



**INSTITUTIONEN FÖR KOST-
OCH IDROTTSVETENSKAP**

Varför äts maten inte upp?

**En kvalitativ fallstudie om hur en mer hållbar och personcentrerad
sjukhusmåltid kan skapas**

Yuriko Fujita Friedrich

Kandidatuppsats 15 hp

Program Kostekonomi med inriktning mot ledarskap

VT 2020

Handledare: Cecilia Magnusson Sporre

Examinator: Anna Post



INSTITUTIONEN FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

Kandidatuppsats 15 hp

Titel:	Varför äts maten inte upp? En kvalitativ fallstudie om hur en mer hållbar och personcentrerade sjukhusmåltid kan skapas
Program:	Kostekonomi med inriktning mot ledarskap
Nivå:	Grundnivå
Handledare:	Cecilia Magnusson Sporre
Examinator:	Anna Post
Antal sidor:	47 (inklusive bilagor)
Termin/år:	VT2020
Nyckelord:	Den medvetna måltiden, FAMM, matsvinn, måltidsprocessen, tallrikssvinn

Sammanfattning

Cirka en tredjedel av maten i världen idag slängs som matsvinn och detta anses som en stor problematik inom hållbar utveckling. I slutet på 2019 kom ut remissen med de reviderade råden om måltider på sjukhus. I remissen läggs det särskilt tonvikt på personcentrerade måltider samt miljö och hållbarhet. Syftet med studien är att undersöka orsaker till tallrikssvinn samt att belysa faktorer som kan leda till mer hållbara och personcentrerade sjukhusmåltider. En kvalitativ fallstudie i tre delar utfördes i tre steg för att undersöka aktuell måltidsmiljö på ett sjukhus. Studien utfördes genom att kartlägga tallrikssvinn, måltids- och vårdpersonalens arbetsinsatser och uppfattningar kring måltiden samt undersöka patientens upplevelse av måltiden utifrån aspekterna i måltidsmodellen FAMM. Ett av studiens viktigaste resultat var att en av orsakerna till förekomst av tallrikssvinnet var påverkan av patientens sjukdomstillstånd, en faktor som är svår att påverka. Samtliga patienter upplevde att maten var god och att helheten av sjukhusmåltiden var positivt, trots att vissa patienter inte orkade äta upp en komplett måltid. Både måltids- och vårdpersonal var medvetna om matsvinnet och jobbade med en medveten arbetsinsats för att försöka minska matsvinnet. Ett annat väsentligt resultat var behovet av en flexibel funktion som en måltidvård, en person som endast ansvarar för måltidsuppgifter på vårdavdelning. Den rollen kan bli en brygga mellan kök, vårdavdelningar och patient för att bidra till bättre måltidskvalitet och en bättre måltidsupplevelse hos patienter och skapa hållbara personcentrerade sjukhusmåltider. Genom att arbeta nära patienterna på vårdavdelningarna och ta reda på deras önskemål och måltidsupplevelse ökar möjligheterna för att implementera hållbara personcentrerade sjukhusmåltider.

Förord

Först av allt vill jag tacka min underbara handledare Cecilia Magnusson Sporre som har stöttat mig genom givande feedback och lärrika handlednings- och diskussionstillfällen via Zoom. Du har alltid visat en stor förståelse och gett mig varma uppmuntrningar sedan VFU-perioden och under hela examensarbetet. Dig och det som du lärt mig under examensarbetet och dessa tre år kommer jag aldrig glömma.

Jag vill även tacka samtliga medverkande såsom personalerna som patienterna på ”X-sjukhuset”. Utan er kunde denna studie inte varit möjligt.

Jag vill rikta ett stort tack till mina kära vänner,
Yoko, för dina kloka och vassa kommentarer.
Familjen Holmén, Sara och Adil, för er snabba hjälp, er förståelse och ert stöd.
Takae och Thomas, för era tips, ert språkstöd, er förståelse och er uppmuntran.

Jag vill även tacka min familj i Japan för förståelse och uppmuntran som blev min drivkraft.

Sist men inte minst vill jag rikta einen großen Dank (ett stort tack) till min man Michael och våra underbara barn Tomiko, Oskar och Emiko för ert tålamod och er förståelse, och för att jag som trebarnsmamma fick möjlighet att genomföra hela kostekonomutbildningen.

Innehållsförteckning

Introduktion.....	5
Syfte	6
Frågeställningar.....	6
Bakgrund	6
Sjukhusmåltider.....	6
Nedsatt aptit hos äldre	7
Bra måltider på sjukhus.....	8
Måltidsmodellen.....	10
FAMM.....	12
Menyplanering och produktion	13
Den nya medvetna måltiden.....	14
Matsvinnsmätning inom offentlig måltidsverksamhet.....	15
Metod	15
Design.....	15
Urval.....	16
Datainsamlingsmetod	18
Databearbetning och analys	20
Metodologiska överväganden	21
Resultat.....	21
Förstudie: Organisationskartläggning	21
Del I: Tallrikssvinn.....	22
Del II: Sjukhusmåltiden ur vårdpersonalers perspektiv	23
Del III: Patienters helhetsupplevelser av en sjukhusmåltid	24
Del II & III: FAMM-aspekter under bricksserveringarna vid lunchen.....	25
Diskussion	29
Metoddiskussion.....	29
Resultatdiskussion.....	30
Slutsatser och implikationer	36
Referenser.....	38
Bilagor.....	43
Bilaga 1 Intervjuguide.....	44
Bilaga 2 Kvalitativ innehållsanalys.....	46
Bilaga 3 Observationsschema	47

Introduktion

Nationellt kompetenscentrum för måltider i vård, skola och omsorg på Livsmedelsverket skapades 2011 på uppdrag av regeringen för att arbeta för utveckling och kvalitetssäkring ur hälso- och hållbart perspektiv inom offentliga måltidsverksamheter. Uppdraget var att genom rådgivning, stödmaterial och samarbete med olika organisationer och myndigheter arbeta för att alla gästerna inom offentliga måltidsbranschen skall få glädje och välmående av serverade måltider (Livsmedelsverket, 2020a).

Cirka en tredjedel av maten som produceras i världen idag slängs som matsvinn (Livsmedelsverket, 2020b). Att halvera det globala matsvinnet är ett av delmålen i huvudmålet 12 ”Hållbar konsumtion och produktion” i FN:s globala mål ”Agenda 2030 för hållbar utveckling” (Svenska FN-förbundets, 2019). Dagligen serveras över tre miljoner måltider i den offentliga måltidssektorn såsom vård, skola och omsorg (Livsmedelsverket, 2020c). 2019 utfördes en nationell kartläggning av storkökmatsvinnet inom kommunerna (Livsmedelsverket, 2020b), detta för att synliggöra den aktuella situationen kring matsvinnet inom den offentliga måltidsverksamheten samt för att minska matsvinnet (Livsmedelsverket, 2020b).

Det genomfördes även en revidering av råd om skolmaten (Livsmedelsverket, 2019a), måltider i äldreomsorgen (Livsmedelsverket, 2019b) och senast finns det remissversion av sjukhusmåltider (Livsmedelsverket, 2019c) för uppdatering av riktlinjer inom de offentliga måltiderna. I råden om de offentliga måltiderna används Måltidsmodellen (Livsmedelsverket, 2020d) som ett viktigt verktyg. Modellen har utvecklats utifrån konceptet i Five Aspects Meal Model även kallad FAMM, en modell som används för att skapa och utveckla måltidens helhetsperspektiv, FAMM är ursprungligen framtagen för en restaurangkontext (Gustafsson, Öström, Johansson, & Mossberg, 2006; Edwards & Gustafsson, 2008). Idag används FAMM både inom offentliga och privata måltidsverksamheter för att uppnå bättre kvalitet och en helhetsupplevelse av måltiden (Sporre, Jonsson, & Pipping Ekström, 2017).

Som ett inslag i vår utbildning fick vi kostekonomstudenter som läser sista året på institutionen för kost-och idrottsvetenskap möjlighet att läsa och kommentera remissen med de reviderade råden från Livsmedelsverket om måltider på sjukhus när remissen kom ut i slutet på 2019. De nya råden i remissversionen lägger särskilt tonvikt på personcentrerade måltider med ett helhetsperspektiv som skall utgå från patientens behov och önskemål men även på patientens delaktighet i beslutfattande kring måltid (Livsmedelsverket, 2019c). Utifrån diskussioner i klassen om de nya råden väcktes tanken på att undersöka hur dessa råd ska kunna tillämpas i verkligheten. Hur kan man kombinera energi, näringsbehov, miljö- och hållbarhetssynpunkter i sjukhusmåltiderna? Att förena aspekterna näringsbehov, hållbarhet och aptitlighet kring sjukhusmåltiderna kommer att bli en stor utmaning. Måltidsgörarna i sjukhusmåltidsenheten ska kunna bemöta ytterligare komplexa utmaningar och svårigheter i samarbete med andra yrkesgrupper som också kommer i kontakt med patienternas måltider. För att kunna följa råden behövs insatser för ökad medvetenhet inom sjukhusmåltider under hela processen från menyplanering och produktion på måltidsenhetssida till matservering och bemötande hos patienter på vårdavdelning (Sporre, Jonsson, & Pipping Ekström, 2015).

Tidigare forskning visar att det finns en kvalitativ fallstudie om matsvinnet inom svenska sjukhusmåltiden som undersökte vårdpersonalens uppfattningar kring bakomliggande orsaker till

orörda matbrickor (Holmqvist & Strömquist, 2014). Det saknas dock uppdaterade studier som synliggör den aktuella situationen av hela måltidsprocessen och matsvinnet inom sjukhusverksamheten, där måltidsgörare, patienter och vårdpersonal är involverade. Att arbeta med personcentrerad sjukhusmat kan i sin tur även bidra till hållbar måltidsutveckling då ett individanpassat arbetssätt kan leda till mindre tallrikssvinn. För att undersöka möjligheterna för att tillämpa de nya råden i remissversionen av *Bra måltider på sjukhus* kommer denna studie att kartlägga tallrikssvinn och undersöka måltids- och vårdpersonalens arbetsinsatser och uppfattningar kring sjukhusmåltiden samt undersöka patientens upplevelse av måltiden utifrån aspekterna i FAMM.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka orsaker till tallrikssvinn samt att identifiera faktorer som kan leda till mer hållbara och personcentrerade sjukhusmåltider.

Frågeställningar

Studiens syfte kommer att besvaras genom följande frågeställningar:

Vilken mat kommer tillbaka som tallrikssvinn vid brickservering från vårdavdelningar?

Vilka mönster kan man se vid förekomst av tallrikssvinn?

Hur fungerar hela måltidsprocessen från måltidsenheten till vårdavdelningarna?

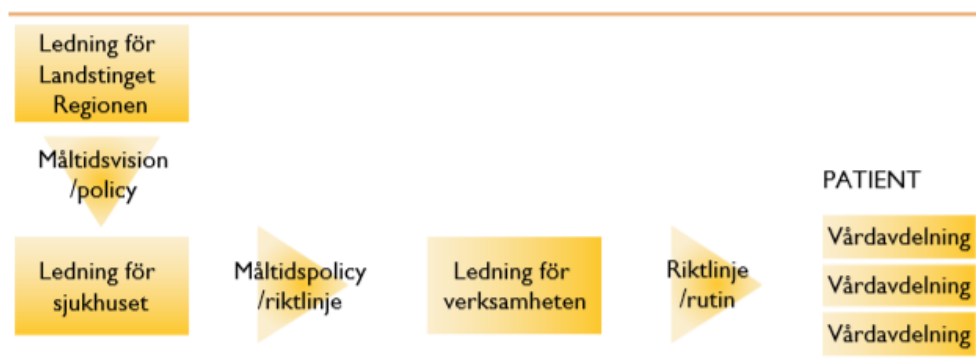
Vilka uppfattningar har vårdpersonalen kring måltidservering?

Hur upplever patienterna helheten av sjukhusmåltider utifrån de fem aspekterna i FAMM?

Bakgrund

Sjukhusmåltider

Ca 74 000 måltider tillagas och serveras dagligen inom sjukvården (Livsmedelsverket, 2020c). Sjukhusmåltiden är en viktig del av den medicinska behandlingen och den förväntas vara klimat- och miljösamt, god, hälsosam, trevlig och behovsanpassad (Livsmedelsverket, 2015). Detta skall leda till att patienterna äter upp sin mat och får i sig tillräckligt med näring och energi för ett bra tillfrisknande, ökat välbefinnande samt förebyggande av undernäring med mindre vårdresurser (Livsmedelsverket, 2015; Livsmedelsverket, 2019c). Måltiderna på sjukhus ansvaras av landsting och regioner (Sundberg, Forsman, Lilja, Quetel, & Stevén, 2015), vilket innebär att politiska beslut styr och påverkar organisationen. Det krävs genomtänkta styrdokument kring sjukhusmåltiden (Livsmedelsverket, 2015) som anger organisationsbeslut såsom visioner, policys, riktlinjer eller rutiner (figur 1) så att ledningsgrupper, chefer och alla yrkesgrupper känner till vad som förväntas av dem för att kunna nå det gemensamma målet (Nylander, u. å.).



Figur 1. Styrdokument kring måltiden (Livsmedelsverket, 2015)

Strukturen som visas i figur 1 kan medföra förändringar inom verksamheter beroende på myndighetsbeslut. Till exempel togs rekommendationer om tre grundkost (SNR-kost, A-kost och E-kost) bort 2017 och ersattes med nya kostrekommendationer som utgår från Nordiska näringsrekommendationer 2012, NNR 2012 (Livsmedelsverket, 2020e). Detta var följden av granskningsarbetet av måltid och nutrition inom vård och omsorg samt en tydlig ansvarsfördelning mellan Livsmedelsverket och Socialstyrelsen 2016 (Livsmedelsverket, 2017, 20 februari). Den arbetsfördelningen innebär att kost och näringsrekommendationer för allmänna grupper inom vård och omsorg är Livsmedelsverkets ansvar. Däremot ansvarar Socialstyrelsen för individuell nutritionsbehandling vid specifika sjukdomstillstånd och undernäring (Livsmedelsverket, 2019c). Syftet är att klargöra skillnaden mellan generella och individuella näringsrekommendationer (Livsmedelsverket, 2017, 20 februari).

Nedsatt aptit hos äldre

En del kroppsliga förändringar uppstår med ökande ålder (Hasan & Schander, 2019). Energiomsättningen minskas på grund av minskad muskelmassa och ökad fettväv, vilket kan betyda att energibehovet generellt är lägre hos äldre (Livsmedelsverket, 2017a; Hasan & Schander, 2019). Vid åldrandet sker försämring av sensoriska sinnen såsom syn-, hörsel-, lukt- och smaksinnet (Gustafsson, Jonsäll, Mossberg, Swahn, & Öström, 2014), även kan försämrade organsfunktion, svår tugg- och sväljförmåga uppstå hos äldre (Hasan & Schander, 2019). På så sätt kan åldrandet påverka ätförmågan, ätandet, energi- och näringsintaget och ämnesomsättningen (Livsmedelsverket, 2017a).

Undernäring definieras enligt Socialstyrelsen (2020) som ”ett tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning eller funktion eller av en persons sjukdomsförlopp” (s.13). Undernäring kan inte alltid ses tydligt, utan kan även förekomma hos personer vid övervikt och fetma. Kunskap hos vårdpersonal är därför betydelsefull för att kunna upptäcka tidiga tecken på undernäring för förebyggandet (Socialstyrelsen, 2020).

Minskad aptit kan anses som en av de vanligaste orsakerna till undernäring (Akner, Bosaeus, Cederholm, Rothenberg, & Ödlund Olin, 2011). Studier av Schiffman (2009) och Holst, Rasmussen och Laursen (2011) visar medicineringens negativa påverkan på aptit, smak- och luktupplevelser hos äldre patienter. Wikby och Fägerskiöld (2004) undersökte aptit bland äldre patienter och fann att viljan att äta är det viktigast för äldres aptit. Det finns även andra faktorer

som påverkar aptiten som exempelvis humör, personlig värdesättning, hälso- och sjukdomstillstånd, mat, måltidsmiljö och gemenskap vid måltider (Wikby & Fägerskiöld, 2004).

