



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INST FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

Den goda sjukhusmåltiden

Eva Herder och Ann Karlsson

Rapportnummer:	VT13-80
Uppsats/Examensarbete:	Kandidatuppsats 15hp
Program/kurs:	Kostekonomprogrammet med inriktning mot ledarskap 180hp
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2013 (färdigställd Vt/2016)
Handledare:	Lena Gripeteg och Kerstin Bergström
Examinator:	Helena Åberg

Rapportnummer:	VT13-80
Titel:	Den goda sjukhusmåltiden
Författare:	Eva Herder och Ann Karlsson
Uppsats/Examensarbete:	Kandidatuppsats 15hp
Program/kurs:	Kostekonomprogrammet med inriktning mot ledarskap 180hp
Nivå:	Grundnivå
Handledare:	Lena Gripeteg och Kerstin Bergström
Examinator:	Helena Åberg
Antal sidor:	41
Termin/år:	Ht/2013
Nyckelord:	Sjukhusmat, Sjukhusmåltid, FAMM. Ledarskap

Sammanfattning

Arbetet ser på sjukhusmåltiden ur en kostekonomiskt perspektiv. Det finns många åsikter om sjukhusmåltiden och hänsyn måste tas till de föreskrifter som finns, samhällets syn och patientens enskilda behov.

Syftet med studien är att utifrån kostekonomiskt perspektiv, identifiera viktiga faktorer och belysa exempel på arbetssätt för bättre sjukhusmåltider för patienten.

Bakgrunden visar de lagar och förordningar som främst styr sjukhuskökets arbete. Historik kring sjukhuskök och hur det ser ut idag presenteras tillsammans med aktuell forskning. FAMM-modellen ger en teoretisk modell för att se på måltidssituationer, där man ser till de fem aspekterna: atmosfären, rummet, mötet, produkten och styrsystemet. Vi har utgått från en modifierad version som sätter in kunden i fokus, samt brutit ut styrsystemsdelen mot Bolmans ledarskapsperspektiv: struktur, human resources, politiskt och symboliskt perspektiv

Den explorativa undersökningen har tagits fram med kvalitativa intervjuer med kostansvariga för måltidsverksamheter inom sjukhus. Underlaget har bearbetats utifrån fenomenografi med inspiration från andra kvalitativa metoder.

Resultatet baseras på citat som speglar syftet med studien. Citaten visar alla delar ur FAMM-pyramiden, samt de olika ledarskapsperspektiven. Resultatet lyfter citat som ger faktorer, exempel och visioner inom FAMM-pyramidens alla delar. Respondenterna berättar att hur maten ser ut på tallriken och i vilken miljö den intas har större betydelse än tillagning och näringsberäkningar.

Studien identifierar tre faktorer vilka är kundfokus, kommunikation genom hela måltidskedjan samt att se till personalens kapacitet. I diskussionen ges exempel och visioner på hur man kan arbeta vidare med dessa.

Förord

Vi vill först och främst tacka de som deltagit i intervjuerna. Utan er skulle arbetet inte varit möjligt. Ert engagemang och vilja att delta har varit inspirerande genom hela arbetet.

Vi vill även tacka vår handledare Lena Gripeteg, för stöttning och spännande reflektioner, samt Kerstin Bergström som stöttat med handledning på sluttampen.

Tack till alla våra vänner och studiekamrater som stöttat, kommit med idéer och nya infallsvinklar, vi skulle inte klarat det utan er.

Alla delar har kommit fram under gemensamma diskussioner och båda har varit involverade i alla delar. Vi har delat upp delar av arbetet utifrån våra specifika styrkor. Eva har tagit fram fakta och skrivit grundtexten till bakgrund och teorier, samt gjort layouter. Ann har stått för all sammanskrivning och språkbearbetning, samt tagit fram fakta för metoderna.

Vi som skrivit denna uppsats arbetade tillsammans i köket på Kungälv's sjukhus sommaren 2012. Att vi varit i ett sjukhuskök och arbetat själva har varit till stor hjälp för att förstå vad som menats vid intervjuerna.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Förord	3
Ordlista	5
Inledning.....	6
Syfte	8
Frågeställningar	8
Bakgrund	9
Teorier	13
Sammanfattning - Bakgrund	16
Metod	17
Design.....	17
Urval.....	17
Datainsamling.....	18
Analys.....	18
Metodologiska överväganden.....	19
De vi intervjuat.....	20
Resultat.....	22
Styrsystemet	22
Mötet	27
Maten.....	28
Patienten/Kunden	29
Atmosfären.....	30
Rummet	31
Diskussion	32
Metoddiskussion.....	32
Resultatdiskussion.....	33
Sammanfattning	37
Slutsats	39
Referenser.....	40
Bilaga	42

Ordlista

FAMM - Five Aspects Meal Model. En teoretisk modell för att utvärdera måltiden som helhet.

HACCP - Hazard Analysis and Critical Control Points är en standardiserad metod för att kartlägga faror inom livsmedelshanteringen, vilken ligger som grund till verksamhetens egenkontrollprogram.

Kostavdelning – Ett namn som används för den delen av sjukhuset som står för måltidsverksamheten.

KRAV - Oberoende organ som märker ekologisk mat i Sverige.

Kund - är i detta fall patienten som ska äta maten, om inget annat anges.

Köket - Avspeglar i detta arbete inte bara det fysiska köket, utan är en term som används, vilken inkluderar även alla arbetande i anslutning till köket. Det som för kostverksamheten kan refereras till som ”vi”.

LOU - Lagen om offentlig upphandling, den lag som styr hur all upphandling ska ske i offentliga verksamheter. Gäller för alla delar av verksamheten.

Måltid - Det tillfälle då ett mål mat intas och vad som omgärdar detta.

Måltidsverksamhet - Den organisatoriska verksamhet som sköter planering, inköp, tillagning och distribution av maten, ibland även servering.

Sensorik - Hur vi uppfattar måltiden med alla våra sinnen, smak, lukt, syn, hörsel och känsel.

Svinn - Den mat som slängs, kan vara i samband med tillagning på grund av överproduktion och/eller felberäkningar, eller från patienterna då de inte äter den portion de tilldelats.

Inledning

Vi har valt att titta på sjukhusmåltiden ur en kostekonoms synvinkel, med fokus på de goda exemplen. Vi ser goda måltider som en helhetsupplevelse, där matens smak endast är en komponent. Media rapporterar ofta om dålig mat inom offentlig sektor och på sjukhus (Expressen, 2016, Sveriges radio, 2015), vilket ger allmänheten en negativ bild av situationen. Kostchefen inom sjukhusmåltiden är spindeln i nätet och har störst möjlighet att påverka hela måltiden, varav ni valt den infallsvinkeln.

Mat är ett grundläggande behov och en förutsättning för välbefinnande för alla människor (Livsmedelsverket, 2003). I situationer där vi blir omhändertagna utanför det egna hemmet, förväntar vi oss att det finns tillgång till mat, som i skolan, på äldreboendet eller på sjukhuset. Till följd av regeringens projekt Matlandet – Sverige har det de senaste åren varit mycket fokus på de offentliga måltiderna (Livsmedelsverket, 2015a). En del i det har varit att Livsmedelsverket 2011 startade ett nationellt kompetenscentrum för måltider i vård, skola och omsorg, med syfte att stödja och stimulera kommuner och landsting i deras arbete med de offentliga måltiderna.

Det är av stor vikt att maten är bra vid en sjukhusvistelse, då sjukdom och behandlingar ofta leder till nedsatt aptit (Livsmedelsverket, 2003). Om näringsintaget inte är tillräckligt kan det leda till undernäring, vilket försvårar läkningen oavsett sjukdomsbild. Livsmedelsverket (2003) anger även att ett bra näringsstillstånd är en förutsättning för bästa möjliga resultat av övrig behandling i en sjukhussituation. Det ger att det är av största vikt att kunna erbjuda näringsberäknade menyer för specifika behov. Men det räcker inte långt om inte patienten är villig att äta den portion den tilldelas. Det finns många faktorer som påverkar patientens vilja att äta maten, som förväntningarna på maten och möjligheten att kunna påverka måltidssituationen. Traditionellt sett är förväntningarna på sjukhusmat låg (Aase, 2012), samt möjligheten att påverka begränsad. Vi har tagit fram exempel som verkar för att öka förväntningarna på maten. Vi har även tittat på exempel för att öka patientens möjlighet att påverka måltidssituationen.

FAMM-modellen visar att flera aspekter behöver tas i beaktande för att utvärdera måltiden (Gustafsson, Öström, Johansson & Mossberg, 2006). Den mesta forskningen kring sjukhusmåltiden fokuserar på patientens upplevelse, vi har valt att fokusera på styrsystemet, vilket ligger till grund för måltidsupplevelsen enligt FAMM. Samtidigt behöver alla delar av FAMM finnas med för att kunna göra en utvärdering av hela sjukhusmåltiden. I motsats till traditionell problematisering har vi valt att fokusera på de goda exemplen, på hur man kan arbeta med sjukhusmåltiden.

Sjukhusköket är en av de mest komplexa måltidsverksamheter en kostekonom kan arbeta med. Där kommer all kostekonoms kunskap till användning i näringsberäkningar, menyplaneringar och organisation varje dag. En stor utmaning ligger i att förmedla matens betydelse från köket till kunden/patienten på avdelningen. Alla dessa delar visar på styrsystemets vikt för arbetet en kostekonom gör.

Det nationella kompetenscentrumet gav 2014 ut en folder *Sjukhusmåltiden - en viktig del av vården* (Livsmedelsverket, 2014). Den utgår från en bearbetad version av FAMM-modellen de kallar måltidspusslet, vilken kom efter vi gjort merparten av vårt arbete, varav vi använt en annan modell. Foldern visar att det är ett aktuellt ämne som behöver ses ur flera perspektiv.

Syfte

Syftet med studien är att utifrån kostekonomens perspektiv, identifiera viktiga faktorer och belysa exempel på arbetssätt för bättre sjukhusmåltider för patienten.

Frågeställningar

Vilka faktorer belyser kostchefer/kökschefer på sjukhusen som viktiga för en bra sjukhusmåltid?

Vilka exempel ges på hur arbetet med sjukhusmåltiden kan förbättras?

Vilka visioner finns för att göra sjukhusmåltiden bättre?

Bakgrund

För att förstå detta arbete behövs kunskap kring hur sjukhusmåltiden fungerar. De faktorer som påverkar hur arbetet är upplagt är styrsystem i form av lagar och regler. Det finns olika sätt att arbeta med sjukhusmåltiden där de övergripande faktorerna presenteras, samt hur det fungerar praktiskt. För att kunna titta på vad som kan göras mer och vilka visioner som finns för framtiden behöver det redas ut vilken forskning som gjorts och hur forskningsläget ser ut idag.

Lagar och regler

Sjukhusmåltiden börjar i upphandlingen, hur det ska gå till regleras av lagen om offentlig upphandling, Svensk författningsslag (2007:1091), även kallad LOU. Upphandlingen ska i enlighet med kap1 § 9 ske utifrån de fem principerna likabehandling, icke-diskriminering, öppenhet, proportionalitet och ömsesidigt erkännande. Samt i enlighet med kap1 § 9a bör upphandlande myndighet ta miljöhänsyn och social hänsyn när det är möjligt. Till hjälp för att uppnå kap1 § 9a, har Miljöstyrningsrådet (2012) tagit fram riktlinjer och tips på hur kraven kan utformas för att ta större hänsyn för miljö och sociala omständigheter.

Praktiskt går upphandlingen till enligt följande. Myndigheten ger ut ett förfrågningsunderlag som grund inför en upphandling, vilket ska innehålla krav på leverantören, kravspecifikation, utvärderingsgrund, kommersiella villkor och administrativa bestämmelser (Konkurrensverket, 2012). Med förfrågningsunderlaget läggs grunden för upphandlingen vilket gör att det är av största vikt att det är tydligt.

Sjukhusmåltiden är utifrån livsmedelslagen (2006:804) att se som livsmedelsföretagare. Livsmedellagen gäller all hantering inom produktions-, bearbetnings- och distributionskedjan för livsmedel. Lagen avser att med hög skyddsnivå säkerställa att människors hälsa och konsumenternas intressen är prioriterade vad det gäller livsmedel. Livsmedellagen är baserad på EG:s förordning 178/2002, vilken gör gällande att livsmedel som inte uppfyller kraven som ställs ej får säljas. Förordningen fastställer att livsmedelsföretagaren är skyldig att upprätthålla en hög skyddsnivå genom att tillämpa HACCP. Att säkerställa säkra måltider blir extra viktigt i en sjukhusmiljö, då måltidsgästerna ofta har nedsatt immunförsvar till följd av sjukdomar och behandlingar (Livsmedelsverket, 2014).

