



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INST FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

Sjukhuscockarnas kamp

En kvalitativ studie kring menyförändring och dess konsekvenser

Annika Berntsson och Evelina Nabb

Rapportnummer: VT15-12

Uppsats/Examensarbete: Kandidatuppsats 15 hp

Program: Kostekonomprogrammet med inriktning mot ledarskap, 180 hp

Nivå: Grundnivå

Termin/år: Vt 2015

Handledare: Hillevi Prell

Examinator: Kerstin Bergström



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INST FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

Rapportnummer: VT15-12

Titel: Sjukhuskockarnas kamp: en kvalitativ studie kring menyförändring och dess konsekvenser

Författare: Annika Berntsson och Evelina Nabb

Uppsats/Examensarbete: Kandidatuppsats 15 hp

Program/kurs: Kostekonomprogrammet med inriktning mot ledarskap

Nivå: Grundnivå

Handledare: Hillevi Prell

Antal sidor: 26 (inklusive bilagor)

Termin/år: Vt 2015

Nyckelord: arbetsituation, kockar, probleminventering, sjukhus, undernäring

Sammanfattning

Maten som serveras till sjukhuspatienter syftar inte bara till att mätta och ge energi, den har också stor betydelse för tillfrisknandet. Studier visar att undernäring är ett stort problem bland patienter i många länder och leder bland annat till försämrad läkning, längre sjukhusvistelse och ökad risk för ytterligare sjuklighet. I en dansk studie identifierades tre huvudsakliga motivationsfaktorer för att äta hos sjukhuspatienter: Pleasure, Comfort och Survival. Syftet med studien är att utveckla en modell för hur sjukhuskost kan förändras menymässigt, baserad på motivationsfaktorerna Pleasure, Comfort och Survival, samt att utarbeta förslag på hur en dags meny skulle kunna se ut. Med detta som utgångspunkt vill vi undersöka kockarnas åsikter kring förändringarna och vilka konsekvenser de kan innebära.

Studien är kvalitativt inriktad och influerad av aktionsforskningsprocessen för att kunna dra nytta av kockarnas kunskaper och erfarenheter och därigenom vidareutveckla modellen. En semistrukturerad fokusgruppsintervju med två av kockarna på ett sjukhus genomfördes därför. Ett samtal med sektionschefen och en dietist på sjukhuset samt ett samtal med en menyplanerare i Västra Götalandsregionen genomfördes också. Resultatet visade att modellen inte innebar några egentliga förändringar jämfört med dagsläget, detta på grund av att Måltidsservice på det aktuella sjukhuset redan genomfört en del förändringar gällande patientkosten på eget initiativ. Det framkom också att vid ett eventuellt utvecklingsarbete krävs genomgripande förändringar av meny och arbetsrutinerna för att uppnå de näringsmässiga mål som finns. Utifrån de synpunkter som kockarna hade gällande modellen utformades en reviderad modell som eventuellt kan användas vid vidare utvecklingsarbete. De förändringar som gjordes syftade till att göra modellen tydligare och på ett bättre sätt belysa vad som kännetecknar respektive kategori.

Förord

Ett stort tack till den sektionschef för Måltidsservice som tog initiativet till projektet och bidrog med relevant kunskap och insikter. Tack också till dietisten som bidragit med värdefull kunskap och erfarenhet.

Tack till vår handledare Hillevi Prell för värdefull feedback och konstruktiv kritik genom hela processen.

Vi vill särskilt tacka våra respondenter för att de ställde upp på intervjun och gjorde studien möjlig.

Sist men inte minst vill vi tacka våra nära och kära som har hjälpt till med genomläsning av texter och stöttat oss genom uppsatsskrivandet.

Arbetsfördelning

Arbetsfördelningen under uppsatsprocessen har varit jämnt fördelad mellan oss båda. Evelina kom in något senare i processen, vilket medförde att Annika skrev PM 1 och 2 samt sökte litteratur på egen hand. Dock är hela uppsatsen skriven av oss tillsammans och vi har båda närvarat lika mycket vid samtliga intervjutillfällen och möten.

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Syfte	1
Frågeställningar	1
Bakgrund	2
Undernäring	2
Grundkoster i Sverige	2
Motivationsfaktorer	4
Måltidsservice på sjukhuset	6
Metod	8
Forskningsstrategi och -design	8
Aktionsforskning	8
Urval	8
Databearbetning och analys	10
Metodologiska överväganden	11
Resultat	13
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	21
Slutsats och implikationer	24
Referenser	25

Introduktion

Maten har en stor betydelse för hälsan och livskvalitén för både friska och sjuka. När det gäller mat som serveras till sjuka är det särskilt viktigt att ta hänsyn till den näringsmässiga delen men också öka lusten att äta då undernäring hos sjukhuspatienter kan leda till bland annat längre sjukhusvistelse, sämre sårhäkning men även ökad dödlighet. Det är därför av stor vikt att maten blir uppäten enligt Isabel, Correia & Waitzberg (2003). Flera studier visar att dagens sjukhusmat når upp till rekommenderade energi- och näringsnivåer och ibland även överstiger rekommendationen, problemet är att många patienter inte orkar äta upp sin portion. Den vanligaste anledningen till detta är att deras sjukdomstillstånd och ibland även behandling påverkar aptiten och upplevelsen av matens sensoriska egenskaper (Sorensen, Holm, Bom Frost & Kondrup, 2012). De identifierade tre motivationsfaktorer som kan stimulera patienters aptit och vilja att äta: Pleasure, Comfort och Survival.

Pleasure kan jämföras med dagens SNR-kost (Svenska Näringsrekommendationer) och dessa patienters sjukdomstillstånd har ingen större påverkan på deras aptit. Comfort liknar till viss del dagens A-kost (Allmän kost för sjuka) och är lämplig för patienter vars sjukdomstillstånd och/eller behandling påverkar aptiten i viss mån, och där maten kan utgöra en lindring av exempelvis muntorrhet eller sväljsvårigheter. Survival kan i viss mån jämföras med dagens E-kost (Energi- och proteinrik kost) och patienterna i denna kategori är svårt sjuka och äter enbart för att överleva. Problemet är att E-kosten i sin nuvarande form inte är näringsmässigt tillfredsställande enligt en sektionschef på ett sjukhus i Västra Götaland (personlig kommunikation, 27 mars 2015) och en genomgripande förändring av dagens patientkost anses därför nödvändig.

Initiativet till vår studie togs av en sektionschef för Måltidsservice på ett sjukhus i Västra Götalandsregionen. Anledningen till det var en undersökning som genomfördes på sjukhuset i januari 2013, där det framkom att många patienter inte orkar äta upp maten, men att de som serverades mindre portioner i högre grad åt upp och därmed hade ett högre närings- och energiintag. En slutsats som drogs var att det behövs ett nytt tänk kring patientkosten för att på så sätt bidra till ökad aptit hos patienterna (Västra Götalandsregionen, 2013). En sådan förändring av patientkosten skulle påverka kökspersonalens arbetssituation, vilket kartläggs genom denna studie.

Syfte

Syftet med studien är att utveckla en modell för hur sjukhuskosterna kan förändras menymässigt, baserad på motivationsfaktorerna Pleasure, Comfort och Survival, samt att utarbeta förslag på hur en dags meny skulle kunna se ut. Med detta som utgångspunkt vill vi undersöka kockarnas åsikter kring förändringarna och vilka konsekvenser de kan innebära.

Frågeställningar

- (1) Vilka problem finns med dagens meny, och vilka förändringar har hittills genomförts?
- (2) Vilka förslag till förändring finns enligt kockarna?
- (3) Hur kan en modell baserad på de tre motivationsfaktorerna se ut?
- (4) Hur skulle kockarnas arbetssituation påverkas av förändringen baserad på modellen?
- (5) Vad är kockarnas åsikter kring modellen, och hur kan modellen förändras utifrån deras åsikter?

Bakgrund

Undernäring

Ett flertal studier visar på att 30-85 % av alla sjukhuspatienter lider av undernäring (Dupertuis, Kossovsky, Kyle, Raguso, Genton & Pichard, 2003). Thibault et al. (2011) menar att 30-50 % av alla vuxna sjukhuspatienter i västvärlden är undernärda. Corrigan (2014) uppskattar att en tredjedel av alla som skrivs in på sjukhus lider av undernäring, och att om inte tillståndet uppmärksammas och behandling sätts in kommer två tredjedelar av dem att drabbas av försämrad näringsstatus under sjukhusvistelsen. Av de patienter som inte är undernärda vid inskrivningen löper uppskattningsvis en tredjedel risk att utveckla undernäring under sin sjukhusvistelse. Barton, Beigg, Macdonalds & Allison (2000) menar att detta problem inte uppmärksammas då enbart 23 % av de inskrivna patienterna vägdes och hos mindre än 50 % fanns det någon typ av information gällande deras näringsstillstånd. Protein-energimalnutrition (PEM) är ett tillstånd hos kroniskt sjuka, framförallt äldre patienter som leder till funktionsförändringar i organen och förlust av kroppsmassa samt ökar risken för ytterligare sjuklighet. Inom den svenska sjukvården är PEM den absolut vanligast förekommande formen av undernäring, ett flertal undersökningar där sammanlagt 4687 patienter deltog visade att 28 % av patienterna led av PEM (Socialstyrelsen, 2011).

Undernäring eller malnutrition kan definieras som ett tillstånd där en persons energi- och näringsintag understiger behovet av energi och näringsämnen, och därmed påverkar personens fysiska hälsotillstånd. Tillståndet kan även uppstå genom en förändring i ämnesomsättningen orsakad av vissa sjukdomar. Undernäring kan, om den inte behandlas leda till bland annat försämrat immunförsvar, försämrad muskelfunktion, sämre sårhäkning, längre sjukhusvistelse samt ökad risk för ytterligare sjuklighet och dödlighet (Isabel et al. 2003). PEM kan, utöver de redan nämnda komplikationerna även leda till minskad andnings- och hjärtpacitet, minskad fysisk styrka och muskelförlust, tunnare hud, håravfall, försämrad metabolism, hypothermi, apati samt ödem (de Luis, Culebras, Aller & Eiros-Bouza, 2014).