Ambjörnson (2017) undersökte sjukdomsgradens påverkan på patienters preferens och typ av måltid samt val av portionsstorlek. Hon fann att de flesta patienterna generellt var positivt inställda till sjukhusmaten och menyn, även om de inte kunde äta upp hela portionen (Ambjörnson, 2017). En holländsk studie visar också att de flesta patienterna var nöjda med val, smak och presentation av sjukhusmåltider, men de kunde inte äta upp en komplett måltid, särskilt de patienterna som hade sämsta hälsotillståndet åt minst (Van Bokhorst–de van der Schueren, Roosemalen, Weijs, & Langius, 2012). Resultatet visade även att ca 40 % av maten som köket levererade kom tillbaka som matsvinn från vårdavdelningarna och 61 % av totala 42 patienterna hade ett energiintag mindre än 90% av behovet (Van Bokhorst–de van der Schueren et al., 2012).

Hasan och Schander (2019) visar i sin studie att patienters låga aktivitetsnivå, sjukdomar, sociala tillvaro som ensamhet, låg intresse- och kunskapsnivå kring kosten och nutrition påverkar negativt på näringsintag och aptit hos äldre patienterna. Resultatet visar även att många patienter inte upplever att de är undernärda trots att deras näringsintag ligger på låg nivå (Hasan & Schander, 2019). Hasan och Schander (2019) betonar därför betydelse för ett personcentrerat förhållningssätt inom vården för att förstå individens upplevelser.

Bra måltider på sjukhus

November 2019 utkom ”Bra måltider på sjukhus - remissversion” (Livsmedelsverket, 2019c). Den remissversionen är fortfarande under bearbetning och nya råd är inte fastställda ännu men troligen lanseras de nya nationella riktlinjerna för måltider på sjukhus till hösten 2020 (Livsmedelsverket, 2020, 7 maj). Detta betyder att ”Sjukhusmåltiden som är en viktig del av vården” (Livsmedelsverket, 2015) som fortfarande gäller och är aktuell. De nya råden kommer inte att bli färdigställda innan denna uppsats är klar, men remissen kommer ändå att tas upp för att diskutera vissa frågeställningar i studien.

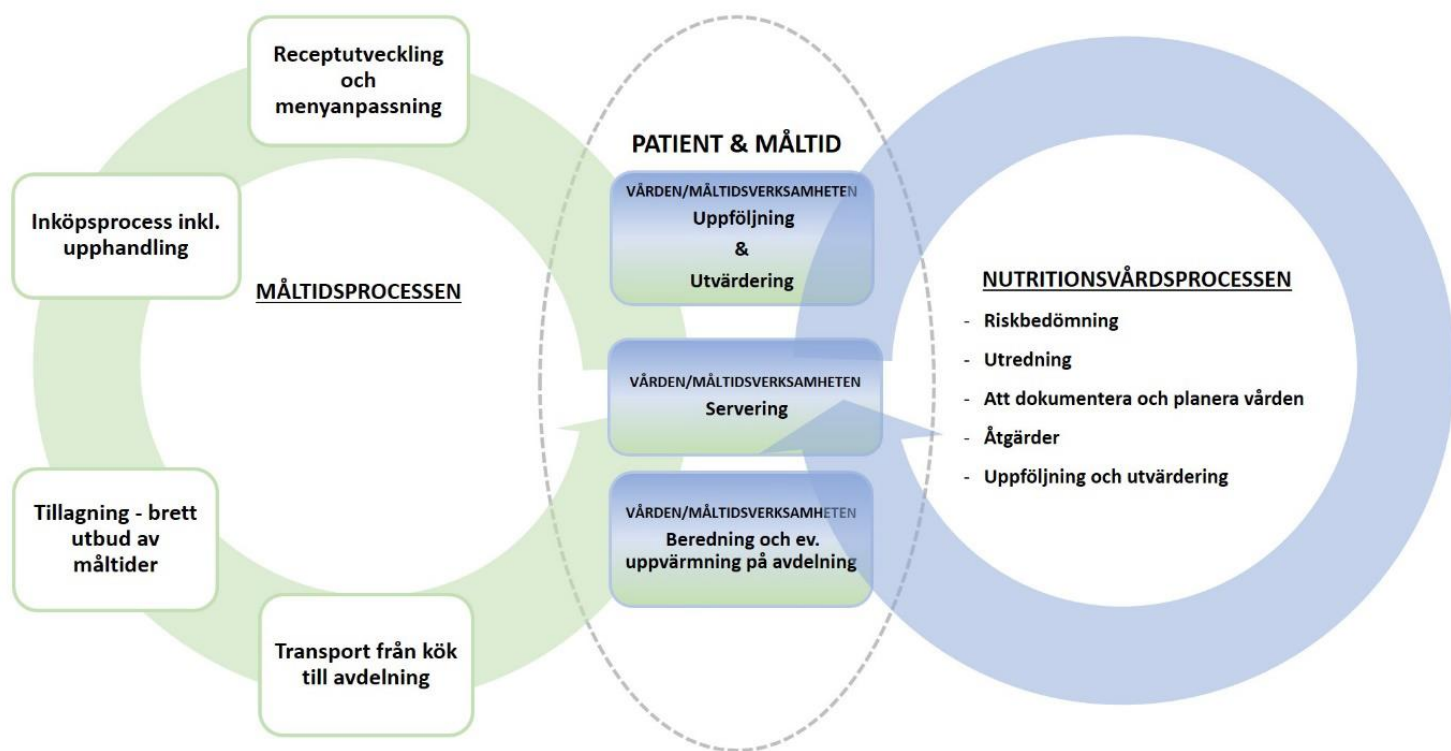
De nya råden i remissversionen lägger mer tonvikt på ”personcentrerat förhållningssätt” där man skall ta hänsyn till patientens matvanor och preferenser vid måltider. Vårdpersonalen förutsätts förstå patientens nutritionella utmaningar och ska skaffa kunskap om ”bra mat för just dig” (Livsmedelsverket, 2019c, s. 4). Syftet är att göra patienter delaktiga i beslut kring måltiden genom att till exempel få välja vilken rätt man vill ha eller när man vill äta mat (Livsmedelsverket, 2019c). Tanken är att personcentrerade måltider leder till att maten inte är kvar på tallriken eller serveringsvagnen. Den ska ätas upp och bli till nytta för patientens återhämtning och tillfrisknande, vilket är betydelsefullt ur närings, hälso- och hållbarhetsperspektiv.

I remissen tas det upp en ny enskild aspekt ”Miljösmarta måltider.” Detta skiljer sig från råden från 2015, då var den en sammansatta aspekt ”Miljömässigt hållbara måltider” (Livsmedelsverket, 2015). På remissen beskrivs utförligt arbetssätt för att minska matsvinnet inom hela organisationen. Matsvinnet på vårdavdelningssidan var en av orsakerna till att de tre gamla grundkosterna (SNR-kost, A-kost och E-kost) har tagits bort och bytts mot nya rekommendationer enligt det vetenskapligt baserade NNR2012 (Livsmedelsverket, 2017, 20 februari). Då betonades också vikten av flexibla och individanpassade måltider med kreativa menyer, nya rutiner för att tillaga tilltalande mat och att anpassa portionsstorlek för att väcka och

öka aptiten hos patienter ur behov och förutsättning inom verksamhet (Livsmedelsverket, 2017, 20 februari).

Livsmedelsverket beskriver i remissversionen fem framgångsfaktorer för bra måltider på sjukhus, vilka är att ”personcentrera måltiderna”, ”satsa på kunskap och kompetens”, ”se till helheten - använd måltidsmodellen”, ”tydliggör ansvaret och möjliggör samarbete över gränserna” och ”sätt upp mål, prioritera måltiden och fråga efter resultaten”. (Livsmedelsverket, 2019c, s.7)

Hur man ska gå tillväga i måltidsprocessen för att uppnå gemensamma mål genom integrerade samverkande processerna beskrivs i figur 2 (Livsmedelsverket, 2019c). Processen ”patient och måltid” ligger mellan två cirklar och en ruta beskriver ”vården/måltidsenheten”, men det saknas tydliga instruktioner för hur detta ska göras och det är inte självklart hur arbetet i den gemensamma cirkeln ska se ut eller vem som har ansvaret.



Figur 2. Integrerade och samverkande processerna inom verksamheten (Livsmedelsverket, 2019c)

Måltidsvärdarna

Yrkesrollen ”måltidsvärdar” tas upp första gången i denna remissversion (Livsmedelsverket, 2019c) och enligt Livsmedelsverket (2019c) skall måltidsvärdarna arbeta nära patienterna på avdelningarna och ha extra ansvar för måltidsfrågor och arbetsuppgifter såsom

måltidsbeställning, mathantering och enklare matlagning. Detta gör det möjligt för att kunna föra vidare information om patienters måltidsupplevelse och ge återkoppling särskilt till menyplanerare och kökspersonaler på måltidsenheten (Livsmedelsverket, 2019c).

Livsmedelsverket (2019c) poängterar att måltidsvårdars roll är viktig samt det behövs för att måltidsvårdarna har lämpliga kunskaper av måltiden, livsmedelssäkerhet och matsvinnproblematik samt förståelse för patienternas goda måltidsupplevelse. Detta är för att man skall kunna genomföra uppgifterna. Samtidigt kan dessa förutsättningar bidra till att avlasta vårdpersonalens dagliga måltidsarbete (Livsmedelsverket, 2019c).

Bergström, Erlandsson och Lidén (2018) utförde en fallstudie på ett sjukhus och då utvecklades ett smårätters koncept med högt energi- och proteininnehåll och tillämpningen gjordes på avdelningarna. Resultatet visar att valfrihet och konceptet med smårätterna uppskattades av patienterna, samt att avdelningspersonalen visade stort intresse kring detta (Bergström et al., 2018). Bergström et al. (2018) poängterar även betydelsen och fördelarna av en aktiv måltidsvård som ansvarar för måltidsuppgifter på vårdavdelningen, därför tycker de att måltidsvårdar bör finnas på alla avdelningar och som då fungerar som "spindeln i nätet".

Måltidsmodellen

Måltidsmodellen från Livsmedelsverket (figur 3) har utvecklats med inspiration från FAMM (Gustafsson et al., 2006; Edwards et al., 2008) och praktiska erfarenheter från offentliga måltider och modellen syftar till att främja ett helhetsperspektiv på måltiden utifrån sex aspekter; *god, integrerad, trivsamt, hållbar, näringsriktig* och *säker* (Livsmedelsverket, 2020d). Modellen används inom offentlig måltidsverksamhet som ett verktyg vid menyplanering, tillagning och servering samt att fungera som kriterier vid utvärdering och uppföljning av måltidskvalitet (Livsmedelsverket, 2020d; Livsmedelsverket, 2020e). Även i remissversionen om sjukhusmåltider, anses Måltidsmodellen vara en framgångsfaktor (Livsmedelsverket, 2019c). Alla delar är viktiga för att matgästerna ska må bra av maten och känna matglädje samt att det krävs kompetens, engagemang, samverkan och fungerande kommunikation mellan olika professioner i måltidskedjan för att modellen skall fungera (Livsmedelsverket, 2020d).



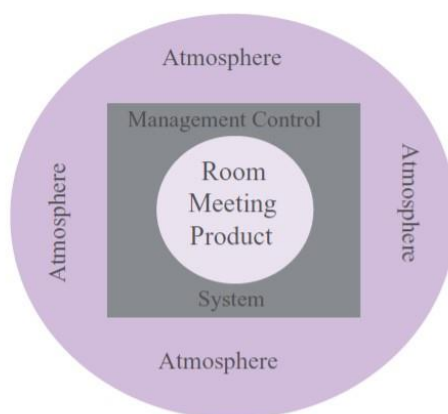
Figur 3. Måltidsmodellen (Livsmedelsverket, 2020d)

Måltidsmodellens sex pusselbitar för bra sjukhusmåltider beskrivs enligt följande: (Livsmedelsverket, 2019c)

- God:** Goda måltider tar hänsyn till patientens matvanor och önskemål om att kunna välja rätter, tillbehör, portionsstorlek och drycker. Rätt tillagningsmetod används för att säkerställa både god smak och näringsinnehåll. Maten skall vara tilltalande med kulinariska variabler såsom doft, färg, smak, temperatur, konsistens och smakintensitet för att stimulera sinnen och öka aptiten.
- Integrerade:** Alla måltider ingår i vårdprocessen på sjukhus och är en del av den medicinska behandlingen. Personcentrerade sjukhusmåltider med tillräcklig näring och energi kan bidra till bättre läkningsprocess, snabbare tillfrisknande och ger högre vårdkvalitet med mindre resurs.
- Trivsamt:** Social och fysisk måltidsmiljö ger bra trivsel och helhetsupplevelse för patienter liksom valmöjligheter av hur och var man vill äta. Bra bemötande och värdskap av personal är viktig liksom tillräcklig tid för måltiden. Även för personalen är detta viktigt. Måltider ska även vara ostörda av vårdrelaterat arbete.
- Hållbar:** För att minska miljöpåverkan ökas andelen livsmedel som är ekologiska, KRAV- märkta, vegetabilier och fullkornsprodukter samt fisk och skaldjur med MSC-, ASC- och KRAV- märke. Organisation arbetar för att minska matsvinnet från både kök och vårdavdelning genom engagemang, planering och kompetens.
- Näringsriktig:** Näringsriktiga måltider är baserade på individens önskemål och energi- och näringsbehov. Måltider betraktas som ett måltidsstöd så att patienter kan bevara sin hälsa och påskynda sitt tillfrisknande. Vid måltidsplanering för allmänna grupper inom sjukvården användas de nordiska näringsrekommendationerna 2012 (NNR 2012) som är de officiella näringsrekommendationerna i Sverige.
- Säker:** All personal har kunskap om livsmedelssäkerhet. Rutiner för god livsmedels- och personlig hygien säkerställs så att sjukhusmåltiderna ska vara säkra att äta. Patienter ska känna sig trygga och inte bli sjuka av maten.

FAMM

FAMM, Five Aspects Meal Model (figur 4) är en vetenskaplig modell som beskriver hur fem olika aspekter påverkar helhetsupplevelse av måltiden hos gäster både positivt och negativt (Gustafsson et al., 2006; Edwards et al., 2008) Modellens fem aspekter är: *rummet*, *mötet*, *produkten*, *styrsystemet* och *stämningen*. Modellen används både inom privata och offentliga måltidsverksamheter för att förbättra måltidsupplevelsen och att mäta måltidskvalitet (Livsmedelsverket, 2020c; Livsmedelsverket, 2020f; Sporre et al., 2015).



Figur 4. Five Aspect Meal Model, FAMM (Edwards et al., 2008)

FAMM:s fem aspekter för helhetsupplevelse beskrivs enligt följande: (Gustafsson et al., 2006; Edwards et al., 2008)

Rummet: Plats där måltiden förtärs av gäster. Faktorer i lokalen såsom belysning, ljud, bordplacering, uppdukning med tallrik, glas och bestick, inredning, färger, doft och temperatur i rummet påverkar vår upplevelse av serverad mat. Det kan också finnas små rum i det stora rummet tex avskärmade bord eller den dukade brickan.

Mötet: Med mötet avses samspelet mellan gäster och personal, gäster och gäster, även mellan personal och personal. Det är viktigt hur de möter varandra, hur de betar sig och hur de använder språket på den plats de befinner sig. Det handlar om service, bemötande, attityd, samarbete, ämneskunskap och kommunikationssätt som är osynliga och även klädsel som visar yrkestillhörighet hos personalen.

Produkten: Produkten omfattar maten på tallriken och måltidsdrycken i glaset. Variation och kombination i tillagningssätt, gastronomiska variabler som utseende,

uppläggning, färger, konsistens, doft och temperatur samt presentationsätt påverkar hur produkten smakar.

Styrsystemet: Styrsystemet omfattar lagar, regler, rutiner, personalbemanning, koncept, ekonomi, logistik, ledarskap, arbetsdelegering, utrustning och redskap som visar hela flödet kring måltiden inom organisationen.

Stämningen: Stämningen bestäms enligt summering av hur de andra fyra aspekterna tagits hänsyn till och upplevts under måltiden. Det innebär att resultatet av de fyra aspekterna påverkar hur atmosfären kring måltiden upplevs som en helhet hos gästerna.