Förutom att maten ska vara säker för gästerna, så ska arbetsmiljön vara säker för dem som arbetar i köket. Det regleras i arbetsmiljölagen (SFS1977:1160), vilken omfattar alla faktorer och förhållanden i arbetet: tekniska, fysiska, arbetsorganisatoriska, sociala samt arbetets innehåll. Lagen avser att förebygga ohälsa och olycksfall i samband med arbetet.

Arbetsmiljölagen avser alla arbetare som utför ett arbete åt en arbetsgivare. Enligt kapitel 2 § 2-3 skall arbetet planläggas och arbetsplatsen utformas på ett sådant sätt att arbetet kan utföras på ett så bra sätt det går. I andra kapitel står det skrivet att arbetsförhållandena ska anpassas utifrån olika människors fysiska och psykiska förutsättningar så långt det är möjligt.

Arbetsmiljölagen fastslår att arbetarna har rätt till utbildning gällande den tekniska utrustning

som finns. I sjukhusköket finns många riskmoment och tunga arbetsuppgifter, där hänsyn till arbetsmiljölagen krävs.

Sjukhuskost

Vid sjukhusvistelse bör måltiderna vara en av höjdpunkterna på dagen, då maten har en stor betydelse för människan (Livsmedelsverket, 2003). Samtidigt ställs höga krav på matens näringsinnehåll, därför har Livsmedelsverket (2003) tagit fram riktlinjer för att underlätta menyplaneringen. Vid sjukdom kan det vara svårt att tillgodogöra sig maten varav det rekommenderas att energiintaget från måltiderna fördelas på annat sätt än vanligt. För friska rekommenderas fördelningen vara: frukost 20-25 procent, lunch 25-35 procent och middag 25-35 procent av det totala dagsintaget av energi (Livsmedelsverket, 2012a). För att i en sjukhussituation istället fördelas frukost 15-20 procent, lunch 20-25 procent och middag 20-25 procent samtidigt så ökas energiintaget under mellanmålen till 10-15 procent (Livsmedelsverket, 2003).

På sjukhus är det viktigt att det finns en genomarbetad matsedel och det rekommenderas att ha en rullande matsedel på minst fyra till fem veckor (Livsmedelsverket, 2003). Det är på det intervall som näringsberäkningar görs och en sådan matsedel ska innehålla alla näringsämnen i alla kosten, per vecka. Alla näringsämnen måste inte stämma till hundra procent varje dag, energifördelningen bör dock ligga inom rekommendationerna helst både på dagen och i varje måltid. Matsedeln bör vara säsongsanpassad och det ses även som viktigt för patienterna att kalenderåret följs med bemärkelsedagar och helger.

I samtal om sjukhuskost är det följande tre grundkost som det talas om:

SNR-kost är för kroppsligt friska som är inne pga neurologiska, psykiska eller andra kroniska sjukdomar (Livsmedelsverket, 2003). Detta följer helt de Svenska Näringsrekommendationerna med den lite annorlunda måltidsfördelningen som nämnts. SNR-kost kan även serveras diabetiker, människor med blodfettrubbningar samt andra varianter av metabola sjukdomar. Den baseras i energifördelningen, protein 10-15 energiprocent, fett 30 energiprocent och kolhydrater 55-60 energiprocent.

A-kost är allmätkost för sjuka med funktionsinskränkning och allmänt nedsatt fysisk aktivitet (Livsmedelsverket, 2003). Det är vanligt att aptiten sänks vid sjukdom, samt att sjukdomar som ger aptitlöshet på längre sikt kan leda till vävnadsnedbrytning. En A-kost portion ska vara ungefär 80 procent i storlek av en SNR-kost men innehålla lika mycket energi och näringsämnen. Energifördelningen ska vara, protein 15-20 energiprocent, fett 35-40 energiprocent och kolhydrater 40-50 energiprocent.

E-kosten är energi och proteinrik kost som ges till patienter som har kraftigt nedsatt aptit, de behöver tillgodogöra sig samma mängd energi och andra näringsämnen, fast i en mycket mindre portion (Livsmedelsverket, 2003). E-kosten används främst för kroniskt sjuka och undernärda. För att säkerställa energi och näringsinnehållet sker oftast komplettering med näringstillskott. Energifördelningen ligger på, protein 15-25 energiprocent, fett 40-50 energiprocent, kolhydrater 24-45 energiprocent.

Alla grundkosterna ska kunna erbjudas konsistensanpassade, samt att det rekommenderas att patienten har flera rätter att välja på (Livsmedelsverket 2003). Denna valmöjlighet har visat sig vara till stor fördel när det gäller att få patienter att äta maten. Utöver dessa rätter behöver alla former av specialkost till följd av allergier, behandlingar eller etiska skäl även kunna mötas, vilket ofta är en betydande del i ett sjukhuskök.

Tillagning och distributionsmetoder

Det finns inte mycket dokumenterat om sjukhuskökens utformning eller utveckling. Vi fann en sammanställning utförd av Centrala sjukvårdsberedningen (1965). Den berättar hur en inventering av köken utförd 1938-43, legat till grund för en effektivare köksplanering tillsammans med 1940 års civila byggnadsutredning. Mycket av det systematiska arbetet i sammanställningen från 1965 är samma som i dagens sjukhuskök och många av dagens sjukhuskök är byggda under denna tid eller utifrån dessa riktlinjer. Innehållet i köken har förändrats en del, med nya tekniker och maskiner. Det som främst förändrats är ugnarna, där det idag används kombi-ugnar för kokning och stekning, istället för kokerier och stekbord. I sammanställningen förutspås att utvecklingen kommer gå mer och mer mot helfabrikat. Till viss del har hel och halvfabrikat blivit utfallet. På senare år har dock en trend av att laga mat från grunden kunnat skönjas. Det har lett till att Livsmedelsverket (2012b) tagit fram en modell för hur man bör definiera mat lagad från grunden. Detta för att det ska råda en samstämmighet om hur det talas kring mat lagad från grunden i landsting och kommuner. Den bygger på pyramiden i *figur 1*.



Figur 1 Mat lagad från grunden. Källa: Livsmedelsverket, 2012b

Mat lagad från grunden syftar till mat lagad från råvaror och som råvara räknas livsmedel som inte värmts upp eller tillagats i förväg. I denna definition räknas även livsmedel som förberetts för storkök, som skalad potatis, frusna bär, hackad lök med mera som råvaror. Även konserverade grönsaker räknas som råvara i Livsmedelsverkets text, men då sylt samtidigt står i toppen av pyramiden så kan detta öppna för tolkningar huruvida konserver ska bedömas. Det finns inga krav eller målbilder i denna modell, utan det är upp till varje kök och organisation att bestämma vilken ambitionsnivå som passar dem.

Vid tillagning av varm mat är den generella regeln att maten ska uppnå en kärntemperatur på 70 grader Celsius, för att avdöda eventuella mikroorganismer (Livsmedelsverket, 2003). Kylmat ska generellt sett hållas vid en kärntemperatur på under åtta grader Celsius och för att garantera livsmedelssäkerhet ska det vara en obruten kylkedja. Vissa livsmedel har andra gränsvärden för temperaturer, men 70 grader Celsius för varm mat och åtta grader Celsius för kall mat är det vanligaste som rekommenderas. För att transportera maten från köket till patienten finns flera system, vi presenterar här de som påtalats vid intervjuerna. De kan delas upp i varmmatsystem eller kallmatsystem, samt kantinservering eller brickservering.

Traditionellt har främst varmmatsystem används vilket även kallas cook-serve (Livsmedelsverket, 2003). Det innebär att den färdiglagade maten varmhålls på minst 60 grader och den ska ätas inom två timmar från tillagning. Vid varmmatshantering kan både brickservering och kantinservering ske. Vid kantinservering skickas flera portioner av samma komponent i ett ändamålsenligt kärl, för att läggas upp och serveras på avdelningen till patienten. Vid brickdukning läggs alla komponenterna upp på enskilda tallrikar efter beställning i köket och skickas färdiga att servera på avdelningen. Vid transport från kök till avdelningarna behöver någon form av värmeskåp användas, samt möjlighet att transportera kylvaror separat. Rutiner ska finnas för att säkerställa att varm mat inte understiger 60 grader vid servering.

Vid kallmatsystem kyls den värmebehandlade maten ner för att senare värmas i samband med servering (Livsmedelsverket, 2003). Ofta används en metod som benämns cook-chill vilken innebär att direkt efter tillagning ska mat kylas ner till mellan 0 och +3 grader Celsius inom 90 minuter (Lantz, De Jong & Johansson, 2009). Kylkedjan ska vara obruten tills maten ska värmas och har i det fallet en hållbarhet på fem dagar. När maten ska ätas ska den värmas till minst 70 grader Celsius och konsumeras så snart som möjligt, varmhållning ska vara minst 63 grader och bör ej överstiga 15 minuter. Ofta används denna metod tillsammans med brickservering, tallriken värms då upp med sinnrika system i vagnen på väg till avdelningen eller i ugnar alternativt mikrovågsugnar på avdelningen.

Forskningsöversikt

En översikt av studier inom sjukhusmåltiden visar att forskningen fokuserar främst på patientens upplevelse eller näringsintaget. En review av Aase (2012) vilken sett till forskningen i Nordamerika, visar att de tre viktigaste faktorerna för patienten är smaken, temperaturen och konsistensen. Det framgår att patienterna ofta tycker att maten är bra, men kan uppfattas smaklös, svårtuggad och inte tillräckligt varm. I rapporten lyfts kompletterande näringsdrycker som ett problem då textur, färg och smak inte tilltalar gästerna. Larsen och Uhrenfeldt (2013) visar att det inte bara är maten som räknas i hur kunden upplever en måltid. De har tittat på vilken påverkan sjukdomen och situationen har på hur maten upplevs. De visar att om patienter med ätsvårigheter placeras tillsammans med övriga patienter kan det leda till att båda parterna tappar matlust och därmed inte få i sig rätt mängd näring. Därav föreslår de att patienterna ska få bestämma själva om de vill sitta tillsammans med andra i en

matsal eller själva på rummet när de äter. Larsen och Uhrefeldt (2013) samt Aase (2012) belyser vikten av att få möjlighet att äta den tid som man är van vid och att inte tvingas äta vid andra tider än man brukar.

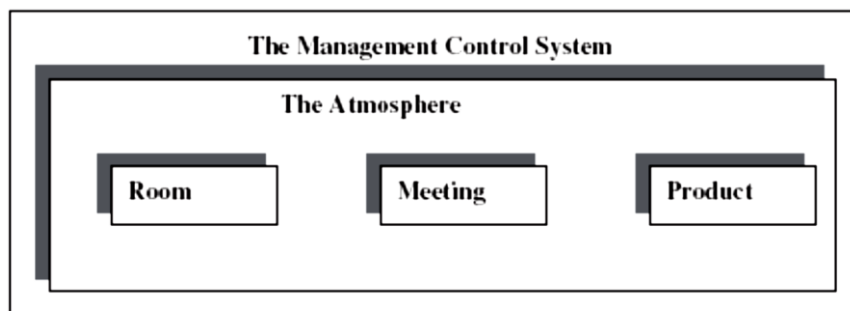
Den moderna människan har skaffat sig ett bekvämare sätt att leva går mer och mer ut och äter (Aase, 2012). Det börjar påverka de förväntningar som ställs på sjukhusmaten, där patienterna förväntar sig näst intill restaurangmat. Det har lett till att flera sjukhus oavsett storlek, börjat införa ett room-service koncept, vilket innebär att kunden ska kunna få samma typ av service som om de vore på ett hotell. Ett liknande system har testas i Danmark på Hvidovre Hospital (2012) vilket anses som världens största á la carte kök, där görs allt från grunden. Kunden beställer utifrån ett menykort och maten levereras nylagad genom ett sinnrikt system inom 45 minuter. En engelsk pilotstudie har tittat på vad room-service konceptet skulle kunna få för effekter på näringsintag, matkostnad, svinn och patientnöjdhet (Kuperberg, Caruso, Dello & Mager, 2008). Den visar att room-service systemet kan vara kostnadseffektivt och spara pengar. En anledning anses vara att fler äter upp maten, vilket då skulle leda till att mindre mat slängs. Att minska råvarukostnaden skulle då uppväga det faktum att det kostar mer arbetskraft att laga flera olika rätter.

Teorier

Arbetet utgår från två teorier. Den första är FAMM-modellen som tagits fram för att analysera hela måltidsupplevelsen (Gustafsson et al., 2006). Vi har valt en modifierad version vi funnit som även sätter in patienten i fokus (Gill, 2012, 5 april). I FAMM modellerna ligger styrsystemet som grund, varav vi valt att sätta fokus på den delen samt utveckla med Bolmans (2005) fyra ledarskapsperspektiv.