Dupertuis et al. (2003) pekar på att flertalet patienter som ingick i en studie hade ett för lågt proteinintag snarare än för lågt energiintag. 43 % av dem låg på ett proteinintag under miniminivån, medan siffran ökade till 70 % om man jämförde med den rekommenderade nivån. Enligt Hiesmayr et al. (2009) åt mindre än hälften av alla patienter upp sin mat och den vanligaste orsaken till detta var att de inte var hungriga. Barton et al. (2000) menar att maten som serveras på brittiska sjukhus har potential att möta rekommendationerna men att de nuvarande riktlinjerna inte är tillräckligt anpassade efter patienternas behov. Detta leder till ett högt svinn och undernärda patienter vilket ger stora medicinska och ekonomiska konsekvenser och därför är nya riktlinjer nödvändiga. I Sverige finns det riktlinjer för patientkost utfärdade av Socialstyrelsen, men frågan är om de tillgodoser patienternas näringsbehov?

Grundkost i Sverige

Inom den svenska sjukvården tillämpas i huvudsak tre patientkost: SNR-, A- och E-kost (Socialstyrelsen, 2011). De betonar vikten av alla individers rättigheter till lämplig och behovsanpassad nutrition, samt framhåller nödvändigheten i att införliva nutritionen som en väsentlig del av den kliniska behandlingen.

SNR-kost

SNR-kost (Svenska Näringsrekommendationer) rekommenderas till patienter med normal fysisk aktivitetsnivå samt patienter vars sjukdom inte påverkar näringstillståndet eller kräver någon specifik kostbehandling (Socialstyrelsen, 2011). Fördelningen av såväl makronutrientier som vitaminer och mineraler utgår ifrån NNR:s (Nordiska Näringsrekommendationer) rekommendationer, och syftet med SNR-kost är att på lång sikt främja god hälsa, stabil vikt och minska risken för välfärdssjukdomar som diabetes typ 2 och högt blodtryck. Vid SNR-kost rekommenderas en fördelning av makronutrienterna enligt följande: 25-35 energiprocent (E%) fett, varav maximalt 10 E% bör vara mättat fett och transfett, 50-60 E% kolhydrater, varav mindre än 10 E% skall komma från rena sockerarter och fiberhalten bör vara 3 g/MJ, samt 10-20 E% ifrån protein.

A-kost

Allmän kost för sjuka (A-kost) är den grundläggande kosten för de flesta sjuka, och ordineras till patienter med nedsatt aptit, ett samtidigt ökat näringsbehov och/eller begränsad fysisk aktivitet. Även patienter som ligger i riskzonen för att utveckla undernäring på grund av sjukdomens inverkan på aptit eller behov av näring bör ordineras A-kost. Vissa sjukdomar innebär en ökad energiomsättning hos patienten, samtidigt som den fysiska aktiviteten är låg på grund av sjukdomen. Detta medför ett minskat behov av energi samtidigt som behovet av näringsämnen är konstant, och därmed skall en portion A-kost vara lika näringstät som en portion SNR-kost, men storleken på portionen bör motsvara cirka 75 % av en SNR-portion (Socialstyrelsen, 2011).

Fördelningen av makronutrienterna för A-kost rekommenderas se ut enligt följande: 35-40 E% fett, varav maximalt 10 E% från mättat fett, 40-50 E% kolhydrater samt 15-20 E% protein. En konsekvens av den lägre andelen kolhydrater jämfört med SNR-kost blir att kostfiberhalten understiger rekommendationerna för SNR, men samtidigt minskar detta matens volym vilket underlättar för patienten att orka äta upp hela portionen. Proteinbehovet vid kroniska sjukdomstillstånd är högre än för friska individer, och beräknas vara 1,0-1,5 gram protein per kilo kroppsvikt och dygn. Vid ett energiintag under 7 MJ per dag kan inte patientens vitamin- och mineralbehov tillgodoses genom enbart maten, och supplementering av de vitaminer och mineraler som brister bör därför övervägas (Socialstyrelsen, 2011).

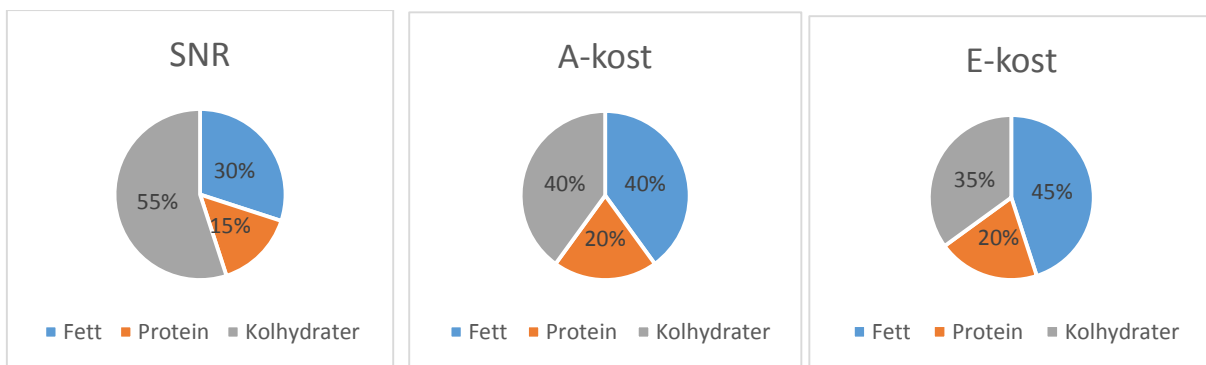
E-kost

Energi- och proteinrik kost (E-kost) ordineras till patienter som bedöms ligga i riskzonen för undernäring eller är undernärda i samband med aptitlöshet. Även överviktiga och diabetiker kan ordineras E-kost då deras tillstånd kan leda till undernäring. Kosten passar även patienter som på grund av behandlingar kan få svårigheter att äta och svälja och inte får i sig tillräckligt med energi och protein med A-kost.

Vid behandling av undernäring måste patientens individuella behov av energi och näringsämnen tillgodoses, därför bygger E-kost på flera små mål utspridda över dygnet och även beräkningsmedel kan användas. Portionsstorleken bör ligga på halva till två tredjedelar av en normal portion men samtidigt innehålla den rekommenderade mängden energi och protein.

Fördelningen av makronutrienterna rekommenderas enligt följande: fett 40-50 E%, kolhydrater 25-45 E% och protein 15-25 E%. Jämfört med SNR har E-kosten en större andel fett för att lättare kunna öka matens energitäthet utan att öka volymen. Med en ökad andel fett är det viktigt

att ta hänsyn till fettkvalitén då många animaliska fettkällor innehåller höga mängder mättat fett. Även andelen protein är större vid E-kost då det anses minska förlusten av cellvävnad vid undernäring. Proteinbehovet bedöms ligga mellan 1-1,5 g/kg kroppsvikt och dygn jämfört med SNR:s rekommendationer som ligger på 0,8 g/kg kroppsvikt och dygn. Ett alltför högt proteinintag kan leda till att proteinet utnyttjas som bränsle för att ge energi istället och bör därför inte överskrida rekommendationerna. Vid menyplanering kan svårigheter uppstå gällande protein- och energimängd, i de fallen bör energimängden prioriteras. Den mindre mängden kolhydrater är följden av protein- och fettrekommendationerna och andelen kostfibrer bör hållas på en lägre nivå än SNR:s rekommendationer. Vitaminer, mineraler och spårämnen bör följa SNR:s rekommendationer, dock kan patienter som behandlas med E-kost ha ett bristfälligt intag av vitaminer och mineraler sedan tidigare och bör därför ordineras ett dagligt kosttillskott (Socialstyrelsen, 2011). Trots ovan nämnda riktlinjer kring E-kosten så finns näringsmässiga brister i dagens E-kost då undernäring bland sjukhuspatienter är ett problem enligt Socialstyrelsen (2011).



Figur 1. Fördelningen av näringsämnen hos de olika grundkosterna på sjukhus.

Enligt Sorensen et al. (2012), som utfört en studie kring danska sjukhuspatienters motivation att äta beror problemet med undernäring bland sjukhuspatienter inte på att maten är näringsmässigt otillräcklig, tvärtom så når den upp till och överstiger ofta energi- och näringsrekommendationerna med så mycket som 40 %. Det som orsakar undernäringen hos patienterna är snarare att de inte orkar äta upp maten de serverats. Andra faktorer som Sorensen et al. pekar på som problematiska och försvårande gällande undernäring är att tillräcklig kunskap saknas hos vårdpersonalen, patientinflytandet är otillräckligt, samarbetet mellan vårdpersonalen inte fungerar samt att inblandning från sjukhusledningen är nödvändig men inte alltid sker. Ytterligare orsaker till undernäring hos patienter menar Sorensen et al. kan vara att en undersökning beträffande näringstillstånd oftast inte utförs vid inskrivning av patienter, att en arbetsgrupp eller stödfunktion inom nutrition saknas på många sjukhus, att det i de fall en sådan stödfunktion finns inte utnyttjas tillräckligt eller inkonsekvent, samt att det på de flesta sjukhus serveras tre huvudmåltider per dag jämfört med sex mindre måltider som rekommenderas i vissa länder.

Motivationsfaktorer

Enligt Sorensen et al. (2012) var syftet med den danska studien att utveckla en mall för hur sjukhus kan öka patienternas intag av mat och förbättra deras näringstillstånd. Under studien identifierades några gemensamma nämnare för patienternas motivation att äta: smak, den visuella upplevelsen, konsistens och temperatur, och tre huvudsakliga motivationsfaktorer

urskildes: Pleasure, Comfort och Survival. I texten nedan samt i figur 2 redogörs för innebörden av respektive motivationsfaktor och exempel på livsmedel.

Pleasure

Patienterna i kategorin Pleasure är “friska” sjuka, vars sjukdomstillstånd inte påverkar aptiten i någon större utsträckning. De kan njuta av matens smak, doft och utseende, vilket var deras främsta motivation till att äta och de kräver därför ingen speciell kosthållning. Varierade maträtter, tillbehör, smaker och texturer ansågs viktigt för att öka aptiten, därför kan med fördel nya rätter och smaker testas i denna kategori. Det föreslås av Sorensen et al. (2012) att de maträtter som erbjuds patienter inom denna kategori skall bestå av många olika komponenter med olika textur, färgskala och smak för att stimulera aptiten.

