



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
INST FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

# **Sjukhusmat i Skandinavien –**

## **En jämförelse av produktions- och serveringsmetoder**

**Ebba Nilsson**  
**Fredrikke Schlewitz Standal**

Rapportnummer: VT14-72  
Uppsats/Examensarbete: 15 hp  
Program/kurs: Kostekonomprogrammet med inriktning mot ledarskap  
Nivå: Grundnivå  
Termin/år: Vt/2014  
Handledare: Kerstin Bergström  
Examinator: Anna Post



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
INST FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

Rapportnummer:	VT14-72
Titel:	Sjukhusmat i Skandinavien – En jämförelse av produktionsmetoder
Författare:	Ebba Nilsson och Fredrikke Schlewitz Standal
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program/kurs:	Kostekonomprogrammet med inriktning mot ledarskap
Nivå:	Grundnivå
Handledare:	Kerstin Bergström
Examinator:	Anna Post
Antal sidor:	65
Termin/år:	Vt/2014
Nyckelord:	SWOT, produktionsmetoder, serveringsmetoder, sjukhus, produktionskök

## Sammanfattning

Sjukhusmat är inte bara till för att patienterna ska bli mätta, studier visar också att den har en betydande roll i tillfriskningsprocessen. Det finns flera olika metoder att producera och servera mat på, där samtliga syftar till att ge patienten en så bra service som möjligt. En kvalitativ studie av tre sjukhus i Skandinavien - Danmark, Norge och Sverige utfördes. Efter att ha valt ut ett sjukhus i varje land, utfördes studiebesök med observationer och intervjuer med såväl kockar som ledare för matsektionen. Materialet sammanställdes till kartläggningar av de olika produktions- och serveringsmetoderna och utvärderades med hjälp av SWOT-modellen, det vill säga styrkor, svagheter, möjligheter och hot. Sjukhus A ligger i Sverige och arbetar med varmmatsproduktion, varmhållning och brickservering. Sjukhus B ligger i Danmark och har cook-chill, à la carte och brickservering. Sjukhus C ligger i Norge och använder en kombination av cook-chill, cook-freeze samt vakuumpförpackning. På Sjukhus A tillagas maten i köket och skickas upp på avdelningarna i värmeskåp på bestämda tider. På Sjukhus B får patienten maten på beställning och servering sker via containersystem eller scooter och på Sjukhus C finns mindre mottagningskök på varje avdelning, så kallade postvertkök, där maten färdigställs innan den serveras. Studiens resultat visar bland annat att medarbetare och ledare vid samtliga tre sjukhus är nöjda med sina produktions- och serveringsmetoder trots att dessa skiljer sig avsevärt. En slutsats i undersökningen är att olika produktionsmetoder används vid de olika sjukhusen eftersom de har olika förutsättningar.

# Förord

Mat på sjukhus är någonting som nästan alla kommer i kontakt med någon gång. Som blivande kostekonomer tycker vi det är viktigt med fokus på bra mat på sjukhus. Samtidigt är det viktigt att känna till olika sätt att producera och servera mat på.

Arbetsmängden under studiens gång har varit jämnt fördelad mellan författarna. Fredrikke fick göra en större insats genom transkribering av såväl det danska som det norska materialet, på grund av språkkunskaper.

Vi vill rikta ett stort tack till sjukhusen som med öppna armar tagit emot oss, tagit sig tid att svara på frågor och visa oss runt. Vi vill också tacka Kerstin Bergström för bra handledning och stöd. Ett stort tack till Stiftelsen Praktiska Hushållsskolans donationsfonder för deras ekonomiska bidrag, som gjorde våra studiebesök möjliga. Till sist vill vi också rikta ett tack till våra nära och kära som bidragit med stöd och uppmuntran under såväl uppsatsen som hela studietiden.

Vi hoppas att studien kommer till nytta för dig som läser.  
Trevlig läsning!

Fredrikke och Ebba

# Innehåll

Sammanfattning .....	2
Förord .....	3
Introduktion .....	6
Syfte .....	7
Frågeställningar .....	7
Bakgrund .....	7
Produktionsmetoder .....	8
Varmhållning- varmmatsproduktion .....	8
Cook-chill .....	8
Cook-freeze, cap cold och sous-vide .....	9
Serveringsmetoder .....	9
Bricksservering .....	10
À la carte-servering .....	10
Buffé-servering .....	11
Måltider i Norden .....	11
Tidigare forskning .....	11
Sammanfattning .....	12
Metod .....	12
Design .....	12
Instrument .....	13
Urval .....	13
Datainsamling .....	14
Intervjuerna .....	14
Observationerna .....	14
Sjukhus A .....	15
Sjukhus B .....	15
Sjukhus C .....	15
Databearbetning och analys .....	16
Etiska ställningstaganden .....	17
Resultat .....	18
Kartläggning .....	18
Sjukhus A .....	18
Sjukhus B .....	19
Sjukhus C- Norge .....	21
SWOT - analys av sjukhusen .....	24

Sjukhus A .....	24
Sjukhus B .....	28
Sjukhus C .....	34
Diskussion .....	39
Metoddiskussion.....	39
Databearbetning och analys .....	40
Resultatdiskussion.....	41
Styrkor.....	41
Svagheter.....	43
Möjligheter .....	45
Hot.....	46
Slutsatser och implikationer .....	47
Fortsatt forskning .....	47
Praktisk användning av resultaten.....	48
Referenser.....	49
Bilagor.....	53

# Introduktion

Sjukhusmåltider finns inte bara till för att stilla patienternas hunger, utan spelar också en betydande roll för tillfrisknandet (Nilsson Balknäs, Bosaeus, Ellegård & Rothenberg, 2003) (Livsmedelsverket, 2014a). Livsmedelsverket (2014a) skriver i ett utkast kallat "Den värdefulla sjukhusmåltiden" om ett antal värden som bör uppfyllas. Värdeorden, som är: god, säker, näringsriktig, hållbar, trivsamt och integrerad, illustreras som ett pussel där varje ord representerar en pusselbit, och samtliga pusselbitar är beroende av varandra. Vid måltidsproduktion på sjukhus är samtliga medarbetare nödvändiga, och besitter kompetens som är kritisk för systemets funktion. Detta handlar om såväl läkare och sjuksköterskor, som kockar, ekonomibiträden och upphandlare. Kritiska punkter för sensorik och matsäkerhet är varmhållningstider och temperaturer, samt tillagningsmetoder. Även goda rutiner vid portionering och transport av maten är av vikt (Nilsson Balknäs, et al., 2003).

Det finns många olika sätt att producera och servera mat på. När det gäller sjukhusmat, är hygien och matsäkerhet någonting av det viktigaste att tänka på (Wilkinson, 1988), då det på sjukhus kan finnas personer som bär på smittsamma sjukdomar, som kan smitta via mat. På grund av detta används ofta så kallad bricksservering för att undvika att patienten kommer i kontakt med livsmedel som kan smitta andra patienter (Livsmedelsverket, 2011). Någonting som är minst lika viktigt när det gäller sjukhusmat, menar författarna till artikeln *Productivity in hospital kitchens* (Woodman & Clark, 1996), är matens kvalitet och gästernas tillfredsställelse. Detta är extra viktigt med tanke på att många patienter löper en förhöjd risk att bli undernärda (Freil, Nielsen, Biltz, Gut, Mikkelsen, & Almdal, 2006). En annan viktig aspekt när det gäller sjukhusmat är matsvinnet. Freil et al. (2006) menar att det på många sjukhus produceras mer mat än vad patienterna äter.