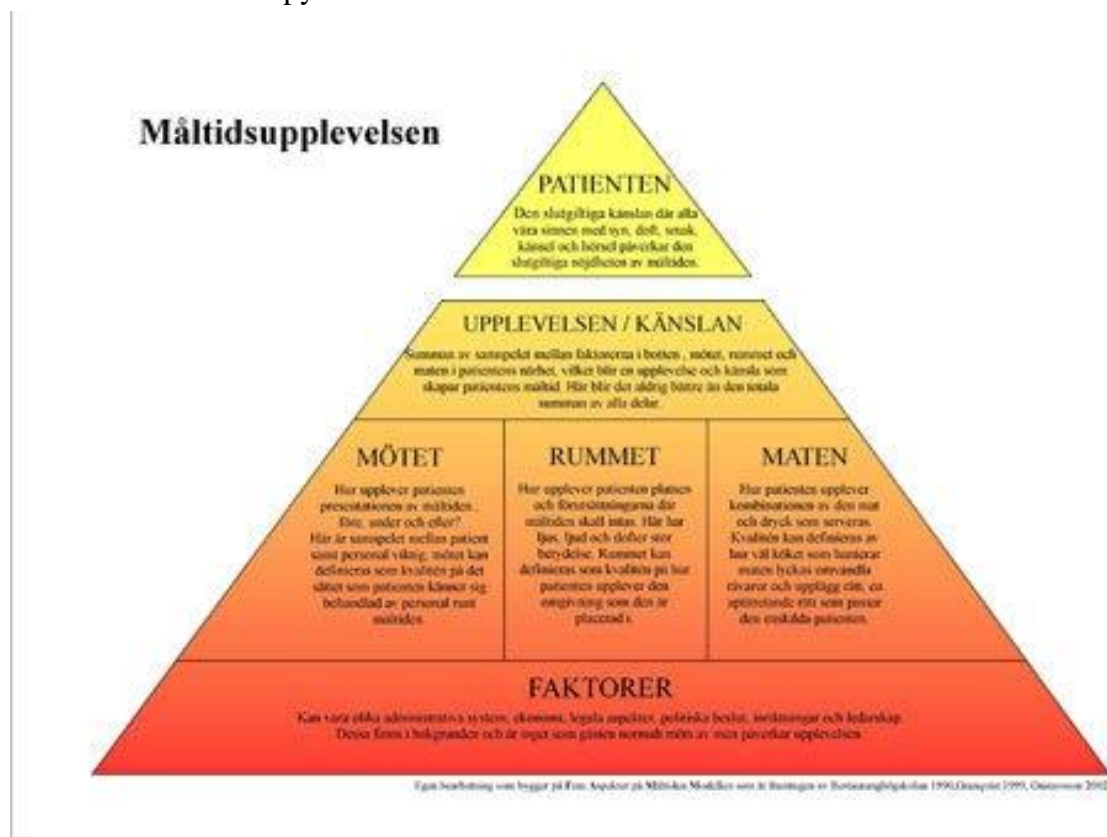
FAMM - Five Aspects Meal Model

FAMM är en modell som inte bara ser till maten utan tittar på hela måltiden utifrån de fem aspekterna: rummet, mötet, produkten, styrsystemet och atmosfären (Gustafsson et al., 2006). Modellen är framtagen för att kunna fungera som ett verktyg för att förbättra måltiden för kunden och utgår från hur Guide Michelin granskar hotell och restauranger. En övergripande bild på vad modellen innebär ses i *figur 2*.



Figur 2 Modell över FAMM. Källa: Gustafsson et al., 2006

Den modifierade versionen som vi haft till grund skiljer sig i princip endast med att den har patienten i fokus, vilket ses i *figur 3*. Gill (2012, 5 april) förklarar det med att det är alltid slutkonsumenten, som han hellre ser som gäst än patient, som får uppleva konsekvenserna av de andra elementen i pyramiden.



Figur 3 Bearbetad FAMM-modell Källa: Gill, 2012, 5 april.

Modellen kan förklaras på följande vis:

Patienten den som är i fokus för måltiden, vilkens perspektiv alltid måste ha i åtanke (Gill, 2012, 5 april).

Atmosfären är den övergripande pusselbiten i FAMM, den är beroende av de andra bitarna då det krävs en kombination av de andra aspekterna för att skapa känslan som önskas (Gustafsson et al., 2006). Det är vanligt att man söker harmoni, genom en bra balans mellan både materiella och immateriella delar.

Rummet är det rum där maten kommer att förtäras, vare sig det är på en fin restaurang, på ett sjukhus, i en skolmatsal eller utomhus (Gustafsson et al., 2006). För att skapa en bra miljö i rummet krävs kunskap inom färg, form, textil och ljussättning, samt gärna arkitektur och stilhistoria.

Mötet är inte bara mötet mellan gäst och personal utan även mötet mellan gäster, mellan personal eller en annan gäst och annan personal (Gustafsson et al., 2006). Det gör det viktigt att ha en serviceinriktad personal vilken är den huvudsakliga kontakten mot gästen.

Produkten är det som serveras till gästen i form av mat och dryck (Gustafsson et al., 2006). Det handlar om att kockarna ska kunna kombinera sina teoretiska kunskaper med det ”lilla extra” för att förvandla råvarorna till en underbar rätt.

Styrsystemet vilket Gill (2012, 5 april) namnger faktorer, är delen som gästen inte bör märka av direkt, då det är arbetet bakom allt (Gustafsson et al., 2006). Det handlar om allt ifrån ekonomiska och juridiska frågor till personalens kompetens, ledarskap samt kökets logistik. Styrsystemet är grunden för att få verksamheten att fungera det spelar ingen roll om det är en liten à la carte restaurang eller ett stort centralkök.

De fyra ledarskapsperspektiven

Styrsystemet fungerar via ledarskapet, varav vi brutit ner styrsystemsdelens del med Bolmans (2005) ledarskapsteorier. Dessa baseras på fyra perspektiv, vilka inkluderar de flesta stora teorierna inom ledarskapsforskningen. Det menar Bolman (2005) krävs då det inte går att inbegripa ledarskapet i en teori utan flera perspektiv behöver tas i beaktande. De fyra perspektiven är det strukturella-, human resources, politiskt- och symboliskt perspektiv. Många organisationer utgår från ett perspektiv, men alla perspektiven bör tas i beaktande för att få en fungerande verksamhet. Mer ingående om perspektiven kan sägas:

Det strukturella perspektivet grundas på organisationsteorierna som Taylor och Max Weber tagit fram (Bolman, 2005). Där anses det att varje individ har en tydlig roll och uppgift i verksamheten. Det är vanligt med enkla standardiserade uppgifter så när en slutar tar det inte lång tid att lära upp en ny. Fokus är ej att lösa konflikter, uppstår konflikter löses det genom omorganisation. Den karakteristiska ledaren inom det strukturella perspektivet är auktoritär och resultat- och uppgiftsorienterad. Denna typ av ledare arbetar med tydliga system och bygger organisationen genom möten och sammankomster. Fördelar med det strukturella perspektivet är att effektivitet kan skapas av en tydlig struktur. Om strukturen i företaget är låg, kan det leda till osäkerhet bland personalen och en ojämn produktivitet och kvalitet.

Human Resource-Perspektivet även kallat HR-perspektivet utvecklades av bland andra Folett och Mayo under början av 1900-talet, som en motpart till det strukturella perspektivet (Bolman, 2005). Istället för att se arbetarna som en maskin som endast betalades för att följa order och arbeta hårt såg Folett och Mayo mer potential i arbetarnas kunskap, vilken de försökte få företagen att se som en möjlighet för dem att utvecklas. Inom HR-perspektivet investerar företaget i människor och deras kunskaper. Människan ses som en tillgång istället för en kostnad, vilket leder till en mycket noggrant beslut vem som anställs. Idag är det fokus på både organisationer och människors samklang där organisationer och människor är i lika stort behov utav varandra. När företagens och personalens behov är uppfyllda är det en bra balans i företaget och det syns utåt att företaget går bra. Det uppnås genom att stärka banden mellan organisation och personal med anställningstrygghet, fortbildning och internrekrytering med mera. Det kan även göras genom att ge individen större makt, så den känner att den kan påverka sitt arbete. Nyckeln är att se helheten och ha en långsiktig plan för personalen. Det

har blivit populärt att inom HR-orienterade organisationer arbeta i projekt, då det förväntas ge ökad effektivitet och tillfredsställelse hos båda parterna.

Det politiska perspektivet utgår från att det finns olika grupperingar och uppfattningar som påverkar organisationen (Bolman, 2005). Det fokuserar på att flera faktorer spelar in, både inom och utanför organisationen, samt fördelningen av knappa resurser. Då flera grupper vill bli hörda leder det till långa förhandlingar och maktkamper för ett beslut att fattas. Detta perspektiv är ofta väldigt dominant inom offentlig sektor, då de är politiskt styrda och ofta har väldigt knappa resurser. Den typiska politiska ledaren är bra på att förhandla och kompromissa för att finna lösningar, men skulle även kunna beskrivas som karismatiskt och motiverande näst intill manipulerande.

Det symboliska perspektivet bygger på idéer från en mängd olika grenar som organisationsteori, sociologi, statsvetenskap, magi och neurolingvistisk programmering (Bolman, 2005). Freud och Jung var flitiga användare av det symboliska perspektivet i samband med att beskriva människans psyke och undermedvetna. Det symboliska perspektivet grundar sig i individens personliga motivation och engagemang, vilket gör det viktigt att alla tror på organisationen och har samma vision som gemensam samlingspunkt. En visionär är ofta en bra ledare i en organisation där det symboliska perspektivet dominerar, vilken kan få människor att tro på organisationen och samtidigt inspirera med sin passion för arbetet.

Sammanfattning - Bakgrund

Det finns flera lagar och förordningar för sjukhusköken att förhålla sig till, där de främsta vi nämnt och förklarat är lagen om offentlig upphandling, livsmedelslagen och arbetsmiljölagen. Specifikt för sjukhus finns tydliga riktlinjer från Livsmedelsverket, vad maten ska innehålla, vilka kostnader som ska erbjudas och vilka krav som finns för serveringen (Livsmedelsverket, 2003). Vi har presenterat historik kring kökens utveckling och förklarar de distributionssystem som förekommer i denna undersökning, såsom varm respektive kall mat, samt brickdukning respektive kantinservering. Vi presenterar delar av den senaste forskningen, vilken fokuserar på måltiden ur patientens perspektiv eller på näringsaspekter (Aase, 2012). Det forskningens främst visar är att det är fler faktorer än maten som räknas vid upplevelsen av måltiden (Aase 2012; Larsen & Uhrenfeldt, 2013).

Vi presenterar FAMM-modellen som teoretisk grund, vilken ser till fler aspekter än bara maten (Gustafsson et al., 2006), samt en bearbetad version av Gill (2012, 5 april) där kunden/patienten sätts i fokus. Bolmans (2005) fyra ledarskapsperspektiv, vilka är det strukturella-, HR-, politiskt- samt symboliskt perspektiv presenteras också för att fördjupa den del av FAMM-modellen som handlar om styrsystemet.

Metod

Metoden presenteras med en övergripande design; hur vi gjort urval, datainsamling och analys. Presenterar även metodologiska överväganden och de vi intervjuat.

Design

Arbetet är en explorativ, kvalitativ intervjustudie, där kostchefer och kökschefer fått berätta hur de arbetar för att skapa goda sjukhusmåltider. Respondenterna valdes ut med snöbollsurval och intervjuerna gjordes över telefon med fem olika respondenter, varav fyra sedan transkriberats. De fyra transkriberade intervjuerna har analyserats med fenomenografisk metod, vilket lett till vårt resultat.

Urval

Urvalet gjordes utifrån ett snöbollsurval, för att finna de goda exempel vi sökte. Den första sökningen för att hitta bra exempel, var en sökning om bra sjukhusmat på internet. De sjukhus vi valde att skicka förfrågan till hade alla omtalats av branschorganisationer eller deltagit i uppmärksammade projekt för bra sjukhusmat. Flera av dem hade även fått olika utmärkelser från olika organisationer. Första tanken var att arbetet skulle varit internationellt, deltagandeförfrågan skickades till tre sjukhus i Sverige, två sjukhus i Danmark, ett i Tyskland och ett i Storbritannien. Vi skickade även förfrågan till branschorganisationer i Schweiz och USA, då vi fått indikationer att det fanns bra exempel i dessa länder, men inte kunde få fram några specifika sjukhus att skicka till. För att få tag på kontaktuppgifter gick vi via sjukhusens hemsidor. De brev vi skickade ut ses i bilaga 1, till sjukhusen i Danmark skickades både det engelska och svenska brevet.