Comfort

Comfort-patienterna lider av sjukdomar och symptom som påverkar aptiten negativt, exempelvis illamående, yrsel, muntorrhet och sväljsvårigheter, men svårigheterna kan även orsakas av mediciner eller behandlingar som de genomgår (Sorensen et al, 2012). Deras motivation för att äta kan vara att främja salivproduktionen eller dölja medicinsmaken, och de föredrar mat med bekanta och enkla smaker och konsistenser, såsom potatismos och soppor. Andra anledningar för dessa patienter att äta kan vara att maten fungerar törstsläckande och/eller lugnande för magen. Maträtter som istället kan förvärra symptomen, eller som exempelvis anses alltför obehaglig att kräkas upp, undviks helst av dessa patienter. Många av de tillfrågade motiverades också av en önskan att kunna återgå till sina normala rutiner kring mat och ätande, och för dem gav mat som kändes välbekant en psykologisk tillfredsställelse. Vad som definieras som bekant eller behaglig gällande smak, temperatur, konsistens et cetera är individuellt och varierar från person till person, och maten till dessa patienter kan vara av många olika slag.

Survival

I kategorin Survival lider patienterna av svåra sjukdomar som påverkar aptiten och ibland även förmågan att äta, såsom anorexia, dysfagi (tugg- och sväljsvårigheter) och illamående. För dessa patienter är motivationen för att äta överlevnad, de har stora svårigheter att njuta av maten, känner sig tvungna att äta och äter små mängder. Trots detta ansåg de flesta patienter i studien att regelbundna måltider var viktigt och nödvändigt för att överleva sjukdomen, och att om de inte åt skulle deras tillstånd förvärras. De insåg även vikten av att få i sig mycket protein för att främja sårhäkning och ett snabbare tillfrisknande. Sorensen et al. (2012) menar att patienterna som enbart hade överlevnad som motivation för att äta, oftast var starkt motiverade men ändå inte lyckades äta regelbundna måltider och därför kunde behöva förlita sig på sondnäring i perioder. På grund utav ät- och sväljsvårigheterna ansåg patienterna att det var viktigt att kunna äta effektivt, det vill säga att maten hade en lätt konsistens och föredrog därför exempelvis yoghurt eller soppor. En omständighet som i vissa fall påverkade patienternas motivation var det faktum att de hade fått råd av en dietist kring vad som var lämpligt för dem att äta, och de följde därför dessa råd eftersom de insåg hur viktiga de var för att överleva och tillfriskna, men de rekommenderade livsmedlen var inte alltid vad de själva hade valt, och detta kunde därför påverka i hur hög grad de faktiskt åt upp maten.

Food choice ↑ ↑	Examples of existing foods to promote intake	Elaborate and garnished meals with varied side-dishes	Soup, Porridge, Yoghurt, Fresh fruit, Ice lolly, Cola, Traditional dishes	Oral nutritional supplements, Beverages, Yoghurt
	Food sensory needs	Appearance, Aroma, Taste, Variety	Refreshing, Thirst quenching, Gastrointestinal comfort, Pleasantly satiating, Familiar	Texture & consistency, Easy to eat, Simple
	Food sensory perception and eating ability	Mild eating symptoms (e.g., lack of appetite, early satiety)	Desired positive post-ingestive response, Desire to return to eating normally	Severe eating symptoms (e.g., anorexia, dyspepsia, nausea, emesis, xerostomia, dysgeusia, dysphagia)
		Pleasure	Comfort	Survival
		Motivation to eat		

Figur 2. Modell över matens sensoriska kvaliteter för respektive motivationsfaktor (Sorensen et al. 2012, s. 644).

Det finns likheter mellan de olika grundkosterna och Sorensens et al. (2012) motivationsfaktorer, men också skillnader. Den största likheten mellan grundkosterna och motivationsfaktorerna är att de patientkategorier som beskrivs för respektive grundkost är applicerbara även på motivationsfaktorerna. Det som framförallt skiljer SNR-, A- och E-kost från motivationsfaktorerna är att grundkosterna utgår från specifika riktlinjer gällande näringsinnehåll och portionsstorlekar, samt att dessa riktlinjer är relativt konkreta jämfört med motivationsfaktorerna, som i mindre utsträckning fokuserar på livsmedelsval men desto mer på egenskaper som motiverar patienterna att vilja äta. Dessa olikheter gör att en förändring av patientkosterna på sjukhuset baserad på Sorensens et al. (2012) motivationsfaktorer kan bli problematisk då det saknas konkreta riktlinjer för hur kosten uppbyggda på Pleasure, Comfort och Survival bör se ut. Trots detta anser sektionschefen på sjukhuset att en anpassning av dagens patientkost till motivationsfaktorerna är nödvändig för att förebygga undernäring.

Måltidsservice på sjukhuset

Måltidsenheten på det aktuella sjukhuset består av cirka 20 kockar och köksbiträden enligt sjukhusets sektionschef (personlig kommunikation, 27 mars 2015). Antalet vårdplatser på sjukhuset är 214. Under 2014 hade sjukhuset 11638 vårdtillfällen inom somatisk slutenvård, och 995 vårdtillfällen inom den psykiatriska slutenvården (Västra Götalandsregionen, 2015). 2011 infördes Gemensam Meny i Västra Götalandsregionen, vilket innebär att samtliga sjukhus i regionen serverar samma rätter till patienterna och att menyn planeras centralt inom organisationen (Västra Götalandsregionen, 2015). Nedan redovisas det genomsnittliga antalet patientmåltider per månad på sjukhuset, fördelat på lunch och middag samt A-, E- och SNR-kost.

	A-kost	E-kost	SNR-kost
Lunch	4286 portioner	861 portioner	23 portioner
Middag	4199 portioner	918 portioner	31 portioner

Figur 3. Genomsnittligt antal serverade patientmåltider per månad på sjukhuset. Av de patientluncher som serverades under 2014 utgjorde E-kost 16,73 % och A-kost 82,9 %, för middagarna var motsvarande siffra 17,93 % respektive 81,57 %.

Initiativet till föreliggande studie och ett eventuellt framtida förändringsarbete togs av sektionschefen för Måltidsservice vid ett sjukhus, baserat på resultatet av en måltidsundersökning (Västra Götalandsregionen, 2014). På sjukhuset genomfördes 2013 en undersökning rörande patientmåltiderna, där patienterna på två medicin- respektive kirurgavdelningar deltog. På ena medicin- och kirurgavdelningen serverades under fyra veckor enbart E-kost till samtliga patienter vid lunch och middag, och på referensavdelningarna serverades både A- och E-kost enligt ordinarie rutiner. I samband med undersökningen fick patienterna också besvara en enkät angående deras upplevda mättnadskänsla samt hur mycket av portionen som åts upp. Resultatet av undersökningen visade att patienterna på E-kostavdelningarna i större utsträckning åt upp sin mat jämfört med patienterna på referensavdelningarna, och att de därmed hade ett större energi- och näringsintag. Däremot var det fler patienter på E-kostavdelningarna som inte upplevde sig bli mätta av maten de serverades jämfört med patienterna på referensavdelningarna. En följd av måltidsundersökningen blev ett projekt där så kallade aptitretare infördes på försök på en avdelning i november 2014. Aptitretarna består av bland annat tunnbrödsrullar med lax respektive skinka och äggghalva med sill, och projektet benämns ”Litet & Gott”. Inspirationen till projektet kom ifrån det danska sjukhuset Herlev, som har ett koncept benämnt ”Herlevs härligheter”.

Herlevs härligheter

Det danska sjukhuset Herlev har tagit fram ett koncept som kallas för ”Herlevs härligheter”. Konceptet går ut på att sjukhusets patienter väljer och beställer vad de själva vill äta ur en meny bestående av mindre rätter komponerade av kockar som tidigare arbetat på Guide Michelin-restauranger samt dietister. Patienterna uppmuntras att beställa ofta och vid vilka tidpunkter de själva vill, och rätterna är planerade och tillagade med fokus på fett, protein och grönsaker (Bengtsson, 2013, april).

Sammanfattning av bakgrund

Det som samtliga studier pekar på är att undernäring bland sjukhuspatienter är ett stort problem samt att dagens patientkost har näringsmässiga brister, och detta faktum i kombination med de svårigheter att äta och vilja äta som många patienter upplever kan leda till undernäring. Studierna som påvisar vilka problem som finns med dagens patientkost är utförda utanför Sverige, men problematiken återfinns även i Sverige enligt Socialstyrelsen (2011) och kan bland annat bero på dagens riktlinjer som utgår ifrån SNR-, A- och E-kost. Sorensen et al. (2012) pekar på tre motivationsfaktorer som kan användas för att skapa ett nytt koncept inom patientkost: Pleasure, Comfort och Survival. Dessa motivationsfaktorer ligger till grund för hur Måltidsservice på sjukhuset kan förändra patientkosten och därmed kunna minska undernäringensproblematiken.

Metod

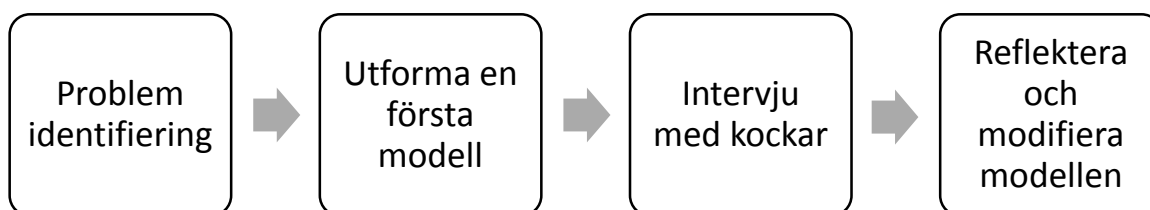
I detta kapitel redogörs för hur studien har genomförts, vilka teoretiska referensramar som har format studien och en beskrivning av dessa.

Forskningsstrategi och -design

Forskningsstrategin är kvalitativt inriktad, och forskningsdesignen utgörs av en fallstudie med visst inslag av aktionsforskning. Fallstudier kännetecknas enligt Bryman (2011) av intensiva studier av ett visst område eller organisation, med fokus på den aktuella miljön eller situationen där. Aktionsforskning karaktäriseras av att forskarna och deltagarna samarbetar för att därigenom åstadkomma en förändring eller initiera ett utvecklingsarbete. Även deltagarnas erfarenhet av och kunnande kring verksamheten är väsentlig inom aktionsforskningen. Den klassiska aktionsforskningsprocessen är cyklisk och utgörs av fem steg: planering av aktionen, genomförande av aktionen, datainsamling eller observation samt analys och uppföljning av resultatet. Analysen av resultatet leder till vidare aktioner baserat på deltagarnas kunskaper och reflektioner (Dychawy Rosner, 2012). En intervju med sektionschefen för Måltidsservice samt en dietist på det aktuella sjukhuset genomfördes, därefter intervjuades en menyplanerare inom Västra Götalandsregionen. Slutligen genomfördes en fokusgruppsintervju med kockar på det aktuella sjukhuset.