Menyplanering och produktion

Gregoire (2016a) hävdar att menyn är en nyckelkomponent i en måltidsverksamhet och även en avgörande faktor för budget. Menyn kan spegla verksamhetens karaktär, mål och förutsättningar, även visa till personaler vilka arbetsuppgifter som skall utföras, samt vilken produktionskapacitet och vilka utrustningar måste finnas i köket för att producera rätterna som står i menyn. Menyerna kommer se olika ut beroende på verksamhetskaraktär av och vilken målgrupp måltidsverksamheten syftar till (Gregoire, 2016a).

Enligt Gregoire (2016a) är betydelsefulla faktorer vid menyplanering kundnöjdhet, myndighetsregler och ledningsbeslut. Kundnöjdheten kan medföras om menyn ska inkludera matvanor, matpreferenser, religion och värdesättning som sociokulturella faktorer, hållbarhets, hälso- och näringsperspektiv samt estetiska faktorer som smak, struktur, konsistens, färg, form och blandning of dess kombinationer som ger variationer (Gregoire, 2016a).

Johansson (2004) menar att gastronomiska variabler såsom *smak, doft, temperatur, konsistens, färg, form, näring och mängdbalans* måste tas hänsyn till vid menyplanering. Han påpekar vikten av balans, variation och kontrast mellan de gastronomiska variablerna för att gästernas förväntningar skall uppfyllas och måltidsupplevelse skall höjas (Johansson, 2004).

Kulinariska framgångsfaktorer enligt Klosse, Riga, Cramwinckel, & Saris (2004) påverkar gästernas måltidsupplevelse positivt samt att måltidsmiljön spelar en viktig roll hur måltiden upplevs. De egenskaperna är att namn och presentation ska stämma överens med gästens förväntningar, aptitretande doft som passar maten, balanserade smaker i relation till maträtten, umamis förekomst, blandning av texturkontrast såsom mjuk och hårt och hög intensitet av smaker (Klosse et al., 2004).

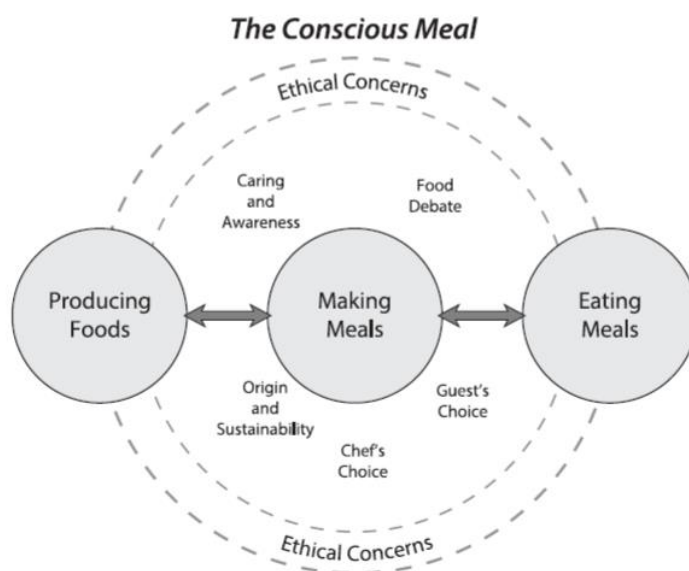
Gregoire (2016b) anser att produktion i måltidsverksamhet är att omvandla livsmedel med lämpliga bearbetningar och resurs till olika rätter som serveras till gäster, samt att en produktionsplanering är ”den effektiva syntesen av kvantitet, kvalitet och kostnadsmål” (s.149). Väsentliga faktorer som ingår i produktionsbeslut enligt Gregoire (2016b) är prognoser av

produktionsmängd, schemaläggning av flöde kring produktionen, kontroll av ingredienser, standardisering och verifiering av menyer och recept samt energikontroll under produktionen. Dessa kan leda till att produktionen kan styras enligt verksamhetens karaktär och behålla kvantiteten, kvaliteten och kostnad som önskas (Gregoire, 2016b).

Den nya medvetna måltiden

Sporre et al. (2015) har skapat en ny modell ”Den nya medvetna måltiden” (figur 5), som har utvecklats från ”Det medvetna köket” och ”Den medvetna kokkonsten” av Inga-Britt Gustafsson och Örjan Klein (Gustafsson, 2004; Sporre et al., 2015). Begreppen ”Det medvetna köket” och ”Den medvetna kokkonsten” har utgångspunkt från Charles Emil Hagdahls idéer om ”matlagningen som vetenskap och matens hälsobefrämjande aspekter” (Gustafsson & Klein, 2006, s.7). Målet av konceptet ”Den nya medvetna måltiden” var en förening av gourmetmat ”det goda” och näring ”det nyttiga” för att tillfredsställa gastronomiska och hälsomässiga behov (Gustafsson & Klein, 2006) Det var även viktigt att maten omfattar både vetenskap och beprövad erfarenhet för att förebygga sjukdomar, ohälsa och övervikt i ett måltidsskapande som utgår från aspekterna smak, näring och estetik (Sporre et al., 2015).

Sporre et al. (2015) uppdaterade konceptet ”Den nya medvetna måltiden” med ytterligare tre nya aspekter såsom miljö, hållbarhet och etik. De tre aspekternas efterfrågan har numera blivit större och arbetssättet utifrån dessa perspektiv är grundläggande i dagens samhälle. ”Den nya medvetna måltiden” omfattar alltså väsentliga aspekter vid dagens måltidsgörande, vilka är *smak, näring, estetisk gestaltning, miljö, hållbarhet och etik*. Modellen kan användas som ett verktyg under hela måltidsprocessen för att måltidsgörarna ska kunna bemöta behov, krav, utmaningar och önskemål (Sporre et al., 2015).



Figur 5. Den nya modellen av den medvetna måltiden (Sporre et al., 2015)

Matsvinnsmätning inom offentlig måltidsverksamhet

Göteborgsmodellen (Göteborgs Stad, 2016) används i de flesta kommunala köken för att minska matsvinn i hela måltidskedjan från menyplanering till matresthantering. Den blev även grunden för Livsmedelsverkets ”Handbok för minskat matsvinn” (Livsmedelsverket, 2020b) för att köken inom de offentliga måltiderna skulle kunna uppnå FN:s globala mål Agenda 2030 för hållbar utveckling (Svenska FN-förbundets, 2019) för att kunna halvera matsvinnet till 2030 (Livsmedelsverket, 2020b).

Livsmedelsverket har utfört en nationell kartläggning av matsvinnet inom kommunerna 2019, då var 211 av landets 290 kommuner med undersökningen. Matsvinnet kategoriserades i tre typer: köks-, serverings- och tallrikssvinn och mättes vid lunchen. De svinnstyperna slogs samman för att räkna medianvärdet, vilket blev ca 60 - 70 g per portion i förskolan och skolan (Livsmedelsverket, 2020g). Resultatet av svinnmätning inom äldreomsorgen sammanräknades inte på grund av att medverkade kommuner som rapporterade serverings- och tallrikssvinnet var mycket få (Livsmedelsverket, 2020g).

Matsvinnsmätning på sjukhus genomfördes av regionerna under hösten 2019 och resultatet redovisades till Livsmedelsverket (Livsmedelsverket, 2020h). 13 regioner har deltagit och matsvinnet delades till produktionssvinn (kökssvinn) och måltidssvinn (serverings- och tallrikssvinn) som är indelat i kantin- eller bricksvinn. Resultaten visar att både produktionssvinn och måltidssvinn varierar i mängden. Det högsta värdet var 75 g per portion vid kökssvinnet. Svinn från servering och tallrik visade det högsta värdet på 176 g per portion, vilket kan innebära att produktionssvinnet var mindre än måltidssvinnet (Livsmedelsverket, 2020h). Livsmedelsverket pekar på regionernas olika förutsättningar kring arbetet för matsvinnet samt att mätmetoderna är under utveckling och ännu inte är helt standardiserade (Livsmedelsverket, 2020h).

Eriksson, Malefors, Bergström, Eriksson och Persson Osowski (2020) undersökte registreringsmetoder av sjukhusmatsvinn i svenska regioner och även analyserade alla matsvinnregistreringarna mellan perioden 2009 och 2019 som samlades in från 20 sjukhus inom tre regionerna. Resultatet visar att det genomsnittliga värdet på matsvinnet på de undersökta sjukhusen var 111 g per portion och per måltid. Det fanns en stor variation mellan sjukhusen med svinnmängden. Det lägsta värdet var 27 g per portion och per måltid och det högsta var 184 g. Matsvinnet bestod av 42% tallrikssvinn, 36% serveringssvinn och 22% kökssvinn (Eriksson et al., 2020). Studiens resultat visar även att matsvinnet minskade från 149 g till 90 g per portion och per måltid under perioden mellan 2013 och 2019, vilket motsvarar en minskning med 39%, men detta värdet är fortfarande högre än andra offentliga måltidssektorer (Eriksson et al., 2020).

Metod

Design

Studien är baserad på en kvalitativ fallstudie som omfattar tre delar och som utfördes i tre steg för att undersöka måltidsmiljö på ett sjukhus. En deskriptiv fallstudie (Höglund-Nielsen & Granskär, 2017) valdes för att beskriva den aktuella måltidssituationen på ett specifikt sjukhus som har bricksservering. Jensen och Sandström (2016) beskriver att fallstudier är en lämplig

undersökningsstrategi för att fånga upp komplexa företeelser hos en individ i det specifika sammanhanget. Denscombe (2009) tycker att en av fallstudiens styrkor är att forskare får använda en mängd olika metoder, datatyper och empiriska källor i en och samma studie för att beskriva samma fenomen och studera ämnet på djupet. Datainsamlingsmetoden kallas triangulering där fler olika metoder eller datakällor används för datainsamlingen (Denscombe, 2009; Jensen & Sandström, 2016; Bryman, 2018). I denna studie valdes intervjuer och observationer som datainsamlingsmetoder och olika källor användes, vilket kan leda till att forskaren får ett bredare perspektiv och studiens tillförlitlighet kan höjas (Denscombe, 2009; Bryman, 2018).

Första delen gjordes under studentens VFU-period på en måltidsenhet på ett sjukhus, ”X-sjukhuset” i Sverige under januari och februari 2020. Tallrikssvinnanalys vid bräckservering genomfördes som ett uppdrag från måltidsenheten. Uppgiften var att undersöka vad som kom tillbaka från vårdavdelningar och hur mycket det var genom att skatta svinnmängden med ögonmått. Undersökningen var baserad på observationen med kvalitativ karaktär, då många bilder samlades in och analyserades utifrån vad bilden visade och inga vägningar utfördes. Denscombe (2009) menar att bildbaserad data innehåller den faktiska informationen. Detta kan eventuellt innebära att datakällan i denna studie är pålitlig. Olsson och Sörensen (2011) hävdar att noggrannheten förstärkas genom att forskaren kan kontrollera datakällan flera gånger. Resultatet som framkom vid bildanalysen ledde till en fortsatt undersökning kring patientens måltidsupplevelse inom vårdavdelningar. Inför tallrikssvinnanalysen utfördes kartläggning av arbetsflödet kring måltidsgörandet som en förstudie genom deltagande observationer och intervjuerna med medarbetare för att få veta hur verksamheten fungerar.

Den andra delen var byggd på intervjuundersökningar med vårdpersonal och icke deltagande observationer vid lunchserveringar för att samla in datamaterial. Intervjuguide för vårdpersonalen användes som stöd under intervjuerna (bilaga 1). Lantz (1993) beskriver denna intervju metod som ”att ställa frågor är ofta det lättaste sättet att få information om hur en person uppfattar eller känner igen inför en företeelse” (s.11). Icke deltagande observationen innebär att observatören inte deltar i det som sker i miljön (Bryman, 2018, s.341). Olsson & Sörensen (2011) hävdar att strukturerad observation kan användas för att kunna följa och förstå företeelser i den naturliga miljön och påpekar även viktighet av välplanerade observationsscheman. Vid observationstillfällerna användes FAMM-aspekter (Edwards et al., 2008) och utifrån aspekterna skapades observationsschemat med kategorierna (bilaga 3) för att underlätta fältanteckningar och att dataregistrering sker systematiskt (Olsson & Sörensen, 2011). Data från intervjuerna med personalen sammanställdes för att kunna kartlägga deras arbetsinsatser och deras uppfattningar kring måltidsserveringen.

Den tredje delen omfattar patientintervjuer för att undersöka deras helhetsupplevelse av sjukhusmåltider på X-sjukhuset. Intervjuguiden för patienter användes som stöd under intervjuerna (bilaga 1). Data från patientintervjuerna analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys där bakomliggande tema i analysmaterialet söks genom kodning och kategorisering (Graneheim & Lundman, 2004).

Urval

X-sjukhuset i denna fallstudie valdes utifrån ett bekvämlighetsurval där faktorer som geografisk begränsning, tid och att verksamheten var passande för studiens syfte (Denscombe, 2009). I

denna studie användes även urvalstekniken sannolikhetsurval vid tallrikssvinnanalysen i del I och vid val av vårdavdelningar i del II. Vid val av intervjupersoner i del II och III valdes icke sannolikhetsurval. Sannolikhetsurval bygger på slumpmässighet för att få ett representativt urval i hela den population som studeras (Denscombe, 2009). Icke sannolikhetsurval innehåller däremot ingen slumpmässighet att utgöra urvalet och enligt Denscombe (2009) används icke sannolikhetsurval i situationen där ”forskaren tycker det är svårt eller icke önskvärt att göra ett sannolikhetsurval” (s.36).

Del I: Vårdavdelningar under tallrikssvinnanalysen

Urvalet blev alla vårdavdelningar som skickade tillbaka lunchbrickor under 4 dagar från måndagen den 27 januari till torsdagen den 30 januari mellan kl.13.20 – 14.30, vilket kallas obundet slumpmässigt urval (Olsson & Sörensen, 2011; Bryman, 2018). Allt som kom tillbaka från vårdavdelningarna fotograferades av observatören och registrerades. Ca 300 - 350 bilder togs varje dag. Bilderna från frukostbrickor, middagsbrickor och oidentifierade måltider samt brickorna från icke identifierbara vagnar valdes bort som bortfall. Bildmaterialet omfattade 1196 bilder.

Del II: Vårdavdelningar under observationsundersökningen

Två vårdavdelningar A och B valdes utifrån resultatet från undersökningen av tallrikssvinn i del I på måltidsenheten i januari 2020. Ett stratifierat urval (Olsson & Sörensen, 2011) med variabeln mängden tallrikssvinn användes vid val av vårdavdelningarna. Inklusionskriterier var att vagnen med tallrikssvinn kom tillbaka varje dag och en stor mängd av tallrikssvinn fanns på tallriken under alla dagar från måndagen den 27 januari till torsdagen den 30 januari. De avdelningarna som inte uppfyllde de kriterierna valdes bort, vilket betraktas som exklusionskriterier.

Bortfall

I början planerades att jämföra helhetsupplevelsen hos patienter av två olika grupper som kategoriserades av svinnmängden för att kunna identifiera faktorer som kunde orsaka tallrikssvinn. De vårdavdelningarna som kunde bli kandidater enligt resultatet från del I i studien delades in i två grupper, dels avdelningar som skickade tillbaka en stor mängd tallrikssvinn (grupp 1) och dels avdelningar med en liten mängd svinn eller utan tallrikssvinn (grupp 2) under hela tallrikssvinnundersökningstiden. Vårdenhetscheferna från grupp 2 kontaktades i vecka 9 via telefon, men det gick inte att få samtliga avdelningar att medverka i studien på grund av etiska principerna, eftersom patienter var svårt sjuka samt omyndiga.

Del II: Intervjupersoner inom vårdpersonal

Vid valet av personalintervjuerna användes ett bekvämlighetsurval som innebär att personer som finns tillgängliga för undersökning väljs (Olsson & Sörensen, 2011; Bryman, 2018). Två personal på avdelning A och en personal på avdelning B valdes till intervjupersoner. Totalt deltog tre från vårdpersonalen i intervjuer.

Del III: Intervjupersoner med patienter

Patienter valdes ut med hjälp av vårdpersonal på båda avdelningarna utifrån kriteriet att de skall ha förmåga att medverka i undersökningen genom att besvara intervjufrågorna. Totalt fyra patienter, två kvinnliga patienter i 30-årsåldern (intervjuperson 1) respektive 70-årsåldern (intervjuperson 2) på avdelning A samt två patienter, en man i 60-årsåldern (intervjuperson 3)

och en kvinna i 80-årsåldern (intervjuperson 4) på avdelning B. Samtliga patienter samtyckte till att medverka i undersökningen.