Från sjukhusen i Sverige och Danmark fick vi svar från alla, varav ett i Danmark avböjde medverkan. Från övriga länder fick vi ingen respons. Då valdes att fokusera arbetet på Sverige och Danmark.

Via brevväxling bestämdes tider för intervjuerna, alla respondenterna var ivriga att delta och trixade i scheman för att få det att fungera. Vi förklarade i bekräftelsebrevet hur intervjuerna skulle gå till. Att vi skulle ringa upp och att de skulle få möjlighet att prata öppet om deras verksamhet och hur de skulle önska att det såg ut i allmänhet.

Efter de fyra intervjuerna genomförts valde vi att förlänga tiden för arbetet för att göra materialet rättvisa. Därmed kontaktade vi ytterligare ett sjukhus som vi blivit hänvisade vid de genomförda intervjuerna, vilket gärna medverkade.

I slutändan genomfördes fem intervjuer, med personer som representerar nio sjukhus. Utgångspunkten i arbetet har varit de fyra intervjuerna med svenska respondenter.

Bortfall

Det var hundraprocentig respons från de fyra svenska sjukhusen vi kontaktat. Av de danska sjukhusen vi kontaktat, valde ett av de två att delta. Ljudkvaliteten vid inspelningen blev så

dålig att den inte gick att transkribera. Anteckningar fördes under intervjun, vilket gör att intervjun finns med i den löpande texten, inga citat har dock används.

Datainsamling

Intervjuerna genomfördes via telefon eller internetuppkoppling med ljud som spelades in. Dessa genomfördes under veckorna 17-19 och 24 år 2013. Vid alla intervjuerna så deltog båda som står bakom arbetet, vid intervjun med det danska sjukhuset deltog även en dansk tolk. Denna person var dansk i grunden och läser till kostekonom, varav han hade goda språkkunskaper inom området. Intervjuerna inleddes med att gå igenom upplägget för genomförandet och uppmanade deltagarna att säga så mycket som möjligt på varje fråga.

Modellen med de frågor vi hade och att genomföra intervju över Skype med inspelning provades på en studiekamrat innan de verkliga intervjuerna genomfördes. Intervjuerna följde en öppen mall, som ses i bilaga 2, vilken fungerade bra när vi testade den samt att ämnen som tidigare respondenter nämnt tillkom som ekologi och kundfokus. Mallen hade tre frågor om bakgrund, för att få veta lite om organisationen och personen som intervjuades. Intervjun baserades på en huvudfråga, sedan en lista på saker att kunna leda samtalet mot. Samtalen baserades helt på hur respondenten svarade på frågorna. När alla delar som uppfattades intressanta fanns med avslutades intervjun med en sammanfattande fråga om hur respondenterna skulle vilja utforma verksamheten om de hade obegränsade resurser. För att garantera att få fram goda exempel valdes att utgå från hur de ville ha det och spegla det emot hur de arbetar. I den första intervjun valdes det att täcka in alla möjliga spår och tankar som senare visade ha mindre betydelse. Dessa spår togs inte upp vid senare intervjuer. Alla frågor har försökts att hålla öppna, med fokus på respondentens tankar kring ämnet. Intervjuerna tog mellan 20 och 50 minuter. Variationerna i tid berodde mer på om respondenterna var tydliga i sina svar än i mängd av innehåll. Oavsett längd var vår upplevelse att alla delar i mallen var täckta och att alla respondenterna fått möjlighet att tala fritt och öppet om ämnet. Alla respondenter gav oss lov att återkomma vid ytterligare frågor, vilket det inte upplevts något behov av.

De två frågorna formulerades och valdes att hålla så öppna som möjligt för respondenterna att tolka, för att intervjuerna skulle kunna ses som helt kvalitativa (Bryman, 2011). I syfte att jobba postmodernistiskt har ambitionen varit att vara så öppna som möjligt och inte styra samtalen mer än nödvändigt för att få en heltäckande bild av respondenternas tankar inom området.

Analys

Materialet från intervjuerna analyserades med fenomenografisk metod i likhet med hur det beskrivs av Patel och Davidsson (2005) och Larsson (1986). Det innebar först transkribering av alla intervjuerna, förutom den danska som var av för dålig ljudkvalité. Från de transkriberade texterna togs citat ut, vilka kunde anknyta till syftet och kodades till kondenserad text. Dessa texter delades upp i förhållande till frågeställningarna i:

- Faktorer – de bakomliggande eller kringliggande orsakerna till ett visst fenomen

- Exempel – respondenternas konkreta exemplen på hur de arbetar för goda sjukhusmåltider.
- Visioner – hur respondenterna upplever att de skulle vilja ha det för att erbjuda goda sjukhusmåltider.

Vi testade flera olika modeller för att systematisera resultatet och fann alla delar av FAMM-modellen i intervjuerna. De delar som handlade om kundfokus fick dock inget utrymme i den modellen, varav Gills (2012, 5 april) FAMM-pyramid blev valet för att få med alla delar. En stor massa av de valda citaten föll under styrsystemet, samt handlade om ledarskap, för att systematiskt kunna presentera dessa valdes att sortera upp dem mot Bolmans (2005) fyra ledarskapsperspektiv.

Teorierna valdes, då det är modeller vi hade tillgång till och lärt oss att jobba med under utbildningen, vilka kunde inkludera det som framkommit i intervjuerna. I *tabell 1* kan ses hur den analytiska uppställningen gjordes. Resultatet sammanställdes genom att med hjälp av färgkodning välja ut viktiga citat och texter, som visar den goda sjukhusmåltiden som det fenomen arbetet syftar till att ta fram.

Tabell 1. Urklipp från analysdokument på ämnet atmosfär.

Text	Grundtext	kondenserad text	Kategori
1	kan dom sitta och äta i en väldigt trevlig miljö tillsammans med andra och få sitta och språkas vid. Så lyfter det jättemycket.	Betydelsen av en matsal och mötet med andra	Faktor
3	Att träffa patienter, sitt mitt emot och se hur när dom äter och hur mycket dom äter och hur det ser ut på tallriken. En rätt kan se jätte god ut när du sitter och planerar det i matsedeln, alltså i datom. Sen när du kommer upp så ser du att, nämen Gud, dom här färgerna passar inte alls ihop, eller kokta grönsaker till det här det passar ju inte alls	Att verkligen vara med och se hur det fungerar vid måltidssituationen.	Exempel
2	Då skulle jag vilja att det var min personal som serverade maten på avdelningarna, inte vårdpersonal. Att där är en servicemänniska som, och som kan beskriva maten för patienterna och som kan duka upp lätt.	Att kunna få äga hela kedjan, en dröm.	Vision

Metodologiska överväganden

Då arbetet handlar om helheten i sjukhusmåltiden som fenomen, valdes fenomenografisk analysmetod. Larsson (1986) beskriver fenomenografi som att handla om uppfattningar och det studien syftar till att ta fram är respondenternas uppfattningar av sjukhusmåltiden, samt att lyfta fram de goda exemplen. Vi valde att arbeta i fyra steg i enlighet med hur Patel och Davidsson (2005) beskriver fenomenografisk analysmetod.

1. Bekanta sig med data, genom transkribering och genomläsning.
2. Ta ut skillnader och likheter i texterna med hjälp av kodning.
3. Kategorisera i övergripande uppfattningar.
4. Strukturera upp kategorierna genom att spegla mot befintliga teorier.

Vi har i grunden en postmodernistisk syn, där vi inte ser att absoluta svar går att finna, vilket Larsson (1986) även ser som en del i fenomenografien. Där vi valt att lyfta både de små och stora berättelserna och se till både skillnader och likheter. Det kan ses som ett postmodernt perspektiv med positiv synvinkel som det förklaras av Koro-Ljungberg (2008). Här förklaras positiv synvinkel(positivity), som något olika individer kan hänvisa till på samma sätt inom

en diskurs, det är inget konstant fenomen utan något som kan ändras över tid och om det ses som sanning i ett perspektiv är det inte säkert att det gör det ur ett annat. Samtidigt kan det mesta av innehållet inbegripas i hur inom-gruppen jobbat med fenomenografi (Larsson, 1986), men med mindre avgränsningar för att öppna för olika tolkningar i postmodernistisk anda.

Studien kan främst ses som abduktiv, då vi var öppna för alla möjligheter i svaren och inte hade några kategorier eller teorier på förhand. Utifrån intervjuerna och syftet togs befintliga teorier fram, vilka använts för analys och därmed lett fram till ett resultat. Resultatet har sedan speglats mot de befintliga teorierna i diskussionen.

Etiska överväganden

Inför alla intervjuerna, så meddelades att deltagande var frivilligt, samt att alla citat och texter skulle hanteras konfidentiellt i enlighet med de fyra forskningsetiska principerna (Bryman, 2011). Alla deltagarna har uttryckligen godkänt användande av anonymiserade citat och varit införstådda med att deltagandet varit helt frivilligt. De har även godkänt att samtalen spelats in. Alla har även bitt om att få ta del av det färdiga resultatet, vilket de kommer tilldelas före publicering.

De intervjuade presenteras med konfidentialitetskravet i åtanke. Då urvalskretsen är liten, valdes att ge så lite information som möjligt för att bevara anonymiteten, men samtidigt kunna visa att detta är personer med kunskap och förståelse inom ämnet. Utifrån det valdes även att skriva arbetet könsneutralt. De olika personerna har haft olika nära kontakt med produktionen vilket ger olika nyanser och infallsvinklar till arbetet.

De vi intervjuat

Person 1 är i grunden kock och har över 20 års erfarenhet som kock, egenföretagare och även utbildare. Hen arbetar som avdelningschef, vilket innebär chef för produktionen i köket och finns nära produktionen. Detta på ett sjukhus som tillagar cirka 2200 portioner per dag, varav drygt hälften ligger på lunchen. Sjukhuset använder varm brickdukning till all servering.

Person 2 är kostekonom som gick ut sin utbildning 1984 har sedan dess arbetat i olika ledande roller inom kök och hushåll, både inom privat och offentlig sektor. Sjukhuset serverar 180 portioner per måltid, de har även skolor och dagis som externa kunder. Serveringen på sjukhuset sker via varm brickdukning.

Person 3 är utbildad konditor och dietist som innehar en utvecklingstjänst inom sitt landsting. Därmed representerar hen tre sjukhus varav två använder kantin och ett använder brickdukning, alla med varm-matsystem. Sjukhusen gör mellan 700 och 2800 portioner per dag, vilket inkluderar lunchrestaurang och en skola som extern kund.

Person 4 är kostekonom som gick ut sin utbildning 1981 och har sedan dess arbetat som arbetsledare på olika plan. Hen är nu basenhetschef för kost, transport och lokalvård för tre

sjukhus vilka har 70, 200 och 400 patientmåltider per måltid. Utöver detta finns även en restaurangverksamhet.

Intervjun med det danska sjukhuset är inte transkriberad och inga citat från den förekommer. Personen vi intervjuade är utbildad kostekonom och är administrativ grundchef, med titeln kökschef. Sjukhuset har cirka 1000 patienter och de arbetar med kantinsystem både som cook-chill och cook-serve. Cook-serve används vid lunchen som serveras kall.

Att storleken på sjukhusen beskrivs olika i de olika fallen, är beroende på att det är så det presenterades av intervjupersonerna. Det är helt utifrån intervjuerna som data tagits.

Resultat

Resultatet utgår helt ifrån respondenternas svar och då de fått tala fritt, skiljer sig svaren mycket åt. Det som ses som vision för en respondent kan vara verklighet för en annan, samt olika synsätt kan göra att liknande berättelser hamnar i olika kategorier. I alla intervjuerna har delarna från den modifierade FAMM-modellen kunnat identifieras och har sorterats i den storleksordning de olika delarna talats om i enlighet med *tabell 2*.

Tabell 2. Antal uttagna citat från transkriberingen och hur de vid analys blivit fördelade i kategorier och ämnen.

	Faktorer	Exempel	Visioner
Styrsystemet	38	19	12
<i>politik</i>	18	6	1
<i>HR</i>	9	5	2
<i>struktur</i>	8	7	9
<i>symbolik</i>	3	1	1
Mötet	12	12	1
Maten	11	11	1
Patient	9	2	0
Atmosfär	5	4	3
Rummet	0	2	1

De delar som respondenterna nämnt mest om är styrsystemet, mötet och maten; något de konkret kan påverka. De flesta nämnde något om alla delar och utifrån intervjuerna kan det ses att alla delar är viktiga för sjukhusmåltiden.

Styrsystemet

Styrsystemet är det respondenterna jobbar direkt med i form av sin ledarskapsroll och pratar mest om. För att spegla de svaren har vi brutit ut det med Bolmans (2005) fyra ledarskapsperspektiv.