Aktionsforskning

Figuren nedan visar aktionsforskningsprocessen som den såg ut i denna studie. Det första steget gick ut på att identifiera vilka problem som finns med patientkosten i dagsläget. Därefter utformades en första modell utifrån de problem som framkom i föregående steg, som sedan användes som diskussionsunderlag vid fokusgruppsintervjun med kockarna. I det sista steget analyserades kockarnas åsikter och idéer rörande modellen och deras synpunkter låg till grund för den modifierade modellen.



Figur 4. Aktionsforskningsprocessen i föreliggande studie.

Urval

Urvalet är ett bekvämlighetsurval, och enligt Bryman (2011) är det lämpligt att använda sig utav det i de fall det inte är avgörande för studiens resultat huruvida urvalet är representativt eller inte, utan målet med studien snarare är att åstadkomma en djupgående analys. Studiens urval grundar sig på tre kockars fleråriga erfarenhet av matlagning i storhushåll samt att de allihop arbetar med specialkosterna på sjukhuset. En av kockarna har varit delaktig i ett projekt angående aptitretare som testades på en avdelning under november 2014 och är väl insatt i problematiken kring undernäring. Sektionschefen och dietisten deltog i probleminventeringen,

sektionschefen på grund av att det var på hennes initiativ som studien genomfördes och för bådadas kunskaper inom området. Menyplaneraren kontaktades på grund av sin erfarenhet kring menyplanering inom Västra Götalandsregionen. De tre rätter som valdes ut till den första modellen valdes för att de ansågs lätta att omarbeta till motivationsfaktorerna.

Kvalitativa intervjuer av semistrukturerat slag

Inom kvalitativ forskning är intervjuer den mest använda metoden, och anledningen är den flexibilitet som en intervju erbjuder (Bryman, 2011). Forskaren riktar sig mot den intervjuades synpunkter där intervjun kan röra sig i olika riktningar beroende på intervjupersons upplevelser. Forskaren kan i kvalitativ forskning använda sig utav olika intervjuemetoder för datainsamlingen. I en semistrukturerad intervju i form av en fokusgrupp, som är aktuell i denna studie, använder sig forskaren utav olika teman, en så kallad intervjuguide som bör ligga till grund för intervjun men intervjupersonen ges stor möjlighet att formulera sig med egna ord vilket möjliggör djupare svar. Detta gör att forskaren kan ändra frågorna och ordningsföljden under den semistrukturerade intervjun. För den aktuella studien var en semistrukturerad intervju en lämplig form att använda för att kockarna skulle ha möjlighet att vara så spontana som möjligt i sina åsikter och förslag.

En intervjuguide (bilaga 1) kan vara en lista på olika områden eller frågeställningar som ska beröras, och det viktiga med en intervjuguide är att forskaren ska få möjlighet att erhålla information om den intervjuades syn på saken. Frågorna bör därför utformas utifrån intervjupersons perspektiv. Det är därför av stor vikt att frågeställningarna inte är för specifika så att det hindrar alternativa synsätt eller idéer som kan uppkomma under intervjuerna. Intervjufrågorna för fokusgruppsintervjun utgick från frågeställningarna och några teman för frågorna användes inte. Frågorna var öppna för att få så uttömmande svar som möjligt under intervjun.

Ytterligare en variant när man ställer frågor vid kvalitativa intervjuer är att använda fotografier eller bilder. Bilder kan användas för att engagera intervjupersonen visuellt och kan även användas för att väcka olika frågor (Bryman, 2011). I denna studie fick intervjupersonerna ta del av en meny och en bild på motivationsmodellen för att få en ökad förståelse kring tänkbara förändringar och även kunna reflektera kring situationen.

För att identifiera vilka problem som finns med dagens patientkost genomfördes ett möte med sektionschefen för Måltidsservice och dietisten från sjukhuset i inledningsskedet av vår studie, samt ett möte med den ena menyplaneraren på Regionservice. Vid dessa möten närvarade båda författarna och anteckningar fördes över det som sades. Båda mötena var av samtalskaraktär även om mötet med menyplaneraren baserades på några på förhand formulerade frågor kring arbetet med menyplaneringen. Områdena som frågorna berörde var menyplanering, dagens patientkost och vilka brister de har samt vilka riktlinjer de utgår ifrån i sitt arbete. De två mötena varade cirka en timme vardera.

Fokusgrupp

Valet av fokusgrupp som metod för datainsamlingen baseras på att kockarna då fick möjlighet att gemensamt diskutera ämnena och på så sätt bidra med fler synpunkter och tankar än vid enskilda intervjuer. En annan aspekt är att fokus ligger på att tillsammans skapa mening kring ett visst fenomen (Wibeck, 2010). Bryman (2011) menar att fokusgrupper och fokuserade intervjuer är nära besläktade med varandra och att fokuserade intervjuer kännetecknas av öppna

frågor rörande en specifik situation eller företeelse som är av betydelse för deltagaren och intressant för forskaren. Detta stämmer in även på fokusgrupper, med den skillnaden att deltagarna då får diskutera en situation eller företeelse med varandra. Enligt Wibeck (2010) är ett lämpligt antal deltagare i en fokusgrupp mellan fyra och sex personer.

Enligt Wibeck (2010) bör ett fokusgruppsamtal karaktäriseras av att deltagarna har samma fokus, och det är dessutom viktigt att fler än en i gruppen kan anta ledarrollen i samtalet. Vidare menar Wibeck att en ostrukturerad fokusgruppsintervju bygger på att deltagarna framförallt pratar med varandra och inte med moderatorn, och att målet med samtalet är att skapa en öppen diskussion kring ämnet där spontana uppfattningar och synpunkter kan fångas upp av moderatorn.

Fokusgruppsintervjun genomfördes i ett konferensrum på sjukhuset i enlighet med deltagarnas önskemål, eftersom intervjun då kunde genomföras utan störningsmoment från exempelvis kollegor. På grund utav sjukdom kunde endast två av de tre utvalda kockarna delta. Intervjun utgick från en intervjuguide (Se bilaga 1), där det även fanns utrymme för följdfrågor och ordningen på frågorna var flexibel. Båda författarna deltog under hela intervjun. Kvale (1997) menar att de första minuterna av en intervju är avgörande, eftersom deltagarna tidigt skapar sig en uppfattning om intervjuaren och då bestämmer hur öppen intervjun blir. Intervjun inleddes med en kort beskrivning av upplägget och studiens syfte för att öka tillförlitligheten (Wibeck, 2010), samt att deltagarna tillfrågades huruvida de gav sitt samtycke till att intervjun spelades in. Ena författaren tog rollen som moderator och ledde samtalet med deltagarna medan den andra författaren lyssnade och tog anteckningar utöver inspelningen för att öka studiens reabilitet. Ansvarsfördelningen var bestämd sedan innan då den ena författaren hade träffat respondenterna tidigare och därmed var bekant med dem. För att undvika tidspress planerades intervjun ta två timmar men efter en timme uppstod en teoretisk mättnad och intervjun avrundades. Intervjun avslutades med att moderatorn tog upp några slutsatser från intervjun, vilket gav deltagarna ett tillfälle att ta upp frågor som uppkommit. Efter intervjun diskuterade och reflekterade författarna kring datan då de första intrycken kan ge värdefull bakgrund åt analysen av datan (Kvale, 1997).

Utformning av modell för patientmenyer

Arbetet med utvecklingen och omarbetningen av dagens rätter för anpassning till de tre motivationsfaktorerna Pleasure, Comfort och Survival har utgått ifrån befintliga patientmenyer, där en lunch-, en middagsrätt samt en dessert har valts ut för omarbetning. De tre rätterna modifierades utifrån Sorensens et al. (2012) rekommendationer för respektive motivationsfaktor, där till exempel syrlig vinäggrett ingick i tillbehören för att stimulera salivproduktionen. En modell i form av en tabell (se tabell 5, s. 14) har tagits fram för att åskådliggöra hur rätterna kan anpassas till de olika kategorierna, och denna modell utgör det huvudsakliga diskussionsunderlaget för fokusgruppsamtalet.

Databearbetning och analys

Transkribering

Transkriberingen av intervjun påbörjades dagen efter att intervjun hade genomförts, och enligt Kvale (1997) kan ett lämpligt tillvägagångssätt vid transkribering vara att översätta intervjupersonernas muntliga uttryck till skriftlig form, utan att deras personliga sätt att formulera sig går förlorat. Vid transkriberingen uteslöts utfyllnadsord såsom "liksom", "alltså"

och liknande begrepp, och pauser och skratt noterades inte heller. Talspråk såsom “dom” och “e” ersattes med “de” och “är”. Anledningen till det var dels att effektivisera transkriberingsprocessen och dels att den färdiga texten skulle bli enklare att läsa och analysera. Kvale (1997) menar också att den tänkta användningen av intervjumaterialet påverkar dess stil, och att det i de fall det skall analyseras och kategoriseras med avseende på innehållet är lämpligt med en viss grad av redigering. Då författarna endast var intresserade av vad kockarna sa och inte hur det sades, så togs beslutet att redigera bland annat talspråk och pauser. Den totala tidsåtgången för transkriberingen var cirka åtta timmar, och författarna delade upp materialet sinsemellan vid genomförandet för att effektivisera processen och läste därefter igenom utskriften gemensamt. Det transkriberade materialet uppgick till cirka 20 sidor.