Datainsamlingsmetod

En fallstudie användes för att kartlägga organisationen och för att kunna studera arbetsflöden under hela måltidsprocessen, från tallrikssvinn till patientens upplevelse av måltiden. Detta arbete kommer att redogöras i resultatdelen.

Del I: Tillvägagångssätt

Inför tallrikssvinnananalysen utfördes en förstudie kring organisationen och arbetsflödet på måltidsenheten genom deltagande observation vid olika arbetsmoment och intervjuer med servicechef, menysamordnare och köksmästare.

Tallrikssvinnundersökning vid brickservering

Lunchtallrikssvinn vid brickserveringen observerades under 4 dagar för att synliggöra vad som var kvar på tallrikarna från vårdavdelningarna. Datainsamlingen genomfördes under 4 dagar från måndagen den 27 januari till torsdagen den 30 januari mellan kl.13.20 – 14.30 vid disken. Tre dagar markerades vagnar med Post-it för att kunna identifiera avdelningarna.

Beställningsetiketten som kvarlämnades på brickor användes också för identifiering av vårdavdelningarna. Samtliga måltidsarbetarna i disken informerades undersöknings syfte. Vid registrering av data användes digital kamera. En personal tog ut en bricka ur vagnen och varje bricka fotograferades av en observatör som stod bredvid. Ca. 300 - 350 bilder togs varje dag och bildmaterialet blev 1196 bilder. Antalet avdelningar som beställde brickservering var totalt 33 avdelningar på måndagen 27/1 och på tisdagen 28/1, totalt 34 avdelningar på onsdagen 29/1 och totalt 35 avdelningar på torsdagen 30/1, vilket visade variationen varje dag.

Del II: Tillvägagångssätt

Observationerna på vårdavdelningar och intervjuer med patienter samt personal planerades att genomföras under vecka 11 från den 9 mars till den 13 mars. Då skulle samma meny som serverades vid tallrikssvinnanlys i vecka 5 återkomma utan förändring av recepten. Veckan före den önskade undersökningsveckan kontaktades sektionsledarna på avdelning A och vårdenhetschefen på avdelning B via telefon och informerades om syftet med studien samt de fyra forskningsetiska principerna (Vetenskapsrådet, 2002; Bryman, 2018). Positiva svar på deltagande i denna studie lämnades från båda avdelningarna under samtalet och undersökningsdatum och tid bestämdes direkt. Studien planerades genomföras den 10 mars på avdelning B och den 11 mars på avdelning A under lunchserveringen från kl. 11.30 till ungefär kl.13.30.

Personalintervju

En personalintervju per vårdavdelning, totalt två intervjuer utfördes för datainsamling. Båda intervjuerna skedde före lunchserveringen och tog cirka 30 minuter per tillfälle. Totalt tre kvinnliga vårdpersonaler som valdes genom bekvämlighetsurval medverkade frivilligt och före respektive intervju informerades om de fyra etiska principerna muntligt. Alla samtyckte till att inspelning av intervjun skulle ske på mobiltelefonen under tiden. Som datainsamlingsmetod valdes en semistrukturerad intervju där frågornas ordningsföljd kommer att varieras såsom det står i intervjuguiden. Följdfrågor kommer att ställas beroende på respondenternas svar, vilket betraktas som en fördel i denna intervjumetod då intervjupersonen får utforma egna svar

(Bryman, 2018). Intervjuguiden skapades med både öppna och slutna frågor för att få inblick i vårdpersonalernas arbetsinsatser, uppfattningar och upplevelser kring måltiden.

Respondenterna på avdelning A blev en undersköterska med 2 års erfarenhet och ett vårdbiträde med 1 års erfarenhet. De gjorde intervjun tillsammans. Intervjun gjordes i matsalen, där vi tre satt ensamma utan att bli störda. Båda intervjupersonerna var aktiva och besvarade alla frågorna.

Från avdelning B medverkade en undersköterska med 7 års erfarenhet på den avdelningen. Intervjun genomfördes i ett litet datorrum, där personal ibland behövde komma in för att använda datorerna, men svaren på alla frågorna lämnades genom att respondenten besvarade dem fritt och öppet.

Observationer under lunchserveringen

Efter personalintervjun genomfördes observationerna vid lunchserveringen på båda avdelningarna. Det tog ungefär 45 minuter som omfattade förberedelser innan matvagnen skulle komma samt själva serveringsarbetet. Lunchen brukar serveras av fler personer, vilka inte var med vid intervjun, och därför presenterades syftet med studien och de etiska principerna muntligt innan serveringen började. Samtliga i personalen på båda avdelningarna samtyckte direkt till att bli observerade. Frågorna ställdes under serveringen och ingen var negativt inställd till observationsstudien. Vid observationerna användes ett observationsschema utifrån FAMM:s aspekter: rummet, mötet, produkten, styrningssystemet och stämningen. Anteckningarna gjordes direkt under observationen på plats.

På avdelning A fanns 28 patienter på undersökningdagen den 11 mars. 27 patienter fanns på avdelning B den 10 mars när undersökningen genomfördes. Enligt personalerna på båda avdelningarna brukar de flesta patienter välja att äta måltiderna på sitt rum. Det fanns också en anledning till detta nämligen att undvika smittorisk av influensa och COVID-19. Personalen kör matvagnen och serveringsvagnen med drycker och bestick, förbereder och kontrollerar brickor utanför patienternas rum i korridoren, och går sedan in och lämnar de färdiga brickorna. Observatören följde därför efter personalen, observerade vid personalen i korridoren, och ställde frågor kring personalens upplevelse och uppfattning om sjukhusmåltiden. Patienterna hade inte fått information om studiesyfte och etiska principer och samtycket gavs inte inför observationen. Observatören stod kvar i korridoren när personalen gick in och delade ut brickorna och då sattes observationsfokus på personalen. Patienterna kunde inte observeras under hela lunchserveringen, men vid slutet av måltiden valde personalen valde ut några intervjupersoner och då kunde en liten observation genomföras. Muntlig information om studiesyftet och de etiska principerna lämnades till patienterna och de samtyckte till att observatören började sin studie och utförde intervjun i patientrummet.

Del III: Tillvägagångssätt

Patientintervju

Totalt tre semistrukturerade intervjuer som omfattade FAMM aspekter genomfördes i patienternas rum efter dessa fått sin måltidsbricka, samtidigt utfördes också en observation av måltidsmiljön. Intervjuguiden skapades för att endast ställa frågor kring måltidsupplevelsen för att kunna få betydelsefulla svar på kort tid. Dessutom var det oklart med hur patienternas tillstånd var och samtidigt var det tanken att inte belasta patienterna onödigt mycket med stress och med för många frågor på ett tillfälle. På avdelning A genomfördes två enskilda intervjuer

med intervjuperson 1 respektive 2, däremot blev det en gemensam intervju med intervjuperson 3 och 4 på avdelning B, eftersom de delade rummet och åt lunchen tillsammans. Intervjuerna tog cirka 5 minuter. Följdfrågor förekom beroende på patientens svar för att studiens syfte skulle uppnås. Vid patientintervjun gjordes ingen inspelning första dagen på grund av att intervjuaren glömde bort detta beroende på stressen. På andra dagen skedde inte heller inspelning, eftersom det inte fanns möjlighet att hitta bra plats att ställa mobiltelefonen på mellan patient och intervjuare samt att intervjuaren var stående under intervjuerna med penna och anteckningsblock. Det gick dock att skriva ned svaren på samtliga frågor som innehöll respondenternas meningsfulla uttryck och fraser under tiden, för patienterna pratade långsamt samt gav ofta korta svar. Intervjuns fokus var endast på måltidsupplevelse, därför ställdes inga frågor om medicinering, sjukdomstillstånd och vistelsetid på sjukhus.

Databearbetning och analys

Förstudie: Organisationskartläggning

Resultaten från intervjuerna och observationerna sammanställdes för att kunna beskriva arbetsflödet kring menyplanering, produktion och beställningssystem på måltidsenheten.

Del I: Tallrikssvinnanalys

Tolkning och analys av tallrikssvinnet utfördes veckan efter undersökningen genom att observera bilderna och vad som kunde utläsas på bilderna. Anteckningar gjordes per avdelning och datum och som sammanställdes senare. Utskrifter av inkomna beställningar vid brickservering användes för att få veta de totala antalet vårdavdelningar som beställde brickserveringen per dag. Detaljerade beställningsinnehåll såsom typer av rätter och portionsstorlekar kontrollerades per avdelning. Analysen gjordes av observatörens uppskattning d.v.s. att tallrikssvinnet som syntes på bilderna skattades med ögonmått efter hur det ser ut på tallriken. Till exempel en hel portion, en 3/4 portion, en 1/2 portion och en 1/4 portion eller en orörd tallrik som omfattas en orörd huvudkomponent och en orörd bikomponent.

Del II: Intervjuer med personalen och observationer på vårdavdelningar

En sammanställning av personalintervjuer genomfördes genom att lyssna på inspelningen var efter de relevanta svaren plockades fram för att kunna kartlägga vårdavdelningsarbetsinsatser kring måltider samt att få förståelse för vårdpersonalers uppfattning.

Observationerna under lunchserveringen sammanställdes av fältanteckningar från båda avdelningarna genom analysering enligt FAMM-faktorer. Sammanställningen blev då kompletterande material vid analysen av resultatet av patientens helhetsupplevelse och personalens upplevelser och uppfattning kring sjukhusmåltider.

Del III: Intervjuer med patienterna

Databearbetningen började med aidentifiering av vårdavdelning och intervjupersonaler genom att benämna dem med bokstäver och siffror. Patientintervjuer som redan blivit nedskrivna bearbetades genom en kvalitativ innehållsanalys (Graneheim et al., 2004; Bryman, 2018). Texterna lästes flera gånger för att man skulle få en uppfattning om helheten av den (Graneheim et al., 2004). Sedan utvaldes meningsbärande enheter som var betydelsefulla för studien. Kodningen utfördes genom kondensering av enhetsinnehåll, var på koderna jämfördes och grupperades i kategorier för att det skulle gå att kunna hitta tema i intervjuerna (Graneheim et al., 2004).

Metodologiska överväganden

En fallstudie i flera steg med kvalitativa metoder valdes för att försöka få en mer komplex bild av sjukhusmåltiden i en specifik miljö (Jensen & Sandström, 2016). Triangulering användes för att få en djup förståelse och en tydlig uppfattning om studieämnet ur ett bredare perspektiv genom olika datakällor och metoder, vilket även ökar trovärdighet i studien (Denscombe, 2009; Bryman, 2018)

Undersökningen i del I var på uppdrag från måltidsenheten och utfördes enligt instruktionen från handledarna. Detta metodval var inte väl genomtänkt och studenten kunde inte påverka detta, vilket kan ha påverkat studiens resultat och materialets tillförlitlighet (Denscombe, 2009).

Alla som medverkade i intervjuer och observationer fick muntlig information om fyra etiska principer: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002; Bryman, 2018) innan undersökningen skulle påbörjas. De etiska kraven poängterades genom att förklaras tydligt med hjälp av konkreta påståenden som till exempel "alla material och data skall användas endast till examensarbetet och inspelningen skall kasseras sedan," "deltagandet är frivilligt och är inte ett krav," "medverkande får avbryta studien utan anledning när man vill och sjukhus- och avdelningsnamn, även regionsnamn som kan identifiera individer skall ej avslöjas," vilket ledde till att samtliga deltagare förstod innehållet av de etiska principerna och lämnade samtycke muntligt.

Beskederna av vårdavdelningscheferna från barnavdelningarna blev negativa till deltagande i undersökningen, vilket innebär att de etiska principerna togs hänsyn till vid beslutsfattning, eftersom det inte är lämpligt ur etisk synpunkt att sjuka omyndiga patienter skulle ingå i ett urval och bli observerad.

Resultat

Förstudie: Organisationskartläggning

Initialt genomfördes en organisationskartläggning genom att studera arbetsflödet kring planering, produktion och måltidsbeställningsformatet detta för att kunna få en information och kunskap för studiens genomförande.

Det finns 8 tillagningssjukhuskök inom regionen och måltidsenheten ingår i en intern serviceorganisation, vilket betyder att sjukhusen är deras kunder och de köper tjänster kring sjukhusmåltiderna. På måltidsenheten på X-sjukhuset arbetar ca 40 medarbetare och tillagar ca 250 portioner frukost, ca 500 portioner lunch och middag varje dag.

Menyplanering och produktion

I regionen arbetar två menysamordnare med menyplanering som roterar i 6 veckorsperioder med eventuella små ändringar. De planerar en veckomeny för två veckor framåt genom att kontrollera pris, närings- och energiinnehåll samt välja säsongsanpassade och ekologiska råvaror. Enligt servicechefen är andelen ekologiska livsmedel ca 40 % inom X-sjukhuset. Den färdiga menyn skickas till berörda medarbetare såsom ledningsmedlemmar och köksmästarna i köken inom regionen, vilket betyder att samma menyer gäller för alla 8 sjukhusköken. Köksmästaren i köket

på X-sjukhuset gör en prognos av kommande beställningar för den veckan med hjälp av statistiska siffror med antal senast inkomna beställningar samt egen erfarenhet för att planera produktionsflödet och att undvika matsvinnet både i köket och på vårdavdelningarna. Matsvinnmätningen utförs fyra gånger om året på X-sjukhuset. Vid två av de fyra tillfällen blir alla avdelningar urvalet och allt svinnet mäts på både vårdavdelningar och i köket under en vecka. Vid andra två tillfällen valdes några vårdavdelningar med både kantin- respektive brickserveringen ut och svinnet mäts under en vecka. Enligt teamledaren var medelsvinnmängden per portion från mätningen 2019 ca 100 g på vårdvårdavdelningar och ca 10 g i köket.

Patientmenyer inom regionen kan kategoriseras grovt i två grupper: grundkost och specialkost. Grundkosten motsvarar tidigare A-kost, E-kost och SNR-kost. Det finns tre variationer av huvudkomponenten: husmanskost, internationell kost och vegetarisk kost. Specialkosten som är individanpassade består av allergi- och konsistensanpassad kost, närings- och energiberäknade rätter, önske- och vegankost. Det finns valmöjligheter för portionsstorlek mellan liten, normal och stor samt både huvud- och bikomponenter inom grundkosten, vilket kan göra det möjligt att vissa patientmåltider kan komponeras enligt individens önskemål samt närings- och energibehov.

Måltidsenheten samarbetar med en välkänd kock som har en lång erfarenhet inom finkrog. Menyrådet träffas regelbundet och menyordnare, köksmästarna från alla sjukhusköken och den erfarna kocken diskuterar och utvecklar recept och meny, komponering av rätter och provlagning av nya rätter så att måltiderna skall hålla hög kvalitet med de gastronomiska variablerna som är såsom smak, doft, temperatur, konsistens, färg, form, näring och mängdbalans. De jobbar mest med utveckling av kreativt tilltalande miljö- och klimatsmarta måltider med säsonganpassade råvaror. Maten lagas till största delen från grunden. Enligt köksmästaren kontrolleras kvalitet, smak, konsistens, färg, utseende och temperatur på all mat som tillagats i köket och efter att köksmästaren har godkänt allt, skall maten lämnas från köket.

Beställningsform och daglig produktion

På X-sjukhuset används kostdataprogrammet Matilda (Mashie FoodTech Solutions, u.å.) vid de flesta momenten såsom receptframställning, menykomponering, måltidsbeställning på avdelningar och kontroll av inkomna beställningar. Beställningen via Matilda på varje vårdavdelning görs fram till 15 minuter innan dukningen för brickserveringen startar i köket, så kallade ”stopptiden”. Det går även att göra akuta beställningar via telefon efter ”stopptiden”, vilket kan betyda att den dagliga produktionen är anpassad till behov och önskemål på vårdavdelningar samt att antalet portioner per rätt och daglig produktionsmängd varierar varje dag och bestäms av inkomna beställningar. Varje bricka dukas enligt enskild beställning så att rätt måltid serveras till rätt person med en lämplig mängd. Vid dukningsbandet tas det hänsyn till att komponenterna läggs upp på tallriken med estetisk gestaltning. Sedan ställs tallriken ovanpå värmeplattan täckt med plastlock för att behålla värmen under transporten.

