordeling af antal fuldtidsstillinger i hospitalskøkkener (spørgeskemaundersøgelsen).

	Antal fuldtidsstillinger			
	<8	>8 og <16	>16 og <40	>40
Procent køkkener (% af 73)	11	32	30	27

Fordelingen af køkkenmedarbejdere på forskellige kategorier fremgår af tabel B.4.3. De hyppigste kostfaglige uddannelser er køkkenassistent (25%) og økonoma (18%). Lidt under halvdelen af personalet er ufaglærte (45%).

Tabel B.4.3. Antal medarbejdere i hospitalskøkkener fordelt efter uddannelse (spørgeskemaundersøgelsen).

Faglig uddannelse	% medarbejdere i 70 hospitalskøkkener (i alt 2.573)
Økonoma og økonomaassistent	18
Køkkenleder og køkkenlederassistent	2
Køkkenassistent	25
Kok	0,5
Smørrebrødsjomfru	0,6
Ufaglært	45
Bager	0,2
Slagter	0,3
Diætist ^a	3
Ernærings- og husholdningsøkonom	0,1
Kantineleder	0,3
'Andet' ^b	5

^{a)} Betegnes nu klinisk diætist.

^{b)} Gruppen 'Andet' dækker hovedsageligt over kontorpersonale, køkkenassistentelever og økonomaelever.

Kostplanlægning

Alle hospital skøkkener (100%) benytter tilsyneladende *menu-planer* (spørgeskemaundersøgelsen).

Tabel B.4.4 viser, hvilke former for menuplaner der normalt benyttes i hospitalskøkkener. I alt 61% benytter rullende menuplaner, enten 4- eller 6-ugers plan i 4 sæsoner (50%) eller uge-, 14-dages- eller månedsplaner (11%). I 24% af køkkenerne planlægges for en periode ad gangen.

Tabel B.4.4. Former for menuplaner anvendt på hospitaler (spørgeskemaundersøgelsen).

Former for menuplaner	% køkkener (af 74)
Rullende (ugeplan, 14 dages- eller månedsplan)	11
Rullende (4- eller 6- ugers plan i 4 sæsoner) 4 sæsoner)	50
Planlægges for en periode af gangen Planlægges for en periode af gangen	24 24
'Andet' 'Andet'	15 15

Produktionssystemer

Anvendelse af forskellige produktionssystemer til de varme måltider på landets hospitaler til levering henholdsvis i institutionen og ud af institutionen fremgår af tabel B.4.5.

Omfanget af levering ud af institutionerne kendes ikke, men er sandsynligvis relativt begrænset (jf. tabel B.4.1, hvor kategorien 'andet' kun udgør en mindre del af det samlede antal måltider).

Tabel B.4.5. Anvendelse af produktionssystemer i hospitalskøkkener (spørgeskemaundersøgelsen).

Produktionssystem	Til levering på hospitalet Procent køkkener (% af 73) (% af 73)	Til levering ud af hospitalet ^a Procent køkkener (% af 30) (% af 30)
Kun varmholdt	52	57
Kun kølet	12	13
Kun frost	0	3
Varmholdt og kølet	19	7
Varmholdt og frost	1	0
Varmholdt og MAP (og evt. kølet)	1	3
Kølet og frost	3	13
Varmholdt, kølet og frost (og evt. andet)	8	13
Varmholdt, kølet og frost (og evt. 'andet')	3	0
'Andet'	3	0

^{a)} F.eks. til andre institutioner

Til *levering i institutionen* af det varme måltid benytter lidt over halvdelen af hospitalskøkkenerne (52%) udelukkende varmholdt produktion. Varmholdt produktion benyttes desuden i kombination med køleproduktion (19%) eller i kombination med køle- og frostproduktion (8%). Køleproduktion alene benyttes af 12% af køkkenerne.

Til *levering ud af institutionen* af det varme måltid benyttes en kombination af køle- og frostproduktion relativt hyppigt i forhold til levering i institutionen (henholdsvis 13% og 3%). Til gengæld benyttes kombinationen varmholdt- og køleproduktion relativt mindre (henholdsvis 2% og 14%).

Miljøtiltag i køkkenerne

Hospitalskøkkenerne blev spurgt, om de har indført miljøprogrammer inden for en række områder, det vil sige om de har taget initiativer inden for de pågældende områder ud fra

miljømæssige hensyn. Ved vurdering af resultaterne skal der tages forbehold for, at tolkningen af spørgsmålet muligvis ikke i alle tilfælde har været entydig.

I tabel B.4.6 er resultaterne opgjort for de tre svarmuligheder: 'Har indført', 'overvejes indført', 'nej/ingen planer' samt for ikke besvarede. To køkkener har slet ikke svaret på nogle af spørgsmålene og er derfor ikke medtaget.

Tabel B.4.6. Indførelse af miljøprogrammer inden for de nævnte områder i hospitalskøkkener (spørgeskemaundersøgelsen).

Miljøprogrammer	Har indført	Overvejes indført	Nej/ingen planer	Ikke besvaret
	% køkkener (af 72)	% køkkener (af 72)	% køkkener (af 72)	% køkkener (af 72)
Rengøring	46	39	10	5
Engangsservice	19	19	42	20
Enportionspakninger	14	15	40	31
Ressourceforbrug (el, vand m.v.)	29	42	22	7
Affaldshåndtering	71	17	8	4
Økologiske produkter	4	33	43	20
'Andre områder'	3	4	11	82

Det er især inden for områderne affaldshåndtering og rengøring, at der er indført miljøprogrammer i hospitalskøkkenerne (henholdsvis 71% og 46%). De områder, hvor det overvejes at indføre miljøprogrammer, er især ressourceforbrug (el, vand m.v.), rengøring og økologiske produkter (henholdsvis 42, 39 og 33%).

B.5 STATUS FOR OFFENTLIG KOSTFORPLEJNING I DØGNINSTITUTIONER

Døgninstitutionsområdet spænder over mange forskellige institutionstyper og beboere med mange forskellige behov - fra børn til gamle, omfattende adfærdsvanskelige børn, beboere med fysiske og psykiske handicap, demente osv.

Som følge af institutionernes specialisering i relation til beboernes særlige handicap og beboernes individuelle ønsker og behov er der en stor geografisk spredning af de forskellige døgninstitutionstyper. Specialiseringen har f.eks. for de særlige plejehjems vedkommende ført til et stigende samarbejde over amtkommunegrænserne. Både i form af køb og salg af pladser og i faglig udveksling af ideer og erfaringer (Socialministeriet, 1996).

Denne status omfatter visse døgninstitutioner for børn og unge (bistandslovens § 96), visse døgninstitutioner for voksne med handicap (bistandslovens § 112, stk. 1) og særlige plejehjem (bistandslovens § 112, stk. 2). Der er redegjort nærmere for afgrænsningen i afsnit 1.2 (bind I) og bilag A.2. Status bygger på resultaterne af 1) gruppeinterviews af kostforplejningspersonale, pleje- og pædagogisk personale samt personale fra de relevante administrative myndigheder i 3 amtskommuner 2) spørgeskemaundersøgelsen 'Offentlig kostforplejning i Danmark 1995', som omfatter besvarelser fra dels 335 døgninstitutioner (skema 2B), dels 10²⁶ amtskommuner (skema 2A) samt 3) litteratur, jf. referenceliste (bind I).

I 11 amtskommuner varierer antallet af døgninstitutioner for børn og unge fra 1 til 31.1 alt 14 amtskommuner har mellem 1 og 34 institutioner for voksne med handicap og 7 amtskommuner har fra 2 til 14 særlige plejehjem (spørgeskemaundersøgelsen).

²⁶ Reelt er det 11 amtskommuner, men p.g.a. indtastningsproblemer i rådatasættet m.h.t. skema 2B kan Københavns kommune ikke umiddelbart adskilles fra Københavns amtskommune.

Tabel B.5.1. Døgninstitutionernes fordeling på amtskommuner ^a (spørgeskemaundersøgelsen)

Amt	Døgninsti.f. børn og unge	Døgninsti.f. voksne	Særlige plejehjem	Udefineret/ ubesvaret
Frederiksberg kommune	5 5		1 -	
Københavns amt/kommune ^b	31	32	14	8
Frederiksborg amt amt	6	18	2	1
Roskilde Roskilde	7	5	5 -	-
Vestsjælland Vestsjælland		34	2	1
Storstrøm Storstrøm	3	30	2	2
Bornholm Bornholm		3		
Fyn Fyn	-	11		2
Sønderjylland Sønderjylland	4	10		
Ribe Ribe	2	2	2	1
Ringkøbing Ringkøbing	6	16	5	
Århus Århus	10	16		2
Viborg Viborg	1	17	6	1
Nordjylland Nordjylland	2	9		1
Total	77	204	32	19

^a) 3 institutioner er ikke indplaceret. Ud fra totaltallene vides, at det er henholdsvis én institution for børn og unge, ét særligt plejehjem og én udefineret.

^b) Københavns kommune og Københavns amtskommune kan ikke adskilles, jf. tidligere note.

B.5.1 Generelt om kostforplejningen

Meget tyder på, at amtskommunerne i konsekvens af de senere års decentraliseringsproces ikke, eller kun i relativt

begrænset omfang, har fastsat retningslinjer for kostforplejningen i de amtskommunale døgninstitutioner.

Der er således typisk ikke fastsat krav til kostens sammensætning eller kvalitet. Ingen af 10 amtskommuner har vedtaget en kostpolitik for døgninstitutionerne (spørgeskemaundersøgelsen).

Ligeledes tyder gruppeinterviewene på, at det mere er undtagelsen end reglen, hvis en amtskommune har udstukket retningslinjer for kostdagsprisen i den enkelte døgninstitution. Endvidere er det indtrykket, at de økonomiske rammer for bispisningen er tilstrækkelige til at gøre måltiderne til en behagelig oplevelse for brugerne.

Ifølge personalet i døgninstitutionerne indtager maden en central rolle i beboernes hverdag. I mange institutioner, især de mindre institutioner, betragtes måltiderne ikke kun som et middel til at få stillet sulten, men bispisningen får her et aktiverende såvel som pædagogisk formål.

Antal døgninstitutioner og antal døgnpladser

Der er i alt 15.980 af de af statusen omfattede typer døgnpladser i landets 14 amtskommuner samt Københavns- og Frederiksberg kommuner (de to sidstnævnte bliver herefter betragtet som amtskommuner) (Danmarks Statistik, Den sociale ressourcetælling januar 1995, 1996 b).

30% (4842) af disse døgnpladser er fordelt på 226 døgninstitutioner for børn og unge, 46% (7294) på 346 døgninstitutioner for voksne med handicap og 24% (3844) på 100 særlige plejehjem (Danmarks Statistik, Den sociale ressourcetælling januar 1995, 1996 b).

Spørgeskemaundersøgelsen omfatter besvarelser fra 335 døgninstitutioner (skema 2B) i 15 amtskommuner med tilsammen 9297 døgnpladser, hvilket svarer til 58% af de

nævnte typer døgninstitutionspladser²⁷. 10 amtskommuner har svaret på de mere generelle spørgsmål om døgninstitutioner i skema 2A.

Døgninstitutionerne i spørgeskemaundersøgelsen fordeler sig på 3 institutionstyper med 78 institutioner for børn og unge med samlet 1721 døgnpladser (svarende til 22% af 7924 døgnpladser fordelt på institutionstyper), 204 institutioner for voksne med handicap med samlet 4466 døgnpladser (svarende til 56% af 7924 døgnpladser) og 33 institutioner af typen 'særlige plejehjem' med samlet 1737 døgnpladser (svarende til 22% af 7924)²⁸.

Opgjort på de enkelte institutionstyper dækker spørgeskemaundersøgelsen således 35% af samtlige døgnpladser for børn og unge, 61% af samtlige døgnpladser for voksne med handicap og 45% af samtlige døgnpladser på de særlige plejehjem.

De 335 døgninstitutioner i spørgeskemaundersøgelsen fordeler sig størrelsesmæssigt som vist i B.5.2.

Tabel B.5.2. Samtlige 335 døgninstitutioner fordelt efter antal døgnpladser (spørgeskemaundersøgelsen).

Antal døgnpladser	≤ 20	≥ 21 og ≤ 49	≥ 50 og ≤ 74	≥ 75 og ≤ 99	≥ 100 og ≤ 199	≥ 200	Ubesvarede
Antal institutioner (%)	176 (53)	129 (39)	15 (4)	3 (1)	8 (2)	2 (1)	2 (1)

²⁷ 2 af institutionerne har ikke svaret på, hvor mange døgnpladser de har.

²⁸ 20 institutioner (med 1373 døgnpladser) har ikke besvaret spørgsmålet om, hvilken institutionstype de tilhører, heri medregnes de institutioner der har angivet, at de tilhører 2 forskellige institutionstyper.

De fleste døgninstitutioner (92%) har mindre end 50 døgnpladser.

Det formodes²⁹, at en stor del af de 337 resterende institutioner, der ikke er omfattet af spørgeskemaundersøgelsen, er institutioner med mindre end 10-15 døgnpladser.

Antal køkkener i døgninstitutioner

Det er ikke muligt, at sætte et præcist tal på antallet af køkkener i døgninstitutioner ud fra spørgeskemaundersøgelsen. Nedenfor forsøges det dog at give et skøn ud fra besvarelsenerne i spørgeskemaundersøgelsen, som totalt set omfatter knapt 50% af de 672 (Danmarks Statistik, Den sociale ressourcecælling januar 1995, 1996 b) eksisterende døgninstitutioner af de nævnte typer i Danmark.

Det skal bemærkes, at flere af de tidligere store særforsorgsinstitutioner, som er blevet decentraliseret til mindre boenheder - og som i nogle tilfælde opgøres som én i andre tilfælde som flere institutioner - både kan have et centralt produktionskøkken og flere mindre produktions- og/eller serverings- og modtagerkøkkener i boenhederne.

Et produktionskøkken eller centralkøkken, som de kaldes nogle steder, kan være alt fra et lille køkken i boenheden, som laver mad til mellem 10-15 beboere og op til de store centralkøkkener, som måske laver mad til 550 personer.

Antallet af *produktionskøkkener* i døgninstitutioner kan skønsmæssigt fastsættes til ca. 590 ud fra, at 88% af institutionerne i spørgeskemaundersøgelsen har angivet at have produktionskøkkener.

Ser man på fordelingen af køkkentyper alt efter, hvilken døgninstitutionstype der er tale om, ændrer fordelingen af

²⁹ Formodningen bygger på oplysninger i et internt notat fra Amtsrådsforeningen i Danmark om 'Voksne udviklingshæmmedes boligsituation', revideret 14. september 1992.

produktionskøkkener sig. Ca. 95% af døgninstitutionerne for børn og unge og ca. 70% af de særlige plejehjem har produktionskøkkener. Ca. 87% af døgninstitutionerne for voksne med handicap har produktionskøkkener³⁰.

Antallet af *modtagerkøkkener* i døgninstitutioner kan skønsmæssigt fastsættes til ca. 80 ud fra, at 12% af institutionerne i spørgeskemaundersøgelsen har angivet at have modtagerkøkkener.

Ser man på fordelingen af køkkentyper alt efter, hvilken døgninstitutionstype der er tale om, ændrer fordelingen af modtagerkøkkener sig. Ca. 5% af døgninstitutionerne for børn og unge og ca. 30% af de særlige plejehjem angiver at have modtagerkøkkener. Ca. 13% af døgninstitutionerne for voksne med handicap har modtagerkøkkener³¹.

Antallet af *serveringskøkkener* i døgninstitutioner vil bero på et meget usikkert skøn. Tilsyneladende svarer det nogenlunde til antallet af modtagerkøkkener vurderet ud fra det antal, som centralkøkkenerne angiver at levere mad til, men tallet er usikkert (spørgeskemaundersøgelsen).

Antal personer der spiser i døgninstitutioner

Ca. 48% af samtlige døgninstitutioner har oplyst, at de i gennemsnit samlet bespiser 10.840 personer pr. dag. Ved et forsigtigt skøn vil det omregnet sige, at der i samtlige døgninstitutioner i Danmark gennemsnitlig bespises ca. 15.000 personer pr. dag³².