Politiskt perspektiv

Politiken påverkar en offentlig måltidsverksamhet på flera sätt och sätter i tidsandan mål som påverkar kökets planering. Ibland kan det handla om som för person 4 att det är politiker som är de som tagit initiativet till bättre mat.

Faktorer

De främsta politiska faktorerna som de intervjuade nämnt är hållbarhetsperspektiv, ekonomin och minska svinnet. Dessa tre går i samtalen ofta in i varandra och kan gå hand i hand.

Det kunde ju vara jättetunga veckor med mycket kött och det här är ju dels i miljösyfte, men även pengar, så klart. (Person 3)

Person 1 och 2 nämner att de motiverar sina kostnader med att de skapar billigare sjukvård.

Alltså mat är billig vård, jämfört med mediciner och sjukhusvistelse. Det finns inte en medicin i världen som kan åstadkomma det som mat och matsituation kan göra. Där finns det väldigt mycket pengar att hämta om man ska tänka ekonomi va. (Person 1)

Enligt mig då, helt obevisat, så ju fortare en patient får i sig näring och tillfrisknar, desto färre vård dygn får vi. Så det blir ju billigare sjukvård. (Person 2)

Det gäller att förankra denna inställning och en stor del av det politiska perspektivet ligger i att samverka över gränserna. En del som flera nämner är vikten av att ha ett nära samarbete med dietisterna då det annars kan bli ett motståndsläger.

Annars när man inte dom, vårdpersonalen från avdelningarna, så att. Det har varit väldigt mycket förankringsarbete, som vi hade väldigt stor hjälp med från dietisterna. (Person 2)

Det person 2 berättar visar att hen främst arbetat ur det politiska perspektivet med att skapa kontakter med alla olika yrkeskategorier inom sjukhuset och förmedla måltidens betydelse.

Exempel

En viktig del i persons 2 berättelse är att visa på resultat, vilket hen nämner som förutsättning för att kunnat gå vidare och påverka fler yrkeskategorier.

För varje gång vi hade varit inne och pratat i någon yrkeskategori märkte vi ju att det beställdes mat på ett helt annat sätt. Så att det, det absolut viktigaste för att lyckas i det här, det är ju att samspel och förankring i ledningen. (Person 2)

Desto fler mellanled desto svårare blir det, men person 2 visar att det går att komma ut med sitt budskap till alla led. Hen nämner också detta som ett sätt att motivera till mer resurser, då det blir en marknadsföring inom organisationen.

Person 3 visar på att ett systematiskt arbete kan användas för att visa på ekonomiska vinster.

Det är ju först nu vi får kontroll på, vi har inte pratat pris och portion så tydligt som vi gör nu. Nu kan vi fortare se när en rätt blir dyr eller inte och är det nåt stort på gång som nyårsafton då vi hade tryfflar och grejer, och presentförpackning som vi stod och packade. Det kosta ju pengar. Då måste man ju ha billigare rätter runt om. (Person 3)

Detta visar på en stark politisk struktur utifrån begränsade resurser, samtidigt som det visar att det finns modeller för att få en flexibilitet i arbetet.

Visioner

De visioner som nämns är främst möjligheten till samarbete mellan sjukhusen. Att alla ska dela med sig av de projekt de genomför så att det inte behöver sitta en kostchef på varje sjukhus i Sverige och ta fram mellanmålsförslag.

HR-perspektivet

En viktig del att ta hänsyn till vid menyplanering är personalen som ska tillaga maten.

Faktorer

Personalens kapacitet och kunskapsnivå ger möjligheter och sätter begränsningar för vilken mat som kan tillagas. Person 1 nämner detta i samband med hur mycket halvfabrikat de använder.

Vad har vi för möjligheter att kunna arbeta igenom, att ta oss förbi halvfabrikat och helfabrikatstiden, så att säga va. Å personalen är ju avhängda där. Det är ju jätteviktigt att dom är med på det, men även att de har förmågan. (Person 1)

För att ta sig förbi detta krävs utbildning och engagemang hos personalen. Det gäller att engagera hela personalen i planeringen, matsedlarna och arbetet i stort.

Att engagera medarbetarna. Du kan inte sitta själv som nån slags, och bestämma allt i matsedeln. Du måste ha hjälp av dom som jobbar. (Person 3)

Det gäller att hålla diskussionen levande hela tiden.

Exempel

Person 3 arbetar systematiskt med avsmakning av maten vilket används för att engagera hela personalen, då recepten diskuteras i helgrupp i köken så alla får komma till tals. I dennes kök anställs numera endast utbildade kockar, vilket också påverkar menyplaneringen.

Vi tar ju bara in utbildade kockar nu, det gjorde man inte förut. Då tog man bara in vem som helst och dom va nog rätt nöjda med att blanda vatten med pulver, men bara utbildade kockar dom nöjer sig inte med att stå och vispa pulver med vatten. (Person 3)

Detta har lett till vissa svårigheter, vilka har kunnat överbryggas med att systematiskt arbeta med menyn.

En rejäl krock naturligtvis, det va ju unga nyutbildade killar ofta och så kvinnorna som jobbat typ 40 år... Faktiskt tills vi började diskutera recepten på det här sättet, för kockar behöver ha förståelse för hur storhushåll fungerar och storhushållarna behöver förstå knepen som kockarna har. (Person 3)

Samtidigt säger intervjupersonen att den bästa i köket inte ens är utbildad kock och har varit där sen 1976, men ändå har väldigt kreativa idéer och lagar jättegod mat.

Visioner

Person 1 nämner hur ett restaurangtänk kan vara fördelaktigt ur ett HR-perspektiv, då det blir som hen uttrycker ”en fantastisk arbetsplats” med mer variation och mer samarbete, vilket ger mer sammanhållning.

Person 4 talar om att de har visionen att alla i köket ska ha kockkompetens, varav de erbjuder kompetensutveckling, men det kommer ta några år innan alla är utbildade.

Strukturella perspektivet

Struktur är viktigt inom en måltidsverksamhet, där menyplanering och samordning är de delar där respondenterna talat tydligast om struktur.

Faktorer

Det främsta verktyget som det nämns för att strukturera verksamheten är menyplaneringen, men det är många delar att tänka på.

Skriva matsedlar det kan många göra, men att skriva dom så dom blir bra är en ganska svår konst. (Person 4)

För att kunna få en struktur i hela arbetet nämns fördelen i att kunna äga hela kedjan.

Att kostverksamheten ska sköta hela måltidskedjan från tillagning i, centralkök eller produktionskök då, utskick i matvagnar det går ju inte att komma ifrån. Men sen även att vi, vi ansvar för servering på, i anslutning, alltså servering på avdelning till patient, inte att det är upplagt i köket då. Utan vi skickar ut maten varm i kantiner sen har vi en medarbetare då som tillhör kostorganisationen som serverar i samband med måltiden. (Person 4)

Det nämns att det är bra att ha alternativ på olika rätter, vilka bör kunna beställas nära måltiden. Det finns större möjligheter att kunna få det att fungera om det är samma organisation som kontrollerar hela kedjan, då det krävs nära kommunikation. Det är även viktigt att ha en struktur för att utvärdera maten, vilket ofta inte hinns med i den stressade miljön.

Exempel

Att göra bra matsedlar är som tidigare nämnts en svår konst och vi fick in flera exempel på hur man kan tänka när man planerar för att underlätta arbetet. En modell är att använda frekvenser på hur ofta det ska vara olika slags kött och typer av rätter, så att matsedeln blir mer uppblandad och det inte blir ensidiga veckor.

De flesta respondenterna har menyplanering tillsammans med andra sjukhus inom en region för att underlätta upphandling och näringsberäkningar. För att fortfarande kunna anpassa menyn till sjukhusets egna behov berättar person 2 om att det finns en flexibilitet i detta.

Det viktiga är inte att man har den här rätten, utan det är att man använder, på kalopsen att du använder, tre gånger tre gånger tre köttet, om du sen gör "Biff Bourgogne" eller Kalops, det spelar liksom ingen större roll. Och det är ju egentligen inga revolutionerande näringsvariationer på det heller. (Person 2)

Person 3 visar på ett strukturerat arbetssätt för att utvärdera maten, vilket sedan ligger till grund för menyplaneringen.

Dra ut recepten varje dag, följ det exakt, skriv resultatet, är det gott eller inte, är det inte gott, skriv en synpunkt vad du önskar istället. Sen måste minst två pers provsmaka och det blir dom tre, för det blir tre totalt, dom ska godkänna rätten innan den går iväg. (Person 3)

Samtidigt som detta är strukturerat så öppnar det samtidigt för att kunna ha en ständig förbättring av recepten.

Visioner

Drömscenariot för person 4 är möjligheten att äga hela måltidskedjan, från kök till kund. Samt även komma närmare kunden med köken så maten får en kortare transportsträcka, så som de håller på att ställa om till. En annan struktur som nämns som drömvision är att kunna arbeta med samma struktur som en restaurang.

Drömscenariot är ju egentligen att man kan bedriva en en, vad ska man säga, en restaurangverksamhet. (Person 1)

Hen nämner att detta troligtvis kommer bli ett måste i framtiden, då gästerna kräver att kunna få den mat de vill ha när de vill ha den. Det skulle kräva fler kök närmare gästerna och tillagning mer som à la carte, något som nämns som vision och exempel i intervjun med det danska sjukhuset.

Symboliskt perspektiv

Symboliskt perspektiv är det ämne som handlar om inspiration och att använda idoler.

Faktorer

Det som nämns som faktorer inom symboliskt perspektiv är att tala inspiration, använda idoler och att våga testa. Alla dessa handlar om att skapa en vi-känsla.

Exempel

För att skapa matlagningsinspiration kan ett bra exempel vara att bjuda in kändiskockar att medverka i köket. Att arbeta systematiskt kan även leda till ett sätt att skapa vi-känsla, vilket följande citat illustrerar.

När alla skulle börja använda samma recept, så såg man ju alla brister. Och för att komma till rätta med det så skapade vi efter många om och men, det här sättet. Och det skapar en väldigt stor delaktighet i köken. Att, oj jag kan vara med och påverka. (Person 3)

Vision

Som avslutande vision säger person 3 att hen önskar att alla ledare i kostverksamheter skulle prata lite mer engagerat kring mat överlag.

Va lite kaxiga och ta ett steg fram och prata lite engagerat kring mat, istället för bara massa torra siffror och budgetar, då har vi en offentlig upphandling. Prata matglädje och exempel, som Bertil och raggmunkarna. (Person 3)

Mötet

Den del av FAMM-modellen respondenterna talar näst mest om är mötet, både mellan maten och patienten, samt mellan alla olika personer i hela måltidskedjan.

Faktorer

Att arbeta med måltidsvårdar kan påverka mötet med vårdavdelningarna och patienterna i stor utsträckning.

Det som vi tycker är viktigast och då även, att vi kan då på avdelningen, göra lite mellanmål och fika och så till patienterna. Så vårdpersonal får fokusera på det dom är bäst på, nämligen att vårda patienten. (Person 4)

De som har måltidsvårdar nämner att fördelen är att det ger positivt resultat både för kostavdelningen, vården och patienten. Utan måltidsvårdar så nämns att mycket utav arbetet går åt till att bearbeta vårdpersonalen, så de kan förmedla maten på ett bra sätt.

Givetvis med avdelningspersonal, som vi pratar med ganska mycket, hur dom ser på sin situation. Vad dom kan hjälpa oss med i en måltidssituation, för att göra det bättre för patienten. (Person 1)

Det nämns att kommunikationen är det främsta i dessa möten, så att alla arbetar mot samma mål: ”att göra det bättre för patienten”. För det så krävs att motverka fördomar och föreställningar mellan vård- och kökspersonal.

Exempel

Ett sätt att öka kommunikationen är att som kostpersonal besöka avdelningarna, samt låta vårdpersonal göra studiebesök i köket. Exemplet talar annars om hur viktigt det är att utbilda personalen som möter kunden, oavsett om det är egen personal eller måltidspersonal. En viktig del i den utbildningen är att tala om service och bemötande, utöver näringslära, specialkost och FAMM.

Är det en utbildning i sjukhuskost då, så att man vet hur det, för det är ju lite speciellt då hur man ska tänka kring det. Och sen är det även utbildning i bemötande som är, planeras, planeras då. Så att man ska kunna möta sin kund eller patient då i det här fallet, eller vårdpersonalen då, kommer man att serva då, eftersom man kommer finnas på avdelningen då. (Person 4)

Det ges även exempel på hur viktigt det är att personalen som beställer och serverar ska känna till vilka kostalternativ som finns att tillgå, så de kan ge patienten det den behöver och beställa utifrån det. För att förstå avdelningarna och deras situation nämns av alla intervjuade att det är viktigt att besöka avdelningarna. Person 3 har tagit det till en ny nivå, där hen tar med sig personal från köket och går upp och äter tillsammans med patienterna på avdelningen.