På grund av undernäingsproblemen som ofta finns på sjukhus (Freil et al., 2006), testas då och då nya produktions- och serveringsmetoder för att försöka få patienterna att äta mer. En pilotstudie från Herlev University Hospital i Danmark publicerade 2013, där forskarna testat om det gick att öka patienternas matintag genom att erbjuda dem med förhöjd risk att drabbas av undernäring, en à la carte-service dygnet runt. Patienterna blev tilldelade en meny med 36 mindre rätter att välja mellan, som gick att beställa under hela dygnet. Studien visade dock inte någon nämnvärd skillnad på energiintaget vid den nya metoden jämfört med den ordinarie (Munk, Seidelin, Rosenbom, Nielsen, Klausen, Nielsen & Thomsen, 2013). Detta resultat strider mot ett resultat som kom av en amerikansk studie utförd på en cancerklinik. Där testades en liknande övergång, från ett bricksserveringssystem till ett "on-demand"-system (på begäran, vår översättning), där patienterna kunde välja mat från en meny för att sedan ringa in sin beställning till köket under dygnets alla timmar. Detta resulterade i att såväl matkonsumtionen, som patienttillfredsställelse ökade (Gregoire, 2013). Ett annat sjukhus i Danmark som infört à la carte-servering är Hvidovre Hospital där de producerar mat till cirka 550 patienter om dagen. I en intervju i *Läkartidningen* (2010) säger köksmästaren att metoden inte kostar mer än andra produktions- och serveringsmetoder. Redan 1964 skrevs en artikel i *The British Medical Journal* om hur väl sammansatta menyer med ett större urval inte bara

gjorde patienterna mer positivt inställda till måltiden, utan också minskade svinnet, ledde till bättre matkvalitet och minskade behovet av dietkost (The British Medical Journal, 1964). Livsmedelsverket (2014a) påpekar också att fasta serveringstider kan vara begränsande, då en patient exempelvis blir inskriven på en tid som gör att en måltid uteblir. Det är därför bra om det finns möjlighet att ändra på beställningar nära inpå den tid då maten ska serveras. Det är också mycket fördelaktigt om det finns tillgång till lättare smårätter och snacks under hela dygnet, som patienterna kan få om hunger uppstår under nattvila eller mellan måltider (Nilsson Balknäs et al., 2003).

Det finns idag begränsat med litteratur om storskalig produktion och distribution av mat i allmänhet, och om svenska förhållanden i synnerhet. Ingen litteratur har kunnat identifieras som enbart handlar om sjukhusmat i Skandinavien. Denna uppsats ska bidra med en kartläggning av ett par av dessa metoder, samt en utvärdering av dessa metoders styrkor, svagheter, möjligheter och hot. En kostekonom kan arbeta som kostchef (Arbetsförmedlingen, 2013) på exempelvis ett sjukhus, och kunskapen som presenteras i denna studie kan komma att ge nya infallsvinklar att ta i beaktande vid införande av nya arbetsmetoder. Studien förväntas kunna tillföra ämnesområdet kunskaper om olika produktions- och serveringsmetoder i sjukhuskök, belägna i Danmark, Norge och Sverige.

## Syfte

Syftet är att undersöka matproduktionen vid tre sjukhus i Skandinavien – Danmark, Norge och Sverige.

## Frågeställningar

Vad har kökspersonal och ledare för tankar kring deras sätt att producera och servera mat?

Hur ser produktions- och serveringsmetoderna ut på sjukhusen och hur skiljer de sig åt?

Hur ser eventuella hot, möjligheter, styrkor och svagheter ut?

## Bakgrund

Bakgrunden presenterar information om tre produktionsmetoder, fyra serveringsmetoder, måltidstraditioner, svinn och matsäkerhet. Med produktionsmetod åsyftas tallrikens väg från att beställningen når köket, till det att maten läggs upp på tallriken. Med serveringsmetod åsyftas matens väg från köket till patienten. Informationen har erhållits genom informationssökning och litteraturgenomgång.

## Produktionsmetoder

Att planera produktion i ett storkök handlar till stor del om att göra uppskattningar om åtgång och sedan planera arbete utefter denna, både vad det gäller menyer och personal. Genom att göra en noggrann uppskattning kan såväl underproduktion som överproduktion förhindras. Då båda scenarierna kan innebära en kostnad för köket. Vid överproduktion har pengar spenderats som kunde och använts till annat. Om maten dessutom måste slängas och inte går att ta vara på, skapas ett svinn, och förlusten blir än större. Även en underproduktion kan innebära en kostnad för produktionsenheten. Gästen som förväntar sig en maträtt kan bli mycket besviken, samtidigt som produktionsenheten kanske tvingas servera en dyrare rätt till samma pris som den som inte längre är tillgänglig på menyn (Gregorie, 2013). Barton, Beigg, Macdonald & Allison (2000) har studerat svinn i förhållande till patienternas intag. De nämner två begrepp i samband med svinn, dels ”plate waste” (tallrikssvinn, vår översättning) vilket åsyftar överbliven mat på tallrikar som patienten av olika anledningar inte ätit upp. Det andra begreppet benämns ”tray waste” (bricksvinn, vår översättning) och handlar om hela brickor som körts upp till avdelningen för att sedan köras ner till köket igen och aldrig lämnat värmeskåpet (Barton et al., 2000). Detta problem beskrivs även av Naithani, Whelan, Thomas, Gulliford & Morgan (2008) från undersökningar på tre sjukhus i England där de bland annat såg på svinn, samt en studie i Wales (Sonnino & McWilliam, 2011).

## Varmhållning- varmmatsproduktion

Varmhållning är en vanlig metod att använda sig av på sjukhus (Gregoire, 2013), då ofta i kombination med brickservering. Nationalencyklopedin (2014) definierar varmhållning som serveringsfärdig mat som hålls tempererad i minst 60 grader. Varmhållen mat ska regelbundet kontrolleras i temperatur och kärntemperaturen måste hålla en konstant temperatur om 60 grader. Vid avvikelser ska maten kasseras (Livsmedelsverket, 2014b). Gregoire (2013) har listat för- och nackdelar med varmhållning. Metoden är enkel och sker på löpande band. Om det finns tillgång till värmevagnar kan maten hållas varm fram till det att den serveras till patienten. Nackdelar med systemet kan vara att kalla varor som placeras på brickan (exempelvis drycker) inte kan hållas kylda. Detta är ett ännu större problem vid placering i värmevagn. Värmevagnarna kan också innebära problem om de slutar fungera, och de kan också vara mycket tunga att manövrera (Gregoire, 2013). En annan nackdel med varmhållningsmetoden är att den ofta innebär att tiden mellan att maten är färdig till det att den serveras kan bli förhållandevis lång, vilket kan leda till både sensoriska brister och vitaminförluster (Gregoire, 2013).

## Cook-chill

Cook-chill innebär enligt Livsmedelsverket (2014c) att maten lagas färdig och sedan kyls ner från tillagningstemperatur till mellan +3 till 0 grader. Maten skickas sedan kall, exempelvis



till ett mottagningskök, eller också kan den packas i portionsförpackningar. Viktigt är att kylkedjan inte bryts under transport (Livsmedelsverket, 2014c). Med tanke på den hårda och kontinuerliga kontrollen som finns då cook-chill metoden används, anses den som en relativt säker metod ur mikrobiologisk synpunkt (Wilkinson, 1988). Hazard analysis and critical control points (HACCP), består av ett antal kontrollpunkter som måltidsverksamheter använder för att identifiera kritiska moment i verksamheten när det kommer till hygien (Livsmedelsverket, 2013). Viktigt är också att ha tydliga rutiner för temperaturkontroller, där scheman noggrant ska fyllas i och arkiveras (Jonsson, Marklinder, Nydahl och Nylander, 2007). Det finns olika sätt att kyla ner maten på. Det kan vara med hjälp av kallt vatten i ett vattenbad där maten sänks ner vacuumpackad eller i ett rum eller skåp med kylfläktar där kall luft cirkulerar och kyler ner maten då den ligger i kantiner (Jonsson, et al., 2007). Mat som tillagas med cook-chill metoden måste snabbt kylas ner till +3 grader inom max två timmar och ska förvaras i denna temperatur tills det att den ska värmas upp och serveras (Jonsson et al., 2007). Att kyla ner maten i cirkulerande kallt vatten eller isvatten är att föredra framför luft, eftersom det går upp till sju gånger fortare än nerkylning med cirkulerande kall luft. Detta eftersom luft har sämre förmåga att hålla kyla än vad vatten har (Jonsson et al., 2007). Cook-chill produkter kan packas i portionslådor före eller efter nerkylning (Jonsson et al., 2007).