Del I: Tallrikssvinn

Resultatet visar att alla vagnar som skickades ut från köket inte kom tillbaka under undersökningstiden (tabell 1). Detta betyder att vagnar från vissa avdelningar saknades varje dag och tallrikssvinnet vid lunchserveringen från respektive avdelningar inte kunde följas helt under 4 dagar.

Tabell 1. Antal lunchvagnar som observerades respektive inte observerades under 4 dagar

	27/1	28/1	29/1	30/1
Antalet vagnar som skickades ut från köket till avdelningarna (st)	33	33	34	35
Antalet vagnar som kom tillbaka från avdelningarna till köket (st)	25	29	25	30
Antalet vagnar som inte observerades (st)	8	4	9	5

Resultatet från tolkningen av bildmaterialet visar följande;

- Alla komponenter kom tillbaka som tallrikssvinn från avdelningarna med varierade mängd varje dag. Dock kan det vara så att en del av tallrikssvinnet kan ha stannat kvar på avdelningarna eller slängts innan vagnarna skickades tillbaka till köket, detta framkom inte i studien.
- Orörda tallrikar som utgjordes av en orörd huvudkomponent och/eller en orörd bikomponent kom tillbaka från de flesta avdelningarna varje dag. Antalet orörda tallrikar var oftast 1 eller 2 st per avdelning och dag, men det fanns en avdelning som skickade tillbaka 4 orörda tallrikar per dag.
- Det fanns några vårdavdelningar som inte skickade tillbaka något tallrikssvinn alls under undersökningen. I dessa fall fanns möjlighet att personal eventuellt kan ha kastat matresterna i avdelningens sopor eller kompost vilket inte framkom i studien.
- Frukt och efterrätt syntes inte alltid på brickorna. Detta kan tolkas som att de antingen blev uppätta eller kom tillbaka till köket senare.
- Det finns ett logiskt mönster mellan portionsstorlek och tallrikssvinn. Det fanns alltid tallrikssvinn på brickorna från de avdelningarna som brukar beställa stor portionsstorlek.
- Det finns ett mönster mellan specialkost och tallrikssvinn. Flera orörda flytande rätter och kvarlämnade eller orörda timbalkost samt postoperativ kost kom tillbaka som tallrikssvinn varje dag.
- Det finns ett klart mönster mellan konsistens, textur och tallrikssvinn. Hårda och brända pajkanter eller hela tjocka tomatskivor och grovrvivna morötter som pillades bort från huvudrätten och lämnades kvar på tallrikarna.

Del II: Sjukhusmåltiden ur vårdpersonalers perspektiv

Här beskrivs sammanställningen av intervjuerna med vårdpersonalen utifrån tre huvudrubriker i intervjuguiden. På båda avdelningarna börjar arbetet kring måltidsserveringen med att skapa beställningslistan senast dagen innan som de skulle beställa lunchen för dagen efter.

Val av mat

På avdelning A brukar patienter tillfrågas vilken rätt de vill ha dagen efter. Patienterna får välja rätter från menyn och meddela den senast dagen innan, men patienter som har allergier eller behöver specialkost får inte välja av säkerhetsskäl. Däremot fungerar det nästan tvärtom på avdelning B. Här har patienterna inte möjlighet att välja sin mat, utan ansvarig vårdpersonal väljer maten till patienterna med hänsyn till sjukdomstillstånd, allergi och religion samt patienternas ålder. Den skillnaden kan förklaras med olikheter i patienternas genomsnittliga vistelsetid mellan avdelningarna. På avdelning B var snitt-vistelsetiden något kortare än avdelning A, vilket innebar att patienter kunde flyttas till andra avdelningar eller åka hem efter en kortvistelse på avdelning B. Därför brukar beställningarna skapas med olika maträtter så att

mat- och smakpreferenser skulle tillgodose samtliga patienterna på avdelningen så att alla skulle kunna äta någon mat. Om det förekommer svårt sjuka patienter, efterfrågas deras önskemål.

Kunskap och färdigheter kring måltidsserveringen

Beställningen sker via kostdatasystemet Matilda och görs av en undersköterska på avdelning A och undersköterska och vårdbiträde på avdelning B som kan hantera programmet utan problem. Samtliga respondenter hävdade att all personal på vårdavdelning är mycket medvetna om att minska svinnet på avdelningen genom att beställa mindre. FAMM, Måltidsmodellen och de nya råden om sjukhusmåltid kände de inte till, men samtliga kunde om tallriksmodellen. Med måltidshelhetsupplevelse hos patienter i fokus försöker de att fixa fint på brickorna och hjälpa patienterna under måltider så att de får en bättre upplevelse.

Uppfattning om måltidsservering

Samtliga respondenterna beskrev att de uppskattar måltidsenhetens arbetsinsatser. De upplever själva att måltidens kvalitet är på hög nivå med aptitligt utseende och fin uppläggning samt att de har sett att patienterna var nöjda med den serverade maten, lämnade positiva kommentarer och tackade kockarna. Personalerna som blev intervjuade under lunchserveringen på vårdavdelningarna är tacksamma för brickserveringen som underlättar deras arbete vid måltidsservering så att det går smidigare och snabbare med brickserveringen jämfört med kantinserveringen. Alla respondenterna tyckte att menyutformningen är välanpassad genom att komponenterna kan väljas fritt. Utifrån sin erfarenhet kunde de analysera patienternas preferenser som till exempel att äldre patienter har en tendens att föredra kokt potatis och potatismos på grund av att konsistensen passar dem, medan yngre patienter tycker om pastarätter. Kokt ris kan vara för torrt i munnen och det kan bli svårt för äldre att tugga.

Del III: Patienters helhetsupplevelser av en sjukhusmåltid

Resultaten från observationsundersökningarna och intervjuer med patienter och personaler visar att det inte fanns någon skillnad i helhetsupplevelser mellan avdelningarna. Samtliga patienter från båda avdelningarna sade att helhetsupplevelsen av sjukhusmåltiden var bra. Resultatet visar även att aspekten produkten från FAMM, det vill säga maten är den mest betydelsefulla faktorn för samtliga deltagares måltidsupplevelse samt att aspekterna rummet och mötet mellan personal och patienter inverkar på helhetsupplevelse av sjukhusmåltiderna.

Den kvalitativa innehållsanalysen genomfördes genom att data från patientintervjuerna bearbetades med kondensering av meningsbärande enheterna, kodning och kategorisering av koderna. Sedan tolkades det latenta innehållet för att hitta teman. Koderna delades in i 6 underkategorier, sedan skapades två huvudkategorier, ”Upplevelser” och ”Kökets arbetsinsatser” (tabell 2), vilket medförde att temat blev ”Medvetenhet kring måltiden hos alla berörda”.

Tabell 2. Underkategorier och kategorier vid kvalitativa innehållsanalysen

Underkategorier	Kategorier
Aspekter som påverkar patientens välmående	Upplevelser
Händelser som påverkar självkänslan hos patienter	
Positiva och negativa känslor	
Produkt	Kökets arbetsinsatser

Kvalitet	
Individanpassning	

Vid bearbetning av kodningen framkom att det fanns andra faktorer än de som finns i FAMM-aspekterna och som påverkade patienters helhetsupplevelse.

Jag mådde inte bra första tre, fyra dagar och åt nästan ingenting. Då smakade maten inte bra. Men nu mår jag bättre. Om jag mår bättre, smakar maten bättre. (Intervjuperson 2)

Jag kan inte äta så mycket. Jag blir inte hungrig så snabbt. (Intervjuperson 4)

Det var sjukdomstillstånd och nedsatt aptit som kategoriserades under ”Aspekter som påverkar patientens välmående”. Under patientintervjuerna ställdes inte frågor av medicinsk art, men de två respondenterna berättade frivilligt hur måltidsupplevelsen påverkades av sjukdomstillståndet.

Del II & III: FAMM-aspekter under brickserveringarna vid lunchen

Här presenteras resultaten indelade i FAMM-aspekterna och innehåller en sammanställning av observationsundersökningen, sammanställningen av personalintervjuer samt innehållsanalyserna av patientintervjuer.

Rummet

Samtliga patientrum var fyrkantiga och det fanns stora fönster, där det upplevdes ljust och öppet med en fin utsikt. Ingen inredning förutom sängen fanns. Några personliga föremål syntes vid sängen. Färgen var mestadels vit vilket gav ett rent och hygieniskt intryck, men samtidigt kändes det kallt. Ingen lukt och doft märktes. Det fanns inget bakgrundsljud i rummet och det var väldigt tyst. Ibland hördes ljudet från vårdpersonalen utanför rummet när dörren var öppen.

Intervjuperson 1 hade eget rum, satte på sin säng, ställde brickan på sängbordet och åt ensam i sitt rum. Intervjuperson 2 delade rummet med en annan patient, men gardiner drogs mellan sängarna. Hon gjorde likadant som intervjuperson 1, satte på sängen, ställde brickan på sängbordet och åt ensam. Intervjuperson 3 respektive 4 som bodde i samma rum däremot satte sig mitt emot varandra vid ett litet bord vid de stora fönstren och åt lunch tillsammans samt njöt av den fina utsikten under måltiden.

Alla respondenterna valde att äta lunchen i sitt rum, trots att det fanns en matsal som rymmer ca 20 personer. Intervjufrågan kring rummet ändrades därför för att veta varför de åt lunch i sitt rum och hur det upplevdes. Tre personer nämnde om de stora fönstren och fina utsikten från sitt rum blev valet av att äta i sitt rum. En respondent angav bekvämlighet som anledning till att hon valde att äta i rummet under måltider.

Jag ser nästan inget och använder den här rullator, då är det bättre att äta här. (Intervjuperson 2)

Det är trevligare att sitta och äta vid bordet här, trevligare att sitta i rummet. Här finns stora fönster så att man kan titta ute. Jag tycker om att titta på folk. (Intervjuperson 4)

Personalen på båda avdelningarna hade en egen uppfattning kring patienternas val av att äta i rummet och menade att det kunde orsakas av orolig känslan över deras tillstånd samt oklarhet om behandling och hemgång. På så sätt kunde eget rum bidra till trygghet och egen lugn miljö, även om det befann sig många andra på avdelningen.

Mötet

Där fanns inget möte mellan patienterna förutom intervjuperson 3 och 4 som kunde observeras under två undersökningar, eftersom de flesta patienterna valde att äta i sitt rum ensamma, även om de delade rummet med någon annan. Det var endast två patienter från avdelning B som behövde tillsyn på grund av sjukdomen kom ut från rummet och åt i matsalen med personalen. Det fanns också en anledning att de åt i sitt rum för att minska smittoriskerna av influensan och COVID-19.

Mötet mellan personalen under brickdelningen skedde på professionellt samt trevligt sätt. Deras fokus låg mest på kontroll och säkerställning under arbetet genom att kommunicera varandra för att inte lämna fel bricka till fel patient samt att det inte skulle saknas något under serveringen.

Mötet mellan patienter och personal observerades vid brickutdelning samt under måltiden. På båda avdelningarna skedde en aktiv kommunikation med lagom röstnivå från personalens sida. Hos all personal som jobbade vid lunchservering märktes mycket gott bemötande, vilket patienter också intygade. Lunchpersonalen ropade patientens namn när de kom in i rummet med brickan, sedan informerade de att lunchen har kommit och vad som fanns på brickan. Personalen ställde frågor kring måltiden för att bekräfta om allt var bra hos patienterna. Även under måltiden besökte personalen patienterna för att fråga hur maten smakade samt om det saknades något. Det verkade också lätt för patienterna att be personalen om de behövde något under lunchen. Under observation av respondenter 3 och 4 kom en personal till rummet och intervjuperson 3 önskade sig mer måltidsdryck, då hämtade personalen direkt det som önskades.

Det var endast intervjuperson 3 och 4 på avdelning A som umgicks under måltiden. De ansåg att sällskapet under måltiden gav trevnad, glädje och trygghet genom att de lärde känna varandra på kort tid.

Jag kom igår från annan avdelning, då var hon redan här. Vi började prata och äta mat tillsammans sedan igår. Vi sitter så här, äter tillsammans och pratar. (Intervjuperson 3)

Andra valde ensamheten istället för att inte bli störd av någon. Intervjuperson 1 hade lite osäkerhet vad som gällde kring måltidsrutinerna, men hon yttrade sig att det var hennes vilja att stanna sitt rum och äta ensam

Jag blir serverad här. Jag vet inte om vi kan äta ute. Då vill jag helst äta här. (Intervjuperson 1)

Samtliga deltagare uppskattade vårdpersonalens insatser såsom gott bemötande, hjälpsam attityd och snabb återkoppling under måltiden. Tre personer hävdade att hur mötet mellan patienter och personal sker är viktigt och påverkar deras upplevelse av måltiden positivt. En respondent tyckte däremot inte det.

Produkten

Vid observationerna sågs brickor med stekt fisk och kokt potatis eller potatismos, biff Lindström med kokt potatis eller potatismos och pasta med kycklingsås, vilka innehöll aptitligt utseende med glada färger och fin uppläggning. Samtliga vårdpersonaler som var med vid observationsundersökningarna upplevde också att maten hade hög kvalitet, såg aptitlig ut och mycket imponerande för att vara sjukhusmat. Angående aspekterna smak och konsistens undersöktes de faktorerna under praktikperioden i produktionsköket genom deltagande observationen. Om temperaturen tillfrågades personalen vid brickutdelning om maten behöll värmen under servering. Samtliga svarade att det var tillräckligt varmt.

Samtliga respondenter tyckte att maten smakade gott. Tre angav att uppläggningsen var fin med aptitlig utseende och färger. Samtliga tyckte att den varma rätten serverades tillräckligt varm som den ska. Alla beskrev att de var nöjda med dagens lunchmåltid, vilket kan tolkas som att maten hade hög kvalitet. Intervjuperson 3 tyckte att saltet alltid saknades.

Jättebra idag! Mycket nöjd! Men gårdagens var så där. Jag tycker generellt att maten är okryddad här, jag vet sjukhusmaten är med mindre salt, men jag behöver mer salt. (Intervjuperson 3)

Trots att samtliga personerna var nöjda med den serverade sjukhusmaten, kunde två patienter inte äta upp allt. De två patienterna tyckte att portionsstorleken var för stor.

Det var jättegott, jättefint. Jag tycker maten är jättebra. Men jag orkar inte äta upp, det är för mycket. Jag sparar det (hela äpplet) och äter det sen. (Intervjuperson 4)

Styrsystemet

Under praktikperioden observerades rutiner kring utskick av vagnar vid brickservering genom deltagande observationen. På dukningsbandet kommer ut en liten lapp med enskild beställning per patient när en bricka dukas, det vill säga att det står vilken rätt och hur mycket som skulle läggas upp på den brickan. Tallriken med varmrätt ställs ovan på värmeunderlag och täcks med plastlock. Innehållet på varje bricka kontrolleras av kökspersonaler innan den ställs in i vagnen. När alla brickorna kontrollerats och ställts in i vagnen skickas den till vårdavdelningen med det automatiska transportsystemet. Det tar cirka 15 till 20 minuter tills vagnen kommer till vårdavdelningen beroende på avståndet mellan husen.

Lunchservering på X-sjukhuset börjar ungefär 12.15 och vårdpersonaler för lunchservering förberedde sig. Det fanns ett vårdbiträde på varje vårdavdelning som hade sin arbetsuppgift med måltidsförberedelse, och som brukar hämta matvagnen när den har kommit utanför avdelningen, hen gör färdigt med serveringsvagnen genom att ställa bestick, servetter, glas, koppar och måltidsdryck såsom kaffe, te, saft och vatten innan matvagnen kommer. På den serveringsvagnen finns två sidobrädor, där ställs varje patientbricka för att kompletteras med den måltidsdryck som patient önskade, servetter och bestick på brickan innan patienten får den.

På båda avdelningar jobbade de som ett team som ansvarar för lunchservering för ungefär 13 till 14 patienter. På avdelning A jobbade fem vårdpersonaler såsom sjuksköterska, undersköterska och vårdbiträde för lunchservering. På avdelning B ansvarade tre personaler såsom undersköterska och vårdbiträde för lunchservering.