Då tar jag med mig någon från köket och går upp och äter en bricka uppe på avdelningen, som jag har förbokad då. Så då sitter man och provsmakar då. Är det gott? Är den varm? Ser det bra ut? Men framförallt så pratar man med patienterna som sitter där, om dom är lämpliga att prata med... står man bara vid en 200liters gryta och gör nånting som slängs ned i en kantine och körs iväg och inte ser det mer, så kanske man skiter ibland i om det blir bra eller dåligt. Men det gör man inte när man har suttit bredvid Bertil som åt raggmunkar. (Person 3)

Detta exempel visar hur viktigt mötet är och att det gäller att låta alla inom verksamheten få uppleva det för att förstå helheten.

Vision

En förlängning av tanken om att låta kökspersonalen och patienten mötas är visionen som person 1 nämner om att ha en telefonkontakt mellan kök och patienter. Beställer patienten själv från köket så blir det en direktkontakt och det blir lite mer självklart att man lagar maten till en person. I intervjun med det danska sjukhuset nämndes visionen om att ha kök på varje avdelning, så mötet mellan kök och patient kan ske naturligt.

Maten

Vid samtal om måltider tänker man ofta först på mat, men det är inte det som påtalats mest vid våra intervjuer.

Faktorer

Vid samtal om matens innehåll i sjukhusmiljö kommer näringsinnehåll först på tal, alla vi pratat med säger samtidigt att det inte är det viktigaste.

Alltså får du inte in maten i munnen och ner i magen så blir det ju inte näring. Och då kan vi ha näringsberäknat och varit hur duktiga som helst, så får dom det inte ner det i magen så blir det inte näring. (Person 2)

Viktigaste är ju att få en portion som är tilltalande och aptitlig, som folk faktiskt äter upp. Om det sen fattas 50kalorier det spelar ingen roll över huvudtaget... är viktigare att dom äter upp än att det håller exakt på kalorien. (Person 3)

Alla måltider är ju näringsberäknade, sen är det ju ingenting som funkar förens patienterna ätit upp det. (Person 4)

Därav är det viktigare att tillaga god mat, varav vikten av duktiga kockar nämns. Övriga faktorer som påtalas för att få god mat är säsonganpassning och att laga maten från grunden. Det talas även om vikten av att ha och ge bra mellanmål som kompletterar de varma måltiderna, speciellt om det inte är köket som ansvarar för mellanmålen.

Exempel

Bland exemplen så handlar mycket om sensorik, som att använda färger, tänka på konsistens och provsmaka allt innan det går iväg. Person 1 talar även om att kunna använda ekologiskt för att kunna förhöja smaken.

Vi jobbar väldigt mycket med krav och ekologiskt. Som en liten, som en förhöjare av upplevelsen av mat och då blir det faktiskt, ju oftast per automatiken en smakförhöjare. (Person 1)

Det nämns många exempel på vilka rätter som görs från grunden och vad de väljer att köpa färdigt. Alla gör soppor, grytor, gratänger och potatismos från grunden under normala omständigheter. Alla köken arbetar för få bort pulversåser, pulverkrämer och andra halvfabrikat i grundkosterna. I specialkosterna kan halvfabrikat behöva användas även

fortsättningsvis. Ett sätt att minska andelen halvfabrikat är att anpassa menyn därefter och utesluta sådana rätter.

Eftersom vi tagit bort vissa rätter som då korv och sådana saker som vi då, som vi ändå inte skulle få för oss att stå och göra. (Person 4)

I intervjun med det danska sjukhuset har dom valt att helt laga maten från grunden och nämner säsonganpassning som det främsta verktyget. I det ligger även att ta vara på grönsaker i säsong och konservera för att kunna använda andra tider av året.

Det ges även exempel på hur E-kosten kan göras aptitligare genom att göra soppor och såser krämigare och därmed öka energiinnehållet. Person 1 pratar om att lägga till chokladbitar och små energihöjare som standard vilka kan ätas vid annat tillfälle om de inte tas vid måltiden.

Visioner

Visionen vad det gäller maten och som de vi pratat med har så är det att kunna bestämma innehållet själv, vilket visas tydligt i följande citat.

Färsk fisk, varje gång det är fisk. Svenskt, ja herre gud, svenskt kött, svensk kyckling istället för. Ja lagen om offentlig upphandling kan ju, det kan du. Det är ju bara skit alltså. Vi kan ju inte styra varifrån vi får våra produkter, om du inte är riktigt, om du inte är halvt utbildad advokat. (Person 3)

Det ger en bild av att det finns en vilja att laga mat på bra, lokala råvaror bara de fick chansen.

Patienten/Kunden

Att ha kundfokus är ett ämne som ständigt återkommer i alla intervjuer, men samtidigt något som är svårt att uppnå.

Faktorer

Det är främst patienten som ses som kund även om det vid vissa tillfällen nämns att avdelningarna och vården är kunder, så är alltid patienten den yttersta kunden, som ska konsumera maten.

Hur kan vi tillfredsställa kundens individuella behov, alltså då patienternas. (Person 1)

Exempel

Ett exempel på hur viktigt kundfokus är kan ses i följande citat, där en av respondenterna motiverar att de ligger för högt i fett och proteiner i förhållande mot rekommendationerna.

Nej, det är inte enligt rekommendationerna. Men vi har väldigt nöjda matgäster. (Person 3)

Det nämns exempel på hur viktigt det är att se till den enskilde patientens behov och inte bara göra beställningar utifrån slentrian. Den som beställer och tar emot beställningen behöver ha ett helhetsperspektiv och samtidigt vara fokuserad på att möta kundernas behov. Person 1 och intervjun med det danska sjukhuset trycker på att ha lite mer tänk som i den privata sektorn, när det kommer till kundfokus.

Visioner

Det finns inga specifika citat kring visioner och kundfokus. I den övergripande andemeningen går att uttyda en vilja att få större kundfokus hos de olika respondenterna som helhet.

Atmosfären

Måltidsatmosfären kan vara svår att få trevlig på sjukhus, men respondenterna ger några tips.

Faktorer

Att ge patienten en bra måltid handlar om mycket mer än att bara kunna erbjuda bra mat, vilket följande citat visar.

Maten, att det är en del, va, men dock inte den största delen, utan det är väldigt mycket annat som påverkar oss också. (Person 1)

Vi kan laga hur bra, god mat och vi kan ha hur många michelinstjärnor som helst, men om det inte serveras på ett bra sätt, så blir det inte en bra måltid. (Person 2)

Det nämns även att måltiden kan vara en av de få upplyftande sakerna som finns att tillgå vid en sjukhusvistelse och att då få ett avbrott från vården och kunna få möjligheten att uppleva måltiden blir än viktigare.

Exempel

Person 1 ger ett exempel på hur man kan arbeta med atmosfären gentemot avdelningarna med hjälp av FAMM. De har även genomfört en utbildning med vårdpersonal för att kunna förmedla hur viktig deras roll är och vad som får igång patienterna i en måltidssituation. Det som främst nämns är möjligheten att få ett avbrott från vården, och att det inte ska vara vårdklädd personal som precis bytt ditt bäcken som serverar din mat. Person 3 förmedlar målande hur viktigt det är att se till helheten, samt vara med och uppleva den själv.

Att träffa patienter, sitt mitt emot och se hur, när dom äter och hur mycket dom äter och hur det ser ut på tallriken. En rätt kan se jätte god ut när du sitter och planerar det i matsedeln, alltså i datorn. Sen när du kommer upp så ser du att, nämen Gud, dom här färgerna passar inte alls ihop, eller kokta grönsaker till det här det passar ju inte alls. (Person 3)

Ett annat exempel på hur man kan arbeta för att få en bättre måltidsatmosfär är att använda måltidsvärdar. Person 3 som har måltidsvärdar i verksamheten berättar om vilken positiv effekt det kan ge, speciellt på överbelastade avdelningar.

Visioner

Att ha måltidsvärdar och kunna ha kontroll över hela kedjan nämns av de som inte har det som visioner över hur de skulle vilja att det såg ut. Det nämndes som önskan även i intervjun med det danska sjukhuset.

Då skulle jag vilja att det var min personal som serverade maten på avdelningarna, inte vårdpersonal. Att där är en servicemänniska som, och som kan beskriva maten för patienterna och som kan duka upp lätt. (Person 2)

Önsketänkt är ju att vi kan komma upp på avdelningarna och vara där vid måltidssituationen och ha då personal som är lite mer utbildade och jobbar lite mer med FAMM då i det stora hela. (Person 1)

Rummet

Rummet är ett ämne som de vi intervjuat har svårt att påverka.

Faktorer

För att kunna påverka rummet krävs samarbete mellan köket och sjukvårdsavdelningarna, samt sjukhusledningen.

Exempel

Rummet är ett område där de vi intervjuat har litet eller inget inflytande. Det som ges som exempel är att se till att förmedla tanken om en så trevlig måltidsmiljö som möjligt. Om patienten äter på rummet så bör bäcken och sjukvårdsutrustning som inte behövs i situationen plockas bort. Är det möjligt så låt patienten komma upp till en matsal och träffa andra människor.

Visioner

Rummet är en del som personerna vi intervjuat gärna skulle vilja påverka om de kunde. Det handlar då om att ha trevligt porslin, lite färger och att det ska finnas måltidspersonal att tillgå som kan ordna något ätbart när det behövs. En modell som nämns är att maten skulle kunna finnas kyld på avdelningarna, där det då finns olika alternativ att tillgå upplagt på tallrik och plastat. I så fall skulle patienten kunna välja den mat den vill ha, när den vill ha det, för att värmas upp på ett riktigt sätt av måltidspersonal.

Diskussion

Diskussionen är uppdelad i metoddiskussion, resultatdiskussion, sammanfattning och slutsats.

Metoddiskussion

Med syftet att utifrån kostekonomens perspektiv, identifiera viktiga faktorer och belysa exempel, var en kvalitativ studie det självklara valet. Vi ville lyfta måltidsgörarens bild av hur man kan jobba för att få goda sjukhusmåltider och frågade därmed de som sitter på den positionen. En tidig fundering var att använda fokusgrupper inom kategorin, för att de skulle kunna få utbyte av varandra och därav själva få mer nytta av studien. På grund av den tid som skulle krävas och den kostnad det skulle ge fick den idén förkastas, men kan vara en intressant idé för framtida studier. Istället valdes att göra kvalitativa intervjuer över telefon. Utifrån Brymans (2011) förklaring av kvalitativa intervjuer, att ge respondenten möjlighet att tala fritt och kunna få deras bild av situationen, var det rätt metod för att spegla vårt syfte.

Att göra intervjuer över telefon har gett fokuserade svar, då vi inte kunnat påverka svaren i så stor utsträckning, på det sätt som Bryman (2011) ser styrkan med telefonintervjuer. Respondenterna hade fått information om att de skulle få prata brett utifrån deras eget perspektiv. Något som de verkligen utnyttjade.

Tidigt ifrågasattes om vi valt rätt intervjupersoner, varav vi utformade huvudfrågeställningen så att goda exempel skulle presenteras i vilket fall. Respondenterna gav väldigt målande svar, då de samtidigt kunde spegla detta mot deras egna verksamheter. Vi anser därmed att vi fått fram bra exempel på hur man kan jobba med en god sjukhusmåltid.

Hur analysen genomförts kan alltid diskuteras vid kvalitativa studier. Stor ansträngning har gjorts för att inte bryta upp texterna för mycket vid analysarbetet, samtidigt bryta upp dem tillräckligt för att kunna analysera, i enlighet med hur Patel och Davidsson (2005) föreslår en fenomenografisk analys. Det är en balansgång att hitta rätt kategorier för att spegla syftet och göra resultatet rättvisa. Samtidigt är detta ett arbete för att sammanfatta kostekonomutbildningen. Därav blir de kategorier och rubriker vi valt, utifrån intervjuerna, en spegling av det vi fått lära oss under utbildningen.

Resultaten går inte att generalisera, då vi endast intervjuat fem personer som representerar nio sjukhus. Men då sjukhusmåltiden är en av de mest komplexa typerna av restaurangverksamhet kan resultaten vara av intresse även för andra måltidsverksamheter. Den påminner om ett hotell med helpension i fråga om antal mål per dag och ansvar för dessa, med den extra komplexiteten att gästerna inte vill vara där samt har väldigt specifika behov. Sjukhusmåltiden har även centrala myndigheters specifika krav på maten, både i upphandling och i innehåll på tallriken. Vi har haft som syfte att lyfta fram positiva exempel för hur förbättringsarbeten inom sjukhusmåltiden kan genomföras, inte att ta fram någon specifik lösning på ett problem. Därav ger vi ingen modell för alla att följa, samtidigt som vi hoppas vara till inspiration för många. Inte bara de som arbetar inom sjukhusmåltider utan alla som arbetar inom större restaurangverksamheter.