## **Cook-freeze, cap cold och sous-vide**

Den finns andra varianter av cook-chill som till exempel cook-freeze, cap cold och sous-vide (Jonsson et al., 2007). Cook-freeze-metoden är identisk med cook-chill metoden, med undantaget att maten frysas och förvaras fryst (Jonsson et al., 2007). Cap cold går också ut på detsamma som cook-chill, men förpackningen skiljer sig åt. Cap cold produkter vakuumpackas istället i påsar med hjälp av vakuumpacknings-maskiner och får därmed en längre hållbarhet än vad cook-chill produkterna får. Sous-vide är en tredje form av cook-chill. Den metoden går ut på att produkterna lagas delvis färdiga varpå de vakuumpackas. Denna metod gör att hållbarheten på produkten blir betydligt längre än på cook-chill produkter, då de får en hållbarhet på 1 till 3 veckor (Jonsson et al., 2007).

## **Serveringsmetoder**

Distribution definierar Gregoire (2013) som kedjan från det att maten lämnar köket tills det att den når den plats där den ska serveras. Servering är det sätt som används för att presentera maten för kunden. Det finns flera olika sätt att servera mat på inom sjukhussektorn. Vilken metod som används, beror enligt Gregoire (2013) på fyra olika faktorer, vilken produktionsmetod som används, hur upplägget på tallrikarna ska göras, och av vem, avstånd mellan köket och serveringsplatsen, samt hur lång tid det beräknas ta från det att maten är färdiglagad tills det att den ska serveras (Gregoire, 2013). I följande avsnitt kommer tre olika serveringsmetoder att beskrivas.

## Brickservering

Brickservering är en gammal och välbeprövad metod att servera mat på inom sjukvården, och beskrevs redan 1950 av Mary Northrop. Metoden innebär att patienten blir serverad mat av sjukhuspersonal på en bricka. Denna metod används nästan enbart inom vården, men förekommer även på exempelvis flygplan. Enligt Gregoire (2013) är detta en metod som är på väg att upphöra, då fler och fler sjukhus byter till ett system som ger patienten större valfrihet att välja när maten ska serveras (läs mer under "À la carte"). En kritisk punkt med brickserveringssystem, menar både Gregoire (2013) och Northrop (1950), är transporten från köket till patienten. De menar att svårigheten ligger i att få maten att behålla rätt temperatur från köket tills det att den når patienten, eftersom transporten ibland kan ta tid (Gregoire, 2013);(Northrop, 1950).

Den station där maten läggs upp på tallriken i ett produktionskök, som vanligen används vid brickservering är en så kallad "Tray assembly unit" (brickdukningseenhet, vår översättning). Ett kort med patientens beställning skrivs ut i början av ett transportband och placeras på brickan. Medarbetarna som ansvarar för var sin komponent står på två sidor om ett automatiskt band som sakta för brickan framåt, så att var och en kan lägga på sin komponent. Den sista personen vid bandet placerar den i en transportvagn (Gregoire, 2013). Brickservering kan vara en mycket effektiv metod att få ut maten på till samtliga avdelningar på sjukhuset, under förutsättning att medarbetarna som lägger på komponenterna på brickan har en välplanerad arbetsstation och är väl insatta i rutinerna (Northrop, 1950).

## À la carte-servering

À la carte kommer ifrån franskan och betyder direkt översatt "efter matsedel" (Nationalencyklopedin, 2014). À la carte är när gästen själv väljer i menyns utbud, och på så sätt själv komponerar sin måltid. Motsatsen till à la carte är dagens rätt där gästen inte har någon valmöjlighet utan blir serverad den eller de rätter som finns (Store norske leksikon, 2007). À la carte kan även kallas bordsservering eller "on-demand" (på begäran, vår översättning). Vid bordsservering tar en servitör upp gästernas beställning, efter att gästerna valt maträtt på en färdig meny. Servitören förmedlar sedan gästens beställning till köket, och när maten är färdig, bär servitören ut den och placerar framför gästen (Gregoire, 2013). Ett "on-demand" serveringssätt har även testats inom sjukvården, både i USA och i Danmark. Gregoire (2013) skriver om en cancerklinik i USA som testade att byta ut sin brickservering med ett room-service liknande koncept där patienterna själva kunde ringa till köket och beställa maten när de ville. Den nya metoden ökade tillfredsställelsen och konsumtionen av mat bland patienterna (Gregoire, 2013). I Danmark infördes ett sådant system på Hvidovre hospital 2005 (Läkartidningen, 2010).

## Buffé-servering

Buffetservering är vanligt förekommande serveringsmetod där olika sorters mat dukas upp på ett bord, och som gästen själv sedan får gå och ta till sig av (Gregoire, 2013). En fördel med buffésystemet är att det inte behövs lika mycket personal som vid ett serveringssystem där gästen blir serverad vid bordet (Gregoire, 2013). Buffésystem förekommer även inom sjukvården som ett alternativ till tallriksservering. En av anledningarna till detta är kännedomen om att en buffé kan bidra till att öka matintaget (Hansen, Nielsen, Biltz, Seidelin & Almdal, 2008). Hansen et al. har i en artikel från 2008, beskrivit cateringsystemet på ett dansk sjukhus. Patienterna fick uppdukat tre bufféer per dag. Frukosten bestod av nybakat bröd, ägg och pålägg. Under lunchen dukades danska smörrebröd upp och vid middagen dukades tre olika varma maträtter upp på buffébordet. De patienter som hade möjlighet att gå, kunde själva ta till sig av den mat de ville ha (Hansen, et al., 2008).

## Måltider i Norden

En rapport från 2001 som handlar om nordiska matvanor visar på att Danmark, Norge och Sverige skiljer sig en del åt vad det gäller matvanor. Svenskarna äter över lag mer varm mat än vad de gör i Danmark och Norge, framför allt till lunch. I Sverige är det vanligt att äta varm mat både till middag och till lunch, medan det i Danmark och Norge är normalt att bara äta varm mat till middag, och istället äta kall mat till lunch. Det vanligaste i Danmark och Norge är att äta smörgåsar till lunch (Mäkelä, Kjærnes och Ekström, 2001). Även den vanligaste typen av mat skiljer sig mellan de olika länderna. I Danmark är olika former av kött vanligast, och då rena kötträtter, där köttet är huvudkomponenten och resterande på tallriken är tillbehör. I Sverige är variationen på maträtter, tillbehör och drycker större än i de övriga länderna. Även tiderna för intag av dagens tredje huvudmål varierade. I Sverige och Danmark äter större delen av befolkningen det tredje huvudmålen mellan klockan 18.00 och 19.00, medan de i Norge förläggs tidigare, mellan klockan 16.00 och 17.00 (Gronow & Jääskeläinen, 2001).

## Tidigare forskning

Tidigare forskning inom området sjukhusmat har gjorts av bland annat Naithani, et al., (2011), Sonnino & McWilliam, (2011), Stanga, Zurflüh, Roselli, Sterchi, Tanner & Knecht (2003) och Barton et al., (2000). Barton et al. (2000) såg på matsvinn vid sjukhus samt näringsintaget bland patienterna. Naithani, et al. (2011) gjorde en studie på tre sjukhus i England där de undersökte patienters syn på tillgängligheten av mat vid sjukhusen. Sonnino & McWilliam, (2011) gjorde en studie i Wales där de bland annat såg på svinn vid olika sjukhus. Stanga, et al. (2003) gjorde en studie av sjukhusmat, vad patienterna tyckte om sjukhusmaten och hur den kunde förbättras.