Kodning

Reflektioner och viktiga punkter antecknades direkt efter genomförd intervju, vilket Bryman (2011) förespråkar. Efter transkriberingen studerades datan igen av båda författarna för att markera viktiga kommentarer, teman eller nyckelord deltagarna använde sig av, det vill säga kodning (Bryman, 2011). De begrepp och nyckelord som markerades valdes utifrån de frågeställningar som studien bygger på. I det aktuella materialet framkom 83 kodord, däribland E-kost, belastning och aptit. Därefter bör koderna granskas kritiskt, om fler ord används för att beskriva samma företeelse bör de sammanställas till ett begrepp eller en kategori. Slutligen kunde kodorden grupperas in i sex kategorier utifrån frågeställningarna:

- Probleminventering
- Utveckling av modell
- Genomförda förändringar
- Framtida åtgärder
- Arbetsituation
- Kockarnas åsikter kring modellen

Metodologiska överväganden

Etiska aspekter

Enligt Vetenskapsrådet (1991) finns det fyra grundläggande etiska krav att ta hänsyn till vid datainsamling: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Syftet med dessa krav är att vägleda forskaren vid planering av studien samt ge underlag för forskarens reflektioner angående sitt ansvar.

Informationskravet innebär att informera de berörda deltagarna om studiens syfte. Informationen kan ges skriftligen eller muntligen och ska ske i samband med intervjutillfället. Det bör framgå att deltagandet är frivilligt, att medverkanen kan avbrytas när som helst under studiens gång och att resultaten enbart används i forskningssyfte. De utvalda deltagarna fick förfrågan att delta tidigt i studiens början, där de informerades om studiens syfte. De fick även ett missivbrev (Bilaga 2) utskickat där de återigen informerades om syftet men även om konfidentialiteten och tid för intervjun.

Samtyckeskravet går ut på att få samtliga deltagarnas samtycke för studien. De har rätt till att själva bestämma på vilka villkor de deltar samt att beslut om att avbryta inte leder till några nackdelar eller följdfrågor. Deltagarna tillfrågades muntligen om de ville delta i fokusgruppen, och samtliga var positivt inställda. De fick även ge sitt godkännande att intervjun spelades in.

Konfidentialitetskravet betyder att forskningsdata och personliga uppgifter ska förvaras så att det är omöjligt för utomstående att ta del av dessa. Detta gäller i synnerhet uppgifter som kan uppfattas som etiskt känsliga. I den aktuella studien informerades deltagarna om att inga namn togs med i, och även om studien inte behöver betraktas som etiskt känslig ansågs konfidentialitetskravet viktigt att tillämpa av respekt för deltagarna. Samtliga respondenter har anonymiserats i studien för att eventuellt etiskt känslig information inte skall kunna härledas till någon specifik person.

Nyttjandekravet handlar om att data som framkommer under intervjun inte får användas i annat syfte än forskningsändamål. Personuppgifter får inte användas på något sätt som kan påverka deltagaren och/eller insamlad data får inte användas i andra syften än vetenskapliga. Samtliga deltagare informerades om nyttjandekravet.

Resultat

I detta avsnitt redovisas först de problem som sektionschefen, dietisten, menyplaneraren samt kockarna identifierar med dagens patientkost. De synpunkter som kockarna har på modellen som utarbetats utifrån Sorensen et al. (2012) presenteras. Därefter redovisas kockarnas åsikter kring dagens patientkost samt de förändringsförslag som hittills framkommit.

Probleminventering

Vid detta möte deltog sektionschefen för Måltidsservice samt dietisten på kirurg- och ortopedmottagningen på sjukhuset. Det som enligt sektionschefen (personlig kommunikation, 27 mars 2015) är problematiskt är dels att E-kosten inte är komplett ur näringssynpunkt, och dels att maten inte äts upp av patienterna, vilket leder till sämre näringsstatus. Dietisten (personlig kommunikation, 27 mars 2015) menar att ett av problemen med undernäring bland sjukhuspatienterna är att det vid inskrivning inte rutinemässigt utförs en bedömning av näringsstillståndet. Slutligen pekar sektionschefen på problematiken med att patientmenyn planeras centralt i organisationen, vilket innebär att den därmed inte passar alla patienter.

Arbetet med planeringen av patient- och personalmenyer för alla sjukhus inom Västra Götalandsregionen görs av Regionservice, och menyn är gemensam för samtliga sjukhus enligt menyplaneraren (personlig kommunikation, 14 april 2015). Standardkosten som de utgår ifrån är A-kost, SNR-kost används inte för närvarande vid menyplaneringsarbetet. Planeringen utgår ifrån en rullande sex-veckors meny, där rätter byts ut efter säsong och menyn anpassas efter storhelger. Idag serveras två lunch- och två middagsalternativ under vardagarna, under helgerna endast ett alternativ vardera. Det ena middagsalternativet kallas för lilla målet och består av en enklare rätt, exempelvis omelett, crepes eller soppa. Menyplaneraren berättar att vid varje måltid skall det ena alternativet vara fritt från fläskkött, detta för att minimera antalet specialkost för köken. Dessutom skall ett av alternativen vid både lunch och middag vara lite mer lättuggat. Vid menyplaneringen tas hänsyn till logistiken, utrustningsnivån i köken samt arbetsbelastningen vid förberedelserna och tillagningen av de olika rätterna.

De problem respondenten pekar på vid menyplaneringen är att näringsvärdet beräknas för en hel vecka, vilket innebär att en dags meny inte alltid är fullständig ur näringssynpunkt, men sett till en hel vecka så blir näringsintaget ändå tillfredsställande. När det kommer till E-kosten så menar menyplaneraren att den visserligen är kalorimässigt tillfredsställande enligt de näringsberäkningar som görs, men att fördelningen av makronutrienterna är skev och att den innehåller för mycket kolhydrater och då framförallt socker. Ett dilemma som respondenten tar upp är att beroende på vilket geografiskt läge de olika sjukhusen har så är synen på variationen gällande exempelvis fisk relativt olika; på de sjukhus som är belägna nära kusten anses det vara för få fiskrätter under en vecka, medan det inåt landet inte förekommer några sådana synpunkter.

Dagens patientmenyer erbjuder enligt en av kockarna en stor variation, men samma person påpekar samtidigt att det vissa veckor är väldigt många rätter som innehåller exempelvis curry eller att det ibland kan vara helger som inte innehåller någon fiskrätt varken till lunch eller middag. Enligt kockarna uppstod den försämrade variationen i samband med att Västra Götalandsregionen införde Gemensam Meny 2011, innan dess upplevdes variationen vara större.

Utveckling av modell

Utifrån Sorensens et al. (2012) tre motivationsfaktorer utformades modellen av författarna. Därefter valdes en lunch- och en middagsrätt samt en dessert ut från befintliga menyer. Valet av rätter gjordes utifrån tanken att de var uppdelade i flera komponenter istället för en komplett rätt som exempelvis soppa eller gratäng vilket skulle underlätta omarbetningen och bidra till en tydlig struktur i modellen. Rätterna omarbetades utefter de tre motivationsfaktorerna och modellen användes sedan som underlag vid intervjun. Den ursprungliga rätten med samtliga beståndsdelar är angiven överst i varje tabell, i kolumnerna är varje komponent angiven och under redovisas vad förändringarna består i för respektive motivationsfaktor. Se tabell 5 för modell.

Tabell 5. Modell för förändring baserad på motivationsfaktorerna

Lunch: Köttbullar, kokt potatis och gräddsås serveras med grönsaker				
	Köttbullar	Kokt potatis	Sås	Tillbehör
Pleasure	Ordinarie	Ordinarie	Ordinarie	Ordinarie
Comfort	Ordinarie men 25 % mindre portion	Potatismos istället för potatis	Ordinarie men 25 % mindre portion	Lingon, pressgurka
Survival	Ordinarie men 50 % mindre portion	Potatismos istället för potatis, cirka 50 % mindre mängd+berikning	Mindre mängd cirka 50 % mindre+berikning	Lingon, syrligt och lättuggat

Middag: Grönsaksbiff med potatismos, persiljeslungade morötter och råkost				
	Grönsaksbiff	Potatismos	Persiljeslungade morötter	Råkost
Pleasure	Ordinarie	Ordinarie	Ordinarie	Ordinarie
Comfort	Ordinarie men 25 % mindre portion	Ordinarie men 25 % mindre portion	Ordinarie	Tillsatt syrlig vinägrett eller citronsaft
Survival	Ordinarie men 50 % mindre portion	Ordinarie men 50 % mindre mängd +berikning	Mixade med samma smaksättning	Finriven, mindre mängd + vinägrett/citronsaft

Dessert: Chokladpudding med grädde				
	Chokladpudding	Grädde		
Pleasure	Ordinarie	Ordinarie		
Comfort	Ordinarie men 25 % mindre portion	Ordinarie men 25 % mindre portion, toppas med bär		
Survival	Ordinarie men 50 % mindre portion	Ordinarie men mindre portion + berikning toppas med bär		

Nedan listas några utmärkande drag hos vardera motivationsfaktor som redovisar vad som kännetecknar respektive kategori.

Pleasure:

- Normala portionsstorlekar
- Varierade smaker och texturer
- Leka med garnityr för att göra maträtten visuellt lockande
- Varierade tillbehör
- Med fördel testa nya rätter och smaker

Comfort:

- Cirka 75 % av portionsstorleken jämfört med Pleasure
- Fräscha och syrliga smaker främjar salivproduktionen
- Bekanta smaker, experimentera inte för mycket
- Rätter och smaker som kan dölja medicinsmaken
- Mat som "lugnar" magen med låg fiberhalt (yoghurt, pudding, neutrala smaker) är att föredra
- Mat som är lätt att svälja
- Viktigt med bra fettkvalitet

Survival:

- Cirka halva portionsstorleken jämfört med Pleasure
- Hög fetthalt men bra fettkvalitet
- Textur, konsistens, lätt att äta och enkel, flytande föda hellre än fast på grund av smakförändringar i munnen och sväljsvårigheter
- Fokusera på protein och energi, mindre fokus på kolhydrater
- Garnityr och tillbehör gör maträtten visuellt lockande och ökar aptiten men behöver inte ätas upp

Genomförda förändringar

I dagsläget har en del förändringar kring maten redan införts berättar kockarna, bland annat har E-kostens huvudkomponent utökats från 50 % till 75 % av A-kostens mängd, och mängden sås har minskats till E-kosten då det enligt kockarna såg opropotionerligt ut i förhållande till huvudkomponenten. Dessa förändringar infördes efter att måltidsstudien var genomförd 2013, utifrån de slutsatser som drogs i samband med den. Det har införts aptitretare på prov på en avdelning sedan november 2014. Aptitretarna, som består av exempelvis äggghalvor med sill och tunnbrödsrulle med lax, skall från och med den 1:a maj 2015 finnas som beställningsvara för samtliga av sjukhusets patienter. Därutöver skall mellanmålsutbudet utökas och ambitionen finns att också förändra menyn i sin helhet.