Spørgeskemaundersøgelsen viser en lille forskel i, hvor mange der forholdsmæssigt deltager i de forskellige måltider, og

³⁰ Tallene er behæftet med stor usikkerhed for døgninstitutioner for voksne og de særlige plejehjem, da ca. en tredjedel af disse institutioner ikke har besvaret spørgsmålet.

³¹ Samme som noten ovenfor.

³² Det er her forudsat, at de resterende 349 institutioner i gennemsnit bespiser ca. 12 personer pr. dag, dvs. ca. 4190 personer ialt.

at dette også varierer afhængig af institutionstype. Ud af den gruppe, der deltager i ét eller flere måltider, deltager den største andel (35-38%) i det varme måltid og færrest deltager i det kolde måltid (27-31%). Specielt i institutioner for børn og unge er der ca. 10% færre, der deltager i det kolde måltid end i de andre måltider. Forklaringen herpå kan være, at børn og unge er i andre institutioner (f.eks. i skoler) om dagen.

B.5.2 Besisningens organisering

Beboernes forskelligartede problemer og handicap har væsentlig betydning for måden at organisere besisningen i døgninstitutionerne på. Som det blev udtrykt ved gruppeinterviewene er det afgørende, om beboerne er "medværende, medvirkende eller selvstændigt udførende". Decentralisering af institutionerne til mindre boenheder, hvor det har været muligt, er sket ud fra ønsket om at fjerne institutionspræget mest muligt. Det skal bemærkes, at institutioner for børn og unge og for voksne handicappede med under henholdsvis 15 og 10 døgnpladser ikke er med i undersøgelsen.

Såvel gruppeinterviewene som spørgeskemaundersøgelsen viser, at besisningens organisering på døgninstitutionsområdet er 'blandet' i den forstand, at nogle institutioner får maden bragt fra et eksternt centralkøkken, eller maden fremstilles i et centralkøkken i institutionen og fordeles til boenhederne eller indtages i en fælles spisestue. I andre institutioner ligger ansvaret for madlavningen hos det pædagogiske personale, som - eventuelt sammen med beboere - selv laver mad. Ofte er der endog tale om kombinationer, hvor nogle institutioner får leveret det varme måltid, men selv tilbereder de øvrige måltider og/eller tilhører til det varme måltid. Også inden for den samme institution kan der være nogle afdelinger, der får maden tilberedt udefra, mens pædagogerne - eventuelt sammen med beboere - selv tilbereder maden på andre afdelinger. Den enkelte afdeling kan også modtage diæter og/eller sondekost udefra (eks. centralkøkken) til enkelte beboere, mens den øvrige mad tilberedes af pædagoger og beboere.

Forudsat at beboerne er i stand til det, involveres de ofte i indkøb og madlavning, hvilket bl.a. bekræftes af, at 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), mens tallet i døgninstitutioner for børn er lidt lavere. Her oplyser 54% af institutionerne, at beboerne deltager i madlavningen.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at lidt over halvdelen af institutionerne har 20 døgnpladser eller mindre og ca. 39% har mellem 21 og 49 døgnpladser. 4% har mellem 50 og 74 døgnpladser. De resterende institutioner har flere end 75 døgnpladser.

Billedet forskydes lidt afhængig af institutionstype. Ca. 54% af døgninstitutionerne for børn og unge har 20 døgnpladser eller mindre og 45% har mellem 21 og 49 døgnpladser. 61% af døgninstitutionerne for voksne har 20 døgnpladser eller mindre, og 34% har mellem 21 og 49 døgnpladser. De resterende har over 50 døgnpladser.

De særlige plejehjem har flest institutioner, nemlig 61%, med mellem 21 og 49 døgnpladser og 15% med mellem 100 og 199 døgnpladser. 12% har mellem 50 og 74 døgnpladser. De resterende har enten 20 døgnpladser og derunder eller mellem 75 og 99 døgnpladser.

Decentraliseringen har også betydning for måden bespisningen organiseres på. Reglerne om pensionsudbetalinger gælder også beboere i døgninstitutioner. Dvs. at beboerne selv kan bestemme, om de ønsker at købe maden i institutionen eller andet steds. Det er dog endnu for tidligt at sige noget om, hvorvidt det vil få betydning for bespisningstilbudene i døgninstitutionerne.

Knapt 20% af institutionerne angiver, at de får maden leveret fra et sted uden for institutionen, heraf får 9% maden fra andre centralkøkkener i amtskommunen, 7% får maden

fra andet sted³³ og 3% får mad fra privat catering, kro/restaurant/cafeteria.

B.5.3 Næringskvalitet- og ernæringsstatus

Erfaringerne fra gruppeinterviewene tyder på, at der ikke foretages egentlige vurderinger af beboernes ernæringsmæssige status i døgninstitutioner, men den generelle tendens synes at være, at beboerne snarere er overernærede end underernærede. Visse grupper vil dog formodentlig kunne være i risiko for underernæring.

Interviewpersonerne mente dog typisk ikke, at tendensen til overernæring (eller fejlnæring) alene forårsages af kosten, men at også andre forhold, f.eks. et for lavt aktivitetsniveau eller for lidt motion, ofte er en medvirkende faktor.

Det må overvejes, om det offentlige ikke netop på døgninstitutionsområdet har et særligt ansvar for beboernes ernæringsstatus, dels fordi en stor del af beboerne opholder sig i institution hele deres levetid og dels fordi nogle af beboerne p.g.a. deres problemer eller handicap ikke selv er i stand til at vælge/sammensætte en mere ernæringsrigtig kost.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 61% af døgninstitutionerne ikke næringsberegner deres menuplan. 59% af institutionerne benytter dog næringsbereggede opskrifter, selv om de fleste af disse institutioner kun benytter de næringsbereggede opskrifter af og til.

Personalets begrænsede ernæringsfaglige baggrund kan være en forklaring herpå (se bilag B.5.6). En anden forklaring - som blev nævnt under gruppeinterviewene - kan være, at personalet finder aktiviteterne omkring madlavningen vigtigere end madens ernæringsmæssige sammensætning.

¹³ Det har ikke været muligt at angive, hvad 'andet' dækker over.

De steder, hvor der er ansat ernæringsfagligt personale, blev der ved gruppeinterviewene generelt givet udtryk for, at man i forbindelse med menuplanlægning, indkøb og tilberedning forsøger at overholde de ernæringsmæssige retningslinjer (både for fuldkosten og diæterne). I praksis betyder dette, at man typisk benytter sig af 'tommelfingerregler', dvs. nogle dage med kød, andre med fiskeretter osv. Andre forsøger af og til at 'skjule' noget af det sunde i maden.

Der kompenseres tilsyneladende ikke for personalets begrænsede ernæringsfaglige viden. I alt 83% af institutionerne har svaret, at de ikke benytter ernæringsfagligt uddannet personale andet steds i amtskommunen til at rådgive om kosten (spørgeskemaundersøgelsen). Umiddelbart er der ikke eksempler på, at institutioner benytter private ernæringsfaglige konsulenter.

Netop på døgninstitutionsområdet kan der være behov for individuelle vurderinger af beboernes ernæringsstatus med henblik på stillingtagen til eventuelt at supplere den normale fuldkost med diæt (for eksempel diabetesdiæter, energireduceret diæt, sondeernæring osv.). Eller omvendt, det kunne være relevant at reducere antallet af diæter.

Kosttyper

Døgninstitutionsområdets mange forskellige institutionstyper, hvor beboerne har mange forskellige typer af problemer eller handicap, indebærer, at der naturligt også vil være meget store forskelle på hvilke kosttyper, der er behov for i de enkelte institutioner. Som på plejehjemmene serveres der i døgninstitutionerne fuldkost, findelt/hakket kost og diverse diæter, herunder diabetesdiæt samt sondekost til de dårligste beboere.

Ifølge spørgeskemaundersøgelsen er der ingen (kliniske) diætister ansat i døgninstitutionskøkkener. Ved gruppeinterviewene blev det tilkendegivet, at der i enkelte amtskommuner er mulighed for at trække på diætistrådgivning fra andre institutioner i amtskommunerne, eksempelvis fra hospitalerne. Det er dog kun få steder denne mulighed benyttes jf. ovenfor.

De nye anbefalinger for institutionskost (Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 233,1995) kan være en støtte til valg af kosttyper.

Madens næringsmæssige kvalitet

Det er vigtigt, at madens ernæringsmæssige kvalitet tilpasses den enkelte beboers behov.

Det er indtrykket fra gruppeinterviewene, at den normale fuldkost, der serveres i døgninstitutionerne som helhed, formentlig har en for høj fedtprocent vurderet i forhold til de officielle anbefalinger for energifordelingen. Fra døgninstitutionernes ernæringsfaglige personale peges der på flere årsager hertil. Forklaringerne varierer fra, at man har valgt at lave den mad, som beboerne ønsker at spise, til at det øvrige ikke ernæringsfaglige personale udgør en barriere for at lave en ernæringsmæssigt korrekt sammensat kost (gruppeinterviews).

Spisning af maden

Som et fællestræk fra de gennemførte gruppeinterviews på døgninstitutionsområdet bør det fremhæves, at der er delte meninger om, hvem der i realiteten har ansvaret for beboernes ernæringstilstand. Generelt mener de fleste, 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 i selve spisesituationen.

Nogle interviewpersoner blandt det pædagogiske personale har således fremført det synspunkt, at kosten er beboernes eget ansvar, og at man følgelig ikke vil tvinge beboerne til at spise sundt.

Andre blandt det pædagogiske personale ser sikringen af en god ernæringsmæssig status som deres ansvar, og mener således, at man i det daglige bør gå relativt langt for at sikre, at beboerne spiser sundt. På linje hermed fremhæver en forvaltningsrepræsentant, at man på døgninstitutionsområdet har et særligt ansvar, fordi en stor del af beboerne opholder sig i institution hele deres levetid.

B.5.4 Servering og spisemiljø

Udportionering

Den mest anvendte form for udportionering af det varme måltid i institutioner med central- eller modtagerkøkkener er *decentralt på afdeling*. Denne udportioneringsform bliver anvendt i 49% af institutionerne enten som eneste udportioneringsform eller sammen med andre former for udportionering³⁴.

Udportionering *centralt i køkken* benyttes i 36% af institutionerne. *Anretning på buffet/ta' selv på afdeling* og *'andet'* anvendes næsten lige hyppigt, henholdsvis i 21% og 23% af institutionerne. Betegnelsen *'andet'* dækker hovedsagelig, at maden serveres, som i en almindelig familie i fade og skåle på bordet.

På institutionstypeniveau afviger billedet specielt for døgninstitutioner for børn og unge. 54% af institutionerne anvender udportioneringsformen *centralt i køkken* og 38% udportionerer *decentralt på afdeling*. Den høje andel af central udportionering kan have en sammenhæng med, at døgninstitutioner for børn og unge også har den største andel af institutioner med centralkøkken i forhold til modtagerkøkken, nemlig 95%.

På de særlige plejehjem er udportioneringsformerne *decentralt på afdeling* og *anretning på buffet /ta' selv på afdeling* lige udbredte med 52% hver. 70% af de særlige plejehjem har centralkøkkener og 30% har modtagerkøkkener.

52% af døgninstitutionerne for voksne udportionerer *decentralt på afdeling* og 32% udportionerer *centralt i køkken*. Disse tal kan sammenholdes med, at 87% af døgninstitutioner

Bemærk, at 36% af institutionerne ikke har besvaret spørgsmålet, formentlig fordi de finder det irrelevant, da udportioneringen og dermed også serveringen foregår som i et almindeligt hjem.

nerne for voksne har centralkøkken og 13% har modtagerkøkken.

På døgninstitutionsområdet afhænger udportioneringsformen i ligeså høj grad af beboernes alder og funktionsevne som af køkkentypen.

De meget forskellige institutionstyper på døgninstitutionsområdet gør, at man på den enkelte institution har meget forskellige muligheder for at skabe nogle gode fysiske rammer for spisemiljøet. De små boenheder giver generelt gode muligheder for at skabe et godt spisemiljø. På baggrund af det foreliggende materiale er der ikke noget entydigt billede af, hvor mange steder bospisningen stadig foregår i større enheder, men det formodes kun at være tilfældet relativt få steder.

Også variationen i beboernes handicap m.v. gør, at selve spisesituationen kan tage sig meget forskelligt ud på døgninstitutionsområdet. Som eksempler på forskellige spisesituationer kan nævnes:

- Beboere, der makes, kan være over en time om at spise.
- Beboere, der skal have sondemad, sidder til bords sammen med de øvrige beboere, men får først selv mad, efter at de andre har spist.
- Visse steder har det været nødvendigt at indkøbe billigt inventar (service, møbler osv.), der samtidig kan tåle hårdhændet brug, da nogle beboere kan være voldsomme.

Det er generelt indtrykket fra gruppeinterviewene, at personalet er meget opmærksomme på, hvor vigtigt det er at skabe et godt og hyggeligt spisemiljø som 'derhjemme', hvor dette kan lade sig gøre. Samtidig nævnes, at det synes at have en god pædagogisk effekt, at personalet spiser sammen med beboerne, da de derved kan motivere beboerne til at spise. Det er ligeledes indtrykket, at der gøres meget ud af at

anrette maden på fæde de steder, hvor beboerne selv står for udportioneringen.

B.5.5 Valgmuligheder og spisekvalitet

Valgmuligheder for beboerne

Generelt er der ikke mulighed for at vælge mellem flere retter til det varme måltid. Kun 11% af institutionerne oplyser, at der er valgmulighed. Til gengæld angiver 53% af institutionerne, at beboerne kan vælge at spise andre steder end i institutionen. Det vides dog ikke, i hvilken udstrækning beboerne rent faktisk spiser uden for institutionen og dermed udnytter valgmuligheden.

Valgmuligheden er afhængig af institutionstype. Det er især på de særlige plejehjem (36%), der er mulighed for at vælge mellem flere retter til det varme måltid. På de 2 andre institutionstyper eksisterer valgmuligheder stort set ikke (henholdsvis 7-8% af institutionerne). Beboernes mulighed for at spise andre steder end i døgninstitutionen er størst i institutioner for voksne med handicap og på de særlige plejehjem, henholdsvis 67 og 70% af institutionerne.

Et tilbud om valgmulighed skal ses i sammenhæng med dels beboernes evner til at forholde sig til en valgmulighed og dels om en valgmulighed vil være praktisk gennemførlig (spisning andre steder end i institutionen forudsætter formentlig i mange tilfælde 'personaleledsagelse').

Brugertilfredshed

Gruppeinterviews

Vurderet ud fra køkkenpersonalets og det pædagogiske personales udsagn er det hovedindtrykket fra gruppeinterviewene, at de involverede som helhed er tilfredse med spisekvaliteten i døgninstitutionerne. De interviewede gav ligeledes generelt udtryk for, at døgninstitutionsbeboerne som hovedregel er tilfredse med maden i institutionerne.

Medvirkende faktorer til beboernes tilfredshed er formentlig dels de relativt små grupper, hvori bespisningen foregår, dels

at områdets beboere ofte deltager i valg af menu og selve tilberedningen af maden.

Enkelte interviewpersoner gav dog udtryk for, at de til tider oplever beboernes deltagelse i madlavningen som en barriere i forhold til ønsket om både høj spisekvalitet og ernæringsrigtig mad. Det kunne f.eks. være, hvis maden ikke koges eller steges tilstrækkeligt. Beboernes manglende lyst til at prøve nyt og/eller at foretrække specielle retter kan efter interviewpersonernes vurdering ind imellem også gøre det svært at sikre en varieret og ernæringsrigtig madproduktion.

Også i de tilfælde, hvor institutionerne modtager mad fra et centralkøkken, er det indtrykket, at der generelt er tilfredshed med maden blandt pædagoger og beboere.