## Sammanfattning

Det finns flera olika produktions- och serveringsmetoder, och en rad olika kombinationer av dessa inom matproduktion vid sjukhus. Olika produktionsmetoder kan vara varmmatstillagning, varmhållning, cook-chill, cook-freez, cap cold, och sous-vide. Olika serveringsmetoder kan vara brickservering, à la carte och bufféserving. Flera utmaningar kan identifieras med de olika produktions- och serveringmetoderna. En viktig del när det kommer till matproduktion handlar om planering. Detta för att undvika svinn, vilket i längden leder till en ekonomisk vinning.

Olika länder har olika traditioner när det kommer till matvanor. I Danmark och Norge serveras exempelvis nästan uteslutande kall mat vid lunchtid, medan svenskarna vanligen äter varm mat vid både lunch- och kvällsmål.

## Metod

I denna uppsats har kvalitativ metod använts. Kvalitativ hänger ihop med kvalitet, jämfört med kvantitativ som hänger ihop med mängd eller storskalighet (Store norske leksikon, 2005-2007). Kvantitativ forskning är inriktad på siffror, medan kvalitativ forskning är mer inriktad på ord (Bryman, 2011). Kvalitativ forskning är enligt Bryman (2011) i sin natur induktiv, tolkande och konstruktionistisk. Att forskningen är induktiv vill säga att det dras teoretiska slutsatser av de praktiska resultaten som framkommer av forskningen, att teori åstadkommas av praktiken (Bryman, 2011). Att forskningen i sin natur är tolkande vill säga att kunskapen genereras genom att undersöka vilken betydelse olika händelser och erfarenheter har för de som upplever de och tolkar detta, den sociala verkligheten (Bryman, 2011). Konstruktionism är enligt Bryman (2011) en ontologisk ståndpunkt som handlar om att samspelet mellan individer resulterar i sociala egenskaper. Konstruktionismen menar alltså att samhället är en social konstruktion som individerna i det själva skapar, genom dess handlingar (Nationalencyklopedin, 2014).

## Design

Vid denna studie har komparativ, jämförande, design valts. När komparativ design används, används i princip identiska metoder för att studera två eller flera olika fall, (Bryman, 2011). När komparativ design väljas kan den genomföras genom att välja såväl en kvalitativ- som en kvantitativ metod. Om kvalitativ metod väljas är det mycket vanligt att undersökningen görs med hjälp av intervjuer, (Bryman, 2011). Jämförelserna i denna studie ska göras med hjälp av SWOT-modellen.

## Instrument

Vid denna studie har samma intervjuguide använts vid intervjuerna med ledarna och kockarna vid samtliga tre sjukhusen. Den består av likadana intervjufrågor (Bilaga 1 och 2), förutom att språket anpassades på de olika sjukhusen. På det svenska sjukhusets ställdes frågorna på svenska, och på det danska och norska sjukhusets ställdes frågorna på norska. Vid observationerna på sjukhusen användes också likadana observationsscheman (Bilaga 3). För att analysera det empiriska materialet som insamlats har SWOT-modellen använts. SWOT-modellen används för att göra en analys av ett företag. SWOT står för strengths (styrkor), weaknesses (svagheter), opportunities (möjligheter) och threats (hot) (Mossberg & Sundström, 2011). När denna modell används beskrivs det aktuella företagets styrkor och svagheter samt ser på dess möjligheter och hot (Eriksson-Zetterquist, et al., 2012). Denna modell är ofta tvådelad, det vill säga att en del är en externanalys och den andra delen är en internanalys. Omvärldsanalysen, den externa analysen, består av hot och möjligheter och den interna analysen av styrkor och svagheter (Mossberg & Sundström, 2011). Omvärldsanalysen säger bland annat någonting om hur företaget står sig andra liknande företag som finns på marknaden. Den interna analysen säger någonting om hur bra det fungerar inom företaget. Både analyserna är till för att företaget ska se hur det ligger till och för att det ska få en möjlighet att förbättra sin situation om det finns behov och möjlighet för det (Mossberg & Sundström, 2011). Styrkor och möjligheter är aspekter som är positiva för företaget och kan hjälpa till att driva det framåt, medan svagheter och hot är negativa aspekter (Mossberg & Sundström, 2011).

## Urval

Urvalet gjordes genom att identifiera ett sjukhus i varje land (Danmark, Norge och Sverige) som hade olika sorters produktions- och serveringsmetoder. Sjukhusen kontaktades och gick med på att ge en intervju med en ledare för matsektionen och en kock. I Norge efterfrågades även en intervju med en andra kock, för att bättre kunna beskriva deras produktionssystem. Författarna valde vilka ledare de ville intervjua, och ledarna valde sedan ut vilka kockar som skulle bli intervjuade. Sjukhus A och C kontaktades via mail, medan Sjukhus B, kontaktades via telefon, där hänvisning skedde, enligt sjukhuset, till lämplig person. Denna kontakt togs via mail. När det kommer till urvalet kombinerades ett antal metoder. På samtliga sjukhus tillämpades så kallat målinriktat urval, det vill säga att författarna inte gör ett slumpmässigt val, då respondenter utses. Istället görs ett strategiskt val där de utvalda respondenterna är av vikt för forskningsändamålet. Andra kännetecken i målinriktat urval är att de utvalda respondenterna skiljer sig från varandra så att skillnader dem emellan kan identifieras och belysas. I detta fall var det produktions- och serveringsmetoden som var av intresse för studie (Bryman, 2011). På Sjukhus A och C användes dessutom ett så kallat bekvämlighetsurval, som innebär att kontakterna var lättillgängliga för forskarna (Bryman, 2011). Den ena författaren hade kontakter på Sjukhus C och hade tidigare varit på studiebesök på Sjukhus A.

## Datainsamling

Datainsamlingen gjordes med hjälp av intervjuer med en ledare och en kock på varje sjukhus, samt observationer. På Sjukhus C intervjuades även en andra kock. Observationerna skedde vid studiebesöken som utfördes i samband med intervjuerna, där författarna utgick ifrån ett observationsschema (Bilaga 3). Detta för att bättre kunna beskriva produktions- och serveringsmetoderna.

## Intervjuerna

Intervjuerna utfördes på samma sätt på samtliga tre sjukhus. Ledarna fick ett antal extra intervjufrågor. På Sjukhus A och B intervjuades en ledare och en kock, och på Sjukhus C intervjuades förutom dessa även en andra kock som arbetade ute på avdelningen. Detta eftersom kockarna i postvertköken har mer kunskap om servering till patienterna, någonting som kockarna i produktionen vid Sjukhus C inte har. Detta för att få en djupare förståelse för flödet, och därmed kunna identifiera styrkor, svagheter, möjligheter och hot. Intervjun bestod av ett antal semistrukturerade intervjufrågor (Bilaga 1 och 2). Precis som Bryman (2011) beskriver att en semistrukturerad intervju kan vara, ställdes följdfrågor som inte fanns med i de ordinarie intervjufrågorna till intervjupersonerna. Det hände ibland att någon fråga besvarades i samband med att en annan fråga ställts, varför denna fråga då inte ställdes. Detta är också någonting som är typiskt för semistrukturerade intervjuer, att frågor byter plats, eller utesluts helt (Bryman, 2011). Intervjuerna spelades in, vilket är en vanlig metod att använda vid intervjuer (Bryman, 2011). Samtliga intervjupersoner samtyckte muntligt till att intervjun spelades in vid intervjutillfällena, och de erhöll samtliga ett dokument, undertecknat av författarna med ett löfte om anonymitetsskydd (Bilaga 4). De fick också berättat för sig vad syftet med uppsatsen var samt vad intervjufrågorna skulle handla om. Detta samt anonymitetsskyddet är viktiga komponenter för att ge professionalitet och trovärdighet till intervjun (Bryman, 2011).