Det var tydligt att samtliga i personalen visste och var säkra på arbetsrutiner och uppgifter under lunchen, samt att det fanns en tydlig arbetsdelegering så att alla vet vem som gör vad. Arbetsflödet gick smidigt med bra logistik att de vet hur två vagnarna placeras i korridoren och i vilken ordning brickorna brickas ut för att fixa måltidsdryck och bestick på serveringsvagnen. Det tog 10 minuter på avdelning A och ungefär 15 minuter på avdelning B tills alla brickorna delades ut. I den tiden inkluderades alla de arbetsmomenten att personalen skall ta ut varje patientbricka ur matvagnen, ställa den på serveringsvagnen, ta bort värmeunderlag och locket, kontrollera vem som ska ha den brickan, innehåll samt önskad måltidsdryck, fixa och ställa glas och kopp, servett och bestick och servera brickan till rätt patient. De momenten genomfördes för 13 till 14 patienter på 10 till 15 minuter med lugn stämning.

Observation om faktorn ergonomi märktes lite negativt. Matvagnen var för tung för de flesta av den kvinnliga personalen, och dessutom var den svår att köra på grund av vikten. Vagnen rymmer ungefär 20 brickor och personalerna böjde sig när de skulle ta ut brickor från nedre delen av vagnen. Även värmeunderlaget som fanns under tallriken var tjockt och tungt som gjort av metall. Några i personalen hävdade att de fick ont i handlederna genom att upprepa rörelsen där de skulle ta upp huvudtallriken, ställa den på serveringsvagnen, ta bort det tunga underlaget och sen ställa tillbaka den varma rätten med försiktighet för att inte förstöra uppläggningsen. De sa även att det inte går att bära brickor med värmeunderlag kvar, då blir brickan alldeles för tung med maten, måltidsdryck samt bestick. Alla dessa arbetsmoment syntes inte men samtliga patienter upplevde en mycket positiv känsla till att måltidsserveringen utfördes av vårdpersonal.

Det är jättebra med alla personal här. Man blir glad. De kommer så fort när jag ringer. Även de kommer och frågar om maten smakade bra eller om vi behöver något mer, tycker det jättebra. (Intervjuperson 4)

De flesta tyckte inte att det saknades något. De uppgav att vårdpersonalerna under lunchservering jobbade snabbt, effektivt och smidigt samt att de var välorganiserade och hade en hjälpsam attityd och ett bra bemötande.

Stämningen- måltidens helhetsupplevelse

Stämningen under lunchservering på båda avdelningar upplevs positiv som helhet. Det var väldigt lugnt, tryggt och tyst och utan stress under hela observationen. Måltidsserveringen utfördes på mycket systematiskt sätt och personalen jobbade som ett team med tydliga rutiner, en arbetsdelegering och arbetsfördelning för smidigt genomförande, vilket gjorde måltiden säker. Personalens trevliga bemötande och hjälpsamma arbetsinsatser bidrog till positiva känslor och en fin helhet så att måltidsserveringen inte blev för mekanisk.

Det är alltid roligt att äta hemma. Sjukhus är inte så roligt, men här är det fint med utsikten. (Intervjuperson 1)

Självklart är det att äta i en restaurang bättre, men här är också bra. (Intervjuperson 4)

Samtliga respondenter upplevde att de hade bra helhetsupplevelse av sin sjukhusmåltid. De fann ett eget sätt att kunna njuta av måltiden på sjukhuset genom att stanna i sitt rum, se på den fina utsikten från de stora fönstren, ha sällskap eller välja äta ensam i rummet.

Diskussion

Metoddiskussion

Studien omfattade tre delar, utförda genom observationer och intervjuer för att få en helhetsbild och förståelse om den aktuella situationen kring hela måltidsprocessen. Här tas metodologiska arbetssätt upp som kan ha påverkat studiens resultat.

Undersökningen av tallrikssvinnet i del I utfördes under VFU-period enligt instruktionen att observera allt som kom tillbaka från vårdavdelningarna. På grund av detta metodval och brist på förberedelse förekom några hinder och svårigheter vid den här tallrikssvinnundersökningen. Den största problematiken var att urvalet blev alla avdelningar som använder brickserveringen vid lunchen och vårdpersonalerna inte visste om att tallrikssvinnundersökningen utfördes på måltidsenheten, vilket orsakade till att de inte skickade tillbaka alla lunchtallrikar/brickor samma dag, samt det gjorde det omöjligt att få fram exakta siffror för att beräkna resultatet statistiskt. En ytterligare faktor var att observationstiden begränsades av dagliga diskrutinen mellan kl.13.20 och kl.14.30, då kom inte alla lunchvagnarna tillbaka till disken och några vagnar fattades varje dag. Detta betydde att antalet avdelningarna varierade varje dag och det gick inte följa samma avdelning under mätningsperioden, vilket kunde ha lösts genom att informera vårdavdelningarna om undersökningen. Dessa föranleddas att resultatet av undersökningen blev mer som en indikation och uppskattning om vad som slängs som tallrikssvinnet, vilket innebär att statistiska resultat inte framkom. Dessutom blev reliabiliteten i den undersökningen låg (Bryman, 2018). Om en annan metod hade valts samt att antalet objektmaterial hade minskats genom att begränsa urval och välja ut några vårdavdelningar, hade resultatet troligen blivit bättre med mer tillförlitligt material (Denscombe, 2009). Däremot finns validitet och trovärdighet i datainsamlingen genom att en digital kamera användes till registrering av objekten. Med bilderna registreras saker och ting som de är (Denscombe, 2009), vilket innebär att bilderna kunde leverera en pålitlig information (Denscombe, 2009).

Studien i del II planerades i början utifrån att urvalet skulle väljas från två olika kategorier som avdelningar med en stor mängd tallrikssvinn på respektive avdelningar och med en liten mängd svinn eller utan tallrikssvinn för att jämföra helhetsupplevelsen av sjukhusmåltider hos patienter mellan dem. På grund av etiska överväganden kunde studenten inte få tillträde till de önskade avdelningarna, därför togs den planen bort, detta gör att det kan bli något missvisande resultat. Istället valdes två vårdavdelningar genom stratifieraturvalet, tre från vårdpersonalen genom bekvämlighetsurvalet samt ytterligare några av vårdpersonalen tillfrågades kring måltidsservering och upplevelser vid observationstillfällena i del II. Fyra patienter valdes som urval i del III enligt vårdpersonalens bedömning att samverka i studien. Att urvalet blev litet i del II och III kan bli en svaghet i studien. En anledning till detta var att det fanns oklarhet om deltagarna, hur många personer som skulle kunna medverka samt om de kunde besvara frågorna för studiens syfte. Patienternas vistelsetid var genomsnittlig 2–3 dagar samt att vårdpersonalen jobbar i skift, vilket betyder att det inte var möjligt att välja ut intervjupersoner och boka intervjuerna innan. Detta ledde till att bekvämlighetsurval användes för val av vårdpersonal och patienter utvaldes av vårdpersonalerna på plats samma dag. Denscombe (2009) hävdar att strategier för val av deltagare och antalet deltagare spelar en viktig roll för resultatets giltighet. På så sätt kan resultatet ha påverkats av urvalet samt det kunde ha innehållit mer variationer om jämförelsen mellan grupper hade kunnat utföras.

En kvalitativ fallstudie med triangulering valdes som forskningsstrategi för denna studie. Valet av fallstudien gjordes för att studera den aktuella måltidssituationen på ett sjukhus, vilket stämmer med att fallstudier är ett passande tillvägagångssätt att studera komplexa företeelser i den specifika miljön som Jensen och Sandström (2016) och Höglund-Nielsen och Granskär (2017) hävdar. Triangulering med både observationer och intervjuer med olika målgrupper blev en styrka i denna studie för att studenten fick en bredare förståelse av ämnet ur olika perspektiv samt att reliabiliteten ökades genom användning av att olika metoder och empiriska källor (Denscombe, 2009).

Genomförandet av icke deltagande observationen och observationsschemat utifrån FAMM-aspekter var välplanerade och förberedda som Olsson och Sörensen (2011) påpekar. Detta underlättade fältanteckningarna för att kunna följa och förstå händelser i den naturliga miljön. Data som framkom genom observationer och intervjudata jämfördes för att se om det finns likheter eller skillnader. På så sätt bekräftades intervjuinnehålls trovärdighet genom att kontrollera insamlade data med olika källor och metoder genom triangulering (Denscombe, 2009).

Lantz (1993) poängterar vikten av formulering av frågeställningar och att provintervjuer skall genomföras för att granska intervjuens innehåll och uppläggning. Detta gör det möjligt att ställa relevanta frågor och att intervjuplanen kan formas för intervjuens syfte samt att data från intervjun kommer att medföra tillförlitlighet och giltighet i resultatet (Lantz, 1993). På grund av tids- och resursbrist fanns ingen möjlighet att testa frågeställningar innan. Om intervjuguiderna skulle ha testats innan, hade detta bidragit till en bättre intervjuguide för att få mer förståelse av intervjufrågorna hos respondenterna samt mer utförliga svar från dem. Olsson och Sörensen (2011) menar att "en intervju är en dialog mellan minst två personer" (s.132). Lantz (1993) beskriver intervjusituationen som samspelet mellan människor, vilket är byggd på kommunikation både verbalt och icke verbalt. På grund av att studenten inte hade tillräcklig erfarenhet och kunnskap som intervjuare, ställdes följdfrågorna med förklaringar när det förekom tystnad. Detta kan avses som ledande frågor (Denscombe, 2009) och kan ha påverkat svaren från respondenterna.

Studien har genomförts av endast en student och tolkning av data utfördes utifrån studentens förförståelse som kallas forskarens förförståelse inom hermeneutiken (Olsson & Sörensen, 2011). Detta innebär att tolkningen av materialet gjordes utifrån studentens tidigare kunskap, tidigare erfarenheter och förställningar. Det kan betyda att andra saker hade setts i datamaterialet om någon annan med annan förförståelse skulle göra denna studie. Enligt Yin (2013) kan detta betraktas som forskarbias, eftersom diskussion med någon annan inte heller gjordes under arbetet. Denscombe (2009) menar att det kan även innebära att mindre objektivitet finns i studien, vilket kan ha påverkat studiens resultat negativt och orsakat till validiteten i studien (Denscombe, 2009; Höglund-Nielsen & Granskär, 2017).

Resultatdiskussion

I denna fallstudie framkom flera resultat som visar hur man kan jobba med matsvinn och hållbara måltider. Här diskuteras de viktigaste resultaten om hur man kan uppnå mer hållbara och personcentrerade måltider.

Tallrikssvinnet

Resultatet av undersökningen i del I visade att tallrikssvinnet förekommer varje dag med varierade mängden och alla typer av komponenter kommer tillbaka från vårdavdelningarna. På grund av den metod som användes kunde statistiska siffror inte tas fram och resultatet kunde inte visas statistiskt. Andra studier (Van Bokhorst–de van der Schueren et al., 2012; Eriksson et al., 2020) visar att ca 40 % av maten som tillagades blev tallrikssvinnet på sjukhuset. Om resultatet kunde jämföras så skulle detta ha varit mycket användbart för resultatdiskussionen.

I analysen av brickorna som kom tillbaka till köket hittades några mönster som kan vara orsaker till förekomsten av tallrikssvinnet. Dessa var val av portionsstorlek, konsistens och textur på maten och orörda specialkosten. Aspekten goda måltider i Måltidsmodellen (Livsmedelsverket, 2020d) beskriver tydligt att patientens matvanor och önskemål måste tas hänsyn till vid val av rätter, portionsstorlek, måltidsdryck och att tilltalande presentationssätt av måltiden med kulinariska variabler påverkar upplevelsen av maten och aptit. Johansson (2004) och Edwards et al.(2008) menar också att gastronomiska variabler som utseende, uppläggning, färger, konsistens, doft och temperatur samt presentationssätt är viktiga och påverkar hur maten upplevs. Enligt Livsmedelsverkets råd (Livsmedelsverket, 2015) är maträtter som innehåller hårda konsistenser och grov textur inte lämpligt för sjukhuspatienter.

Gregoire (2016a) hävdar att menyn speglar verksamhetens karaktär, mål och förutsättning. Detta konkreta problem kring konsistensen och texturen kan ändras genom att kontrollera recept och menyer. Gregoire (2016a) menar även att menyn visar målgrupp verksamheten syftar till, samt att kundnöjdheten är en av viktiga faktorer. För att kundnöjdheten kan medföras ska menyn inkludera sociokulturella faktorer såsom matvanor, matpreferenser som religion, estetiska faktorer som Johansson (2004) beskriver som gastronomiska variabler och hälso-, närings- och hållbarhetsperspektiv (Gregoire, 2016a). Resultatet från tallrikssvinnundersökningen kan indikera att målgrupper på X-sjukhus kanske är oklara för måltidsenheten, vilket som inte har tagits upp i denna studie och det eventuellt hade gett en annan uppfattning av orsakerna till tallrikssvinnet.

Det finns ytterligare oklarheter om varför tallrikssvinnet förekommer varje dag på de flesta vårdavdelningar, trots att brickorna dukas enligt inkomna beställningarna från vårdavdelningarna med ”stopptiden” så sent som bara 15 minuter innan brickdukningen startar, det vill säga fram till kl.11.00. Det går även att göra akuta beställningar via telefon efter ”stopptiden” för att den dagliga produktionen kan ändras i sista minuten och anpassas till behov och önskemål på vårdavdelningar. Trots att det finns flexibla system mellan köket och vårdavdelningarna kring måltidsbeställning och produktion, uppstår ändå tallrikssvinnet varje dag. Personalintervjuerna i del II i studien synliggjorde rutinerna på vårdavdelningarna och hur beställningen brukar utföras. Beställningslistan skapas senast dagen innan för att beställa för lunchen dagen efter. Sedan görs lunchbeställningen görs enligt den listan på båda avdelningarna, vilket kan betyda att listan inte uppdateras innan lunchen beställs. Detta indikerar att denna rutin kan vara en av orsakerna till förekomst av tallrikssvinnet och även orörda tallrikar. Holmqvist och Strömquist (2014) fann att oklarhet kring patientens närvaro på avdelningen ledde till att vårdpersonal inte gärna ville avbeställa maten på grund av lite personal samt att nya patienter brukar komma in och då behövs något att äta för dem vid lunchen. Detta kan tolkas som informations- och kommunikationsbrist, vilket Van Bokhorst–de van der Schueren et al.(2012) påpekar som en av orsakerna till förekomst av matsvinnet.

Resultatet i del I i studien visar inte tillräckligt varför maten inte äts upp förutom de uppenbara delarna med konsistens och textur, vilket innebär att resultatet inte visar hur tallrikssvinn kan minskas. Detta kan bero på att undersökningen genomfördes endast på måltidsenheten och handlade om huruvida den beställda lunchen som skickades ut kom tillbaka samt hur den tallriken såg ut vid disken. Alltså gjordes ingen undersökning om helhetsupplevelse av sjukhusmaten hos patienter, d.v.s. om det finns faktorer som påverkar negativt vid måltiden, vilket Gustafsson et al.(2006) och Edwards et al.(2008) beskriver vikt av olika faktorer kring måltidssituationen i sina studier om FAMM.

Resultatet från del I väckte nya frågor om patienternas måltidshelhetsupplevelse, hela måltidsprocessen på X-sjukhuset samt vårdpersonalerna och ledde till ytterligare undersökningar i del II och III.

Personalens arbetsinsatser och uppfattningar kring måltiden

Resultaten från undersökning på måltidsenheten i del I och resultaten från intervjuer med vårdpersonalen och observationer visar den aktuella helhetsbilden av måltidsprocessen på X-sjukhuset samt att båda parter har en tydlig arbetsfördelning och utförliga arbetsrutiner kring måltiden. Hemmingberg och Tell (2019) som har studerat måltidsupplevelse på äldreboende poängterar vikten av fungerande verksamhet med goda rutiner för att behålla matens värde för patienterna. Detta avses som aspekten styrsystemet i FAMM i studien av Edwards et al.(2008). De menar att alla arbetsinsatserna inte syns för matgästerna, men den aspekten är en av viktiga aspekter som påverkar helhetsupplevelsen av måltiden (Gustafsson et al.,2006; Edwards et al., 2008).