Resultatdiskussion

Vi har valt att presentera resultatdiskussionen utifrån FAMM-pyramiden (Gill, 2012, 5 april) i den ordning som resultatet är presenterat, vilket baserats på svarsfrekvensen.

Sammanfattningen utgår från de övergripande frågeställningarna med faktorer, exempel och visioner.

Styrsystemet

Styrsystemet är grunden i FAMM-pyramiden och även den del vi har fått störst respons inom. Med det perspektiv vi valt, blir det tydligt att styrsystemet är grundläggande och vi har utvecklat det med att spegla det mot Bolmans (2005) ledarskapsteorier.

Politiska perspektivet

Inom offentlig sektor finns det politiska perspektivet närvarande i vardagen, då det är en politiskt styrd organisation. De övergripande krav från politiken som nämns är inom ekonomi, hållbara måltider och krav på bättre mat. Det nämns att de delarna går in i varandra när god mat hänvisar till att ge billigare vård, vilket stämmer med Livsmedelsverkets (2003) påstående att ett bra näringstillstånd är avgörande för att få bästa möjliga resultat av vården.

Det som tydligast framkommer i intervjuerna är att det är viktigt att ha samma målbild inom hela organisationen. Att alla arbetar för att få nöjdare gäster, vilket leder till friskare patienter och bättre ekonomi som helhet.

Person 2 visar exempel på en ledarstil utifrån det politiska perspektivet, som det förklaras av Bolman (2005). Att skapa kontakter i olika yrkeskategorier för att marknadsföra måltidens betydelse för hela sjukhuset, kan vara en ledarstil att föredra i en politisk miljö. Det visar även hur viktig del den integrerade måltiden är i enlighet med Livsmedelsverkets (2014) rekommendationer. Därav kan foldern *Sjukhusmåltiden - en viktig del av vården*, vara ett bra verktyg för de som inte är politiska ledare. Hela foldern visar på vikten av att ha tydligt integrerat ledarskap som arbetar åt samma mål. Foldern i sig kan ses som ett politiskt incitament, att verka för bättre sjukhusmåltider.

Det efterfrågas mer samarbete mellan sjukhusen av respondenterna. Ett förslag som ges vid en intervju är möjligheten att ha en gemensam plattform där de olika sjukhusen kan dela med sig av tips och idéer. Det nationella kompetenscentrumet för måltider i vård, skola och omsorg har lagt upp en sådan sida efter att våra intervjuer genomfördes (Livsmedelsverket, 2015b). Vår förhoppning är att sidan uppmärksammas av sjukhusen och att feedback ges så den kan anpassas för sjukhusens behov.

HR perspektivet

Att ta vara på personalen och se den som en tillgång snarare än en kostnad är centralt i HR-perspektivet (Bolman, 2005). Det nämns i resultatet att det därav är viktigt att ta hänsyn till

personalens kapacitet i menyplaneringen. Det är personalens kunskapsnivå som avgör vilka begränsningar och möjligheter som finns i fråga om matlagningen. För att kunna laga all mat från grunden, krävs kompetenta kockar. För att attrahera utbildade kockar krävs att laga mat från grunden, så de får utöva sin yrkesroll. De kommer inte nöja sig med att blanda ingredienser utan att få sätta egen prägel på arbetet, som person 3 påpekar.

Det gäller att ta vara på den kompetens som finns i köken, samtidigt som nya idéer tas in. För att göra det kan exemplet att diskutera recepten som person 3 beskriver användas. Genom att förena de nya idéerna med erfarenheterna från vad som fungerar i ett storkök kan ett sätt att i enlighet med HR-perspektivets grundtanke ge medarbetarna en större makt att påverka sitt arbete skapas (Bolman, 2005). Det är även viktigt att se till att fortbilda den personal som finns i verksamheten som person 4 nämner, för att utveckla den kompetens som finns och öka engagemanget.

Strukturella perspektivet

I ett kök krävs tydliga strukturer och rutiner vilket kan ses i hur egenkontrollprogram är uppbyggda. Det nämns i resultatet att det är en stressig miljö, vilket gör rutiner extra viktigt för att säkerställa de krav på livsmedelssäkerhet som ställs (Livsmedelsverket, 2003; SFS 2006:804). Dessa faktorer gör att det strukturella perspektivet är ett måste att ha i beaktande i ett sjukhuskök.

Menyplaneringen är ett område som nämns som kräver tydliga strukturer. Resultatet visar på olika sätt att arbeta kring det med frekvenser, samarbete mellan olika sjukhus och systematiskt menyplaneringsarbete genom daglig utvärdering av recepten. Exemplet med att systematiskt skriva ut recepten, smaka av, samtala och dokumentera visar på ett sätt att arbeta förbi problem och skapa stor delaktighet genom struktur.

Person 1 nämner i likhet med Aase (2012) att en mer restauranglik struktur är att vänta av framtiden, med större flexibilitet och valmöjlighet. Det till följd av att det blir vanligare att gå ut och äta och vi ställer lika höga krav på sjukhusmaten som vi gör när vi går på restaurang.

Symboliska perspektivet

Att arbeta integrerat återkommer i det symboliska perspektivet, med att skapa en vi-känsla och att alla inom organisationen strävar mot samma mål (Bolman, 2005). För att nå vi-känslan nämns att tala inspirerande samt använda idoler, som kändiskockar.

Av intervjuerna uppfattar vi person 3 som främst en symbolisk ledare som talar engagerat och inspirerande kring måltiden, även om modellen hen byggt upp visar exempel på hänsynstagande till alla ledarskapsperspektiven. Då offentlig sektor ofta domineras av de andra perspektiven, är det viktigt att lyfta symboliska ledare för att kunna få en bra helhetsbild av sjukhusmåltiden.

Mötet

Mötet är i enlighet med FAMM-modellen en viktig del av måltiden (Gustafsson et al., 2006). Traditionellt när sköterskor serverar maten är det svårt för köket att påverka mötet med patienten. För att det ska fungera krävs en bra kommunikation mellan kök och avdelningarna. Ett sätt kan vara att öppna för möten mellan kökspersonal och vårdpersonal genom att besöka varandras verksamheter så som nämns i intervjuerna. Det är även viktigt att måltidspersonalen har kunskap kring maten för att kunna presentera den på ett bra sätt.

Larsen och Uhrenfeldts (2013) rapport visar att mötet mellan patienter även har en roll i måltidsupplevelsen. Därmed är det inte alltid att föredra att äta måltiden tillsammans i en matsal, samtidigt som det i andra fall kan vara en bra måltidshöjare. Det är viktigt att serverande personal har kunskap kring det och ger patienten möjlighet att själv välja om den vill äta på rummet eller i matsal.

I intervjuerna nämns vikten av att få kökspersonalen att förstå patientens behov och situation. Vi vill belysa person 3 exempel med att ta med en ur kökspersonalen upp till avdelningen för att äta en måltid där. Där det viktigaste är att få ett möte mellan kökspersonalen och patienten i en måltidssituation.

Det som främst förespråkas i intervjuerna för att få bättre möten är att ha måltidsvärdar. Vi har inte funnit någon litteratur som stärker dessa fördelar. Att alla vi intervjuat antingen har det och rekommenderar det, eller skulle vilja ha det är något som styrker att det är en bra modell. De trycker på att det ger fördelar för alla parter både köket, vården och patienten. Samtidigt skulle forskning behövas som visar på vilka fördelar modellen skulle kunna ge. Det skulle även kunna vara en intressant modell för andra måltidsaktörer inom offentlig sektor, där servering sker av personer med annat huvuduppdrag.

Visionen att ha telefonkontakt mellan patient och kök, är något som går hand i hand med room-service modellerna som nämnts av Aase (2012) och Hvidovre Hospital (2012). Det ger även patienten/kunden möjlighet att kunna bestämma vad den vill äta så nära in på måltid som möjligt, så som Livsmedelsverket (2003) förespråkar.

Patienten/kunden

Att den främsta forskningen utgår från patientens perspektiv, visar att det finns en poäng i att sätta patienten i fokus, på det sätt som Gill (2012, 5 april) gör i sin FAMM-pyramid. Det stärks även av att patientfokus nämns som viktigt i alla intervjuer. Det ses så viktigt att det förespråkas som skäl till att inte alltid följa alla rekommendationer i fråga om näring för att få nöjda gäster. Det innebär inte att det ska bortses helt ifrån näringsrekommendationer, utan att fokus bör vara på att ge patienten vad den verkligen behöver, även utöver näringen.

Ett sätt att öka kundfokus som nämns av de intervjuade med kockbakgrund, kan vara att titta på den privata restaurangnäringen. En viktig del som lyftes där är att den som äter ses som gäst istället för patient, vårdtagare eller kund (Gill, 2012, 5 april). Att ha patienten i fokus kan

uppfattas som den underliggande andemeningen som alltid står i fokus i sjukhusmåltiden som fenomen. Samtidigt framgår att den delen lätt tappas bort i arbetet med de underliggande faktorerna eller styrsystemet som FAMM-modellen namnger det.

Maten

Näringen är en viktig aspekt vid samtal om sjukhusmat, vilket Livsmedelsverkets (2003) rekommendationer visar. Samtidigt är det av liten nytta om maten inte äts upp, varför det är lika viktigt att maten är god som att den är nyttig. Att fokusera på sensorik framför näringsberäkningar är något som alla respondenter trycker på. Samtidigt är näringsberäkningarna ett viktigt instrument, för att säkerställa att maten har en bra grundsammanställning.

Alla respondenter talar om att ha miljöanpassade menyer, även om sätten skiljer sig åt. Några trycker på vikten av ekologiskt, medan andra ser mer till lokalproducerat. Det är intressant att se hur person 1 anser att ekologisk mat förhöjer matens sensorik, som ett argument för att ha mer ekologisk mat. Ett sätt att arbeta mer med miljöanpassad mat är att ta hjälp av Miljöstyrningsrådets (2012) rekommendationer vid den offentliga upphandlingen. Det är dock svårt att få igenom upphandling med lokala leverantörer i förhållande till LOU. Ett annat exempel som ges för att få mer miljöanpassade måltider, samt bättre sensorik är att arbeta utifrån säsong.

I intervjun med det danska sjukhuset belyses säsonganpassning i samband med att laga maten från grunden, som ger fördelar ekonomiskt, ekologiskt och sensoriskt. Ekonomiskt då de kan välja att göra inköp när råvaran är som billigast och ta vara på genom att konservera själva. Ekologiska fördelar genom kortare transporter om du endast handlar grönsaker som är i säsong i landet.

Vi tror på idén att laga mat från grunden i så stor utsträckning som möjligt för att få godare mat. För att det ska fungera är exemplet med att anpassa menyerna efter kapacitet en viktig nyckel. Livsmedelsverkets matpyramid (2012b) ger ett bra verktyg för att kunna samtala kring detta. Speciellt då samtal med köken ofta inleds med att de säger sig laga i princip all mat från grunden, fast de egentligen ligger på nivån *en del* i pyramiden som visades i *figur 1*. Om menyerna anpassas och kompetensen finns skulle nog flera uppnå en högre nivå i pyramiden. Det är uppfattningen vi fått utifrån det som sagts i intervjuerna.

Mellanmål är ett område som lyfts i fråga om maten och Aase (2012) ser inte näringsdrycker som ett bra alternativ utifrån kundrecensioner. Våra respondenter talar om vikten av bra mellanmål med stor variation, speciellt för de som äter E-kost. Där nämns chokladbitar och andra aptitliga energihöjare. Det är viktigt att mellanmål enkelt finns att tillgå för patienten och att tillgänglig personal förstår vikten av mellanmålen.

Atmosfär

Att måltiden handlar om mer än bara maten visar både vår undersökning och tidigare forskning på området. Det är något som gäller alla måltidsituationer varför FAMM-modellen tagits fram (Gustafsson et al., 2006). I en sjukhusmiljö handlar det främst om att göra atmosfären mindre sjukhuslik, att måltiden ska få vara ett avbrott från vården. En viktig punkt som påpekas är själva serveringen. Det bör inte vara samma sköterska som precis gav en spruta, eller bytte ens bäcken som kommer och serverar maten.

Ett exempel som lyfts fram för att kunna påverka atmosfären är att ha måltidsvärdar på avdelningarna. Då kan sköterskorna fokusera på att vårda patienten och måltidsvärderna fokuserar på att se till att patienterna får en bra måltidsupplevelse. Om inte måltidsvärdar finns blir kommunikationen ut till vårdpersonalen en viktig faktor för att få till en bra atmosfär.

För att verkligen kunna arbeta med atmosfären belyser respondenterna vikten av att vara med i måltidssituationen på avdelningen. Det som verkar som en bra rätt när man planerar menyn funkar inte alltid lika bra när det ska ätas i den miljö som erbjuds.