## Observationerna

Strukturerade observationer kallas det enligt Bryman (2011) då ett i förväg ihopsatt dokument med punkter som ska ses på, observeras på en plats. Det kan handla om attityder mellan personer, eller rörelsemönster på en i förväg bestämd plats, eller i en viss situation. Dokumentet kallas för ett observationsschema. Anledningen till användningen av observationer som metod är ofta att stärka påståenden i en intervju. Intervjupersoner kan i vissa fall förvränga sanningen, eller uppge fel uppgifter. Vid observationer kan sådana påståenden stärkas, eller visa sig motsägelsefulla vilket kan vara värdefullt för att bevisa trovärdighet i insamlade data (Bryman, 2011). Utöver intervjufrågorna togs därför också ett observationsschema (Bilaga 3) fram och användes i samband med en rundvandring i lokalerna när författarna var på studiebesöken vid sjukhusen. Författarna hade var sitt

observationsschema som fylldes i vid varje studiebesök. Observationerna skulle vara till en hjälp för att bättre kunna identifiera styrkor, svagheter, möjligheter och hot vid produktionen vid sjukhusen. Observationer i kombination med intervjuer är två av de viktigaste metoderna inom kvalitativ forskning och fungerar utmärkt i kombination med varandra (Bryman, 2011). På samtliga sjukhus utfördes guidade turer, där ledare eller köksmedarbetare beskrev flödet i köket. På Sjukhus C skedde även en rundvandring ute på avdelningarna.

## **Sjukhus A**

Vid Sjukhus A hölls intervjuerna på ett kontor. Den första intervjun skedde med en kock, och den andra intervjun med ledaren för köket vid Sjukhus A. Vid intervjun med kocken lämnade ledaren rummet. Vid intervjun med ledaren valde kocken att stanna kvar i rummet och lyssna på intervjun. Närvaro av en annan individ vid en intervju är egentligen inte någonting som är önskvärt, då deras närvaro och ibland även åsikter under intervjun, kan störa intervjupersonens svar (Bryman, 2011). Efter intervjuen fick författarna en guidad rundvandring i lokalerna som tillhörde köket av ledaren tillsammans med den intervjuade kocken. Under den guidade rundvandringen blev även observationsscheman ifyllda av författarna.

## **Sjukhus B**

Vid Sjukhus B hölls intervjuerna i ett konferensrum. Besöket startade med att ledaren berättade om sjukhuset och dess produktions- och serveringsmetoder, varpå intervjufrågorna tog vid. Detta följdes av en guidad rundtur i köket där författarna fyllde i observationsscheman under vandringen. Slutligen utfördes en intervju med en kock. Vid intervjun med kocken satt ledaren med i rummet. Som nämns vid Sjukhus A kan det vara risk att en annan individ som är närvarande under intervjun påverka den intervjuades åsikter och svar på intervjufrågorna, (Bryman, 2011).

## **Sjukhus C**

Vid Sjukhus C gjordes den första intervjun med en postvertkock. Intervjun gjordes i kökspersonalens fikarum som låg en våning ovanför köket. Den andra intervjun gjordes med ledaren för matsektionen vid Sjukhus C. Efter dessa två intervjuer gjordes en rundvandring i köket, varpå tre avdelningar med olika moderna kök besöktes i sällskap med ledaren. Under rundvandringarna fyllde författarna i observationsscheman. Sist gjordes en intervju med en kock från produktionsköket. Denna intervju gjordes på ledarens kontor, utan ledarens närvaro.

## Databearbetning och analys

Samtliga 7 intervjuer spelades in. Fördelen med att spela in materialet, jämfört med att skriva ner svaren på intervjufrågorna, menar Bryman (2011) är att den som skriver inte hinner skriva ner svaren exakt, utan riskeras bli vinklade av författaren då materialet ska analyseras. Detta kan innebära att materialet blir missvisande och i värsta fall felaktig (Bryman, 2011). Materialet från inspelningarna av intervjuerna transkriberades. Då intervjuerna från Danmark och Norge transkriberades översattes de delvis till svenska. Anledningen till detta var att innebörden i citaten ville bevaras så intakt som möjligt. Eftersom resten av texten är på svenska var vissa ord tvungna att översättas för att sammanhang skulle kunna förstås. Efter transkribering kodades intervjuerna med hjälp av kodningsprogrammet QDA miner Lite v.1.2.2. Till att börja med infogades transkriberingstexterna i datorprogrammet. Eftersom SWOT-modellen valts som analysmetod skapades först fyra huvudkategorier; styrkor, svagheter, hot och möjligheter. Under dessa fyra huvudkategorier skapades sedan lämpliga underkategorier, som till exempel personal, produktion och servering, (se tabell 1). Efter hand som transkriberingstexterna bearbetades. Transkribering från ett sjukhus i taget bearbetades och meningar eller stycken som hade samma tema placerades i respektive underkategori. Vissa delar av materialet fick flera koder eftersom det hade relevans inom flera områden. Då samtliga transkriberingar bearbetats, lades samtliga underkategorier från de olika sjukhusen samman, vilket underlättade arbetet med resultattexten avsevärt. Då resultattexten sammanställdes, analyserades materialet och kopplades till lämplig litteratur, för att styrka påståenden i diskussionen. Vid analysen togs de delarna som hade relevans för syftet och frågeställningarna fram. Det sågs på om det som hade tagits fram stämde överens med resultatet som framkommit, och om det kunde kopplas mot det som skrivits i bakgrunden samt andra studier. Analysen gick också ut på att jämföra och analysera resultatet från undersökningen av de tre sjukhusen. Kodning är inom kvalitativ metod en av de vanligaste teknikerna för analys av data, (Bryman, 2011). Om kodning väljs som metod kan det enligt Bryman (2011) öka förståelsen för materialet och förhindra känslan av att mängden är överväldigande, (Bryman, 2011).



Tabell 1: Kodning

Citat	Huvudkategori	Underkategori
”Det är verkligen ett lyft att vi har börjat tillaga maten från grunden. Så jag tycker att detta måste vara världens bästa sjukhuskoncept”, (Kock, Sjukhus B).	Styrkor	Produktion
“Om inte varorna kommer in kan vi ju heller inte få producera någonting, och då blir produktionen försenad och då kan vi inte packa in i vagnarna som ska till avdelningarna. Så bra logistik, det är väl det som blir svagheten ifall det inte fungerar”, (Ledare, Sjukhus C).	Svagheter	Leverantörer
”Det finns ju alltid förbättringspotential och möjligheter”, (Kock 1, Sjukhus C).	Möjligheter	Produktion
”Dom ska hålla på med vård, dom ska inte hålla på med konserverad frukt inte. Nej.” (Ledare, Sjukhus A).	Hot	Samarbete med vården

## Etiska ställningstaganden

När det gäller etiska ställningstaganden blev intervjupersonerna som ingår i studien tillfrågade om de ville delta i studien och bli intervjuade. Det är valbart om personerna som blir tillfrågade vill medverka i en undersökning och enligt samtyckeskravet som ingår under de etiska principerna måste deltagarna själva få bestämma om de vill delta eller inte, (Bryman, 2011). De intervjuade fick även information om syftet med undersökningen och information om vad intervjufrågorna handlade om, vilket ingår i de etiska principerna under informationskravet, (Bryman, 2011). Vid intervjutillfällena blev de intervjuade tillfrågade om de tillät att intervjuerna blev inspelade innan intervjun sattes igång. De som medverkade blev anonymiserade vid transkribering av intervjuerna och när informationen används vidare i arbetet. Ett dokument om anonymitetsskydd (Bilaga 4) togs fram där forskarna och intervjupersonerna skrev under dokumentet. Inga namn på varken sjukhus, kockar eller ledare blir givna i texten, och samtliga som skrivs om är könsneutrala genom att -hen används istället för att skriva könet på den intervjuade. Detta uppfyller konfidentialitetskravet och nyttjandekravet enligt de etiska principerna som måste följas när en studie görs där bland annat intervjupersoner medverkar, (Bryman, 2011). Nyttjandekravet vill säga att man inte får använda den information man samlar in om personerna som deltar i undersökningen till någonting annat än det avsedda ändamålet, studien (Bryman, 2011). Hanteringen av intervjumaterialet har varit varsam och ingen transkribering har skett i offentlig miljö.