Måltidsenhetens största arbetsuppgift är att skapa näringsriktiga, miljösmapta och aptitliga måltider med hög kvalitet. I menyerna fanns flera valmöjligheter, vilket kan tolkas som individanpassade måltider enligt råden från Livsmedelsverket (2015). Köksmästaren spelade en viktig roll under hela måltidsprocessen vid menyutvecklingen, prognosen av antalet beställningarna, planeringen av arbetsflödet, genomförandet av produktionen i köket och kontrollen av de färdiga måltiderna. Vilket stämmer med de viktiga faktorerna vid måltidsproduktionen som Gregoire (2016b) hävdar. Maten vid bricksservering som levererades från köket hade hög kvalitet i smak, konsistens, färg, utseende och temperatur i enlighet med det som Johansson (2004) beskrivs som gastronomiska variabler och är betydelsefulla för att skapa en aptitlig måltid.

Köksmästarens medvetenhet och ambition kring måltidsgörandet kan vara en anledning till att samtliga patienterna var nöjda med den serverade maten samt att vårdpersonalen uppskattade maten vid bricksserveringen. Vilket överensstämmer med konceptet ”Den nya medvetna måltiden” (Sporre et al., 2015) som belyser en medvetenhet om aspekterna smak, näring, estetisk gestaltning, miljö, hållbarhet och etik under hela processen från framställning av meny, produktion till ätande/servering. Konceptet inkluderar även alla de olika personalkategorier som på olika sätt berör måltidssituationen, så kallad måltidsgörare. I den här studien visades det att personalen på vårdavdelningarna också var välorganiserade och hade tydliga rutiner kring måltidsserveringen för patienternas tillfrisknande genom måltider (Livsmedelsverket, 2015). Vårdavdelningarnas huvudsakliga arbetsuppgift kring måltiden låg en stor vikt på att dela ut rätt mat till rätt patient. Detta gjordes genom att skapa beställningslistan dagen innan, beställningen

görs enligt listan samt genom att kontrollera innehållet under brickserveringen. Brickserveringen uppskattades av vårdpersonalerna för att det går snabbt vid utdelning av brickorna och även underlättar deras arbete under serveringen jämfört med kantinserveringen. Detta är i linje med resultatet från Hemmingberg och Tell (2019) att personale tycker att brickservering går snabbt och smidigt för att maten kan serveras varm, istället för att maten i kantinerna börja svalna under serveringen och uppläggningsen, vilket minskar den positiva måltidsupplevelsen.

Enligt personalintervjuer framkom olika rutiner mellan avdelningarna vem som väljer maten. Detta kan förklaras av skillnaden i vistelsetiden genom att patienterna på avdelning A som hade längre snitt-vistelsetid fick välja mat. Men det fanns inte någon skillnad i patienternas måltidsupplevelse mellan avdelningarna oavsett om de fick välja sin mat eller inte, vilket var tänkvärt. Resultatet i del I indikerade portionsstorlekens påverkan på förekomsten av tallrikssvinnet. En orsak kan vara att information om att det finns olika portionsstorlekar inte når fram till alla patienter på X-sjukhuset. Detta innebär att patienterna på avdelning A får möjlighet att välja maträtter, men vet inte om att de kan välja olika portionsstorlekar. Van Bokhorst–de van der Schueren et al. (2012) och Ambjörnson (2017) framhåller vikten av att patienterna får möjlighet att välja mat själva och även få informationen kring maten som serveras som en faktor för att kunna äta upp sin mat.

När det gäller brickserveringen, dukas brickorna redan i köket enligt inkomna beställningarna och levereras till vårdavdelningarna, vilket innebär att vårdpersonalerna inte kan påverka portionsstorleken i den levererade maten på plats. Då kan det betyda att val av rätt portionsstorlek är avgörande faktorer för både patientens näring- och energiintag och hållbarhetsperspektivet (Van Bokhorst–de van der Schueren et al., 2012; Livsmedelsverket, 2015; Livsmedelsverket, 2019c). Van Bokhorst–de van der Schueren et al. (2012) påpekar därför vikten av kunnig personal som informerar patienterna kring måltider, även att patienterna kan ställa frågor kring typer av maträtter och måltidsserveringen.

Faktorerna som påverkar patienters måltidsupplevelser

Resultaten från intervjuerna med patienterna visar att samtliga patienter i studien har en bra helhetsupplevelse av sjukhusmåltider. Alla aspekterna från FAMM påverkade positivt till patienternas måltidsupplevelse. Det visar tydligt att aspekten produkten var den betydelsefullaste faktorn för patienternas måltidsupplevelse, vilket Hemmingberg och Tell (2019) hävdar i sin studie. Resultatet från del II och III visar att maten på X-sjukhuset innehåller alla variabler som utseende, uppläggning, färger, konsistens, doft och temperatur som Johansson (2004) och Edwards et al.(2008) tycker det som är viktigt. Detta medförde nöjdhet hos respondenterna som Gregoire (2016a) menar samt att samtliga deltagare angav att maten är av hög kvalitet och de är nöjda. Presentationssättet vid servering betyder också en stor roll för måltidsupplevelsen (Edwards et al.,2008; Livsmedelsverket, 2020d). Under observationen upplevdes vårdpersonalernas bemötande positivt och professionellt av både observatören och alla deltagare, vilket betyder att aspekten mötet med personal också har bidragit till positiv inverkan som FAMM studier (Gustafsson et al., 2006; Edwards et al., 2008) visar.

Det som inte överrensstämmer med andras resultat var att patienterna vill helst äta ensam i sitt rum och aspekten rummets påverkar måltidsupplevelse positivt. Hemmingberg och Tell (2019) fann i sin studie att aspekten rummet hade minst påverkan på måltidsuppleversen hos brukarna på äldreboende enligt intervjuundersökningen. I denna studie verkade aspekten rummet en stor

betydelse för patienterna att det ger dem trygghet och en lugn miljö under måltiden. Detta förklaras med Måltidsmodellen (Livsmedelsverket, 2020d) att trevnad under måltiden avgör hur mycket av maten som blir uppäten samt att det varierar på vad som uppfattas som trivsamt hos varje individ. De patienterna som har själva valt var de äter sin mat och detta för att kunna äta maten i lugn och ro (Livsmedelsverket, 2015), och detta styrkas och stämmer med resultatet från observationen utifrån FAMM och patientintervjuerna. Detta är en av intressanta upptäckter i denna studie att ensamheten är kopplad till bra måltidsmiljö på sjukhus.

Ett av det viktigaste resultatet i denna studie är att faktorn sjukdomstillstånd kan påverka patientens aptit och att patienten inte äter upp sin mat och detta trots att de upplever sjukhusmaten positivt. Detta stämmer med resultaten från andras studier (Van Bokhorst–de van der Schueren et al., 2012; Ambjörnson 2017). De hävdar att de flesta patienterna är positiva till sjukhusmaten, men de kunde inte äta upp den serverade maten, särskilt de som har dåligt hälsotillstånd åt minst. Hasan & Schander (2019) hävdar också sjukdomens negativa påverkan på aptit hos äldre och detta kan betyda att faktorn ålder också kan ha påverkat deras aptit, eftersom tre av respondenterna i denna studie var över 65 år, varav två var över 75 år. Även kan medicineringen även påverka patientens aptit och ätande som Wikby och Fägerskiöld (2004), Holst et al.(2011) och Livsmedelsverket (2015) påpekar. Med dessa faktorer kan det förklaras varför maten inte äts upp, trots att samtliga upplevde att maten såg aptitlig ut och innehåller hög kvalitet samt patientbrickorna dukades enligt inkomna beställningarna, det vill säga att individanpassade måltider serverades till patienterna. Resultat kan indikera att sjukdomstillståndet och patientens ålder är de mest påverkande faktorerna på både patientens ätande och förekomsten av tallrikssvinnet som bör tas till hänsyn vid måltidsbeställningen.

För att uppnå mer hållbara och personcentrerade måltider

Denna uppsatsfokus ligger på hur man kan jobba med matsvinnproblematiken, hållbara och individanpassade måltider i ett storkök på ett sjukhus. Studiens resultat synliggjorde att måltider på X-sjukhuset innehåller hög kvalitet samt uppnår krav på näring, energibehov, vara aptitlig och miljöhänsyn. Hållbarhetskrav skall kunna uppfyllas om tallrikssvinnet minskas genom att patienterna skall äta upp sin mat. Enligt resultaten blir det tydligt att samtliga personal i köket och på vårdavdelningarna är medvetna om matsvinnproblemet och har en tydlig arbetsuppgift för att minska matsvinnet, men ändå förekommer tallrikssvinnet varje dag.

Ambjörnson (2017) och Bergström et al. (2018) påpekar betydelsen av maträtterna med mindre portionsstorlek samt appetitretare så att patienterna kan äta upp samt få i sig tillräcklig näring och energi. Livsmedelsverket (2015, 2020d) poängterar också att anpassande maträtter för patientgrupper och med lämpliga portionsstorlekar är viktiga. Att ändra menyer och måltidskoncept och skapa mindre portionsstorlek skulle kunna vara en lösning för att minska matsvinnet, men detta kan medföra en relativ stor förändring inom verksamheter och skapa ytterligare belastningar för köks- och vårdpersonal. Även är man inte säker på om alla patienter kommer tycka om detta. I så fall verkar detta vara rimligt att man ska ta reda på målgruppens karaktär, det vill säga, vad patienternas mat- och smakpreferenser är, vilka matvanor de har och samt vilka faktorer såsom sjukdomstillståndet som ålder framkommit i studien kan ses hos dem, vilket Gregoire (2016a) tycker att det är viktigt vid menyplanering och även vid måltidsproduktion. Dessa ovannämnda punkter påverkar även måltidshelhetsupplevelsen som FAMM visar (Edwards et al., 2008). Då uppstår frågor kring detta. Hur skall dessa

patientgrupperns karaktärer och preferenser på hela sjukhuset tas reda på och vem har möjlighet att utföra denna uppgift?

Figur 2 som finns i Bra måltider på sjukhus - remissversion (Livsmedelsverket, 2019c) kan förklara den aktuella problematiken på X-sjukhuset och samtidigt indikera hur man kan jobba fram en bra och hållbar lösning.

I figur 2 beskrivs de två processerna som ligger sparad, det vill säga att ”den måltidsprocessen” (den ljusgröna cirkeln) och ”den nutritionsvårdsprocessen” (den ljusblåa cirkeln) inte korsas och som kan tolkas att en enskild yrkesgrupp har tydliga arbetsinsatser och eget ansvar för sitt område (inom sin cirkel), vilket Livsmedelsverket beskriver i remissversionen (Livsmedelsverket, 2019c). Mellan dessa cirklar ligger en oval figur som är avsedd kring processen ”patient och måltid”, däremot korsar denna figur den ena sidan med den ljusgröna cirkeln och en annan sida med den ljusblåa cirkeln. I denna oval finns tre rektangulära figurer och i varje figur står ”vården/måltidsenheten” och arbetsinsatser kring patientmåltiden. Detta kan tolkas att den delen skall utföras med gemensamt ansvar av både måltidsenheten och vårdenheten. Därmed förväntas det att vårdenheten och måltidsenheten skulle kommunicera och överenskomma vem och vad som skall utföra vilken arbetsuppgift kring patientmåltiden. Men detta kan vara det svåraste beslutet och detta eftersom sjukhusmåltiden är en del av den medicinska behandlingen samt att måltiden skall vara klimat- och miljösamt, god, aptitlig, hälsosam, trevlig och behovsanpassad som ger matglädje (Livsmedelsverket, 2015), vilket innebär att man behöver ha kompetens både inom omvårdnad och måltidsservice inkluderad näringslära och måltidsupplevelse för att kunna utföra alla arbetsinsatserna kring patientmåltiden. En lösning kan vara att en lämplig yrkesgrupp ska ansvara för denna del och utföra de arbetsinsatserna kring patientmåltiden som visas i figur 2.

I den remissversionen (Livsmedelsverket, 2019c) tas yrkesrollen ”måltidsvärdar” upp första gången. Livsmedelsverket (2019c) hävdar också att deras roll är viktig och de förväntas att arbeta nära patienterna på avdelningarna och ha extra ansvar för måltidsfrågor och arbetsuppgifter kring måltiderna.

Under observation och vid intervjuer märktes det att de flesta arbetsuppgifterna av den ovala delen i figur 2 utfördes av vårdpersonalerna på båda avdelningarna. Det kom fram från intervjuerna att vårdpersonal inte har tillräckligt kunskap inom måltiderna och har inte tillräcklig med tid. De är experter inom omvårdnad och måltidsserveringen är en av många arbetsuppgifter på vårdavdelningen. Då kan detta medföra ytterligare belastning om de vårdpersonalen skulle lära sig nytt inom måltidsservice, enkel matlagning, livsmedelshantering, hygien och specialkosten för att ansvara för den patientmåltiderna på vårdavdelningen. I så fall kan det vara rimligt att måltidsvärdar eller måltidssamordnare skall fastställas som en ny yrkesgrupp och ha en funktion som en brygga mellan köket, vårdavdelningar och patienter. Samtidigt kan detta avlasta både måltidsgörarna och vårdpersonalen som redan har massa arbetsuppgifter.

Van Bokhorst–de van der Schueren et al. (2012) poängterar också betydelsen av personal med kompetens inom måltiden, vilka endast jobbar för måltidsbeställningen och bättre måltidsupplevelse genom att ha kontakt med patienterna och informera om måltider och närings- och energibehov. Detta kan det göra möjligt att måltidsenheten och vårdenheten skall kunna

kommunicera och samarbeta för utvärdering och uppföljning (Livsmedelsverket, 2019c) för att förbättra måltidskvalitet, måltidsupplevelse hos patienter och även belysa matsvinnproblemet.

På X-sjukhuset kan man beställa maten innan stopptiden och som innebär att det går att beställa maten 15 minuter innan brickdukningen börjar. En måltidsvärd på vårdavdelning som har tid kan fråga patienterna hur de mår och vad de vill äta till lunchen och göra beställningen samma dag före stopptiden, vilket kan betyda att patientens hälsotillstånd och önskemål tas till hänsyn vid beställning så att de skall kunna äta upp sin mat. Detta kan medföra att tallrikssvinn och orörda tallrikar minskas samtidigt att sjukhusmåltiden på X-sjukhuset blir personcentrerade måltider med hållbarhet.

I denna studie observerades endast två avdelningar och det undersöktes inte om det redan fanns en funktion som motsvarar måltidsvärdar på X-sjukhuset. Det fanns några avdelningar som inte hade något tallrikssvinn, men det gick inte genomföra undersökningen på dessa avdelningar på grund av etiska skäl. Detta kunde ha gett en bredare förståelse hur man kan jobba med tallrikssvinnproblematiken

Resultaten som framkommit i denna studie indikerar ett stort behov av en yrkesroll som måltidsvärd eller måltidssamordnare som har lämplig kompetens och kunskaper inom måltiden, livsmedelssäkerhet och matsvinnproblematik samt förståelse för patienternas goda måltidsupplevelse (Livsmedelsverket, 2019c). De skulle kunna bli en lösning för att fylla det glappet som studien identifierade och bli en brygga mellan köket, vårdavdelningarna och patienter, för att näringsriktiga, miljösmarta, aptitliga, personcentrerade måltiderna skall kunna skapas i samarbete med olika yrkesgrupper inom sjukhusmåltider.

Slutsatser och implikationer

En av studiens viktigaste slutsats är att sjukdomstillståndet påverkade patientens aptit om de äter upp sin mat eller inte, trots att samtliga patienter upplevde maten var goda och de var nöjda. Sjukdomstillståndet blev en orsakerna till minskad aptit och förekomst av tallrikssvinn på X-sjukhuset, trots individanpassade måltider serverades enligt inkomna beställningar.

En annan viktigaste slutsats är ett stort behov av måltidsvärd eller måltidssamordnare som jobbar endast med måltidsuppgifter på vårdavdelningar och blir en brygga mellan kök, vårdpersonal och patienter genom kunskaper i berörda ämnen inom måltiden. För att kunna skapa både hållbara och personcentrerade sjukhusmåltider behövs en funktion som kan förstå och se både måltidsenheten och vårdavdelningarna för patientens bästa.