Båda kockarna betonar vid flera tillfällen att de i sitt arbete alltid utgår ifrån patienternas bästa, och att maten skall vara så tilltalande och aptitlig som möjligt. De nämner som exempel berikningen av E-kosten, där de på eget initiativ har minskat både mängden berikningsmedel samt proteinpulver på grund av dess negativa inverkan på såväl smak som konsistens.

Att inte ha aptit från början och bli serverad det där liksom. (Kock 2)

Och när den smaken går igenom så förstår jag patienterna, det är ju bara så. (Kock 1)

Vidare berättar kockarna att de även ändrat desserterna till E-kostpatienterna och frångått den gemensamma menyn de gånger det exempelvis serveras drickyoghurt som efterrätt. Vid de tillfällen de har ändrat desserterna har de exempelvis serverat en hembakad kaka istället för drickyoghurt, men denna förändring tillsammans med de ovan nämnda har medfört att proteinintaget kan ha blivit lidande hos patienterna.

Framtida åtgärder

Kockarna påtalar att E-kosten innehåller för mycket mättat fett i sin nuvarande form, och att detta är något de vill arbeta med genom att till exempel införa mer vinägretter som ersättning för såser, samt byta ut efterrätten mot en aptitretare i de fall där huvudrätten består av exempelvis risgrynspudding med sylt och gräde för att på så sätt förbättra fettkvaliteten.

Så om du får in en aptitretare får du in bättre fetter än om du får en dessert. Så det är så vi försöker tänka i framtiden. (Kock 2)

Även så kallade ”påplusningar” är en stor arbetsbelastning beskriver kockarna, då avdelningarna har möjlighet att kontakta köket på förmiddagen för ändringar och tillägg inför lunchen. De ska därför införa att påplusningar inte längre är möjligt på förmiddagen samt att lättare mat som pannkakor, potatisbullar och pajer ska finnas på avdelningarna vid behov.

Arbetsituation

Under intervjun diskuterades modellen och de förändringar som den skulle ge upphov till vid ett eventuellt införande. Kockarna menar att de föreslagna rätterna där vinäggret ingår i vissa tillbehör men inte i samtliga innebär ett extra arbetsmoment som ökar arbetsbelastningen för kökspersonalen. De påpekar att det är önskvärt att i så stor utsträckning som möjligt planera rätter och tillbehör så att de kommer så många patienter som möjligt tillgodo, för att på så sätt förenkla det dagliga arbetet.

Är det många moment så tar det tid, men som vi har det nu så är det specialkosten som redan är väldigt, väldigt belastad. (Kock 2)

Ofta tar det inte mer än kanske fem minuter längre tid att göra en sallad till tvåhundra portioner istället för hundra portioner, du har ändå alla momenten med rengöring och allt sådant efteråt. (Kock 1)

På frågan om hur kökspersonalens arbetsituation skulle kunna påverkas av de förändringar som föreslås svarar kockarna såhär:

Det beror på hur det är uppbyggt från grunden. (Kock 1)

Här avses den förändringsprocess som kocken anser vara nödvändig vid införandet av ett nytt koncept gällande patientmåltider. Kocken menar att det inte enbart räcker med att införa nya menyer, utan ett helt nytt arbetssätt och nya rutiner för köksarbetet krävs i så fall.

Men då kan det vara svårt att ha flera olika rätter för då får man kanske helt plötsligt sex rätter. //...// Men att ha två rätter då funkar det inte. (Kock 1)

Med detta citat avses de två lunch- respektive middagsalternativen som dagligen tillagas och serveras, och att med de tre kategorierna Pleasure, Comfort och Survival skulle det innebära sex alternativ vid varje serveringstillfälle. Ett förslag som kockarna ger under intervjun är därför att enbart erbjuda ett lunch-respektive middags alternativ istället för två som är fallet idag. Den ena kocken menar att det har skett en viss förändring vid menyplaneringen såtillvida att en större andel råkost görs med dressingen inkluderad, och att detta underlättar för kökspersonalen då rätter och tillbehör som kommer alla patienter tillgodo är att föredra ur arbetssynpunkt.

Kockarna påpekar att de förändringar som skall genomföras måste göras med hänsyn tagen till specialkosten, då den i dagsläget är hårt belastad.

Det beror på hur menyn skulle se ut helt enkelt och hur det drabbar dieten och med alla mellanmål och aptitretare så blir det mycket många moment //...// om man gör de här ändringarna så får dieten problem, för som det är idag så följer specialkosten med laktos, gluten, minus fisk, minus gris, alla dom följer med där det går. (Kock 2)

Det är ju inte bara det de handlar om att vi ska, hinna med, tänk på hur mycket disk det blir. Disken hinner ju inte med, som det är det nu det har ju blivit utökad enormt mycket. (Kock 1)

Det påtalas även att belastningen på personalen i disken är hög och att en eventuell förändring inte kan belasta den ytterligare.

Sen är det jättesvårt att avgöra hur det påverkar arbetssituationen, det krävs att man tänker helt om faktiskt, tänker om arbetet i köket för så här skulle det aldrig fungera, så som det är idag. Det är lätt att utgå från det man ser idag, och det funkar ju inte. (Kock 2)

Med detta citat menar kocken att för att kunna genomföra förändringar rörande arbetssätt och menyer så krävs ett nytt angreppssätt och ett nytt tänk. Dagens arbetsmetoder och rutiner skulle inte kunna appliceras på den nya modellen menar kocken.

Kockarnas åsikter kring modellen och hur den kan modifieras

Under intervjun användes modellen som diskussionsunderlag, och båda kockarna menade att den inte skilde sig i stort från hur de arbetar idag. De påpekar att det behövs en högre grad av förändring för att uppnå några positiva effekter.

Jag tror det måste vara lite mer nytänk än såhär bara för det här är något som redan finns som köttbullar, då kan man få potatismos till och de här tillbehören det är ju inte så mycket tillbehör till köttbullar och potatismos eller en grönsaksbiff. //...// är man Pleasure, ja en stekt fisk och en kall sås kan ju funka men är man Comfort då kanske man ska ha en ugnsbakad fisk som är lite snällare och Survival då kanske det ska vara en fisksoppa, liksom något så lättätet. (Kock 2)

Ännu ett förslag på maträtt som skulle fungera att omarbota till Pleasure, Comfort och Survival enligt kockarna är köttgryta, då den kan förändras genom att byta ut det hela köttet mot köttfärs men samtidigt behålla grundsmaken, vilket skulle kunna serveras till en Comfort patient. I Survival kategorin kan såsen silas av och köttet finhackas, vilket bevarar smaken och underlättar ätandet. Den ena kocken exemplifierar hur ett nytt koncept kring patientmenyn hade kunnat se ut med följande citat.

Jag skulle vilja se det som att om man har en huvudrätt som man anpassar utifrån den här sen jobbar man jättemycket utifrån de extra rätterna som mellanmål och aptitretare så man kan bygga en bra måltid för varje patient, eller de som tillhör Pleasure de kan ju utgå från en vanlig meny med vanliga mellanmål till men är du i de andra zonerna så behöver du liksom smårätter. (Kock 2)

Utifrån de synpunkter som kockarna bidrog med gällande den ursprungliga modellen utformades en reviderad modell som knöt an till de förslag och åsikter som kockarna hade, och som presenteras nedan. Synpunkterna var att modellen saknade ett nytänk kring rätterna samt att i så stor utsträckning som möjligt arbeta utifrån en gemensam huvudkomponent som kan varieras utefter varje kategoris behov.

De största skillnaderna mellan den modifierade modellen och dagens patientkoster är att huvudkomponenten i den modifierade modellen anpassas efter varje patientkategoris behov, medan det i den traditionella patientkoston fokuseras på portionsstorlekar och att huvudkomponenten tillagas på samma sätt oavsett kost.

Tabell 6. Modifierad modell utifrån kockarnas åsikter.

Lunch: Stekt fisk med potatis, vitvinsås och gröna ärtor				
	Fisk	Kokt potatis	Sås	Tillbehör
Pleasure	Stekt fisk	Ordinarie	Ordinarie	Ordinarie
Comfort	Ugnsbakad fisk och 25 % mindre portion	Potatismos istället för kokt potatis och 25 % mindre portion	Ordinarie men 25 % mindre portion	Ordinarie
Survival	Fisksoppa och 50 % mindre portion	Inkluderad i soppan	Inkluderad i soppan	Ärtcrème som garnityr

Middag: Kalops med kokt potatis och inlagda rödbetor				
	Kött	Kokt potatis	Sås	Rödbetor
Pleasure	Ordinarie	Ordinarie	Inkluderat i grytan	Ordinarie
Comfort	Ordinarie men 25 % mindre portion	Potatismos istället för kokt potatis och 25 % mindre portion	Inkluderat i grytan	Ordinarie
Survival	Köttfärs istället för köttbitar och 50 % mindre portion	Potatismos istället för kokt potatis och 50 % mindre mängd	Inkluderat i grytan	Ordinarie

Resultatsammanfattning

Det som framkommit vid samtliga möten och vid intervjutillfället är att E-kosten har näringsmässiga brister och därför behöver åtgärdas. Samtidigt är kockarnas arbetssituation i dagsläget hårt belastad och detta gäller särskilt specialkosten, vilket kockarna uttryckte en viss oro över skulle förvärras vid en eventuell förändring. Det faktum att det vid lunch respektive middag erbjuds två alternativ innebär att en omställning av utbudet enligt Sorensens et al. (2012) motivationsfaktorer skulle medföra ett flertal olika varianter av varje rätt, vilket ytterligare ökar arbetsbelastningen. Den omarbetade modellen är influerad av vad som framkommit under fokusgruppsintervjun med kockarna och valet av rätterna i modellen gjordes utifrån exempel som kockarna gav under intervjun. Något kockarna betonar är att det inte bara är huvudrätterna som bör omarbetas, utan det är lika viktigt att fokusera på mellanmål, aptitretare och desserter och serverandet av dessa i kombination med huvudrätterna för att på så sätt bygga en näringsmässigt komplett dagsmeny. Det faktum att menyn planeras centralt påverkar handlingsutrymmet för vad som är genomförbart när det gäller förändringar.