# Resultat

Här kommer studiens resultat och en tabell (se tabell 2) över vem som blev intervjuad och var.

Tabell 2: Var och vem

<b>Sjukhus</b>	<b>Intervjupersoner</b>	<b>Referens i löpande text</b>
<b>Sjukhus i Sverige = Sjukhus A</b>	Ledare Kock	Ledare, Sjukhus A Kock, Sjukhus A
<b>Sjukhus i Danmark = Sjukhus B</b>	Ledare Kock – À la carte kök	Ledare, Sjukhus B Kock, Sjukhus B
<b>Sjukhus i Norge = Sjukhus C</b>	Ledare Kock postvertkök = Kock 1 Kock produktionskök = Kock 2	Ledare, Sjukhus C Kock 1, Sjukhus C Kock 2, Sjukhus C

## Kartläggning

Nedan följer en kartläggning av de tre sjukhusens produktions-, distributions- och serveringsmetoder. Avsnittet avslutas med en sammanfattande tabell (se tabell 3).

### Sjukhus A

Vid Sjukhus A har de varmmatsproduktion – varmhållning. Det vill säga att maten produceras den dagen den ska serveras. All mat produceras i ett produktionskök och skickas sedan ut till avdelningarna.

Beställningarna på Sjukhus A går till så att undersköterskorna går runt till patienterna och tar upp beställningar. Dessa läggs sedan in i ett datorprogram. Patienterna har två rätter att välja mellan till lunch och middag och de har även en viss valfrihet då det kommer till huvudkomponentens tillbehör. Även om det tänkta tillbehöret är exempelvis ris, så kan patienten välja pasta, ris eller potatismos. Patienterna kan också välja mellan exempelvis sallad eller kokta grönsaker. Även portionsstorleken går att variera från en halv, en hel, en och en halv och så vidare. Beställningarna till lunchen görs huvudsakligen kvällen innan, och de första listorna över antal portioner kontrolleras i datorsystemet klockan 08.00. Avdelningarna kan sedan beställa till mat fram till klockan 10.00 då det kan ha kommit till nya patienter.

I köket arbetar sex kockar och ett biträde samt en kallskänka som ansvarar för att göra smörgåsar. Vid produktion får kockarna ut en lista från datorsystemet med hur många portioner som ska tillagas av varje rätt. Den preliminära listan kommer klockan 08.00 då de håller ett kort dagligt möte med en genomgång av dagen. Den slutgiltiga listan kommer sedan

klockan 10.00 och medarbetarna i köket kan då ofta få ett tillägg på upp till 12 portioner per avdelning. När det gäller fler extra portioner än 12 har de kommunicerat till avdelningarna att de på telefon får ta kontakt med köket, för att diskutera hur de på bästa sätt ska kunna få till en lösning.

På Sjukhus A använder de sig av brickservering. En person är ansvarig för att dra ut portionslistan klockan 08.00, samt renskriva och räkna om och lägga till några extra portioner. Hen skriver också en "dukningslista" det vill säga en lista över vilka som under dagen ska hjälpa till att lägga upp maten på brickorna och vilken komponent de ska ansvara för. Hen är också den som är dukningsledare. Bemanningen på dukningsbandet kan variera och de som dukar kan vara allt ifrån diskpersonal eller kock till ledaren. Den första personen vid brickbandet, dukningsledaren, får ut en menylapp med patientens beställning som placeras på brickan. Brickan går vidare till två medarbetare som står på var sin sida av bandet och ansvarar för att lägga upp sina komponenter (exempelvis kött, potatis, sås och grönsaker). Sist på bandet finns en person som lägger upp kalla varor som drycker och yoghurt och även kontrollant som ser över att beställningslappen stämmer överens med maten på tallriken, och som slutligen också placerar de färdiga brickorna i värmeskåpet. Vid sidan av brickbandet finns också en så kallad "fornerare" som är ansvarig för dietmaten. Då dessa rätter ropas upp av dukningsledaren, är det fornerarens uppgift att leverera en tallrik med korrekta komponenter direkt till stationen med de kalla varorna. När vagnen till avdelningen är färdigpackad stängs och låsas den och körs sedan tillsammans med fem andra vagnar ut till respektive avdelningar. Utkörningen av vagnarna sköts av ett separat arbetsteam, "transportenheten". Transportörerna kopplar värmevagnarna på en truck och kör ut dem till sjukhusets samtliga avdelningar. De börjar med de delar som ligger längst bort och arbetar sig närmare köket som ligger i ena änden av sjukhusområdet.

## Sjukhus B

På Sjukhus B arbetar de med à la carte-produktion. Konceptet startade som ett projekt för sex år sedan efter att en av sjukhusdirektörerna blivit sjuk under en resa i USA. Hen hade då blivit inlagd på sjukhus som arbetade med à la carte produktion. Hen tyckte att systemet var så bra att hela sjukhusledningen åkte över på studiebesök, och blev övertygade. À la carte konceptet startade då som ett pilotprojekt som föll så pass väl ut att beslut togs om att bygga om hela sjukhusköket.

I produktionslokalerna finns fyra à la carte kök. Tre av köken lagar mat till sjukhusets samtliga avdelningar och det fjärde arbetar endast med dietmat och konsistensanpassad mat. De fyra köken har två sidor, den ena sidan arbetar bara med kalla rätter som smörrebröd och sallader och den andra sidan arbetar med varm mat. Den ena kortändan av köket är öppet så att kockarna kan gå in och runt från den ena sidan till den andra och den andra kortsidan avslutas med en serveringslucka där färdig mat väntar på att bli transporterad upp till patienterna.

Poängen med denna uppdelning är att kockarna i à la carteköken inte ska behöva lägga tid på att laga mat, utan istället koncentrera sig på att lägga upp maten på tallrikarna i takt med att beställningarna kommer in. Produktionsdelen är ett storkök som producerar samtliga huvudkomponenter till à la carte köken. De kokar fonder och såser samt steker kött och fisk som sedan kyls ner för att användas av köken 3-6 dagar senare. Kockarna i à la carteköken hämtar sedan det de behöver i kylrummen och värmer upp det, för att till sist lägga upp det på tallriken i den kombination som patienten beställt. Komponenter som potatis, ris och potatismos görs alltid samma dag. Förutom à la carte köken och produktionsenheten finns också en diskstation med en egen personalstyrka, så kallad serviceenhet. Förutom att ta hand om returvagnar från avdelningar och diska, är det även dessa som rengör köken efter arbetsdagens slut. Det är ingenting som kockarna gör själva. Servicepersonalen och kockarna har blivit erbjudna att testa på varandras sysslor, men det är ingenting som någon av dem har varit intresserad av. Även produktionskockarna har blivit erbjudna att byta med à la carte kockarna, men eftersom deras arbetstider skiljer sig (kockarna i produktionen slutar klockan 15.00 och kockarna i à la carteköken slutar 19.30) så är det ingen som varit intresserad av detta heller. På Sjukhus B finns inga vikarier. Vid de perioder då ingen har semester eller är sjuka, så erbjuds personalen att ta ut semester eller enstaka lediga dagar, vilket innebär att det ibland kan vara många som jobbar, medan det ibland kan vara på gränsen till för få. Inte heller på sommaren tar de in vikarier, utan sprider då istället ut semestrarna under en lång period. Köket har även till sitt förfogande 10 stycken timanställda ungdomar som kommer in omkring 15 timmar i veckan och hjälper till att sätta in brickor i containrarna, skicka iväg dem och sedan plocka ur de tomma brickorna när containern kommer tillbaka. Dessa medarbetare har de möjlighet att ta in mer under semestertider.