Metoder til indhentning af oplysninger om madens spisekvalitet

Spørgeskemaundersøgelsen

Ifølge spørgeskemaundersøgelsen benytter de fleste institutioner sig af flere forskellige metoder samtidig til undersøgelse af spisekvaliteten. Det er mest almindeligt, at *centralkøkkenet vurderer menuen i forhold til reference* (eksempelvis næringsstofanbefalinger, opskrift eller kvalitetsstandard) suppleret med andre metoder, hyppigst *kostudvalg*. 5% af institutionerne har angivet dette. Den hyppigst anvendte metode, når der kun anvendes én metode til vurdering af spisekvaliteten, er '*andet*'. 14% af institutionerne har angivet dette.

Kategorien '*andet*' dækker hovedsagelig over, at spisekvaliteten vurderes dagligt/løbende ved snak med beboerne og personalet eksempelvis i forbindelse med kostplanlægningen, hvor beboerne deltager. Enkelte har svaret, at ledelsen og/eller personalet vurderer spisekvaliteten. 2 institutioner oplyser, at levnedsmiddelkontrollenheden vurderer spisekvaliteten.

Sammenlagt er "*centralkøkkenet vurderer menuen i forhold til reference*" den mest anvendte metode til vurdering af spisekvaliteten i døgninstitutioner enten alene eller i kombination med andre metoder. 33% af 335 institutioner angiver dette.

De anvendte metoder til undersøgelse af spisekvaliteten varierer efter institutionstype. I døgninstitutioner for børn og unge er "*centralkøkkenet vurderer menuen i forhold til reference*" sammenlagt den mest anvendte metode til vurdering af spisekvaliteten enten alene eller i kombination med andre metoder. 42% af 78 institutioner for børn og unge angiver dette.

Sammenlagt er *kostudvalg* den metode, der anvendes hyppigst i døgninstitutioner for voksne med handicap enten alene eller i kombination med andre. 29% af 204 institutioner for voksne har svaret dette.

I alt indgår metoden *kontaktperson i afdelingen* i vurdering af spisekvaliteten enten alene eller kombineret med andre metoder som den hyppigst anvendte på 48% af 33 særlige plejehjem.

En af årsagerne til at spørgeskemaundersøgelser ikke er en særlig udbredt metode til brugerundersøgelse på døgninstitutionsområdet er formentlig, at man på mange institutioner har involveret beboerne direkte i tilberedningen af maden, og at personalet er tæt på beboerne i selve spisesituationen. Derfor har man ofte ikke behov for spørgeskemabaserede undersøgelser. Endvidere blev det under gruppeinterviewene oplyst, at en del af beboerne, som følge af deres handicap, ikke vil være i stand til at udfylde et spørgeskema.

Som særligt anvendte - mere eller mindre formaliserede - metoder til at indsamling af ønsker og tilbagemeldinger om bespisningen i de døgninstitutioner, hvor maden fremstilles i et centralkøkken, kan nævnes:

- Løbende dialog mellem køkkenet og boenhederne i institutionerne. Denne dialog lettes ofte af, at der mange gan-

ge er tale om relativt små enheder på området, hvilket gør, at "alle kender hinanden".

- Anvendelse af kontaktpersoner. Enkelte steder besøger kontaktpersonerne fra det eksterne centralkøkken fast hver uge institutionerne og holder møder med pædagoger og beboere omkring maden.
- Kontakt til pårørende. Dette gælder navnlig børneinstitutioner, hvor køkkenet indhenter oplysningerne om børnenes kostvaner i hjemmet, når de pårørende er på besøg eller ved de årlige behandlingsmøder. Flere interviewpersoner ser dette som en vigtig kilde til information, fordi forældrene ofte har et indgående kendskab til børnenes ønsker.

Under gruppeinterviewene blev det oplyst, at der har været tilfælde, hvor værgerne eller de pårørende går ind og stiller krav til maden på beboernes vegne. Generelt er det dog indtrykket, at de pårørende kun forholdsvis sjældent blander sig i kostforplejningen i døgninstitutionerne.

B.5.6 Køkkenstruktur

Antal medarbejdere i køkkener i døgninstitutioner

Det er for usikkert på baggrund af de foreliggende oplysninger, at anslå antallet af medarbejdere i køkkenerne i samtlige døgninstitutioner i Danmark. Dette afsnit vedrører derfor udelukkende de 335 døgninstitutioner, der har besvaret spørgeskemaundersøgelsen.

Der er totalt 599 fuldtidsansatte (excl. elever) i køkkenerne i de 272 døgninstitutioner, der har besvaret spørgsmålet. Det skal hertil bemærkes, at 75 institutioner har oplyst, at de ikke har nogen ansat specielt i køkkenet. Gennemsnitligt giver det 3 fuldtidsansatte fordelt på hvert af de resterende køkkener.

Institutioner uden ansatte i køkkenet fordeler sig med 13% døgninstitutioner for børn og unge, 38% døgninstitutioner for

voksne og 15% af de særlige plejehjem. Tabel B.5.3 viser døgninstitutionerne fordelt efter antal fuldtidsstillinger i køkkenerne.

Tabel B.5.3. Døgninstitutionstyperne fordelt efter antal fuldtidsstillinger i institutionskøkkenerne (spørgeskemaundersøgelsen).

Antal fuldtidsstillinger	Døgninstitution for børn og unge	Døgninstitution for voksne	Særlige plejehjem
0	9	62	4
1-5	60	90	13
6-10	0	6	6
11-20	0	5	3
>21	0	1	0

Det mest almindelige er 1 eller 2 fuldtidsstillinger i køkkenet.

På døgninstitutionsområdet er det relevant, at se på køkkenpersonalets uddannelsesmæssige baggrund indenfor de enkelte institutionstyper. Det skal bemærkes, at en tredjedel af institutionerne (130) ikke har besvaret spørgsmålet. Formentlig fordi man har fundet det irrelevant i de institutioner, hvor der ikke er ansat egentligt køkkenpersonale.

Tabel B.5.4. Antal af medarbejdere i døgninstitutionskøkkenerne fordelt efter uddannelse og institutionstype (spørgeskemaundersøgelsen).

Faglig uddannelse	Døgninst. f. børn og unge		Døgninst. f. voksne		Særlige plejehjem	
	An-tal	(% af i alt)	An-tal	(% af i alt)	An-tal	(% af i alt)
Økonoma	8	(8)	34	(7)	27	(15)
Køkkenleder	36	(34)	37	(8)	5	(3)
Køkkenassistent	11	(10)	42	(9)	25	(14)
Kok	3	(3)	3	(1)	0	
Smørrebrødsjomfru	2	(2)	4	(1)	0	
Ufaglært	30	(28)	195	(42)	87	(49)
Bager	0		0		0	
Slagter	0		0		2	(1)
Diætist ^a	0		0		0	
Ernæring & husholdningsøkonom	11	(10)	9	(2)	0	
Kantineleder	0		0		0	
'Andet' ^b	5	(5)	154	(32)	32	(18)
I alt	106		478		178	

^a Betegnes nu klinisk diætist.

^b Gruppen 'andet' dækker hovedsagelig over pædagoger, ufaglærte, husassistenter og husholdningslærere.

Som det ses af tabel B.5.4 har døgninstitutioner for børn og unge en væsentlig højere andel af faglært personale³⁵ i køkkenerne end de andre institutioner. Der er specielt en større andel køkkenledere og ernærings- og husholdningsøkonomer. Døgninstitutioner for børn og unge har den største andel institutioner med centralkøkken og den største andel af in-

³⁵ Til faglært personale henregnes her: Økonoma, køkkenleder, køkkenassistent, kok, smørrebrødsjomfru, diætist samt ernærings- og husholdningsøkonom.

stitutioner, der bespiser mellem 21-49 personer (65% af døgninstitutionerne for børn og unge). Dette giver alt andet lige et bedre økonomisk grundlag for at ansætte faglært personale.

Inden for de to andre døgninstitutionstyper er mellem 40-50% af personalet i køkkenerne ufaglært. Bespisningen på særlige plejehjem sker med et personale, der for 49%’s vedkommende er ufaglært. De særlige plejehjem har den største andel af institutioner, der henholdsvis bespiser 50-74, 75-99, 100-199 og over 200 personer i gennemsnit pr. dag. Tilsammen er det 36% af de særlige plejehjem.

Det gennemsnitlige antal fuldtidsansatte pr. køkken fordelt på de forskellige døgninstitutionstyper er: 1,5 i døgninstitutioner for børn og unge, 3,19 i døgninstitutioner for voksne og 5,6 på de særlige plejehjem.

Kostplanlægning

90% af institutionerne laver menuplaner, det mest almindelige er, at menuplanen *planlægges for en periode ad gangen* (65% af institutionerne) (spørgeskemaundersøgelsen).

Det fremgår af gruppeinterviewene, at menuplanlægningen flere steder sker sammen med beboerne, og at man i forbindelse med planlægning af menuen og den daglige kontakt med beboerne i spisesituationen også får kommentarer til madens spisekvalitet.

Det blev også nævnt, at der på de institutioner, hvor man ikke har en fast medarbejder, som har ansvaret for planlægning og indkøb af maden, ofte forekommer et stort spild af råvarer.

Produktionssystem

Specielt for de mindre boenheder kan det være lidt misvisende at spørge til, hvilket produktionssystem der benyttes, fordi maden tilberedes i boenheden umiddelbart før den spises ganske som i de fleste danske hjem. Dette kan være forklaringen på at 43% (146) af institutionerne ikke har svaret på spørgsmålet.

Det mest anvendte produktionssystem til det varme måltid i centralkøkkenet i døgninstitutioner under ét er kategorien *varmholdt*. 50% (94) af institutionerne benytter denne teknik.

Den næsthøypigst anvendte produktionssystem angives som *andet*. Denne kategori kan være angivet af mange døgninstitutioner med mindre boenheder jf. ovenfor. 43% (81) af institutioner har angivet denne svarmulighed.

Ser man på de enkelte institutionstyper, får man et mere varieret billede. Det mest anvendte system til produktion af det varme måltid i centralkøkkenet opgjort på døgninstitutionstyper fremgår af tabel B.5.5.

Tabel B.5.5. Teknik til produktion af det varme måltid i centralkøkkenet Opgjort på døgninstitutionstyper (spørgeskemaundersøgelsen)³.

Anvendt teknik	Døgninst. f. børn og unge		Døgninst. f. voksne		Særlige plejehjem	
	Antal inst.	(% af 78)	Antal inst.	(% af 204)	Antal inst.	(% af 33)
Varmholdt	23	(29)	46	(19)	19	(57)
Kølet	12	(15)	18	(9)	18	(54)
Frost	7	(9)	9	(4)	1	(3)
MAP	0	(0)	1	(0)	0	(0)
Sous vide	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Andet	28	(36)	49	(24)	2	(6)
Ubesvarede	24	(31)	102	(50)	9	(27)

^{a)} Tallene omfatter både de tilfælde, hvor en teknik anvendes alene og hvis en teknik anvendes i kombination med en eller flere andre teknikker.

Bemærk at halvdelen af institutionerne for voksne ikke har besvaret spørgsmålet.

Den mest anvendte teknik til fremstilling af det varme måltid i centralkøkkenet i institutioner for både børn og unge og voksne er kategorien '*andet*'. Denne mulighed er angivet for henholdsvis 36% (28) af institutionerne for børn og unge og 24% (49) af institutionerne for voksne. På de særlige plejehjem er de mest anvendte teknikker *varmholdt* i 57% (19) af institutionerne og *kølet* i 54% (18) af institutionerne. Anvendelse af flere teknikker i kombination forekommer kun i få tilfælde i døgninstitutioner.

De ca. 20% af døgninstitutionerne, der får maden leveret udefra, angiver, at af deres eksterne leverandører benytter henholdsvis 41% *varmholdt*, 31% benytter '*andet*' og 24% benytter sig af *kølet* som teknik til produktion af det varme måltid.

B.6 STATUS FOR OFFENTLIG KOSTFORPLEJNING I FORSVARET

Der er ikke foretaget specifikke undersøgelser af den offentlige kostforplejning inden for forsvaret i forbindelse med udvalgsarbejdet. Denne status bygger alene på oplysninger modtaget via Forsvarets Sundhedstjeneste og Forsvarskommandoen.

B.6.1 Generelt om kostforplejningen

Forsvarets etableringer omfatter mange forskellige typer institutioner fra administrative centre og uddannelsesinstitutioner til kaserner, lejre, flyve- og flådestationer beliggende spredt udover hele landet. Beredskabskorpsen er ikke medtaget i denne status, men er fordelt på 6 beredskabscentre.

Kostforplejningen inden for forsvaret kan foregå på 3 principielt forskellige måder;

cafeterier ved forsvarets etableringer,

i søværnets skibe og

feltrationer under øvelse.

Forsvaret er forpligtet til at opretholde cafeteria drift i forhold til følgende personalekategorier:

Værnepligtige og konstabelelever.

Personel, der lejer logi på forswarets etablissemeter.

Personel, der forretter døgntjeneste i forbindelse med vagt- og beredskabs tjeneste.

Personel, der deltager i uddannelses- og øvelsesvirksomhed på skoler m.v.

Personel, der anvender forswarets indkvarteringsfaciliteter m.v. i forbindelse med forflyttelse, tjenesterejser m.v.

Personel, der berøres af beredskabsforøgelses, mobilisering m.v.

Cafeteria drift på tjenestesteder i forswaret, hvor disse personalegrupper ikke findes, vil i fremtiden kun blive opretholdt i den udstrækning, at driften kan gøres udgiftsneutral (dog med arbejdsgiverforpligtigelsen indregnet i driften).

I 1996 var der ca. 46 hovedcafeterier og et tilsvarende antal filialudsalgs steder (fremskudte salgssteder). Kundeunderlaget for *Forsvarets Cafeterier* er ca. 30.000 personer. Hovedparten heraf er militære, men en (stigende) del er civile. *Søværnet* har ca. 50 skibe af vidt forskellig størrelse med en samlet fredstidsbesætning på ca. 1500 personer. Tallet for personer på *feltration* varierer afhængig af øvelsesfrekvens og antal personer omfattet af øvelserne, men et gennemsnitstal på årsbasis anslås til 375.000 kostdage.

Det producerede antal måltider i Forsvarets Cafeterier anslås til 4.7 mio. årligt. Det samlede råvareforbrug i Forsvarets Cafeterier udgjorde i 1995 ca. 65 mio. kr. med en samlet nettoomsætning på ca. 164 mio. kr. Lønomsætningerne udgjorde ca. 120 mio. kr. og det samlede underskud

var på ca. 45 mio. kr. eller ca. 27% af nettoomsætningen. Dette underskud har gennem de sidste år været jævnt faldende, og det er målet, at det skal bringes ned på højst 20% af nettoomsætningen, et niveau, som findes at udgøre et passende arbejdsgivertilskud til driften af Forsvarets Cafeterier. Dette mål skal blandt andet nås ved lukning af urentable salgssteder, hvor der ikke er værnepligtigt personel, ved gradvis afskaffelse af tjenestemænd for bedre at kunne disponere over personalet samt ved udlicitering af et antal cafeterier.

Hele forsvaret er omfattet af tvungne fælles indkøbsaftaler, som varetages af Hærens Materielkommando³⁶. Der indgås rammeaftaler, bl.a. omfattende kød, pålæg, konserver, bageoff-produkter, frosset fjerkræ, kioskvarer, servietter, duge m.v. Der er ikke rammeaftaler på eksempelvis frugt, grønt og fisk.

B.6.2 Besisningens organisering

Forsvarets Cafeterier

De tidligere nævnte ca. 46 hovedcafeterier står for den væsentligste produktion af mad. Et hovedcafeteria kan levere mad til et eller (for nogle få stykkers vedkommende) flere filialudsalgssteder. Filialudsalgsstederne producerer almindeligvis ikke mad, bortset fra småting som eksempelvis franskbrødsdatter og spejlæg.

Søværnets skibe

I søværnets skibe er der ikke cafeteriadrift, men kostforplejning i gammeldags forstand, dvs. at der til aften bliver lavet én menu i kabyssen, som serveres umiddelbart ved *udportionering på stedet*. Frokost og morgenmad serveres oftest som *buffet / ta'selv*.