För vidare studie skulle det vara intressant att undersöka faktorerna patienternas aptit och ätmönster som är kopplad till sjukdomstillstånd och ålder. Innan personcentrerad måltid skall införas behövs ytterligare arbetsbeskrivning om måltidsvärdar. Det vore också intressant att kunna jämföra måltidsupplevelse hos patienter mellan kantinservering med brickservering samt avdelningarna med en stor svinnmängd respektive med en liten svinnmängd.

Denna studie kan ha bidragit med en ökad förståelse för den aktuella helhetsbilden av måltidsverksamheten och vikten av en flexibel funktion som måltidsvärd kring patientmåltiden. Detta är en stor utmaning för rollen som kostekonom att förena aspekterna näringsbehov,

hållbarhet och aptitlighet kring sjukhusmåltiderna och arbeta aktivt för att få förståelse för patientens önskan och skapa en bättre måltidsupplevelse.

Referenser

- Akner, G., Bosaeus, I., Cederholm, T., Rothenberg, E., & Ödlund Olin, A. (2011). *Näring för god vård och omsorg : en vägledning för att förebygga och behandla undernäring*. Hämtad 2020-05-06 från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:lnu:diva-55528>
- Ambjörnson, H. (2017). *Rätt Mat För Patientens Bästa - Mat På Sjukhus – Rätt Maträtt till Rätt Patient; The Right Food for the Patient's Best -Food in Hospitals-the Right Dish to the Right Patient (Masteruppsats)*. Göteborg: Institutionen för medicin, Sahlgrenska Akademin. Tillgänglig:<https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/51538>.
- Bergström, A., Erlandsson, A., & Lidén, E. (2018). *När patienten själv får välja; En fallstudie om hur individanpassade smårätter kan tillämpas på ett sjukhus (Kandidatuppsats)*. Göteborg: Institutionen för kost- och idrottsvetenskap, Göteborgs universitet. Tillgänglig:<https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/57360>.
- Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber.
- Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken : För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna (2. uppl. ed.)*. Lund: Studentlitteratur.
- Edwards, J., & Gustafsson, I. (2008). The Five Aspects Meal Model. *Journal of Foodservice*, 19(1), 4-12.
- Eriksson, M., Malefors, C., Bergström, P., Eriksson, E., & Persson Osowski, C. (2020). Quantities and Quantification Methodologies of Food Waste in Swedish Hospitals. *Sustainability*, 12(8), 3116.
- Göteborgs Stad. (2016). *Göteborgsmodellen för mindre matsvinn*. Hämtad 2020-05-06 från <https://goteborg.se/wps/wcm/connect/68eb3c1f-062d-49be-a38e-9b75bf6937ea/Göteborgsmodellen+för+mindre+matsvinn.pdf?MOD=AJPERES>
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Gregoire, M. (2016a). The Menu. i M. Gregoire, *Foodservice organizations: A managerial and systems approach (Ninth ed.)* (ss. 42-63). Boston: Pearson Higher Ed USA.
- Gregoire, M. (2016b). Food Production. i M. Gregoire, *Foodservice organizations: A managerial and systems approach (Ninth ed.)* (ss. 147-199). Boston: Pearson Higher Ed USA.
- Gustafsson, I. (2004). Den medvetna kokkonsten 1. i I. Gustafsson, U. Strömberg, & B. Ulmander, *Tid för måltidskunskap: En vänbok till Birgitta Ulmander* (ss. 163 – 174). Örebro: Örebro universitet.
- Gustafsson, I., & Klein, Ö. (2006). *Den medvetna kokkonsten (2., uppdaterade och omarb. uppl. ed.)*. Nora: Nya Doxa.

Gustafsson, I., Öström, Å., Johansson, J., & Mossberg, L. (2006). The Five Aspects Meal Model: A tool for developing meal services in restaurants. *Journal of Foodservice*, 17 (2), 84-93.

Gustafsson, I.-B., Jonsäll, A., Mossberg, L., Swahn, J., & Öström, Å. (2014). *Sensorik och marknadsföring*. Lund: Studentlitteratur.

Hasan, R., & Schander, L. (2019). *Äldres Upplevelser Av Näringsintag: Sjukdomars Och åldrandets Påverkan På Aptit; Elderly Patients' Experiences of Nutritional Intake: How Illness and Aging Impact Appetite (Magisteruppsats)*. Göteborg: Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin. Tillgänglig:<https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/61361>.

Hemmingberg, E., & Tell, F. (2019). *Måltidsupplevelsen Inom äldreomsorgen -inte Bara Mat. En Kvalitativ Studie På Ett Särskilt Boende I Västra Götalandsregionen (Kandidatuppsats)*. Göteborg: Institutionen för kost- och idrottsvetenskap, Göteborgs universitet. Tillgänglig:<https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/61553>.

Höglund-Nielsen, B., & Granskär, M. (2017). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård (Tredje upplagan ed.)*. Lund: Studentlitteratur.

Holmqvist, N., & Strömquist, T. (2014). *Matsvinn På Sjukhus; Vårdpersonalens Uppfattningar Om Orsaker till Orörda Matbrickor. (Kandidatuppsats)*. Göteborg: Institutionen för kost- och idrottsvetenskap, Göteborgs universitet. Tillgänglig:<https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/36152>.

Holst, M., Rasmussen, H., & Laursen, B. (2011). Can the patient perspective contribute to quality of nutritional care? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 176-184.

Jensen, T., & Sandström, J. (2016). *Fallstudier*. Lund: Studentlitteratur.

Johansson, J. (2004). Menyplanering – en komposition med variation och rytm. i I. Gustafsson, U. Strömberg, & B. Ulmänder, *Tid för måltidskunskap: En vänbok till Birgitta Ulmänder* (ss. 183 – 194). Örebro: Örebro universitet.

Klosse, P. R., Riga, J., Cramwinckel, A. B., & Saris, W. H. (2004). The formulation and evaluation of culinary success factors (CSFs) that determine the palatability of food. *Food service technology*, 4(3), 107-115.

Lantz, A. (1993). *Intervjumetodik : Den professionellt genomförda intervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Livsmedelsverket. (2015). *Sjukhusmåltiden – en viktig del av vården*. Hämtad 2020-05-06 från <https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/broschyrrer/sjukhusmaltiden--en-viktig-del-av-varden.pdf>

Livsmedelsverket. (2017a). *Mat och måltider i äldreomsorgen - vetenskapliga underlag om måltidsmiljö och verksamhetsstruktur; fysiologiska och sensoriska aspekter av åldrandet samt särskilda näringsbehov hos sköra äldre*. Uppsala: Livsmedelsverket.

Livsmedelsverket. (den 20 februari 2017b). *Grundkosterna inom vård och omsorg ersätts med nya rekommendationer*. Hämtad 2020-05-06 från Måltidsbloggen: <http://maltidsbloggen.se/2017/02/grundkosterna-i-var-d-och-omsorg-ersatts-med-nya-rekommendationer/>

Livsmedelsverket. (2019a). *Bra måltider i skolan*. Uppsala: Stibo Complete. Hämtad 2020-05-06 från <https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/broschy-rer/bra-maltider-i-skolan.pdf>

Livsmedelsverket. (2019b). *Bra måltider i äldreomsorgen*. Uppsala. Hämtad 2020-05-06 från https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/broschy-rer/broschy-r_maltider_aldreomsorg.pdf

Livsmedelsverket. (2019c). *Remiss - Reviderade råd "Bra måltider på sjukhus". Dnr 2019/02933*. Hämtad 2020-05-06 från https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/om-oss/remisser---aktuella/2020---utgangna/2019-02933_bra-maltider-pa-sjukhus---remissversion.pdf

Livsmedelsverket. (den 7 maj 2020). *Nya riktlinjer för måltider på sjukhus får vänta lite....* Hämtad 2020-05-06 från Måltidsbloggen: <http://maltidsbloggen.se/2020/05/nya-riktlinjer-for-maltider-pa-sjukhus-uppskjutna/>

Livsmedelsverket. (2020a). *Nationellt kompetenscentrum*. Hämtad 2020-05-06 från <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/maltider-i-var-d-skola-och-omsorg/nationellt-kompetenscentrum>

Livsmedelsverket. (2020b). *Matsvinn i storkök*. Hämtad 2020-05-06 från <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/maltider-i-var-d-skola-och-omsorg/matsvinn-i-storkok>

Livsmedelsverket. (2020c). *Fakta om offentliga måltider*. Hämtad 2020-05-06 från <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/maltider-i-var-d-skola-och-omsorg/fakta-om-offentliga-maltider>

Livsmedelsverket. (2020d). *Måltidsmodellen*. Hämtad 2020-05-06 från <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/maltider-i-var-d-skola-och-omsorg/maltidsmodellen>

Livsmedelsverket. (2020e). *Utbildning – sjukhus*. Hämtad 2020-05-06 från https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/maltider-i-var-d-skola-och-omsorg/sjukhus/utbildning?_t_id=1B2M2Y8AsgTpgAmY7PhCfg%3d%3d&_t_q=sjukhus&_t_tags=language%3asv%2csiteid%3a67f9c486-281d-4765-ba72-ba3914739e3b&_t_ip=83.253.122.213&_t_hit.id=

Livsmedelsverket. (2020f). *Upphandling av mat och måltider*. Hämtad 2020-05-06 från <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/maltider-i-var-d-skola-och-omsorg/livsmedelsupphandling>

Livsmedelsverket. (2020g). *L 2020 nr 01 - Fakta om offentliga måltider 2019. Livsmedelsverkets rapportserie*. Uppsala: Livsmedelsverket.

Livsmedelsverket. (2020h). *Matsvinn på sjukhus 2019 – Sammanställning av regionernas mätningar 2019*. Uppsala: Livsmedelsverket. Hämtad 2020-05-06 från <https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/pm/2020/pm-2020---matsvinn-pa-sjukhus--sammanstallning-av-regionernas-matningar-2019.pdf>

Livsmedelsverket. (2020i). *Portionsberäkning*. Hämtad 2020-05-06 från https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/maltider-i-var-d-skola-och-omsorg/matsvinn-i-storkok/handbok-for-minskat-matsvinn/minska-matsvinnet--sahar-gor-du/serveringssvinn/portionsberakning?_t_id=1B2M2Y8AsgTpgAmY7PhCfg%3d%3d&_t_q=sjukhus&_t_tag

Mashie FoodTech Solutions. (u.d.). *Matilda är kostdatasystem för storkök och restaurang - Foodit*. Hämtad 2020-05-16 från Mashie FoodTech Solutions: <https://www.mashie.com/sv/loesningar/vaara-produkter/matilda/>

Nylander, L. (u.d.). *Styrdokument – Vad är det och hur skriver man på bäst sätt*. Hämtad 2020-05-06 från Formell: <https://formell.se/styrdokument/>

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen : Kvalitativa och kvantitativa perspektiv (3. uppl. ed.)*. Stockholm: Liber.

Schiffman, S. (2009). Effects of Aging on the Human Taste System. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1170(1), 725-729.

Socialstyrelsen. (2020). *Att förebygga och behandla undernäring Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Hämtad 2020-05-06 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2020-4-6716.pdf>

Sporre, C., Jonsson, I., & Pipping Ekström, M. (2015). The Complexity of Making a Conscious Meal: A Concept for Development and Education. *Journal of Culinary Science & Technology*, 13(3), 263-285.

Sporre, C., Jonsson, I., & Pipping Ekström, M. (2017). Enjoy! Enhancing Meals in the Swedish Public Sector. *Sporre, C., Jonsson, I., & Pipping Ekström, M. (2017). Enjoy! Enhancing Meals in the Swedish Public Sector. Journal of Culinary Science & Technology*, 15(3), 239-258.

Sundberg, E., Forsman, L., Lilja, K., Quetel, A.-K., & Stevén, I. (2015). *Slutrapport för regeringsuppdraget att inrätta ett nationellt kompetenscentrum för måltider i vård, skola och omsorg*. Livsmedelsverket.

Svenska FN-förbundets. (2019). *Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling*. Hämtad 2020-05-16 från Svenska FN-förbundets: <https://fn.se/vi-gor/vi-utbildar-och-informerar/fn-info/vad-gor-fn/fns-arbete-for-utveckling-och-fattigdomsbekampning/agenda2030-och-de-globala-malen/>

Van Bokhorst–de van der Schueren, M., Roosemalen, M., Weijs, P., & Langius, J. (2012). High Waste Contributes to Low Food Intake in Hospitalized Patients. *Nutrition in Clinical Practice*, 27(2), 274-280.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Elanders Gotab. Hämtad 2020-05-06 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wikby, K., & Fägerskiöld, A. (2004). The willingness to eat. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 120-127.

Yin, R. (2013). *Kvalitativ forskning från start till mål*. Lund: Studentlitteratur .

Bilagor

Bilaga 1 Intervjuguide

Bilaga 2 Kvalitativ innehållsanalys

Bilaga 3 Observationsschema

Bilaga 1 Intervjuguide

Intervjuguide – personalintervjuer

Förfrågor om personal och avdelningen
Hur länge har du jobbat här? Vad är din befattning? Hur många patienter finns här? Hur länge brukar patienter stanna här?
Måltider på avdelning
1. Hur många måltider serveras per dag? Följdfrågor: Vilken tid serveras respektive måltid? Vem gör beställningen? Vad får patienterna?
Lunchservering
2. Hur serveras maten? Följdfrågor: Får patient välja sin mat? Var och hur sitter patienter? Finns det rutiner?
2.2. Vad tycker ni om patienters måltidsupplevelse?
2.3. Vad tycker ni om sjukhusmåltider? Följdfrågor: Hur är utseende, uppläggning, färg, doft, portionsstorlek, temperatur? ev. smak och konsistens Vad tycker ni om menyutformning? Vad tycker ni om måltidsenhetens insatser?
2.4. Hur upplever ni lunchservering? Följdfrågor: Är det stressig, trevlig?
Kunskap och färdighet
3. Hur fungerar hantering av Matilda?
3.2. Vad tycker ni om Måltidsmodellen? FAMM? De nya råden om sjukhusmåltider?
3.3. Hur jobbar ni för att minska svinnet?
Annat
4. Finns det något ni vill tillägga?

Dagens lunch
<p>1 Vad fick du till lunch? Följdfrågor: Hur smakade maten? Hur upplevde du utseende, uppläggning, färg, doft, konsistens, portionsstorlek, temperatur? Hur upplever du att äta med andra i matsalen? Hur är personaler och servering?</p>
Måltidsupplevelse
<p>2 Hur upplever du måltiden som helheten på sjukhuset? Följdfrågor: Vad tycker du om du jämför den måltidsupplevelsen på sjukhuset med den på andra platser (hemma, restaurang osv)? Vad är orsak till du tycker så? Vad är bra? Inte bra? Är du nöjd? eller missnöjd?</p>

Bilaga 2 Kvalitativ innehållsanalys

Exempel från kvalitativ innehållsanalys

Informant	Meningsenhet	Kondenserad mening	Kod	Underkategori
Intervjuperson 1	Jag tycker de är bra, de är trevliga när de kommer in och lämnar maten. det fungerar bra, ja.	Personaler är trevliga och måltiden som fungerar	Gott bemötande och kunnighet	Aspekter som påverkar patientens välmående
Intervjuperson 2	Den var bra. Men jag brukar inte orka äta allihop, men det var gott.	Bra mat men orkar inte äta upp	för stor portionsstorlek	Individanpassning
Intervjuperson 3	Jag har varit på en annan avdelning och bott där flera veckor, då var maten också bra.	Maten har haft bra kvalitet sedan länge.	hög kvalitet på maten	produkt
Intervjuperson 4	Det är trevligare att sitta och äta vid bordet här, trevligare att sitta i rummet. Här finns stora fönster så att man kan titta ute.	Trevligare att vara i sitt rum än i matsalen under måltiderna.	Egen vald miljö	Händelser som påverkar självkänslan hos patienter

Bilaga 3 Observationsschema

Observationsschema utifrån FAMM

FAMM		Anteckningar
Rummet	Utformning Möbel, bord, stol Inredning Färg Ljus Ljud Lukt	
Mötet	Mellan patienter Mellan personaler Mellan patient och personal	
Produkten	Utseende, uppläggning, färg Doft Temperatur	
Styrsystemet	Delegering: Hur ser det ut? Rutiner: Kommer maten i tid? Serveras maten direkt? Logistiken, ergonomi	
Stämningen	Helhetsupplevelsen	