På Sjukhus B har de två olika menyer. Ett menykort för vuxna och ett för barn. Beställningarna skiljer sig en del mellan barnavdelningen och vuxen avdelningarna. Därför är det bara ett kök som lagar rätterna i barnmenyn. Inför menybyten krävs mycket planering och näringsberäkningar av samtliga rätter. Det har varit tal om att ändra menyn fyra gånger om året istället för tre, men det stora arbetet gör att de planerna ännu så länge ligger på is. Ett menybyte kräver också mycket av kockarna, varför byte av meny endast görs om köket är fullt bemannat, alltså aldrig i semesterperioder.

Då patienterna läggs in på sjukhuset, har varje sängplats ett eget nummer som knyts till patienten. Vid varje säng finns en meny med ett antal olika rätter, samtliga med en unik kod som är kopplade till sängplatsen och därmed patienten. Komponenterna till rätterna är uppdelade så att patienten själv kan kombinera sin maträtt. De kan dels välja till exempel potatis, potatismos eller ris. Därefter väljer de exempelvis laxfilé, kycklingfilé eller köttfärsbiff. Det finns också ett antal olika såser och grönsaker. Det finns sammanlagt omkring 100 olika komponenter som patienterna kan välja mellan. Kalla rätter så som smörgåsar, yoghurt och müsli kan beställas från klockan 07.00 när köket öppnar och fram till klockan 19.00, då köket stänger. Den varma maten serveras mellan klockan 11.00 och 19.00. Beställningarna görs till 80 % av patienterna själva, genom ett telefonsamtal till kökets callcenter. Om patienten inte vill eller känner att de orkar, får de hjälp att beställa av en sjuksköterska. Sjuksköterskorna kan antingen ringa ner beställningen till köket, alternativt

registrera den direkt i datorn. Då samtalet kopplas fram får callcenter-medarbetaren upp information om den patient som ringer, angående eventuella allergier och specialkoster. De kan då hjälpa till att välja ut lämpliga maträtter, alternativt skicka samtalet vidare till en dietist. Då patientens beställning registreras skrivs den direkt ut som en bong i köket. Det finns ingen begränsning på hur mycket mat patienterna får lov att beställa under en dag. Den enda spärren som finns är en elektronisk spärr på 9 rätter i timmen.

Beställningarna från patienterna är ganska lika då det gäller typ av mat till huvudmålen. De allra flesta väljer ett kallt alternativ som en sallad eller smörrebröd till lunch, för att sedan äta varm mat på kvällen. Frukost och mellanmålsalternativen som yoghurt och frukt beställs främst på morgonen och sedan under hela dagen.

Serveringen från köket till patienten kan ske på två sätt. Vid bestämda tider, klockan 09.00, klockan 12.00 och klockan 15.00 så går stora containrar upp till avdelningarna med mat. Detta system är helt automatiskt då containrarna skickas in i en tunnel där de på spår kör fram till den avdelning som programmerats in. När patienterna ringer till callcentret med sin beställning blir de tillfrågade om de vill vänta till någon av de ordinarie transporterna går, eller om de vill ha maten direkt. Om patienten vill ha maten direkt, har köket 45 minuter på sig, från det att beställningen kommer in, till det att maten ska stå framför patienten.

## Sjukhus C- Norge

Vid Sjukhus C har de lite olika produktionsmetoder i produktionsköket – cook-chill, cook-freeze och cap-cold. I produktionsköket tillagas bland annat efterrätter, gröt, fiskgratäng, stuvningar, såser, grytor och biffar. Maten tillagas omkring en vecka innan den ska serveras och kyls ner enligt cook-chill metoden. Till känsligare rätter så som fiskgratäng, används cook-freeze. Soppor och såser packas enligt cap-cold metoden och kyls ner i vattenbad. Viss mat vakuumförpackas även, för att förlänga hållbarheten.

I produktionsköket arbetar kockarna mellan klockan 07.30 och 15.00, måndag till fredag. Kockarna i produktionsköket har till uppgift, förutom att laga maten, packa, kyla eller frysa ner och packa vagnarna med mat som sedan skickas upp till postvertköken. Beroende på beställning från postvertköken, packar produktionskockarna olika stora förpackningar. Dessa varierar mellan 1 portionsförpackningar och förpackningar som rymmer 3, 5 och 10 portioner. På all mat som förpackas står det en lapp med namnet på maten, vad den innehåller, näringsinnehåll samt datum för hållbarheten. Produktionen utgår ifrån en plan med 5 veckors rullande meny som löper över hela året. Runt jul, påsk, nationaldagen och sommar varieras menyn med traditionsenliga rätter. I produktionsköket finns också en dietavdelning som ansvarar för produktion av samtliga diet- och special-koster. Det vill säga vegetariskt, fettreducerad kost, natriumreducerad kost, nivå koster för bland annat strokepatienter samt laktosfri och glutenfri kost. All mat som tillagas i produktionsköket och dietköket lagras i kylrum och frysrum tills det skickas iväg antingen till avdelningarna eller till de andra sjukhusen. Tre gånger i veckan beställer postvertkockarna mat från produktionsköket.

Kockarna på avdelningen får en lista med antal patienter av en sköterska, där det också står om det är någon patient som ska ha diet- eller specialkost. Kockarna på avdelningarna lägger in beställning på mat från produktionsköket och dietköket tre gånger per vecka, och kan lägga in beställningar på mat från livsmedelslagret via datasystemet varje dag. Beställningar görs via ett gemensamt kostdatasystem och ett underlag skrivs ut så att produktionsmedarbetarna vet vad, när och hur mycket som ska packas. Postverkkockarna har även möjlighet att ringa och be om extra mat. Eftersom det är ett akutsjukhus är det svårt att uppskatta hur många patienter som eventuellt kommer att komma de närmaste dagarna. Produktionsköket ansvarar för att packa sin mat och kocken som arbetar i dietköket ansvar för att packa dietmaten och specialkostarna. När beställningarna är packade placeras varorna i kylvagnar inne i ett kylrum där den hämtas och transporteras nästkommande dag. I produktionen finns också ett kylager med bland annat mejeriprodukter, frukt och grönsaker. Från det lagret kan avdelningarna beställa varje dag. Produktionen packar även dessa varor till postvertköken, och postvertkockarna tar med sig dessa varor till sin respektive avdelning varje morgon vid arbetets start.

På sjukhuset finns ett litet kök på varje avdelning, liknande ett mottagningskök, som kallas postvertkök. På varje postvertkök arbetar en kock som dels tillagar huvudkomponenten (så som fisk eller kött) och dels värmer upp färdiga komponenter som beställts från produktionsköket. Beroende på hur stor avdelningen är, varierar bemanningstiden, de flesta har kockar inne mellan klockan 08.00 och 16.00, måndag till söndag. Kockarna gör frukost, lunch och middag samt smörar bröd som vårdpersonalen kan servera patienterna mellan måltiderna och på kvällen. I varje kök finns en ugn där kockarna kan steka, ångkoka, koka, baka med mera. Det finns också två kylskåp, en frys, en diskmaskin och en mikrovågsugn. På så sätt kan kockarna tillaga exempelvis kött, fisk och grönsaker på avdelningen. Även ris, pasta och potatis tillagas på plats.