^{no} Hærens Materielkommando indgår aftaler for hele det statslige område i kraft af, at de er den største enkeltmodtager.

Feltrationer under øvelse

I visse øvelsessituationer får soldaterne den sædvanlige standardkostportion leveret som transportkost dvs. *varmholdt*, fra Forsvarets Cafeterier. Det normale er imidlertid, at der under øvelse udelukkende anvendes feltrationer. Feltrationer er sammensat til at kunne holde sig i lang tid uden specielle krav til opbevaringsforhold.

B.6.3 Næringskvalitet og ernæringsstatus

Forsvarets Cafeterier

Der findes en 'Kogebog for Forsvarets Cafeterier', der er udarbejdet i samarbejde med Levnedsmiddelstyrelsen, hvor alle retter er næringsberegnete. Samtlige opskrifter for denne kogebog er nu indlagt i MicroCAMP (Computer Aided Menu Planning), som dog ikke er til rådighed for de enkelte cafeterier.

I modsætning til tidligere³⁷ fastlægger det enkelte cafeteria selv sine menuplaner. Det er indtrykket, at der sjældent tages hensyn til næringsberegning af opskrifter og menuplaner.

Cafeterierne skal tilbyde 'standardkostportionen', hvis der er værnepligtige, der ønsker det³⁸. Standardkostportionen kaldes også den ernæringsrigtige kost, forudsat

⁵⁷ Indtil 1992 eksisterede Cafeteriernes Centralledelse under Forsvarskommandoen. Centralledelsen udsendte for en måned ad gangen et forslag til menuplan baseret på MicroCAMP til samtlige cafeterier. Alle cafeterier, der fulgte planen, havde således sikkerhed for, at standardkostportionerne var i overensstemmelse med de ernæringsmæssige krav. Efter nedlæggelsen af Centralledelsen er der ikke længere mulighed for, at cafeteriaerne kan trække på MicroCAMP.

⁸ Hver gang der starter et nyt hold værnepligtige på et tjenestested, tager de stilling til, om der skal være et tilbud om standardkostportion. De fleste steder ønskes tilbud om standardkostportionen, da den er billigere end a-la-carte retterne og består af mere traditionel mad, men standardkostportionen vælges sjældent.

den er fremstillet ud fra opskrifter fra 'Kogebog for Forsvarets Cafeterier' og følger de fastlagte portions størrelser.

Prisen for standardkostportionen er 83,75 kr. (okt. 1996). Prisen fastsættes løbende af Finansministeriet og svarer til et skattefrit beløb, der indgår som supplement til de værnepligtiges løn i de første 4 måneder.

Standardkostportionen omfatter

morgenkomplet bestående af 2 skiver franskbrød, 1 skive rugbrød, 20 g smør, 2 x 20 g marmelade, 1 skive ost, 1 portion ymer eller yoghurt eller 1/4 1 mælk, corn flakes eller gryn, 2 cl appelsinjuice og 1 kop kaffe eller te,

frokost bestående af 4 stk. smørrebrød (rugbrød), 1 portion lun frokostret, 1/4 1 mælk, og

aftensmad bestående af hovedret, for- eller efterret, 1 glas orangeade.

Det er de færreste kunder, der køber standardkostportionen, bl.a. fordi hovedparten af cafeterierne i dag har et varieret udbud af a-la-carte retter. Dog er der mange, der køber morgenkompletten, der sælges for en meget fordelagtig pris af 14,00 kr. (okt. 1996).

Der er ikke nogen samlet viden om og ingen mulighed for centralt (f.eks. i Forsvarets Sundhedstjeneste) at kontrollere den ernæringsmæssige sammensætning af den mad, der tilbydes og spises i Forsvarets Cafeterier, men der er generelt så bred en vifte af tilbud, at de ernæringsbevidste vil være i stand til at købe en sund kost til rimelige priser.

Forsvaret foretager ikke undersøgelser af de værnepligtiges ernæringsstatus, men der foretages en generel helbreds vurdering i forbindelse med sessionen. Under aftjening af værnepligten har de værnepligtige mulighed for selv at søge læge på kasernen, også for eventuel rådgivning om sundere kostvaner.

For Forsvarets civile og militære personel har der i 1995 været gennemført et pilotprojekt 'sund kaserne' ved Forsvarets Sanitetsskole på Jægersborg Kaserne. Formålet med projektet var at påvise, at frivillige ændringer i livsstil kan forbedre den enkeltes livskvalitet.

Projektet gennemførtes af 88 ud af 108 personer (58 mænd og 30 kvinder) over 6 måneder.

Ud fra helbredstilstand og den fysiske test blev der i forbindelse med interviews udarbejdet individuelle handleplaner om helbred, motion, kost, rygning og alkohol. Igennem projektperioden var der tilbud om deltagelse i diverse caféaftener og arrangementer med eksterne foredragsholdere med emner indenfor nævnte livsstilsområder.

I forbindelse med helbredsundersøgelserne blev 26 deltagere anbefalet at søge læge, hyppigst på grund af et ikke erkendt for højt blodtryk.

Ved projektets afslutning kunne det konstateres, at 48% af deltagerne havde øget mængden af motion, samt at 45% havde foretaget ændringer henimod en sundere kost. 38% havde en subjektiv fornemmelse af bedre velvære. Der var en gennemsnitlig vægtreduktion på ca. 3 kg, konditallet var gennemsnitligt øget med 5 ml/kg, og kroppens fedtprocent var reduceret med gennemsnitligt 1,3%. Kolesterol tallet var gennemsnitligt nedsat med 0,34 mmol/l.

Næsten 80% af deltagerne var særdeles tilfredse med projektet, og 92% ønskede det fortsat.

Gennemførelsen af et sådant projekt kræver rådighed over en læge og en idrætsskole. Projektet koster både tid og penge. Det er Forsvarets Sanitets skoles vurdering, at disse ressourcer er en god investering, og det anbefales, at projektet introduceres overalt i Forsvaret, naturligvis tilpasset det enkelte tjenestesteds ønsker og ressourcer.

Større og mindre civile virksomheder/institutioner vil med vejledning fra Forsvarets Sanitetsskole og hjælp udefra givetvis med fordel kunne introducere lignende projekter.

Søværnets skibe

'Kogebog for Søværnets skibe' følger de samme retningslinier, som 'Kogebog for Forsvarets Cafeterier'. Udover de 3 hovedmåltider tilbydes i søværnet 2 mellemmåltider dagligt. Også her kan MicroCAMP benyttes. Portionerne til hovedmåltiderne er mindre end i cafeterierne (p.g.a. mellemmåltiderne), men principperne er de samme.

Under sejlads med søværnets skibe er kosten en del af lønnen. Også for de værnepligtige på søværnets skibe suppleres lønnen med det skattefri beløb til kosten i de første 4 måneder. Er de under sejlads i disse 4 måneder, bliver de trukket i lønnen for beløbet til standardkostportionen, dvs. 83,75 kr. pr. dags fuldkost.

For en planlægningsperiode (sejlads) indeholder dagskosten 15 MJ (3600 kcal) fordelt som følger:

Morgenmåltid	3500 kJ
- Frokostmåltid	4300 kJ
- Aftenmåltid	4700 kJ
- Mellemmåltider	2500 kJ

Ved planlægning tilstræbes det, at energifordelingen for en planlægningsperiode gennemsnitlig bliver ca. 17% protein, ca. 33% fedt og ca. 50% kulhydrat.

Det nævnte energiindhold og energifordeling gør sig også gældende for den ernæringsrigtige kost i Forsvarets Cafeterier.

Som ved Forsvarets Cafeterier er det de enkelte skibe, der selv udarbejder menuplaner og tilrettelægger spiseforholdene. Der er ret sjældent, at skibene benytter sig af tilbuddet om at få Eskadrenes Fælleselement eller Søværnets Operative Kommando til at udarbejde menuplaner baseret på MicroCAMP for en sejlads.

Feltrationer under øvelse

Feltrationen indeholder ca. 16 MJ og energiandelen fra fedt udgør ca. 38%.

Feltrationen er sammensat ifølge en samarbejdsaftale i NATO, så den kan bruges i 30 på hinanden følgende dage uden, at der bliver ernæringsmæssige konsekvenser for brugerne.

B.6.4 Valgmuligheder, spisemiljø og spisekvalitet

Ud over standardkostportionen har hovedparten af *cafeterierne* i dag et varieret udbud af a-la-carte retter. Ud fra et ønske om at være moderne og have et udbud af varer, som kunderne er vant til andre steder fra, er det blevet almindeligt, at cafeterierne har fast food, ligesom salatbar findes næsten over alt.

På *søværnets skibe* er der kostforplejning i gammeldags forstand. Der er således ikke mulighed for valgfrihed mellem flere menuer.

De enkelte tjenestesteder tilrettelægger selv spiseforholdene. Så vidt vides foretages der ingen systematisk eller stikprøvevis vurdering af spisekvaliteten, se dog bilag B.6.5.

B.6.5 Brug af metoder til indhentning af oplysninger om brugernes ønsker og tilfredshed

Alle tjenestesteder skal i samarbejdsudvalgsregi have et cafeteriaudvalg, som mødes med jævne mellemrum fastsat af det enkelte tjenestested. Udvalget skal have repræsentanter fra alle personalegrupper på tjenestestedet. Mange steder bruges cafeteriaudvalget til at diskutere menuplaner og prisfastsættelser, idet 'standardkostportionen' er den eneste af cafeteriaets varer, som er prisfastsat centralt fra. Iværksættelse af undersøgelser om madens ernæringsmæssige kvalitet, spisekvaliteten, brugerønsker og -tilfredshed vil kunne ske i cafeteriaudvalgets regi.

Som eksempler på gennemførte undersøgelser kan nævnes, at Forsvarets Center for Lederskab, der laver en række undersøgelser af forholdene inden for forsvaret, tidligere har lavet undersøgelser vedrørende tilfredshed med maden. Kvaliteten af undersøgelserne, specielt lødigheden af besvarelsene har været ringe. Der har ikke været gennemført samlede undersøgelser de sidste ca. 10 år.

B.6.6 Køkkenstruktur

I *Forsvarets Cafeterier* er der i alt beskæftiget 543 årsværk fordelt på

- 8 økonomaer,
- 99 kokke,
 - 72 med køkken erhvervsfaglig uddannelse (EU tidligere EFG),
 - 10 smørrebrødsjomfruer,
 - 22 køkkenassistenter og
- 332 ufaglærte.

På *søværnets skibe* er beskæftiget ca. 190 årsværk med kosttilberedning, heraf 81 kokke og 24 slagtere eller bagere.

Feltrationer er sammensat af ca. 28 forskellige ingredienser, som indkøbes til et centralt pakkeri, hvor de pakkes til dagsrationer, som distribueres til de enkelte myndigheder efter rekvisition fra disse.

Forsvaret tilbyder forskellige kurser for cafeteriebestyrere og kokke. I disse kurser indgår Forsvarets Sundhedstjeneste ofte med undervisning i hygiejne og ernæringsmæssige forhold.

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

B.7 STATUS FOR OFFENTLIG KOSTFORPLEJNING I KRIMINALFORSORGEN

Denne status vedrørende kostforplejningen i Kriminalforsorgen bygger på oplysninger fra Direktoratet for Kriminalforsorgen og fra Levnedsmiddelstyrelsen.

B.7.1 Generelt om kostforplejningen

Kriminalforsorgens institutioner omfatter 16 større afsoningsanstalter (statsfængsler m.v.), 39 arresthuse og arrestafdelinger samt 6 pensioner³⁹.

I afsonings anstalterne placeres personer, der afsoner frihedsstraf. I arresthusene placeres fortrinsvis varetægtsarrestanter og i mindre omfang personer, der afsoner frihedsstraf. I pensionerne placeres betinget dømte og prøveløsladte samt udstationerede fra fængslerne.

Det samlede antal pladser i fængsler og arresthuse udgør ca. 3700 (heraf lukkede fængsler ca. 750, åbne fængsler ca. 1150, hæfteinstitutioner ca. 200 pladser og arresthusene samt Københavns Fængsler ca. 1600 pladser). I pensionerne er der ca. 140 pladser.

Budgetlægningen for en række udgiftskonti vedrørende de indsatte sker på grundlag af en daglig gennemsnitlig belægning på 90% af den samlede kapacitet, der således svarer til den normale belægningsgrad.

Indtil midten af 1980'erne skete forplejningen af de indsatte fra institutionskøkkener på hver enkelt institution. På baggrund af en betænkning om de indsattes arbejde, undervisning og fritid (Betænkning nr. 1058, 1986), og som led i gennemførelse af rationaliseringer i Kriminalforsorgen, er kostforplejningen gennem de senere år blevet omlagt.

Hertil kommer institutioner for frihedsberøvede i Sandholmlejren samt institutioner i Grønland og på Færøerne.

Med henblik på, at de indsattes fritidsudnyttelse kan tilnærmes forholdene i det øvrige samfund og for at styrke de indsattes selvhjulpethed, er der (eller vil der blive) etableret selvforplejning i samtlige fængsler. I disse *fængsler* er institutionskøkkenerne nedlagte og erstattet af køkkener i de enkelte afdelinger i fængslerne, hvor de indsatte selv tilbereder maden. I *hæfteanstalterne* er der fortsat institutionskøkkener.

I de fleste *arresthuse* er institutionskøkkenerne nedlagte, og forplejningen sker i form af en blanding af dybfrost og køle-mad, der produceres i to produktionskøkkener på henholdsvis Statsfængslet ved Sdr. Omme og Statsfængslet i Jyderup. I de største arresthuse, herunder Københavns Fængsler samt i enkelte andre arresthuse, sker kostforplejningen fortsat fra centrale køkkener i institutionerne.

I *pensionerne* er der etableret selvforplejning, eventuelt suppleret med servering af et dagligt måltid, som tilberedes i institutionernes køkkener. Ophold på pensionerne er frivilligt, og er bl.a. derfor ikke undergivet de samme regler som fængsler og arresthuse.

Kriminalforsorgen har således 3 grundmodeller for kostforplejning:

Selvforplejning.

Institutionskøkkener.

Dybfrostforplejning fra Kriminalforsorgens to produktionskøkkener.

Der produceres årligt ca. 3,8 mio. måltider inden for Kriminalforsorgen⁴⁰. Dette tal omfatter såvel *selvforplejning*, *institutionskøkkener* og *dybfrost forplejningen*. Det er vanskeligt at sætte tal på den samlede omsætning, men det kan nævnes, at de to produktionskøkkener (der årligt producerer ca.

⁴⁰ Det forudsættes her, at 90% af alle 3800 pladser er belagt alle årets dage, og at der produceres 3 måltider pr. dag pr. plads.

800.000 måltider) årligt omsætter for i alt 12 mio. kr. tilsammen.

B.7.2 Besisningens organisering

Selvforplejning

Som nævnt er det meningen, at der skal etableres selvforplejning for indsatte i samtlige afsoningsinstitutioner, bortset fra de to særlige institutioner for hæftedømte og korttidsafsonere. På nuværende tidspunkt mangler der kun at blive indført selvforplejning i to fængsler, og på et par afdelinger i yderligere et fængsel. Den samlede kapacitet for institutioner med selvforplejning udgør ca. 1650 pladser, og vil fuldt udbygget omfatte godt 1900 pladser.

Selvforplejningen sker ved, at de indsatte selv køber ind i fængslernes købmandsbutikker, der drives som filialer af købmandsforretninger i lokalsamfundene. De indsatte tilbereder herefter maden i køkkener indrettet på de enkelte belægningsafdelinger. Madlavningen foregår enkeltvis eller i grupper etableret efter aftale mellem de indsatte.

I navnlig de lukkede fængsler er enkelte afdelinger indrettet som særlige enrumsafdelinger m.v., hvor de indsatte ikke selv har mulighed for at lave mad. I sådanne tilfælde forplejes de indsatte med dybfrostmad eller mad fra et andet fængsels institutionskøkken. På samme måde sikres forplejningen af syge indsatte.