Diskussion

Metoddiskussion

I detta avsnitt diskuteras de metodval som används mot bakgrund av resultatet samt relevant litteratur inom området.

Forskningsdesign och -metod

Inslaget av aktionsforskning kunde varit större, vilket eventuellt hade bidragit till en tydligare och mer nyskapande första modell, som kockarna då hade kunnat diskutera mer kring och på så sätt utvecklat den ytterligare. Avsikten i början av studien var att näringsberäkna en veckas meny utifrån de förändringar av menyn som var tänkta att genomföras för att anpassa rätterna till de tre motivationsfaktorerna. Detta gjordes inte då det av tidsbrist inte fanns möjlighet att inkludera en hel veckas meny, och också för att syftet med studien var att utveckla en teoretisk modell snarare än att presentera en praktisk lösning.

Aktionsforskning

Den främsta kritiken mot aktionsforskning är att resultaten inte anses vara generella och att de inte kan tillämpas på någon annan verksamhet. Det kan därför vara nödvändigt med ytterligare forskning på området för att förbättra dess replikerbarhet och även öka validiteten (Dychawy Rosner, 2012). Detta innebär att de resultat som framkommit och som eventuellt kan ligga till grund för ett framtida förändringsarbete på sjukhuset inte är möjliga att applicera på de andra sjukhusen inom regionen, utan då krävs ytterligare forskningsinsatser utifrån deras respektive förutsättningar. Det positiva med aktionsforskning i denna studie var att kockarnas åsikter och synpunkter gällande den ursprungliga modellen kunde tas tillvara för att förbättra modellen med avseende på val av rätter och tydlighet.

Intervjutillfället

Wibeck (2010) menar att en fokusgrupp bör bestå av fler än två deltagare, eftersom ett två-partssamtal definieras som ett dyadiskt samtal och inte en fokusgrupp. I det här fallet var tre kockar tillfrågade om att delta i fokusgruppen och samtliga hade sagt ja till att medverka, men vid intervjutillfället hade bemanningsproblem uppstått och en av kockarna kunde på grund av detta inte medverka i fokusgruppen, vilket troligtvis påverkade dynamiken i gruppen och även samtalet. De två kockar som deltog var dock engagerade och väl insatta i problematiken kring undernäring hos sjukhuspatienter, och de kom fram till flera värdefulla slutsatser och förslag.

Enligt Morgan (citerad i Wibeck, 2010) kan en av nackdelarna med fokusgruppsintervjuer vara att moderatorn tenderar att styra diskussionen i en viss riktning och även diktera vilka samtalsämnen som tas upp. Under fokusgruppsintervjun skedde detta vid några tillfällen då den person som agerade moderator var ovan vid såväl situationen som rollen som moderator. Även det faktum att det endast var två deltagare i fokusgruppen kan ha bidragit till att moderatorn i högre utsträckning styrde samtalet, eftersom det på grund av antalet deltagare inte uppstod några spontana diskussioner eller sidospår som var relevanta för studien.

Såväl Bryman (2011) som Svensson & Starrin (1996) poängterar vikten av att vara väl förberedd inför en intervju, något som författarna kunde ha fokuserat mer på inför intervjun med kockarna. Hade författarna varit bättre förberedda så hade troligtvis moderatorn varit

mindre framträdande under intervjun och bättre och mer uttömmande följdfrågor hade kunnat ställas.

Transkribering

Då intervjun med kockarna var av semistrukturerat slag och innehöll öppna frågor så påverkade detta faktum transkriberingsprocessen genom att det tog längre tid att transkribera materialet ifrån intervjun jämfört med om frågorna varit slutna. Enligt Bryman (2011) så är det en vanlig problematik vid kvalitativa intervjuer bestående av öppna frågor, och det var en faktor som togs hänsyn till vid val av metod och utformning av intervjufrågorna genom att använda sig av få frågor vid förberedandet av intervjuguiden.

Kodning

Kodning av öppna frågor kan ge en bristande validitet då svaren kan tolkas på olika sätt (Bryman, 2011). Vid kodningen utgick författarna ifrån frågeställningarna för att på så sätt kunna besvara dem. En svårighet som uppstod gällande kodningen var att frågeställningarna ändrades under forskningsprocessen, detta gjordes för att uppnå en bättre struktur av resultatet men också för att nya frågeställningar uppkom. Detta innebar att de koder och framförallt kategorier som framkom från början fick omformuleras efter de nya förutsättningarna. De nya frågeställningarna uppkom som en följd av deltagarnas möjlighet att påverka processen, vilket kännetecknar aktionsforskning som metod (Dychawy Rosner, 2012).

Etik

Initiativet till studien togs av sektionschefen för Måltidsservice på ett sjukhus i Västra Götalandsregionen, och personen gav därmed sitt godkännande till publicering av såväl sitt som sjukhusets namn. Trots detta fattade studiens författare ett beslut om att utesluta alla namn på de personer som deltagit i studien, samt sjukhusets namn då det ansågs ha uppkommit etiskt känslig information under intervjuerna. Det beslutet har lett till att resultat har kunnat redovisas som annars hade kunnat anses känsligt och utlämnande för respondenterna.

Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen syftar till att utifrån de frågeställningar som studien bygger på, diskutera de resultat som framkom och besvara frågeställningarna.

Probleminventering

Sektionschefen pekar på det faktum att menyn planeras centralt för samtliga sjukhus i regionen, och att det medför att maträtterna inte alltid passar alla patienter. Menyplaneraren poängterar att svårigheterna vid menyplaneringsarbetet framförallt utgörs av de olika sjukhuskökens kapacitet och förutsättningar när det gäller logistik, utrustning och personalstyrka. Även de krav som ställs på maten rörande konsistens och att det ena alternativet ska vara fritt från fläsk försvårar menyplaneringen ytterligare. Menyplaneraren pekar också på de olika sjukhusens geografiska lägen; de kustnära sjukhusen reagerar mer de veckor det inte serveras fisk dagligen medan de sjukhus belägna inåt landet inte invänder mot detta i samma utsträckning. Sorensen et al. (2012) poängterar vikten av varierade smaker, texturer och maträtter för att stimulera aptiten för patienter inom kategorin Pleasure. Kockarna anser dock att det sedan Gemensam Meny infördes 2011, då rutinen med central menyplanering togs i bruk i hela regionen har inneburit en försämrad variation av maträtter och smaker för patientkosten. Som exempel

nämns rätter innehållande curry, som vissa veckor förekommer väldigt ofta i menyn. De påtalar även att det vissa helger inte serveras någon fiskrätt till varken lunch eller middag. Samtidigt menar en av kockarna att en av fördelarna med dagens patientkost är just variationen, vilket kan uppfattas som ett motsägelsefullt uttalande.

Framtida åtgärder

En del förändringar har redan införts gällande patientkosten på sjukhuset, bland annat byts vissa efterrätter till E-kostpatienterna ut mot hemlagade alternativ. Detta har dock fått till följd att proteinintaget hos patienterna minskat, vilket är negativt då protein är extra viktigt för patienter som ordinerar E-kost och eventuellt lider av undernäring (Socialstyrelsen, 2011). Något som kockarna fokuserade på var fettkvaliteten när det gällde E-kosten, den innehöll enligt dem för hög andel mättat fett och för lite protein, vilket var något som de hoppades kunna ändra på i och med införandet av aptitretarna till samtliga patienter samt utveckling av mellanmålsutbudet. Socialstyrelsen (2011) förordar att energi bör prioriteras framför protein, något som går stick i stäv med de målsättningar som är uppsatta kring aptitretarna och mellanmålen till patienterna. Enligt menyplaneraren bör näringsvärdet på maträtterna följa Socialstyrelsens riktlinjer, vilket därmed innebär att den gemensamma menyn innehåller för lite protein och för mycket mättat fett. Dupertuis et al. (2003) pekar i sin undersökning på att det är fler patienter som hade ett för lågt proteinintag snarare än energiintag. Detta faktum talar för att det behövs en förändring gällande menyplaneringen, för att därigenom råda bot på problemet med PEM bland svenska patienter som Socialstyrelsen (2011) pekar på.

Arbetsituation

En av svårigheterna kockarna såg med modellen var att antalet varianter av rätter skulle bli väldigt stort, om dagens menyuppbyggnad med två lunch- respektive två middagsalternativ skulle kvarstå. Detta skulle leda till totalt sex olika rätter två gånger dagligen, om de skulle anamma Sorensens et al. (2012) koncept med de tre motivationsfaktorerna Pleasure, Comfort och Survival, vilket skulle öka arbetsbelastningen enormt för kockarna men även för övrig kökspersonal. Ett alternativ till detta menar kockarna kan vara att endast erbjuda en rätt vid lunch respektive middag och dessutom arbeta med aptitretare och mellanmål till de patienter som är i behov av extra näring. Problemet vid detta alternativ är att det dels uppstår svårigheter vid menyplanering då det enligt menyplaneraren (personlig kommunikation, 14 april 2015) finns vissa kriterier som ska uppfyllas vid menyplanering såsom att ett alternativ ska vara minus gris och ett ska vara lättuggat, och dels att patientinflytandet minskar i och med denna förändring. Sorensen et al. (2012) poängterar vikten av en hög grad av patientinflytande för att förhindra och förebygga undernäring.

Kockarna betonar att en förändring av dagens system kräver att det är väl uppbyggt från grunden rörande arbetsmetoder och rutiner för att på så sätt bidra till långsiktiga förbättringar för såväl patienter som personal. Samtidigt menar kockarna att exempelvis disken redan i dagsläget är hårt belastad, och att en förändring av dagens meny eventuellt skulle innebära att antalet rätter som skall tillagas till lunch respektive middag ökar belastningen på disken ytterligare. Denna omständighet bör därför tas hänsyn till vid ett framtida förändringsarbete i köket. Ett problem som båda kockarna påtalade är att specialkosten är väldigt hårt belastad i dagsläget, och att det med dagens personalstyrka inte är möjligt att utöka den ytterligare genom att införa fler specialkoster eller genomföra andra förändringar. En av kockarna menade att det inte innebar någon större skillnad att göra en sallad till 200 personer istället för till 100 ur arbetshänseende, och detta faktum är något som man kan dra nytta av vid matlagningen och menyplaneringen.