Rummet

Rummet är den del av FAMM-modellen som kostansvarig för måltidsverksamhet inom sjukhus har svårast att påverka. Det visar på vikten av den del som i Livsmedelsverkets (2014) måltidspussel namnges integration. För att kunna påverka måltidsrummet krävs samarbete med sjukhusledningen, samt att utbilda vårdpersonalen. FAMM-modellen samt Livsmedelsverkets folder Sjukhusmåltiden – en viktig del av vården (2014) kan vara bra instrument för att få fram budskapet. Det är viktigt att kunna förmedla vikten av rummet till avdelningarna, samt de visioner som nämns med mera färger, porslin och tydliggöra att det är ett avbrott från vården.

Det är en spännande vision att belysa att ha ett litet kök med kyld mat på varje avdelning, där det finns måltidspersonal som kan värma upp maten på begäran.

Sammanfattning

Faktorer

Den främsta faktorn för en god sjukhusmåltid vi kunnat belysa är att sätta fokus på patienten, så som FAMM-pyramiden gör (Gill, 2012, 5 april). Styrsystemet är basen och den största faktorn för att nå till målet ”goda sjukhusmåltider”, men fokus måste ligga mot patienten som ska äta maten. Det skulle vara av intresse att titta närmare på modellen och dess implementeringsmöjligheter, samt få den vetenskapligt förankrad.

En annan faktor är att kunna se till helheten och arbeta över gränserna eller ha möjligheten att äga hela måltidskedjan. Oavsett modell behöver vårdarbetet och måltidsarbetet integreras med

kommunikation i alla led för att uppfylla patientens behov och önskemål. *Sjukhusmåltiden – en viktig del av vården* (Livsmedelsverket, 2014) ger verktyg för att kunna arbeta med det.

Att se till måltidspersonalens kompetens och behov vid menyplaneringen är också en viktig faktor. Arbeta för att motivera och stimulera personalen, samt ge dem kanaler för att möta sina gäster. Inom det området finns många delar som stimulerar till fortsatt forskning kring ledarskap inom köket.

Exempel

Det främsta exemplet vi vill belysa är måltidsvärdarna. Det är den enda modell som direkt ger köket möjlighet att arbeta med FAMM i alla led och därmed direkt kunna erbjuda kunden en bättre måltid. Att detta exempel där det implementerats även gett positiv respons från vårdpersonalen, ger det ytterligare fördelar. Det skulle vara av intresse att göra en utvärdering av vilka konsekvenser måltidsvärdar ger, både positivt och negativt för vården, köket och patienten.

För att integrera sjukhusmåltiden ger person 2 exempel på hur kontaktnätskapande i olika sammanhang kan vara en nyckel för att lyckas. Det gäller att sälja in budskapet om vikten av sjukhusmåltiden i alla led, där Livsmedelsverkets (2014) folder kan vara ett bra verktyg som redan nämnts.

Vi vill även belysa exemplet med att systematiskt skriva ut recepten dagligen, smaka av, utvärdera, samtala kring den lagade maten med alla medarbetare. Det visar ett positivt exempel på hur man kan arbeta med att integrera och utveckla måltidspersonalen. Vår bedömning är att det är ett bra ledarskapsexempel sett ur alla Bolmans (2005) ledarskapsperspektiv.

Visioner

En vision för att få mer kundfokus lyfts i att arbeta mer som en restaurang. Det skulle vara intressant att titta närmare på vad det skulle innebära och vilka modeller det skulle kunna leda till. Skulle det ge fler kök närmare gästerna och skulle det vara möjligt att implementera?

En annan vision inom kundfokus ligger i att skapa större flexibilitet både inom organisationen och för patienten. Det kan där vara värt att titta på om flera system kan används inom samma organisation med både varm och kall mat. Även intressant att se till visionen om att ha kök på varje avdelning med olika möjligheter till måltider, vilket ger patienten fler valmöjligheter.

Det behövs forskning för att visa på vad som kan göras mer för att förbättra måltidsmiljön och dämpa sjukhusatmosfären. Det skulle kunna vara fördelaktigt att se på det ur vårdens perspektiv för att nå ut med rummets och atmosfärens betydelse för måltiden.

Vi vill öppna för mer forskning som ser till helheten och verkar tvärvetenskapligt över olika sektioner. Det för att visa på den komplexitet som föreligger i arbetet med en måltidsverksamhet, oavsett typ av måltidsverksamhet.

Slutsats

Utgångspunkten var att identifiera viktiga faktorer och belysa exempel på arbetsätt för att förbättra sjukhusmåltiden. Vi har identifierat tre faktorer som vi valt att belysa. Vilka är kundfokus, kommunikation genom hela måltidskedjan samt att se till personalens kapacitet. Vi har belyst de positiva exempel vi funnit som ser till de faktorerna, samt lyft visioner kring vad som kan göras mer.

Det gäller att se till hela måltiden och ha ett fungerande ledarskap som kommunicerar kundfokus över alla led, vilket även kan ses som en sammanfattning på rollen som kostekonom.

Referenser

Aase, S. (2012). Hospital foodservice and patient experience: What's new? *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112 (5 Suppl), S18.

Bolman, L. G. (2005). *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*. T. E. Deal. (Red.). (A. Holmqvist, Övers.) Lund: Studentlitteratur AB.

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

Centrala sjukvårdsberedningen. (1965). *Sjukhuskök*. Stockholm: Centrala sjukvårdsberedningen.

EG 178/2002. *Förordning om allmänna principer och krav för livsmedelslagstiftning*.

Expressen. (2016). *Mauds sjukhusmat gick inte att äta*. Hämtad 2016-02-10 senast ändrad 2016-01-05 från <http://www.expressen.se/nyheter/mauds-sjukhusmat-gick-inte-att-ata/>

Gill, P. (2012, 5 april). Triangeln som skapar nöjdre gäster [blogginlägg]. Hämtad 2015-04-28 från <http://kokschefen.nu/triangeln-som-skapar-nojdare-gaster/>

Gustafsson, I-B., Öström, Å., Johansson J., & Mossberg, L. (2006). The Five Aspects Meal Model: a tool for developing meal services in restaurants. *Journal of Foodservice*, 17, pp. 84–93.

Hvidovre Hospital. (2013). *Om kökkenet*. Hämtad 2013-09-17 från <http://www.hvidovrehospital.dk/menu/Afdelinger/Kokkenet/Om+afdelingen/>

Konkurrensverket. (2012). *Upphandlingsreglerna - en introduktion*. Stockholm: Konkurrensverket.

Koro-Ljungberg, M. (2008). Positivity in qualitative research: Examples from the organized field of postmodernism/poststructuralism. *Qualitative Research*, 8(2), 217-236. doi:10.1177/1468794107087482.

Kuperberg, K., Caruso, A., Dello, S., & Mager, D. (2008). How will a room service delivery system affect dietary intake, food costs, food waste and patient satisfaction in a paediatric hospital? A pilot study. *Journal of Foodservice*, 19(5), 255-261. doi:10.1111/j.1748-0159.2008.00103.x.

Lantz, U., de Jong, B. & Jonsson, S-M. (2009). *Handbok för säker mat inom vård, skola och omsorg - Branschriktlinje för kök*. Solna: Sveriges Kommuner och Landsting & SKL Kommentus.

Larsen, L. K., & Uhrenfeldt, L. (2013). Patients' lived experiences of a reduced intake of food and drinks during illness: A literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 184-194. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.00977.x.

Larsson, S. (1986). *Kvalitativ analys: Exemplet fenomenografi*. Lund: Studentlitteratur.

Livsmedelsverket. (2003). *Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg*. Uppsala: Statens livsmedelsverk.

Livsmedelsverket. (2012a). *Riktlinjer för måltidsordning*. Hämtad 2013-09-12 senast ändrad 2012-10-22 från <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Svenska-narings-rekommendationer/Riktlinjer-for-maltidsordning/>

Livsmedelsverket. (2012b). *Mat lagad från grunden*. Hämtad 2013-09-13 senast ändrad 2012-05-20 från http://www.slv.se/upload/dokument/mat/kompetenscentrum_maltider/Tolkning%20av%20begreppet%20Lagat%20fr%C3%A5n%20grunden%2029%20maj%202012.pdf

Livsmedelsverket. (2014). *Sjukhusmåltiden – en viktig del av vården*. Uppsala: Livsmedelsverket.

Livsmedelsverket. (2015a). *Måltider i vård, skola och omsorg*. Hämtad 2015-05-05 senast ändrad 2015-02-24 från <http://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/maltider-i-var-d-skola-och-omsorg/>

Livsmedelsverket. (2015b). *Inspiration och tips – sjukhus*. Hämtad 2015-05-05 senast uppdaterad 2015-02-23 från <http://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/maltider-i-var-d-skola-och-omsorg/sjukhus/inspiration-och-tips/>

Miljöstyrningsrådet. (2012). *Upphandling*. Hämtad 2013-05-17 <http://www.msr.se/sv/Upphandling/>

Patel, R., & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

SFS1977:1160. *Arbetsmiljölagen*. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.

SFS 2007:1091. *Lagen om offentlig upphandling*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2006:804. *Livsmedelslagen*. Stockholm: Landsbyggsdepartementet.

Sveriges radio. (2015). *Dålig sjukhusmat ett problem för vården*. Hämtad 2016-02-10 senast ändrad 2015-09-22 från <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=6260682>

Brev på svenska

Hej!

Vi är två studenter från Göteborgs Universitet som läser Kostekonomiprogrammet med inriktning mot ledarskap. Vi skriver en undersökande kandidatuppsats med syfte: Att identifiera viktiga faktorer för hur man arbetar med sjukhusmat och ta fram positiva exempel.

Vi vill därmed komma i kontakt med kostchefen eller en person med likvärdig position, som har ansvaret för sjukhusets kök. Detta för att genomföra en intervju och ta fram positiva exempel på hur man kan jobba med sjukhusmat. Vårt mål är att hitta de delar som är viktigt att titta på när man arbetar med sjukhusmat och försöka identifiera framgångsfaktorer som finns för olika verksamheter. Vi kommer kontakta olika sjukhus i flera länder, för att få så brett perspektiv som möjligt. Vi har valt att kontakta er då ni har blivit rekommenderade som ett bra exempel.

Intervjuerna kommer genomföras under vecka 17-18 och i första hand via Skype (annars telefon). Intervjuerna beräknas ta mellan 30 och 60 minuter och de kommer att spelas in, materialet kommer hanteras anonymt i arbetet. Vi skulle vara väldigt glada om ni var villig att ställa upp på detta och ber er vänligast att besvara snarast om ni har möjlighet att delta eller inte.

Om ni har några frågor är ni välkommen att kontakta oss, Ann Karlsson på mail: guskarancg@student.gu, skype: ann.karlsson42, eller telefon 0702 215 932
Eller vår handledare, Lena Gripeteg på: lena.gripeteg@ped.gu.se eller: 031 786 41 89

Vänliga hälsningar

Eva Herder och Ann Karlsson

Brev på Engelska

Hi!

We are two students from the University of Gothenburg, who study Food-service Management. We are writing our Bachelor's essay with the aim: To identify important factors on how to work with hospital food and take out positive suggestions

We would like to come into contact with the Food-service manager or the person in similar position, in charge of the hospital's kitchen. We will interview the Food-service managers in order to find positive examples of how to work with hospital food. We wish to find, what is important to look at and try to identify success factors for different operations. We are contacting a number of hospitals and in different countries, to get as broad perspective as possible. We decided to contact you as you have been recommended as a good example.

The interviews will be conducted during week 17-18 and primarily through Skype (otherwise by phone). They are estimated to take between 30 and 60 minutes and will be recorded, all material will be handled confidential. We would be very happy if you agree to participate and ask you to reply as soon as possible.

If you have any questions feel free to contact us, Ann Karlsson mail: guskarancg@student.gu, skype: ann.karlsson42, or phone: +46 (0)702 215 932
Or our supervisor, Lena Gripeteg on: lena.gripeteg @ ped.gu.se or: +46 (0)31 786 41 89

Best regards.

Eva Herder and Ann Karlsson

Frågemall

Syfte: Att identifiera viktiga faktorer för hur man arbetar med sjukhusmat och ta fram positiva exempel.

Bakgrundsfakta:

Antal portioner per måltid/dag?

Vilket distributionssystem de använder?

Personlig bakgrund?

Huvudfråga:

Berätta hur du tycker man bör jobba för att ge patienter bra mat?

Ämnen att ta upp om det behövs:

Ekonomi

Menyplanering

Distribution

Personal/Utrustning

Sensorik/Matkvalité

Näring

Säkerhet/Dieter

Avslut:

Om du hade helt obegränsade resurser hur skulle du välja att utforma er verksamhet?