Indsatte, der er omfattet af selvforplejningsordningen modtager et beløb, der for tiden udgør ca. 40 kr. pr. dag til kost. Herudover modtager indsatte arbejdspenge og visse ydelser til personlige fornødenheder, således at det samlede rådighedsbeløb for en indsat normalt vil svare til niveauet for en kontanthjælpsmodtager.

Institutionskøkkener

I de to hæfteanstalter og i et antal navnlig større arresthuse samt i Københavns Fængsler sker forplejningen fortsat fra centralkøkkener på de pågældende institutioner. Den sam-

lede kapacitet for fængsler og arresthuse med institutionskøkkener udgør ca. 1150 pladser fordelt på 11 institutioner.

Hertil kommer de under 'selvforplejning' nævnte tre fængsler, der endnu ikke har fået indført (fuld) selvforplejning svarende til godt 250 pladser.

I fængsler med institutionskøkkener forestås madlavningen under ledelse af faglærte værk mestre (kokkeuddannede) og fængselsfunktionærer. Som led i beskæftigelsen af de indsatte er der endvidere knyttet et antal indsatte til køkkenerne.

I arresthusenes institutionskøkkener forestås madlavningen af hovedsagelig køkkenassistenter og ufaglærte samt et antal indsatte.

Dybfrostforplejning fra Kriminalforsorgens to produktionskøkkener

På Statsfængslet ved Sdr. Omme og Statsfængslet i Jyderup er der etableret produktionskøkkener, der leverer mad til institutioner omfattet af ordningen, henholdsvis Vest og Øst for Storebælt. I de fleste arresthuse sker forplejningen herfra. Den samlede kapacitet for arresthuse omfattet af dybfrostordningen udgør ca. 650 pladser. Hertil kommer dybfrostforplejning af de under 'selvforplejning' omtalte enrumsafdelinger og sygeafdelinger m.v. i fængslerne.

Maden består af en blanding af dybfrost- og kølemad, der er pakket portionsvis. Den distribueres ved ugentlige leveringer til de enkelte arresthuse m.v., der har indrettet frysekapacitet, anretterkøkken og ovne til opvarmning af maden.

Maden i produktionskøkkenerne fremstilles af faglærte værk mestre (kokkeuddannede) og fængselsfunktionærer, ligesom der er beskæftiget et antal indsatte i hvert af de to produktionskøkkener.

B.7.3 Næringskvalitet og ernæringsstatus

Forplejning af indsatte i fængsler og arresthuse sker i henhold til et cirkulære med tilhørende vejledning (Kriminalforsorgens cirkulære af 198.1975 om forplejningen af indsatte). Reglerne er udarbejdet i samråd med Levnedsmiddelstyrelsen med henblik på at sikre en ernæringsrigtig og alsidig kost. Reglerne beskriver i detaljer sammensætningen af fuldkost med tre daglige måltider (morgen-, middag- og tørkostmåltider) og 4 ugers planer for både kold og varm mad. Mellemmåltider må den indsatte selv sørge for, dog bliver der tilbudt kogende vand 3 gange dagligt til de indsatte, som ikke har adgang til køkkenfaciliteter eller kogendevandsautomat. Der er endvidere regler om vegetarkost, skånekost, purékost m.v. Vejledningen indeholder herudover regler om madens anretning, servering, hygiejne og behandling af levnedsmidler m.v.

I henhold til cirkulæret er kostens næringsstofindhold fastlagt i henhold til de amerikanske næringsstofanbefalinger fra 1974. Det kan oplyses, at kosten har en energiprocent for fedt på 34%, kulhydrat på 51% og protein på 15%. For vitaminer og mineraler er der over 100% dækning med undtagelse af D-vitamin.

Med henblik på at modernisere og forenkle de gældende regler, bl.a. i lyset af den omlægning af forplejningen i Kriminalforsorgens institutioner, der er gennemført i de senere år, har en arbejdsgruppe med repræsentation fra direktoratet, institutions- og produktionskøkkenerne samt Levnedsmiddelstyrelsen stillet forslag om nye retningslinier. Efter forslaget sondres fremover kun mellem fuldkost og vegetarkost. Indsatte, der ifølge lægeordination skal have særlig forplejning (diabetikere m.v.), forplejes efter lægens anvisning. Der skal ved udlevering af kosten så vidt muligt tages hensyn til indsattes særlige religiøse overbevisning.

Ifølge det nye forslag for forplejning af indsatte skal der dagligt gives 3 måltider, bestående af morgen-, middag- og tørkostmåltider.

Morgenmåltidets sammensætning og muligheden for måltidsplanlægningen gøres mere fleksibel, og der gennemføres forskellige ændringer i sammensætningen af kosten og tilbehøret.

Morgenmåltidet både til fuldkost og vegetarkost kommer til at bestå dagligt af 2-3 dl havregryn eller cornflakes, 2½ dl let- eller kærnemælk (efter fast aftale) eller 2 dl A38 eller tykmælk (efter fast aftale), rugbrød efter behov, 1 skive (30 g) fransk- eller grovbrød, plantemargarine efter behov, 20 g ost og 3-4 dl te⁴¹.

Middagsmåltidet til fuldkost kommer på hverdage til at bestå af hovedret, tilbehør (kartofler, ris eller pasta) og grøntsagstillæg⁴².

Tørkostmåltidet (lig det kolde måltid) til fuldkosten kommer til at bestå af rugbrød efter behov, 1 skive fransk- eller grovbrød, 4 slags pålæg, 1 skive ost, plantemargarine og fedt efter behov, 2 Vi dl let- eller kærnemælk (efter fast aftale), 3-4 dl te og 1 stk. eller 100 g frugt⁴³.

Pålægget opdeles i 4 grupper, hvoraf den ene er ren vegetarisk. Hver gruppe opdeles i pålægstyper, hvor det for hver

På søn- og helligdage gives yderligere 1 rundstykke, 15 g smør og 2½ dl kaffe.

Herudover gives surt og sødt til de retter, hvor det hører sig til. Der skal altid tilbydes rugbrød til middagsmåltidet. Vegetarkosten er opbygget på samme måde. Kød, fisk og fars erstattes af æg, bælgrugter, soya-kød og grøntsager. På søn- og helligdage gives bilet, hvor der ligeledes er fastlagte portionsstørrelser.

Herudover gives supplement, surt/sødt 3-7 gange pr. uge. Et tilsvarende system er opbygget for vegetarkosten. Pålægsplanlægningen foretages af det enkelte køkken for en 4 ugers periode af gangen. Det er køkkenet selv, der bestemmer, hvilke pålægsstørrelser, der skal anvendes inden for pålægstyperne, men der skal tilstræbes så høj en variation som muligt. Endvidere gives der 250 g sukker pr. uge eller 35 g pr. dag og 200 g marmelade pr. uge eller 20 g pr. dag. Til højtiderne er der særlige bestemmelser for, hvad der skal gives.

type er angivet, hvor mange gange typen må gives pr. uge og i hvilken mængde. Opdelingen på pålægs typer fremgår af skema B.7.1.

Skema B.7.1. Eksempel på opdeling af pålægstyper ved *tørkostmåltidet*.

Gruppe	Pålægstype	Antal gange pr. uge	Mængde
I	Æg	2	1 stk.
	Fiskepålæg	3	40 g
	Farspålæg/ kødsalat	3	30 g/40 g

Kostplanerne skal være underskrevet af den, der har ansvar for arresthuset eller produktionskøkkenet, fordi kostplanerne inddrages i behandling af kostklager.

Hoved- og biretter laves efter næringsberegneede opskrifter, der er udarbejdet af Levnedsmiddelstyrelsen. Yderligere er der fastsat regler for, hvordan maden skal uddeles til den indsatte, således at den tilbydes æstetisk og hygiejnisk forsvareligt.

Kostens sammensætning, de fastlagte portionsstørrelser og planlægningssystemet er de kvalitets styringsværktøj er, som skal sikre, at den tilbudte kost til de indsatte følger de af Levnedsmiddelstyrelsen i 1989 opstillede næringsstofanbefalingen (NNA) for mænd i alderen 19-60 år.

De enkelte måltiders procentvise andel af energien samt energiens fordeling på fedt, kulhydrat og protein ifølge det nye forslag fremgår af skema B.7.2.

Skema B.7.2. De enkelte måltiders procentvise andel af energien samt energiens fordeling på fedt, kulhydrat og protein, som det kommer til at se ud i fremtiden.

	Megajoule (%)	Fedt%	Kulh.%	Prot.%
Morgen	3,9 (34)	21	66	12
Middag	2,7 (24)	30	49	20
Aften/frokost	4,9 (42)	38	49	14
Hele dagens kost	11,5 (100)	30	55	15
Anbefalet energifordeling		20-30	55-60	10-15

Angående kostens indhold af mineraler og vitaminer kan oplyses, at dækningsprocenten for mineraler er fra 167 til 240 og for vitaminer fra 100 til 180.

De foreslåede nye regler forventes at blive gennemført i løbet af kort tid.

Ved alle fængsler og arresthuse får de nyindsatte tilbudt en samtale med fængslets/arresthusets læge eller sygeplejerske. Her er der mulighed for at afdække eventuelle ernæringsmæssige problemer og behov.

Det er endvidere sundhedspersonalets opgave bl.a. at være med til at sikre, at de indsatte får en tilstrækkelig og korrekt ernæring samt rådgive og vejlede indsatte om sundhedsbevarende forhold, herunder om kost, hygiejne m.v. Iværksættelse af særlig forplejning vil ske efter samråd med sundhedspersonalet og normalt efter lægeordination.

B.7.4 Servering og spisemiljø

Udportionering og servering af måltiderne fra *institutions-køkkenerne* og *dy b frost maden* sker i de enkelte afdelinger. Udportioneringen og serveringen varierer bl.a. efter om der er tale om indsatte i fællesskab eller isolation/enrum og afhængig af lokale traditioner.

Udportionering og servering varetages normalt af afdelingspersonalet (fængselsfunktionærer), eventuelt i samarbejde med betroede indsatte.

I alle fængslerne er der indrettet spisestuer eller spisekøkkener, hvor de indsatte kan spise maden, men de indsatte kan også vælge at spise i cellen. I arresthusene er der kun i begrænset omfang mulighed for fælles spisning, hvorfor spisningen normalt foregår i cellen, ligesom indsatte anbragt i isolation, strafcelle m.v. naturligvis må indtage maden i cellen.

Indsatte, som om dagen er på værksteder, og som er omfattet af selvforplejning, spiser på værkstederne ved indrettede spisesteder.

B.7.5 Valgmuligheder og spisekvalitet

Indsatte omfattet af en *selvforplejningsordning* kan som udgangspunkt frit vælge sin kostsammensætning indenfor de varegrupper, der kan købes hos institutionens købmand eller lovligt kan indføres. De indsatte kan som udgangspunkt også selv vælge, om de vil tilberede maden individuelt eller deltage i madgrupper, hvor madlavningen foregår i fællesskab eller går på skift mellem deltagerne.

For at sikre at alle får fornøden mad, har der dog i perioder overfor visse svage indsatte været etableret tvungne fælles spiseordninger eller gennemført indskrænkninger i rådigheden over kostpengene.

Overfor visse grupper af indsatte er der endvidere etableret beskæftigelsestilbud, der bl.a. indeholder fælles madlavning og undervisning heri som en del af de behandlingsmæssige og pædagogiske initiativer (f.eks. såkaldte ADL-projekter⁴⁴ og produktionsskoler). Med henblik på at understøtte de indsatte i at spise sundt og varieret, og fordi en del indsatte

⁴⁴ ADL-projekter: Almindelig daglig livsførelse.

finder det vanskeligt at få kostpengene til at slå til, har direktoratet opfordret fængslerne til at sikre fornøden vejledning af de indsatte, herunder ved f.eks. at anskaffe relevante kokebøger til de indsatte. Endvidere er der visse steder etableret fritidsundervisning for indsatte i madlavning.

På Anstalten ved Herstedvester er der gennemført et kursus for fængselsfunktionærer i madlavning og ernæring med henblik på, at disse kan arrangere madlavningskurser for indsatte. Kurset har specielt været rettet mod indsatte, der får nervemedicin og kønsdriftdæmpende medicin med utilsigtet vægtøgning som bivirkning.

Under hensyn til at de indsatte er tvangsanbragte og for at sikre disse en ernæringsrigtig og varieret kost, er kostplaner og kostsammensætningen for *institutions- og dybfrostmaden* meget detaljeret reguleret, jf. ovenfor bilag B.7.3. På den baggrund er der som udgangspunkt ikke mulighed for at vælge mellem flere retter til det varme måltid eller den kolde mad, hvorimod der er en vis valgfrihed til at sammensætte morgenmaden. Hertil kommer at en stor del af tilbehøret i form af brød, kartofler m.v. kan suppleres efter behov.

De indsatte har endvidere i et vist omfang mulighed for at supplere kosten med medbragte madvarer, og navnlig varer indkøbt i institutionens butik. Endvidere arrangeres der af og til fællesindkøb af mad fra den lokale grillbar eller pizzeria efter ønske fra de indsatte og for de indsattes egen regning.

Den manglende valgfrihed giver navnlig anledning til beklagelse, når der serveres fiskeretter, som sjældent er populære blandt de indsatte. Ofte kasseres en stor del af fiskeretterne. Bl.a. derfor overvejes det at gennemføre en begrænsning i antallet af fiskeretter og adgang til helt at fraskrive sig retter med fisk mod servering af en vegetarret.

B.7.6 Vurdering og undersøgelse af kostforplejningsordningerne

I henhold til en særlig aftale mellem Levnedsmiddelstyrelsen og Direktoratet for Kriminalforsorgen (Aftale om kostinspektion, 1993) varetager Levnedsmiddelstyrelsen en række konsulent- og kontrolopgaver vedrørende kostforplejningen i fængsler og arresthuse.

Levnedsmiddelstyrelsen gennemfører kostinspektioner i institutionskøkkener og produktionskøkkener med henblik på at sikre, at de gældende retningslinier overholdes, og at forplejningen i øvrigt sker på en hensigtsmæssig og hygiejnisk forsvarlig måde. Der udarbejdes rapporter over inspektionerne. Levnedsmiddelstyrelsen medvirker endvidere ved behandling af eventuel kritik og/eller klager over kosten fra de indsatte, jf. ovennævnte aftale.

Indførelse af *selvforplejning* i fængslerne gav oprindelig anledning til bekymring for, om en sådan ordning kunne praktiseres i et fængselsmiljø. Disse bekymringer har i det store og hele vist sig at være ubegrundede. I forbindelse med løbende evalueringer af de gennemførte omstruktureringer i de enkelte fængsler (som også omfatter en lang række andre forhold end kostforplejningen) tegner der sig et ret entydigt billede af stor tilfredshed blandt de indsatte, ligesom personalet i det store og hele finder ordningen velfungerende og hensigtsmæssig.

I forbindelse med en samlet vurdering af de gennemførte omstruktureringer i fængsler og arresthuse gennemført af et privat konsulentfirma (Dios, 1995) konkluderes følgende vedrørende selvforplejning og selvforvaltning:

"Selvforplejning og selvforvaltning for de indsatte vurderes af såvel ansatte som indsatte til at være meget velfungerende. Tiltagene medvirker til at 'normalisere' de indsattes hverdag under afsoningen. Det er endvidere vores vurdering, at selvforplejning og selvforvaltning er medvirkende til at øge ansvarligheden blandt de indsatte".

Som nævnt under bilag B.7.5 er der iværksat forskellige tiltag med henblik på at sikre, at selvforplejningen kan fungere - også for mindre ressourcestærke indsatte. Ved indførelsen af selvforplejning i nogle af de første fængsler blev der knyttet en tidligere køkkenværkmester til fængslet som kostvejleder. Disse ordninger kom dog aldrig til at fungere særlig godt, bl.a. fordi de indsatte ikke ønskede at bruge den pågældendes tilbud.