Kockarnas åsikter kring modellen och hur den kan modifieras

Det som framkom vid intervjun med kockarna var att modellen liknade dagens olika kost på sjukhuset i väldigt hög utsträckning. Båda kockarna ansåg att de förslag till förändringar som modellen representerade redan var införda i deras sätt att arbeta och att den inte innebar några nya tankar. Därmed fick intervjun en annan inriktning då kockarna bidrog med förslag på andra rätter som var lämpliga att omarbete på grund av deras uppbyggnad och innehåll.

En anledning till att kockarna inte tyckte att modellen var nyskapande var förmodligen på grund av att Måltidsservice på det aktuella sjukhuset i dagsläget redan har infört en del förändringar gällande måltiderna. Dessa förändringar infördes efter att Måltidsstudien genomförts i januari 2013 och innebar bland annat att E-kostens huvudkomponent utökades från 50 % till 75 % av A-kostens mängd. Hade intervjun genomförts på ett annat sjukhus inom regionen är sannolikheten stor att en annan reaktion på modellen framkommit och att de förändringsförslag som redovisades i modellen hade upplevts som mer nytänkande. Menyplaneraren (personlig kommunikation, 14 april 2015) poängterade att Måltidsservice på det aktuella sjukhuset ses som pionjärer inom sjukhuskost och att Regionsservice inväntar resultatet av de förändringar som genomförts på sjukhuset, för att därefter eventuellt införa samma förändringar i arbetet med den gemensamma menyplaneringen.

Utifrån de förslag på rätter som framkom under intervjun med kockarna utarbetades en ny version av modellen, med intentionen att den skall upplevas tydligare att utläsa, vara mer nyskapande jämfört med den första versionen och där rätterna omarbetats utifrån visionen att det inte skall innebära mer extraarbete än nödvändigt för kökspersonalen. Exemplet med ärtcrèmen till fisksoppa grundar sig i Sorensens et al. (2012) förslag till smaker, utseende och konsistenser som kan bidra till förbättrad aptit hos patienter inom kategorin Survival. Tillbehöret kommer dock inte alla patienter tillgodo i och med detta förslag, vilket var ett önskemål från kockarnas sida för att på så sätt underlätta deras arbetssituation. När det gäller rödbetorna till kalopsen så föreslås inga förändringar för detta tillbehör då de är relativt lättuggade och har en syrlig smak, vilket enligt Sorensen et al. (2012) stimulerar salivproduktionen och därmed aptiten.

Slutsats och implikationer

De slutsatser som kan dras utifrån intervjun med kockarna var att modellen inte innehöll några nya tankar och idéer som i sin ursprungliga form kunde bidra till det planerade förändringsarbetet. De åsikter kring och förslag till förbättring som kockarna bidrog med rörande modellen utmynnade i en reviderad modell, där fokus låg på tydlighet och vad de olika kategorierna innebar. För att uppnå en förbättrad näringsstatus hos patienterna krävs enligt kockarna en genomgripande förändring av både menyn och arbetssättet i köket utöver de förändringar som hittills genomförts. Dagens meny med två rätter till lunch respektive middag skulle enligt kockarna medföra en väsentligt högre arbetsbelastning om konceptet med *Pleasure, Comfort* och *Survival* infördes, vilket då hade inneburit upp till sex rätter vid varje måltidstillfälle. För vår profession som kostekonomier är de problem som framkommit i studien viktiga att ha i åtanke vid framtida uppdrag gällande menyplanering inom vård och omsorg.

Den reviderade modellen, som baseras på kockarnas synpunkter kring den ursprungliga modellen har inte redovisats för kockarna efter intervjun men kan ligga till grund för fortsatt forskning och utveckling av patientkosten. Då denna studie fokuserar på kökspersonalen och deras åsikter kring dagens patientkost och arbetssituation, är det deras perspektiv som belyses. Lika viktigt är dock patienternas perspektiv, och vidare forskning på området bör fokusera på deras åsikter och önskemål. Kockarnas synpunkter gällande bristen på variation i menyn är något som kan lyftas fram och förbättras vid framtida menyplanering.

Referenser

Barton, A. D., Beigg, C. L., Macdonalds, I. A. & Allison, S. P. (2000). High food wastage and low nutritional intakes in hospital patients. *Clinical Nutrition*, 19(6), 445-449. doi: 10.1054/clnu.2000.0150

Bengtsson, A-L. (2013, april). Här är maten en viktig del av vården. *Sjukhusläkaren*. Hämtad 2015-05-06 från <http://www.sjukhuslakaren.se/2013/04/30/har-ar-maten-en-viktig-del-av-varden/>

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

Corrigan, M. L. (2014). Hospital Malnutrition- Standardized Guidelines Take Center Stage. *Today's Dietitian*, 16(1).

de Luis, D. A., Culebras, J. M., Aller, R., & Eiros-Bouza, J. M. (2014). Surgical infection and malnutrition. *Nutr Hosp.*, 30(3), 509-513. Doi:10.3305/nh.2014.30.3.7702.

Dupertuis, Y. M., Kossovsky, M. P., Kyle, U. G., Raguso, C. A., Genton, L., & Pichard, C. (2003). Food intake in 1707 hospitalised patients: a prospective comprehensive hospital survey. *Clinical Nutrition*, 22(2), 115-123. doi:10.1054/clnu.2002.0623

Dychawy Rosner, I. (2012). Aktionsforskning & fallstudier. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 27-41). Lund: Studentlitteratur.

Hiesmayr, M., Schindler, K., Pernicka, E., Schuh, C., Schoeniger-Hekele, A., Bauer, P., ... Ljungqvist, O. (2009). Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients: The NutritionDay survey 2006. *Clinical Nutrition*, 28, 484-491. doi: 10.1016/j.clnu.2009.05.013

Isabel, M., Correia, T. D., & Waitzberg, D. L. (2003). The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical Nutrition*, 22(3), 235-239. doi:10.1016/S0261-5614(02)00215-7

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2011). *Näring för god vård och omsorg: en vägledning för att förebygga och behandla undernäring*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sorensen, J., Holm, L., Bom Frost. & Kondrup, J. (2012). Food for patients at nutritional risk: A model of food sensory quality to promote intake. *Clinical Nutrition*, 31, 637-646. doi: 10.1016/j.clnu.2012.01.004

Starrin, B. & Renck, B. (1996). Den kvalitativa intervjun. I P-G. Svensson & B. Starrin (Red.), *Kvalitativa studier i teori och praktik* (s. 52-78). Lund: Studentlitteratur.

Thibault, R., Chikhi, M., Clerc, A., Darmon, P., Chopard, P., Genton, L., ... Pichard, C. (2011). Assessment of food intake in hospitalised patients: A 10-year comparative study of a prospective hospital survey. *Clinical Nutrition*, 30, 289-296. doi:10.1016/j.clnu.2010.10.002

Vetenskapsrådet. (1991). *Forskningsetiska principer: inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.

Västra Götalandsregionen. (2013). *E-kost- ett bra val för patienter med sämre aptit*. Hämtad 2015-04-15 från <http://www.vgregion.se/sv/Kungalvs-sjukhus/Kungalvs-sjukhus1/Nyheter/E-kost--ett-bättre-val-i-många-fall/>

Västra Götalandsregionen. (2014). *Måltidsundersökningen på Kungälv's sjukhus 2013*. Kungälv: Måltidsservice.

Västra Götalandsregionen. (2015). *Om Kungälv's sjukhus*. Hämtad 2015-04-08 från <http://www.vgregion.se/sv/Kungalvs-sjukhus/Kungalvs-sjukhus1/Om-sjukhuset/>

Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1. Intervjuguide

Nuläget

- Hur ser arbetet ut med specialkosterna idag samt vanliga - synpunkter (logistik, antalet rätter, beställningsrutiner, arbetsmoment, nedkylning)
- Fördelar och nackdelar med de gamla och nya maträtterna

Förändring

- Hur kan den nya modellen fungera i praktiken?
- Vilka moment kan tillkomma? Ex. föra in rätterna i modellen.
- Kommer den nya modellen att leda till ett ökat personalbehov? Nya arbetsrutiner? Minska andelen mat som lagas från grunden?
- Övriga synpunkter?

Bilaga 2. Missivbrev

Hej!

Vi är två studenter ifrån Kostekonomutbildningen på Göteborgs universitet, och vi skriver nu vår kandidatuppsats som handlar om sjukhuskost på sjukhus och hur en ny modell för den skulle kunna se ut. Modellen för patientkosten är teoretisk, med utgångspunkt från tre kategorier av patienter: Pleasure, Comfort och Survival. Pleasure kan sägas motsvara dagens SNR-kost, Comfort dagens A-kost och Survival dagens E-kost, men vissa skillnader finns också och de kan inte helt jämföras med varandra.

Syftet med uppsatsen är att undersöka hur arbetet i köket kan komma att förändras i och med införandet av den nya modellen, och hur det i så fall påverkar personalens arbetsbelastning jämfört med idag.

Då vi har en teoretisk kunskap inom området men saknar praktisk erfarenhet av köksarbete behöver vi hjälp med den aspekten av erfarna och kunniga kockar som dessutom är ansvariga för specialkosterna på sjukhuset. Därför vänder vi oss till er med frågan om ni vill delta i en intervju i form utav fokusgrupp där modellen diskuteras med fokus på hur ni tror att den skulle påverka er arbetssituation jämfört med dagsläget. Intervjun kommer att äga rum på sjukhuset och ta cirka två timmar i anspråk, och vår förhoppning är att frågorna skall leda till en givande diskussion kring modellen och arbetet i köket.

Deltagandet är frivilligt och om du så skulle vilja så kan du när som helst avbryta intervjun och därmed ditt deltagande. Ditt deltagande kommer att behandlas konfidentiellt och resultatet kommer att användas till eventuell vidareutveckling av patientmåltider.

Vi skulle uppskatta om ni ville ta er tid till att delta i fokusgruppen då era åsikter och erfarenheter är värdefulla för vår uppsats! Om ni har några frågor eller funderingar är ni välkomna att kontakta oss eller vår handledare för mer information.

Hoppas vi ses den 20/4 klockan 10:00!

Med vänliga hälsningar

Annika Berntsson

gusberancx@student.gu.se

Evelina Nabb

gusnabev@student.gu.se

Handledare: Hillevi Prell

hillevi.prell@ped.gu.se