Indførelse af *dybfrostforplejning* i de fleste arresthuse blev mødt med en betydelig modvilje i arresthusene, bl.a. fordi de blev gennemført som led i besparelser i Kriminalforsorgen, og bl.a. betød lukning af i øvrigt velfungerende køkkener og afskedigelser af personale i køkkenerne. Efter at ordningen havde fungeret i et par år, blev der i 1994 gennemført en interviewrunde i de berørte arresthuse, hvor ledelse, indsatte og medarbejdere i det store og hele gav udtryk for tilfredshed med ordningen, der rent administrativt vurderes at fungere godt. I forbindelse med indførelsen af ordningen var der en del klager fra indsatte over madens kvalitet, hvilket navnlig skulle ses i lyset af overgangen fra den hidtidige ordning med institutionskost produceret i et lille institutionskøkken, hvor der ofte var tradition for at gøre en del ud af madtilberedningen. Der er dog fortsat en del indsatte og ansatte som peger på problemer med kvaliteten af dele af dybfrostmaden, herunder bl.a. kartoflerne. Endvidere er det kendetegnende, at især fiskeretterne ikke er populære.

Som nævnt under bilag B.7.3 har en arbejdsgruppe med repræsentanter fra institutionskøkkener, produktionskøkkener, Levnedsmiddelstyrelsen og Direktoratet for Kriminalforsorgen vurderet de eksisterende retningslinier for kostforplejning og stillet forslag til ændringer heri. Det er tanken, at søge dette arbejde videreført i form af et fagligt forum, der løbende kan drøfte generelle spørgsmål omkring kostsammensætning m.v., og sikre udveksling af informationer, kostplaner, opskrifter m.v. mellem de enkelte køkkener.

I alle Kriminalforsorgens institutioner kan de indsatte vælge en talsmand⁴⁵. Der holdes jævnligt møder, hvor forholdene i det enkelte fængsel kan tages op til drøftelse, herunder kostforplejningen.

B.7.7 Personale

Til hver af produktionskøkkenerne i Statsfængslet ved Sdr. Omme og Statsfængslet i Jyderup er der knyttet 3 faglærte værk mestre og nogle fængselsfunktionærer samt et antal indsatte.

Personalet i de 6 arresthuskøkkener består af en køkkenleder og 3-7 deltidsansatte køkkenassistenter m.v., i alt 36 deltidsansatte.

I institutionskøkkenerne på Københavns Fængsler, hæfteanstalterne og de resterende institutionskøkkener i fængslerne består personalet af et antal faglærte køkkenuddannede værk mestre (mellem 2 og 10 afhængig af størrelsen), nogle steder suppleret med enkelte fængselsfunktionærer samt et antal indsatte.

⁵ De nærmere regler for 'talsmandssystemet' er fastsat i Kriminalforsorgens cirkulære af 15. marts 1978 om organisatoriske former for drøftelser med indsatte.

C. BAGGRUND FOR ANVENDTE TAL I ØKONOMISK ANALYSE AF ERNÆRINGSSTØTTE

Som baggrund for de anvendte tal i beregningen af den økonomiske gevinst ved ernæringsstøtte på hospitaler (afsnit 5, bind I) kan oplyses følgende:

1. Det anførte forhold mellem patienter, der vil have behov for parenteral ernæring, sondeernæring og tilskudsernæring på henholdsvis 10%, 40% og 50% er anslået, men sandsynligvis vil andelen, der har behov for parenteral ernæring være betydeligt lavere og tilsvarende andelen, der har behov for anden ernæringsstøtte større. En behandlingstid på 8 dage svarer til internationale og nationale anbefalinger.
2. Omkostningerne - såvel indirekte som direkte - ved de 3 ernæringsformer kendes ikke i Danmark. Baseret på udenlandske opgørelser (Mirtallo, 1995) kan omkostningerne - inklusive omkostninger ved bivirkninger og laboratoriekontrol samt pleje- og lægetid i forbindelse med ernæringsstøtten - ved parenteral ernæring sættes til 2.000 kr. per patient per dag (direkte omkostninger i Danmark: 500 kr. ved indgift af 2000 kcal svarende til 8 MJ per dag), ved sondeernæring til 150 kr. per patient per dag (direkte omkostninger i Danmark: 100 kr. ved indgift af 2000 kcal svarende til 8 MJ per dag) og ved tilskudsernæring til 75 kr. per patient per dag (direkte omkostninger i Danmark: 50 kr. ved indgift af 1000 kcal svarende til 4 MJ per dag).

Sondeernæring og tilskudsernæring er med andre ord betydeligt billigere end parenteral ernæring, og er desuden simplere at administrere og behæftet med færre komplikationer end parenteral ernæring, et forhold af stor betydning for totalomkostningerne.

Den gennemsnitlige omkostning per patient ved ernæringsstøtte er derfor:

- 200 kr. ($10\% \times 2.000 \text{ kr.}$) + 60 kr. ($40\% \times 150 \text{ kr.}$) + 38 kr. ($50\% \times 75 \text{ kr.}$). Gennemsnitspatientens omkostning er derfor 300 kr. per dag og omkostningerne ved 8 dages ernæringsstøtte = $300 \text{ kr.} \times 8 = 2.400 \text{ kr.}$
- 3. Den anvendte gennemsnitlige sengedagspris på 2.100 kr., er den, der benyttes af Amdsrådsforeningen. Det skal anføres, at andre omkostninger for liggedage ses anført, mellem 1.000 kr. og 3.500 kr. (oplyst af Sundhedsministeriet), afhængig af patientpopulation og beregningsgrundlag. Det må forventes, at langtidsindlagte, underernærede patienter, som er karakteriseret ved hyppige infektioner og ofte komplicerede indlæggelsesforløb, befinder sig i den 'dyre ende'.
- 4. Den forventede afkortelse af indlæggelsestiden på 4 dage er anslået, men begrundet i mange undersøgelser, der har vist en afkortelse i indlæggelsestiden på mellem 2 (14%) og 9 dage (25%), for visse patientgrupper endnu flere dage. I 1994 var den gennemsnitlige liggetid 22 dage for patienter med en indlæggelsestid længere end 10 dage (oplyst af Sundhedsministeriet). En reduktion i indlæggelsestid på mellem 14% og 25%, svarer til en reduktion på mellem 3 og 5,5 dage, eller i gennemsnit omkring 4 dage.

Den gennemsnitlige 'indtægt' per patient ved ernæringsstøtte er derfor:

4 dage a 2.100 kr. = 8.400 kr. Der er således tale om en nettobesparelse per patient på $8.400 \text{ kr.} - 2.400 \text{ kr.} = 6.000 \text{ kr.}$

- 5. Omkring 20% af de 1.000.000 indlæggelser per år på somatiske (kirurgiske og medicinske) afdelinger har en indlæggelsestid på 10 dage eller længere (oplyst af Sundhedsministeriet). I beregningen anslås, at hyppigheden af

underernæring blandt langtidsindlagte er 50%, et meget konservativt estimat.

Det samlede antal underernærede patienter i Danmark, som ville have gavn af ernæringsstøtte kan herefter beregnes til:

$$- 1.000.000 \times 20\% \times 50\% = 100.000,$$

og den samlede nationale besparelse til:

$$100.000 \times 6.000 \text{ kr.} = 0,6 \text{ mia kr.}$$

Det skal understreges, at der i ovennævnte beregning alene er benyttet besparelsen på indlæggelsestid. Hertil kommer en besparelse på omkostninger per indlæggelsesdag, som sandsynligvis er af samme størrelse som besparelse af indlæggelsestid.

På tilsvarende måde, som gennemgået ovenfor kan *nettobesparelsen for et sygehus* beregnes, omend med stor usikkerhed. Et mere nøjagtigt regnestykke for et enkelt hospital kræver kendskab til en række variable, bl.a.:

1. Hvor stor en procentdel af de indlagte patienter er underernærede?
2. Hvad er merudgiften for de underernærede patienter, som findes på det pågældende sygehus?
3. Hvilke komplikationer til underernæring er der tale om? Drejer det sig om dyre komplikationer, f.eks. svære og behandlingsresistente infektioner eller billige?
4. Hvor stor er den reelle udgift (direkte og indirekte) til ernæringsstøtte hos de pågældende patienter, dvs. fordelingen mellem parenteral ernæring, sondeernæring og tilskudsernæring?

Sygehuse imellem vil der være stor variation i disse udgiftsposter, som er afhængig af patientunderlag samt organise-

ring af den ernæringsfaglige indsats, politikker på området, o.l. En mere rationel (økonomisk) planlægning og indsats vil kræve løbende indsamling af ovennævnte data og udgiftsposter. Man kan med fordel benytte EDB til dette.

D. DATAINDSAMLINGSMETODER

I dette bilag beskrives tre forskellige dataindsamlingsmetoder: Personlige interviews, interviews i grupper og spørgekemaundersøgelser. De enkelte metoders fordele og ulemper i forhold til indhentning af brugernes tilfredshed og ønsker til den offentlige kostforplejning vil blive diskuteret, ligesom en række generelle karakteristika vil blive beskrevet. I literaturlisten er angivet forslag til læsning af supplerende litteratur om brugerundersøgelser.

Personlige interviews (interviews af enkeltpersoner) er temmelig tidskrævende, men kan give nogle idéer om, hvad brugerne tænker og mener. Ved personlige interviews er motivationen hos interviewpersonerne som regel høj, da de fleste finder det spændende at deltage. Af samme grund vil svarprocenterne som regel være høje. Under interviewet vil der være mulighed for at uddybe eller forklare spørgsmålene. Man kan derfor ofte stille mere komplicerede spørgsmål, og få en dybere forståelse for problematikken. Metoden kræver forberedelse af for eksempel en spørgeramme. Spørgsmålene kan være mere eller mindre fastlåste. Hvis de er mere fleksible får interviewpersonen plads til at udvikle sine egne tankesæt. Metoden kan give problemer, hvis personalet selv forestår interviewet, da ikke alle bryder sig om at give direkte kritik. En uvildig trænet interviewer vil kunne få et mere pålideligt resultat.

Interviews i grupper (workshops) er en velegnet metode til at indsamle kvalitativ viden. Metoden kræver forberedelse af en spørgeramme og erfaring i at afholde gruppeinterviews, således at diskussionen ikke afspores. Til gengæld kan resultaterne opgøres relativt hurtigt. Gruppen kan bestå af seks til ti personer, der skal udvælges omhyggeligt, så de giver et bredt billede af ønsker og behov fremfor at være repræsentative.

Det er en god idé undervejs at nedskrive udsagnene på en tavle eller lignende, således at deltagerne accepterer fortolkningen. Metoden kan for eksempel også være forberedelse til et spørgeskema, hvor den kan give inspiration til spørgsmålene. Eller den kan anvendes efter en spørgeskemaundersøgelse til at uddybe svarene.

Gruppeinterviews kan i visse tilfælde være mindre egnet til blandt andet brugere, der er tilknyttet plejehjem. Det skyldes, at flere kan have vanskeligheder, når der bliver talt i større grupper. Interviews med to til tre personer ad gangen vil i disse tilfælde give den enkelte større mulighed for at komme til orde.

Spørgeskemaundersøgelser er en velegnet metode til undersøgelse af konkrete forhold eller konkrete ønsker. Derimod er metoden ikke, på samme måde som gruppeinterviews, egnet til at finde nye ønsker og behov blandt brugerne. Data er lette at sammenligne. Hvis metoden gentages, kan man se resultater/tendenser ved at sammenligne med foregående spørgeskemaundersøgelser.

Opgørelsen af data er et stort arbejde, hvis der er mange spørgeskemaer og mange spørgsmål. Men hvis der er adgang til EDB-behandling af data og ressourcer til opgørelsen, så kan metoden give kvantitative data om holdninger til spørgsmålene.

Hos blandt andet plejehjemsbeboere og visse døgninstitutionsbeboere vil metoden med spørgeskemaer ofte være mindre velegnet i forhold til interviews, da disse beboere ofte ikke selvstændigt kan besvare spørgsmålene.

Svarpersonerne kan omfatte hele brugergruppen, når denne ikke er for stor. Ellers kan det være nødvendigt, at begrænse undersøgelsen til et repræsentativt udsnit af brugergruppen.

Vedrørende udformning af spørgeskemaet kan det generelt anbefales at opstille svarkategorierne under hinanden. Dette giver interviewpersonerne det bedste samlede overblik over svarmulighederne. Sørg desuden for at der er godt med 'luft'

omkring de enkelte spørgsmål. På de følgende sider er der nogle eksempler på uddrag af spørgeskemaer.

Forslag til litteratur

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

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

Kruse T.V, et al: Spørgeskemaer - gør det selv på PC. København, Kommune-information, 1996.

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.

Trolle E., Thorsen A. V., Jørgensen M. S., Mikkelsen B. E.: Udviklingsmetoder i catering - veje til nye produkter og koncepter, rapport 2 fra Projekt Storkøkken 2000. Storkøkkencentret, Levnedsmiddelstyrelsen, 1995.

(Se desuden referencer, bind I, for eksempler på specifikke brugerundersøgelser i relation til kostforplejningen på hospitaler og på ældreområdet).

Kære patient!

For at yde en så god service som muligt, vil køkkenet på Grenaa Centralsygehus gerne have din mening om den mad, der serveres mens du er indlagt.

Vi håber derfor, at du vil svare på nogle spørgsmål om den mad du fik i går, sådan at vi kan blive bedre til at opfylde patienternes ønsker (besvarelsen er anonym, dvs. at der er ikke nogen, der kan se, hvad netop du har svaret).

1. Hvilken mad fik du i går?

☐ almindelig mad

☐ andet (f.eks. diætmad)

MORGENMAD

2. Hvor tilfreds er du med den morgenmad, du fik i går?

☐ meget tilfreds

☐ tilfreds

☐ hverken/eller

☐ utilfreds

☐ meget utilfreds

Evt. kommentarer _____

13. Hvor tilfreds er du med den måde, grøntsagerne tilberedes på?

☐ meget tilfreds

☐ tilfreds

☐ hverken/eller

☐ utilfreds

☐ meget utilfreds

Evt. kommentarer _____

9. Hvordan synes De hospitalets mad smager?

- ☐ meget udmærket
- ☐ udmærket
- ☐ rimeligt
- ☐ dårligt
- ☐ meget dårligt
- ☐ ved ikke
- ☐ Eventuelle kommentarer _____

10. Får De den hjælp, De behøver fra personalet ved måltiderne?

- ☐ ja, i høj grad
- ☐ ja, stort set
- ☐ nej
- ☐ nej, slet ikke
- ☐ ved ikke
- ☐ Eventuelle kommentarer _____

11. Synes De miljøet omkring hospitalets måltider er behagelig?

- ☐ ja, i høj grad
- ☐ ja, stort set
- ☐ nej
- ☐ nej, slet ikke
- ☐ ved ikke
- ☐ Eventuelle kommentarer _____

12. Giver madsystemet Dem valgfrihed med hensyn til, hvilken mad De ønsker?

- ☐ ja, i høj grad
- ☐ ja, stort set
- ☐ nej
- ☐ nej, slet ikke
- ☐ ved ikke
- ☐ Eventuelle kommentarer _____

19. Hvis de afslutningsvis skal vurdere kvaliteten af maden,
HVORDAN SYNES DE KVALITETEN ER AF:

Sæt et kryds i den rubrik, der bedst udtrykker Deres oplevelse af kvaliteten.	Meget høj kvalitet	Høj kvalitet	Lav kvalitet	Meget lav hvalitet
Selve maden: f.eks. variation, temperatur, smag, til at fylde, portionsstørrelse osv.				
Drikkevarerne: f.eks. udvalg, smag, hyppighed for servering osv.				
Stedet, hvor maden spises; f.eks. dagligstue, egen stue, i seng osv.				
Atmosfæren/klimaet: f.eks. den måde, personalet serverer maden og personalets hjælp i forskellige situationer osv.				

Uddrag af spørgeskema fra Herning Centralsygehus (Ringkøbing amtskommune, 1994)

Er De Kvinde, sæt kryds ☐	Hvor gammel er De. År _____
Er De Mand, sæt kryds ☐	
I hvor mange år har De modtaget mad fra Peder Lykke Centret ?	☐ under 1 år ☐ 1 til og med 2 år ☐ mellem 2 og 5 år ☐ 5 til og med 10 år ☐ over 10 år
Er den månedlige menuplan varieret nok ?	☐ Altid ☐ Ofte ☐ Sjældent ☐ Aldrig
Er maden tilpas varm når De modtager den ?	☐ Altid ☐ Ofte ☐ Sjældent ☐ Aldrig
Synes De maden er pænt anrettet ?	☐ Altid ☐ Ofte ☐ Sjældent ☐ Aldrig

Smager kyllingen godt ?	☐ Altid ☐ Ofte ☐ Sjældent ☐ Aldrig
Er kyllingen mør ?	☐ Altid ☐ Ofte ☐ Sjældent ☐ Aldrig
Smager kyllingen opvarmet/genopvarmet ?	☐ Altid ☐ Ofte ☐ Sjældent ☐ Aldrig
Er kyllingen tilpas krydret ?	☐ Altid ☐ Ofte ☐ Sjældent ☐ Aldrig

Uddrag af spørgeskema fra Peder Lykke Centret (Sørensen og Svendsen, 1996)

E. EKSEMPEL PÅ ET SKEMA TIL ORIENTERING AF PATIENTER

Styrk hjertet

En checkliste for patienter med åreforkalkning i hjertet

TIL (Citografplade)

SYGEHISTORIE

Blodprop i hjertet _____

Brystmerter _____

Bensmerter _____

Blodprop i hjernen _____

Sukkersyge, insulinafhængig _____

Sukkersyge, ikke insulinafhængig _____

Arvelig disposition: Antal søskende eller forældre med åreforkalkning under 55 år gammel: _____

FRA

Kardiologisk Afdeling 104 k
KAS Amtssygehus, 2730 Herlev
Tlf: 44535300 lok. 3238

BEHANDLING PÅ SYGEHUSET

Blodpropopsørgning _____

Balloonoperation _____

By-pass operation _____

Kostvejledning (klinisk diætbst) _____

Dato: _____

UNDERSØGELSESRISULTATER

Dato (ddmmåå)	Resultat	Kommentar
Røntgenundersøgelse af kranspuserne _____	☐ Normal ☐ Abnormal	_____
Ultrafjdsundersøgelse af hjertet _____	☐ Normal ☐ Abnormal	_____
EKG _____	☐ Normal ☐ Abnormal	_____
Røntgen af hjertet _____	☐ Normal ☐ Abnormal	_____
Cykelpøven _____	☐ Normal ☐ Abnormal	_____
Vurdering af hjertepumpefunktion (NYHA) _____	☐ I (let) ☐ II ☐ III ☐ IV (svær)	_____

Dato (ddmmåå)	Resultat	Dato	Resultat	Mål
Total kolesterol (mmou) _____	_____	_____	_____	< 5
LDL (det onde kolesterol) (mmou) _____	_____	_____	_____	< 3,5
HDL (det gode kolesterol) (mmou) _____	_____	_____	_____	< 1
Triglycerid (mmou) _____	_____	_____	_____	< 2
Blodtryk (systolisk/diastolisk) (mmHg) _____	_____	_____	_____	< 140/80
Vægt (højde i m) (kg) _____	_____	_____	_____	BMI < 25
Rygning (cigaretter) (antal/dag) _____	_____	_____	_____	= 0

BEHANDLINGSPLAN

Hvad du selv kan gøre - din ABC

A. Anderledes mad (frugt og grøntsager inkl. kartofler mindst 600 gram/dag)
 Alt godt fra havet (fisk 2 gange om ugen)
 Afmægnng

B. Bevægelse (¼ times daglig motion)

C. Cigaretter (så få som muligt)

Hvad lægen kan gøre - lægens ABC

Navn	Dosis
A. Aspirin (hjertermagnt)	_____
ACE-hæmmere (pumpenhjælpere):	_____
B. ß-blokkere	_____
Blodtrykssænkere	_____
C. Kolesterolssænkere	_____
Anden medicin	_____
Samlet antal tabletter per dag:	_____

Det ark, som din egen læge også har fået, sikrer dig, at der, inden du sendes hjem fra sygehuset, er taget stilling til, om du har fået 1) foretaget de rette undersøgelser, 2) den rette kirurgiske og/eller medicinske behandling og 3) den rette information, om hvad du selv kan gøre, altsammen med henblik på at bremse åreforkalkningen og måske få den til at gå tilbage.

Lægens underskrift _____

(Ernæringsrådet, 1996)

F. EKSEMPEL PÅ KOSTSKEMA TIL ÆLDRE

Vejledning til skemaet

Kostskemaet, der er vist i det følgende, giver ikke en fuldstændig oversigt over ældres ernæringssituation. Hertil kræves grundigere metoder. Men skemaet kan være en hjælp til at finde frem til ældre, som har risiko for at udvikle ernæringsproblemer. Kostskemaet kan bruges af hjemmehjælpere og hjemmesygeplejersker.

Spørgsmål 1-3 drejer sig om mængden af mad. De skal bruges til at vurdere, om klienten spiser for lidt. Spørgsmål 4-8 drejer sig om bestemte madvarer, der tyder på, om klienten får nok af henholdsvis kalcium, C-vitamin og D-vitamin. Nogle ældre har risiko for at få for lidt B-vitamin og jern. Tilførslen af disse næringsstoffer er tæt knyttet til mængden af energi, der spises. Spiser man mad nok, får man som regel også nok af B-vitaminer og jern.

Svaret på hvert spørgsmål skal karakteriseres som OK eller OBS. OBS ved spørgsmålene 1-3 tyder på, at klienten får for lidt mad. OBS ved spørgsmålene 4-8 tyder på, at kosten kan indeholde for lidt af et eller flere næringsstoffer. Er der OBS i begge grupper, tyder det på, at klienten får for lidt at spise, og at der er risiko for, at indtagelsen af flere næringsstoffer er for lav.

For at kunne vurdere klientens ernæringssituation, er det nødvendigt at tage hensyn til spørgsmålene i efterfølgende 'Tillægsinformation'. Til slut er der i skemaet afsat plads til en vurdering af situationen, tilføjelse af mulige årsager og tilføjelse af forslag til afhjælpning af manglerne.

(Hølund et al, 1996)

Spørgsmål

1. <i>Hvor mange måltider plejer De at spise til dagligt?</i> 3 eller flere 2 eller færre	☐ OK ☐ OBS		
Såfremt det kun drejer sig om 2 måltider dagligt, hvilke er det?			
2. <i>Hvor mange skiver* brød plejer De at spise dagligt?</i> 3 eller flere 2 eller færre	☐ OK ☐ OBS		
3. <i>Hvor mange gange om ugen spiser De kartofler?</i> 4 eller flere 3 eller færre	☐ OK ☐ OBS		
<i>Hvor ofte spiser De ris, spaghetti eller brød i stedet for kartofler?</i> 2 gange om ugen Sjældnere	☐ OK ☐ OBS		
4. <i>Hvor mange glas mælk drikker De om dagen?</i> 1 glas eller mere mindre end 1 glas	☐ OK ☐ OBS		
<i>Hvor ofte spiser De surmælksprodukter?</i> (F.eks. ymer, yoghurt, gaio o.l.) Dagligt Sjældnere	☐ OK ☐ OBS		
<i>Hvor ofte spiser De ost?</i> 3 eller flere gange om ugen Sjældnere	☐ OK ☐ OBS		
5. <i>Hvor ofte spiser De frugt eller drikker et glas juice?</i> Mindst 3 gange om ugen Sjældnere	☐ OK ☐ OBS		
6. <i>Hvor ofte spiser De grøntsager?</i> Mindst 4 gange om ugen Sjældnere	☐ OK ☐ OBS		
7. <i>Hvor ofte spiser De fisk som pålæg?</i> (f.eks. sild, makrel i tomat, sardiner, roget fisk) Mindst 3 gange om ugen Sjældnere	☐ OK ☐ OBS		
<i>Hvor ofte spiser De fed fisk til den varme mad?</i> (f.eks. sild, makrel, laks, ørred) Ca. hver anden uge Sjældnere	☐ OK ☐ OBS		
8. <i>Spiser De en vitamin-mineralpille dagligt?</i> Ja Nej	☐ OK ☐ OBS		

* En skive brød er: 1/2 skive rugbrød, 1 skive franskbrød, 1 skive knækbrød el. lign.

(Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 233, 1995. Refereret af Hølund et al, 1996)

Tillægsinformation

1. Klientens Køn: ☐ Mand ☐ Kvinde 2. Alder: _____ år 3. Klienten bor ☐ Alene ☐ Sammen med ægtefælle/samlever/anden person 4. Hvor længe har du kendt klienten? ☐ Antal uger: _____ ☐ Mere end 1 år 5. Hvilke opgaver får klienten hjælp til? ☐ Husarbejde ☐ Personlig hygiejne ☐ Sygepleje ☐ Indkøb ☐ At spise ☐ Madlavning, varm mad ☐ Madlavning, kold mad ☐ Andet, skriv hvilket: _____ 6. Hvor ofte har klienten hjemmehjælp? ☐ Dagligt ☐ Flere gange om ugen ☐ 1 gang om ugen ☐ Sjældnere 7. Hvor ofte har klienten hjemmesygeplejerske? ☐ Dagligt ☐ Flere gange om ugen ☐ 1 gang om ugen ☐ Sjældnere 8. Hvor mange gange er klienten udendørs? ☐ Dagligt ☐ 1 eller flere gange om ugen ☐ Sjældnere end 1 gang om ugen ☐ Aldrig 9. Hvordan er klientens fysiske funktionsniveau? ☐ Godt ☐ Dårligt, men kan gå rundt indendørs ☐ Dårligt ☐ Sengeliggende ☐ Andet	10. Får klienten mad via madudbringningsordning? ☐ Nej ☐ Ja, skriv hvor mange gange om ugen: _____ 11. Er der noget mad, som klienten ikke tåler? ☐ Nej ☐ Ja, skriv hvilket: _____ 12. Er der nogle madvarer, som klienten har svært ved at tygge og som derfor undgås? ☐ Nej ☐ Ja Hvis ja: ☐ Kød ☐ Grøntsager, frugt ☐ Brød ☐ Andet, skriv hvilket: _____ 13. Hvordan er klientens appetit for tiden? ☐ God ☐ God, er blevet bedre ☐ Dårlig ☐ Dårlig, er blevet dårligere ☐ Det varierer ☐ Ved ikke 14. Er klienten gået ned eller op i vægt det sidste halve år? ☐ Op i vægt ☐ Ned i vægt ☐ Vægten er stabil ☐ Ved ikke 15. Klienten er: ☐ Normalvægtig ☐ Tynd ☐ Meget tynd ☐ Overvægtig 16. Omtrent hvor meget vejer klienten? _____ kg
---	---

Brug disse oplysninger sammen med oplysninger fra de foregående sider til at vurdere ernæringssituationen. Hvor ligger problemerne? Hvad bør der eventuelt ændres i kosten? Hvad er godt? Hvad kan der gøres?

(Levnedsmiddelstyrelsen, publ. 233, 1995. Refereret af Hølund et al, 1996)

G. MULIGE RETNINGSLINIER FOR UDFORMNING AF OPSKRIFTER

Retten navn:

- Navnet bør stå øverst
- Retten navn skal karakterisere retten
- Brug bindestreg i stedet for 'og' (eks. spinat-feta tærte)

Oplysninger:

- Antal portioner opskriften svarer til
- Total og portionsvis mængde i volumen/vægt/antal
- Mængder af tilbehør
- Tilberedningstid, og hvor stor en del af denne der er arbejdstid
- Pris per person
- Energiindhold per person og energifordeling
- Bemærkninger (f.eks. årstid)
- Kontrolleret/godkendt af?

Ingredienslistning:

- Specifikation for ingredienser (varenr., mængder, navn, pris)
- Der skal være en tidsmæssig/hensigtsmæssig rækkefølge
- Der anvendes præcise og kendte måleangivelser
- Der skal være en konsekvent brug af måleangivelser
- Der angives såvel brutto- som nettomål
- Varearten placeres før et komma og en evt. behandling efterfølgende, f.eks.: Tomater, flåede

Opskriftstekst:

- Opstil i rækkefølge og med tydelig adskillelse hvad der skal gøres; indled f.eks. hver arbejdsproces med fortløbende numre
- Brug store typer og mas ikke ordene
- Anvend korte, præcise og entydige sætninger
- Brug kun standardforkortelser
- Angiv størrelser på fade, gryder m.m.
- Angiv kogetider samt centrumstemperaturer
- Brug konsekvent bydeform (skær) eller passiv form (skæres)
- Skal være forståelig for alle (ikke være indforstået)

Andet:

- Oplysninger om hygiejne (råvarer, nedkøling m.m.)
- Udskæring/servering m.m.
- Mulighed for at skrive ændringsforslag
- Ændringer i proceduren når portionsstørrelsen ændres
- Variationsmuligheder

(Modificeret efter Lassen, 1995)

H. OVERSIGT OVER NOGLE EFTERUDDANNEL- SESMULIGHEDER FOR VISSE FAGGRUPPER

I det følgende listes nogle efteruddannelses tilbud vedrørende kost og ernæring i efteråret 1996 og foråret 1997 for nogle af faggrupperne omtalt i bilag B.1.2; Køkkenassistenten, køkkenledere, økonomaer, EH'ere, kliniske diætister, læger og sygeplejersker.

Køkkenassistenten

Uddannelsesarrangør	Efteruddannelses tema
Økonomaforeningen K ^a	Mad til børn i daginstitution
Økonomaforeningen K	Mærkning af levnedsmidler
Økonomaforeningen K	Hvad kan kvalitetsudvikling bruges til i danske institutionskøkkener? danske institutionskøkkener?
Økonomaforeningen K	Økologi og mad
Økonomaforeningen K	Økologi og mad
Økonomaforeningen K	Kantinefrokost år 2000
Økonomaforeningen K	Kantinefrokost år 2000
Økonomaforeningen K	Økologisk storkøkkendrift
Økonomaforeningen K	Økologisk storkøkkendrift
Økonomaforeningen K	Hvordan får jeg det sagt? (psykologi for personale med brugerkontakt) personale med brugerkontakt)
Økonomaforeningen K	Kursus i gennemslagskraft
Økonomaforeningen K	Kursus i gennemslagskraft
Økonomaforeningen K	Cafédrift på plejehjem og ældrecentre
Økonomaforeningen K	Cafédrift på plejehjem og ældrecentre
Økonomaforeningen K	Mad og bakterier
Økonomaforeningen K	Mad og bakterier
Økonomaforeningen K	Kvalitetsudvikling
Økonomaforeningen K	Kvalitetsudvikling
Økonomaforeningen K	Efteruddannelse
Økonomaforeningen K	Efteruddannelse
Økonomaforeningen K	Opdateringen af grunduddannelsen for køkkenassistenter - og ledere
Økonomaforeningen K	Opdateringen af grunduddannelsen for køkkenassistenter - og ledere
Økonomaforeningen K	Anbefalinger for den danske institutions- kost

Uddannelsesarangør	Efteruddannelsestema
Økonomaforeningen K	Tjen penge på din mad!
Økonomaforeningen K	Sund mad - sjov at lave
Økonomaforeningen C ^b	Forekomsten af reststoffer i svine- og oksekød
Køkken, Hotel, Restaurant (AMU ^c)	Diætetik
Køkken, Hotel, Restaurant (AMU)	Ernæring
Køkken, Hotel, Restaurant (AMU)	Ajourføring af køkkenassistentuddannelsen
Køkken, Hotel, Restaurant (AMU)	Kvalitetsstyring i køleproduktionen
Køkken, Hotel, Restaurant (AMU)	EMMA (ernærings- og miljørigtig madlavning i storkøkkener)
Køkken, Hotel, Restaurant (AMU)	Kursus og konferencebuffet
Køkken, Hotel, Restaurant (AMU)	Levnedsmiddelhygiejne og egenkontrol
Køkken, Hotel, Restaurant (AMU)	Grundtilberedning 1
Køkken, Hotel, Restaurant (AMU)	Grundtilberedning 2
Køkken, Hotel, Restaurant (AMU)	Torvekøkken diæt
Køkken, Hotel, Restaurant (AMU)	Torvekøkken bagning
Køkken, Hotel, Restaurant (AMU)	Torvekøkken dessert
Køkken, Hotel, restaurant (AMU)	Torvekøkken introduktion
Køkken, Hotel, Restaurant (AMU)	Grundtilberedning smørrebrød og koldt
Køkken, Hotel, Restaurant (AMU)	Smørrebrød og koldt videregående

Uddannelsesarrangør Efteruddannelsestema

Køkken, Hotel, Restaurant (AMU)

Torvekøkken for- og mellemretter

- a) K betyder, at kurset er udbudt i kredsregi
 b) C betyder, at kurset udbydes af Økonomaforeningen centralt
 c) Lov om arbejdsmarkedsuddannelser

Køkkenledere

Uddannelsesarrangør

Efteruddannelsestema

Økonomaforeningen K

Mad til børn i daginstitutioner

Økonomaforeningen K

Mærkning af levnedsmidler

Økonomaforeningen K

Hvad kan kvalitetsudvikling bruges til i danske institutionskøkkener?

Økonomaforeningen K

Tjen penge på din mad!

Økonomaforeningen K

Økologi og mad

Økonomaforeningen K

Sund mad - sjov at lave

Økonomaforeningen K

Anbefalinger for den danske institutionskost

Økonomaforeningen K

Hvordan får jeg det sagt? (psykologi for personale med brugerkontakt)

Økonomaforeningen K

Kantinefrokost år 2000

Økonomaforeningen K

Økologisk storkøkken drift

Økonomaforeningen K

Kursus i gennemslagskraft

Økonomaforeningen K

Mad og bakterier

Økonomaforeningen K

Kvalitetsudvikling

Økonomaforeningen K

Cafédrift på plejehjem og ældrecentre

Økonomaforeningen K

Efteruddannelse for køkkenassistenter og køkkenledere

Økonomaforeningen C

Gør dig synlig

Økonomaforeningen C

Gør dig synlig II

Økonomaforeningen C

Gør dig synlig II

Økonomaforeningen C

Opdatering af grunduddannelsen for køkkenassistenter og ledere

Uddannelsesarrangør	Efteruddannelsestema
Økonomaforeningen C	Forekomsten af reststoffer i svine- og oksekød
Køkken, Hotel og Restaurant (AMU)	Diætetik
Køkken, Hotel og Restaurant (AMU)	Ernæring
Køkken, Hotel og Restaurant (AMU)	Ajourføringskursus af køkkenassistentuddannelsen
Køkken, Hotel og Restaurant (AMU)	Kvalitetsstyring i køleproduktionen
Køkken, Hotel og Restaurant (AMU)	EMMA (ernæring- og miljørigtig madlavning)
Køkken, Hotel og Restaurant (AMU)	Kursus og konferencebuffet
Køkken, Hotel og Restaurant (AMU)	Levnedsmiddelhygiejne og egenkontrol
Køkken, Hotel og Restaurant (AMU)	Grundtilberedning 1
Køkken, Hotel og Restaurant (AMU)	Grundtilberedning 2
Køkken, Hotel og Restaurant (AMU)	Torvekøkken diæt
Køkken, Hotel og Restaurant (AMU)	Torvekøkken bagning
Køkken, Hotel og Restaurant (AMU)	Torvekøkken dessert
Køkken, Hotel og Restaurant (AMU)	Torvekøkken introduktion
Køkken, Hotel og Restaurant (AMU)	Grundtilberedning smørrebrød og koldt
Køkken, Hotel og Restaurant (AMU)	Smørrebrød og koldt videregående
Køkken, Hotel og Restaurant (AMU)	Torvekøkken for- og mellemretter

Økonomaer

Uddannelsesarrangement	Efteruddannelses tema
Økonomaforeningen K	Mad til børn i daginstitution
Økonomaforeningen K	Tjen penge på din mad!
Økonomaforeningen K	Mærkning af levnedsmidler
Økonomaforeningen K	Hvad kan kvalitetsudvikling bruges til danske institutionskøkkener? danske institutionskøkkener?
Økonomaforeningen K	Økologi og mad
Økonomaforeningen K	Økologi og mad
Økonomaforeningen K	Kantinefrokost år 2000
Økonomaforeningen K	Kantinefrokost år 2000
Økonomaforeningen K	Økologisk storkøkken drift
Økonomaforeningen K	Økologisk storkøkken drift
Økonomaforeningen K	Hvordan får jeg det sagt? (psykologi for personalet med brugerkontakt)
Økonomaforeningen K	Hvordan får jeg det sagt? (psykologi for personalet med brugerkontakt)
Økonomaforeningen K	Mad og bakterier
Økonomaforeningen K	Mad og bakterier
Økonomaforeningen K	Kursus i gennemslagskraft
Økonomaforeningen K	Kursus i gennemslagskraft
Økonomaforeningen K	Anbefalinger for den danske institutionskost
Økonomaforeningen K	Anbefalinger for den danske institutionskost
Økonomaforeningen K	Kvalitetsudvikling
Økonomaforeningen K	Kvalitetsudvikling
Økonomaforeningen K	Cafédriften på plejehjem og ældrecentre
Økonomaforeningen K	Cafédriften på plejehjem og ældrecentre
Økonomaforeningen C	Lederuddannelsen: Gør dig synlig
Økonomaforeningen C	Lederuddannelsen: Gør dig synlig
Økonomaforeningen C	Mediakursus - gør dig synlig
Økonomaforeningen C	Mediakursus - gør dig synlig
Økonomaforeningen C	Opdatering af grunduddannelsen for økonomaer
Økonomaforeningen C	Opdatering af grunduddannelsen for økonomaer
Økonomaforeningen C	Temadag om forekomsten af reststoffer i svine- og oksekød
Økonomaforeningen C	Temadag om forekomsten af reststoffer i svine- og oksekød
Økonomaskolen (L.å.u. ^a)	Efteruddannelse for økonomaer
Aarhus Universitet	Kost- og ernæringskundskab
Aarhus Universitet	Kontakt din omverden
Aarhus Universitet	Temadag om de nye rekommandationer for institutionskost
Aarhus Universitet	Temadag om de nye rekommandationer for institutionskost
Aarhus Universitet	Fedt og antioxidanter

Uddannelsesarrangør	Efteruddannelsestema
Aarhus Universitet	Bakterier - de gode - de onde og de virkelig slemme
Aarhus Universitet	Ernæring og diætetik
Aarhus Universitet	Børn og unges udvikling
Aarhus Universitet	Nye trends indenfor ernæring
Aarhus Universitet	Antioxidanter
Aarhus Universitet	Sundhedsopfattelse af kostvaner hos musli-
Aarhus Universitet	mer i Danmark
Aarhus Universitet	Grafisk tilrettelæggelse på computer
Aarhus Universitet	Grafisk tilrettelæggelse på computer
Aarhus Universitet	Workshop om rekommendationer for diæ-
Aarhus Universitet	ter, teori og praksis
Aarhus Universitet	Psykologiske perspektiver på madvaner og
Aarhus Universitet	spisemønstre
Aarhus Universitet	Kulhydrater
Aarhus Universitet	Kommunikation med gennemslagskraft
Aarhus Universitet	Kommunikation med gennemslagskraft
Aarhus Universitet	Fokus på vores drikkevaner
Aarhus Universitet	Fokus på vores drikkevaner
Aarhus Universitet	Appetitregulering
Aarhus Universitet	Appetitregulering
Aarhus Universitet	Kost og ernæringskundskab
Aarhus Universitet	Kost og ernæringskundskab

(16 uger)

^{a)} L.å.u. = Lov om åben uddannelse

Ernæring- og husholdningsøkonomer

Uddannelsesarrangør	Efteruddannelsestema
Økonomaforeningen K	Mad til børn i daginstitution
Økonomaforeningen K	Tjen penge på din mad!
Økonomaforeningen K	Anbefalinger for den danske instituti- onskost
Økonomaforeningen K	Mærkning af levnedsmidler
Økonomaforeningen K	Hvad kan kvalitetsudvikling bruges til i danske køkkener?

Uddannelsesarrangør	Efteruddannelsestema
Økonomaforeningen K	Økologi og mad
Økonomaforeningen K	Kantinefrokost år 2000
Økonomaforeningen K	Økologisk storkøkken drift
Økonomaforeningen K	Hvordan får jeg det sagt? (psykologi for personale med Brugerkontakt)
Økonomaforeningen K	Mad og bakterier
Økonomaforeningen K	Mad og bakterier
Økonomaforeningen K	Kursus i gennemslagskraft
Økonomaforeningen K	Kursus i gennemslagskraft
Økonomaforeningen K	Kvalitetsudvikling
Økonomaforeningen K	Kvalitetsudvikling
Økonomaforeningen K	Cafédriften på plejehjem og ældrecentre
Økonomaforeningen K	Cafédriften på plejehjem og ældrecentre
Økonomaforeningen C	Lederuddannelsen: Gør dig synlig
Økonomaforeningen C	Lederuddannelsen: Gør dig synlig
Økonomaforeningen C	Mediakursus - gør dig synlig
Økonomaforeningen C	Mediakursus - gør dig synlig
Økonomaforeningen C	Temadag om forekomsten af reststoffer i svine- og oksekød
Økonomaforeningen C	Temadag om forekomsten af reststoffer i svine- og oksekød
Økonomaskolen (L.å.u. ^a)	Efteruddannelse for økonomaer
Økonomaskolen (L.å.u. ^a)	Efteruddannelse for økonomaer
Aarhus Universitet	Kost- og ernæringskundskab
Aarhus Universitet	Kost- og ernæringskundskab
Aarhus Universitet	Kontakt din omverden
Aarhus Universitet	Kontakt din omverden
Aarhus Universitet	Temadag om de nye rekommandationer for institutionskost
Aarhus Universitet	Temadag om de nye rekommandationer for institutionskost
Aarhus Universitet	Bakterier - de gode - de onde og de virkelig slemme
Aarhus Universitet	Børns og unges udvikling
Aarhus Universitet	Børns og unges udvikling
Aarhus Universitet	Kost og motion
Aarhus Universitet	Kost og motion
Aarhus Universitet	Overfølsomhed - astma og allergi en folkesygdom
Aarhus Universitet	Overfølsomhed - astma og allergi en folkesygdom
Aarhus Universitet	Nye trends indenfor ernæring
Aarhus Universitet	Nye trends indenfor ernæring
Aarhus Universitet	Antioxidanter
Aarhus Universitet	Antioxidanter
Aarhus Universitet	Sundhedsopfattelse og kostvaner hos muslimer i Danmark
Aarhus Universitet	Sundhedsopfattelse og kostvaner hos muslimer i Danmark
Aarhus Universitet	Grafisk tilrettelæggelse på computer
Aarhus Universitet	Grafisk tilrettelæggelse på computer

Uddannelsesarrangør	Efteruddannelsestema
Aarhus Universitet	Kampen med vægten - etablering af grupper og adfærdsmodifikation
Aarhus Universitet	Psykologiske perspektiver på madvaner og spisemønstre
Aarhus Universitet	Kulhydrater
Aarhus Universitet	Kommunikation med gennemslagskraft
Aarhus Universitet	Fokus på vore drikkevaner
Aarhus Universitet	Appetitregulering
Aarhus Universitet	Kost og ernæringskundskab
Aarhus Universitet (16 uger)	Kost og ernæringskundskab
Aarhus Universitet (16 uger)	

^{a)} L.å.u. = Lov om åben uddannelse

Kliniske diætister

Uddannelsesarrangør	Efteruddannelsestema
Økonomaforeningen K	Mad til børn i daginstitutioner
Økonomaforeningen K	Mærkning af levnedsmidler
Økonomaforeningen K	Hvad kan kvalitetsudvikling bruges til i danske institutionskøkkener?
Økonomaforeningen K	Økologi og mad
Økonomaforeningen K	Økologi og mad
Økonomaforeningen K	Kantinefrokost år 2000
Økonomaforeningen K	Kantinefrokost år 2000
Økonomaforeningen K	Økologisk storkøkken drift
Økonomaforeningen K	Økologisk storkøkken drift
Økonomaforeningen K	Hvordan får jeg det sagt? (psykologi for personale med brugerkontakt)
Økonomaforeningen K	Mad og bakterier
Økonomaforeningen K	Mad og bakterier
Økonomaforeningen K	Kursus i gennemslagskraft
Økonomaforeningen K	Kursus i gennemslagskraft
Økonomaforeningen K	Kvalitetsudvikling
Økonomaforeningen K	Kvalitetsudvikling
Økonomaforeningen K	Cafédrift på plejehjem og ældrecentre
Økonomaforeningen K	Cafédrift på plejehjem og ældrecentre
Økonomaforeningen C	Lederuddannelse: Gør dig synlig
Økonomaforeningen C	Lederuddannelse: Gør dig synlig
Økonomaforeningen C	Mediakursus - Gør dig synlig
Økonomaforeningen C	Mediakursus - Gør dig synlig

Uddannelsesarrangør

Efteruddannelsestema

Økonomaforeningen C

Temadag om forekomsten af reststoffer i svine- og oksekød

Aarhus Universitet
Aarhus Universitet

Kontakt din omverden
Kontakt din omverden

Aarhus Universitet
Aarhus Universitet

Temadag om de nye rekommandationer for
Temadag om de nye rekommandationer for

Aarhus Universitet

institutionskost

Aarhus Universitet

Fedt og antioxidanter

Aarhus Universitet

Fedt og antioxidanter

Aarhus Universitet

Bakterier - de gode- de onde og de virkelig

Aarhus Universitet

Bakterier - de gode- de onde og de virkelig

Aarhus Universitet

Børn og unges udvikling

Aarhus Universitet

Børn og unges udvikling

Aarhus Universitet

Børn og unges udvikling

Aarhus Universitet

Overfølsomhed - astma og allergi en folkesygdom

Aarhus Universitet

Overfølsomhed - astma og allergi en folkesygdom

Aarhus Universitet

Sundhedspsykologiske emner

Aarhus Universitet

Nye trends indenfor ernæring

Aarhus Universitet

Sundhedspsykologiske emner

Aarhus Universitet

Antioxidanter

Aarhus Universitet

Nye trends indenfor ernæring

Aarhus Universitet

Sundhedsopfattelse af kostvaner hos muslim

Aarhus Universitet

Antioxidanter

Aarhus Universitet

Sundhedsopfattelse af kostvaner hos muslim

Aarhus Universitet

Kampen med vægten - etablering af grup

Aarhus Universitet

Kampen med vægten - etablering af grup

Aarhus Universitet

Kost og kræft

Aarhus Universitet

per og adfærdsmodifikation

Aarhus Universitet

Psykologiske perspektiver på madvaner og

Aarhus Universitet

Kost og kræft

Aarhus Universitet

Psykologiske perspektiver på madvaner og

Aarhus Universitet

Kommunikation med gennemslagskraft

Aarhus Universitet

Kommunikation

Aarhus Universitet

Kolhydrater og drikkevaner

Aarhus Universitet

Kolhydrater

Aarhus Universitet

Appetitregulering med gennemslagskraft

Aarhus Universitet

Spis og værdi

Aarhus Universitet

Spis og værdi

Aarhus Universitet

Appetitregulering

Aarhus Universitet

Sport og ernæring

Læger

Uddannelsesarrangør

Lægeforeningen

Lægeforeningen

Lægeforeningen Århus
Amt

Efteruddannelsestema

Kostvejledning i almen praksis

Klinisk ernæring

Trivsel, børn og kost

Sygeplejersker

Uddannelsesarrangør

Dansk Sygeplejerråd

Efteruddannelsestema

Uden mad og drikke duer sygeplejen ikke