Kockarna i postvertköken gör i ordning frukost till patienterna på beställning från sköterskorna. Frukosten serveras mellan klockan 08.00 och 09.00. Sköterskorna kommer då in i köket och säger vad patienten önskar att äta, varpå kocken gör iordning beställningen. Om patienten själv kan göra sina smörgåsar läggs brödet för sig och pålägget för sig. I det fall att de inte kan detta, gör postvertkocken smörgåsen klar i köket. När frukosten är avslutad kommer sköterskorna med disken och kocken på postvertköket diskar. Innan lunch och middag värmer kocken upp huvudkomponenten som kommer ifrån produktionsköket och förbereder resterande komponenter. Om måltiden är en soppa, serveras alltid nybakat bröd till. När maten är klar placeras den i ett värmeskåp. Sköterskorna kommer sedan in i köket och meddelar vad och hur mycket patient önskar, varpå kocken gör iordning tallrikarna. Sjuksköterskorna serverar sedan maten till patienterna och kommer tillbaka med disken. Tiden för lunch och middag kan variera från avdelning till avdelning, och varar i cirka en timme. På kvällen serveras färdigsmörade smörgåsar till patienterna. Kockarna har gjort i ordning smörgåsarna under dagen och ställt i kylen så att sköterskorna kan gå och hämta dem när det är dags för kvällsmat. På varje postvertkök finns alltid mat i frysen ifall det skulle bli för lite eller någon patient inte hade möjlighet att äta när måltiden serverades. I det fall en patient har missat en måltid på grund av exempelvis en undersökning eller operation,

alternativt att det hastigt tillkommit nya patienter, finns det tillgång till bland annat soppa, som kocken eller sköterskorna kan värma upp. Kockarna har också möjlighet att göra sina egna näringsdrycker.

Postvertköken på de olika avdelningarna ser lite olika ut. Vissa avdelningar har ett litet kök där kockarna lägger upp maten och sköterskorna hämtar den direkt och bär ut till patienterna, medan vissa större avdelningar har en liten matsal där patienterna kan gå och hämta mat själva genom en lucka i köket och sitta ner och äta. Där finns också knäckebröd, pålägg, flingor och dricka framme hela tiden som de kan gå och ta av. Känsliga varor som pålägg ligger upplagt på fat i en kylmonter tillsammans med kall dricka så som mjölk och juice. Det finns även en dryckesmaskin för varm dryck, samt en maskin med kallt vatten, kolsyrat vatten och krossad is. Till frukost och kvällsmat går patienterna och plockar den mat de själva vill ha, och till lunch och middag står kocken och lägger upp den mat patienterna vill ha när de kommer. Om patienterna inte orkar eller har möjlighet att hämta sin egen mat gör sköterskorna det åt dem. De får då äta på sitt rum så som på de övriga avdelningarna.

Tabell 3: Sammanfattning av kartläggning

<b>Sjukhusen</b>	<b>Produktion</b>	<b>Distribution</b>	<b>Servering</b>
<b>A – Sverige</b>	Varmmatsproduktion – Varmhållning Maten produceras den dagen den ska serveras, läggs upp på tallrikar som står på en bricka och placeras i en brickvagn med värme	Varmhållningsvagnar – Transportörer Maten dukas på en bricka och placeras i värmskåp (brickvagn med värme) och transporteras till avdelningarna	Brickservering – Dukas i produktionsköket. Undersköterskor och vårdbiträden serverar maten till patienterna
<b>B – Danmark</b>	A la carte Producerar mat, kyler ned den och värmer upp den igen samma dag som den ska serveras Maten läggs upp på tallrikar och ställs på en bricka och placeras sedan i en container med hyllor, alternativt i en box på en scooter	Containersystem eller Scooters. Maten läggs upp på tallrikar på beställning från patienterna.	Brickservering – Dukas i produktionsköket Sköterskor eller kockar serverar maten till patienterna
<b>C – Norge</b>	Cook-chill, cook-freeze och vakuumpförpackning. Huvudkomponenter produceras i produktionsköket. Färdigställs och läggs upp på tallrikar i postvertköken	Kylvagnar – Transportörer Den maten tillagas i produktionen förpackas och läggs in i kylvagnar på beställning från kockarna på avdelningarna. Vagnarna körs upp till avdelningarna tre gånger per vecka med hjälp av transportörer	Brickservering – Dukas på postvertköken av kockarna. Sköterskorna serverar maten till patienterna.

## SWOT - analys av sjukhusen

Med hjälp av SWOT-modellen har styrkor, svagheter, möjligheter och hot identifierats med de tre sjukhusens olika produktions- och serveringsmetoder.

### Sjukhus A

Vid studiebesök, intervjuer och observationer på Sjukhus A upptäcktes en rad olika styrkor, svagheter, möjligheter och hot med deras produktions- och serveringsmetoder.

#### *Styrkor*

I produktionen ligger styrkan i att samtliga medarbetare varit där i många år och därför har mycket stor rutin i arbetet. En annan styrka i produktionen är också kapaciteten att göra mer mat om så behövs. Ett tillägg på 200 portioner innebär inga större problem, så även om



vården glömmer att beställa rätter eller av andra anledningar behöver någonting, så är det sällan köket inte kan ordna det.

På Sjukhus A är de mycket nöjda med beställningssystemet, då de tidigare varit tvungna att stå och för hand gå igenom samtliga beställningslappar och scanna in dem i ett datorsystem som sammanställde listor till kockarna. De tycker att detta är ett system som samtliga tjänar på, eftersom det även är lätt för vårdpersonalen att gå in och lägga in beställningarna.

Kocken tycker att det ligger en styrka i att samtliga sjukhusen i regionen har samma meny. Tack vare detta kan de ge varandra tips om uppläggningar, smaksättningar och allmänna tips. Även detaljer i recept kan diskuteras och förbättras med flera personers synpunkter och förslag.

Ledaren påpekade att de får mycket återkoppling på att de gör ett bra arbete och ställer upp till hundra procent för att hjälpa patienterna att få det de vill ha. Ett annat sätt som Sjukhus A använder sig av för att få och ge feedback är genom sociala medier.

Menyer [...] hanterar vi på instagram, så varje måltid som serveras här, tar man kort på och så påpekar till exempel kockar, nej jag tycker att det var lite för lite kött eller jag tycker det är lite för... ja... dom gör exakt så som det står på receptet här då. Och så svarar ju då de övriga sjukhusen att ja men vi ska lägga i... eller vi upplever samma sak så man får bättre feedback över lag, än att man är ensam. (Kock, Sjukhus A).

Samtliga sjukhus inom regionen som Sjukhus A tillhör har ett system där de via sociala medier varje dag tar bilder som de övriga köken kunde se. Samtliga kök inom regionen har varje dag samma meny och lagar därmed samma rätter. Då de sedan lägger ut bilder på sina versioner av rätterna, kan samtliga ha möjlighet att kommentera rättens utseende, och dela med sig av sina tankar kring tillagning. Detta anser kocken är ett bra sätt att få feedback och tips på hur de kunde tänka annorlunda och lära av varandra. Hen såg också det som att det skapade en samhörighet och beskrev sjukhuskökens gemenskap som en familj.

### *Svagheter*

Även om det på vissa sätt är positivt att ha samma meny som de övriga köken, så kan det ibland innebära merarbete också. Kocken förklarade att eftersom köken i regionen är olika stora, så kan det ibland medföra att vissa rätter som valdes ut till menyn passar bättre till de mindre köken. I köket som kocken jobbar i, som är det största inom regionen, kan panerad färsk fisk innebära timmar av slit och stress, medan det i kök med lika många medarbetare och bara 300 portioner inte är några problem. Detta innebar ofta att köket får problem att hinna klart med maten i tid, någonting som hen ser som både positivt och negativt. Positivt för att maten alltid är nylagad och inte behöver stå på varmhållning mer än nödvändigt, men negativt för att det alltid är stressigt och pressande att hinna klart till serveringstiden.

Ledaren menar också att köket har en mycket stor yta, vilket gör det tungarbetat och svårhanterligt med långa sträckor att gå för att hämta saker. En svaghet som identifierades är att vissa i arbetsgruppen av olika anledningar inte vill eller kan rotera i det annars roterande arbetssystemet.

Det bästa hade ju varit att folk kan rotera. Så alla lär sig hela tiden olika saker. Det kan bli väldigt enformigt annars om man hamnar på samma position hela tiden, eller samma ställe i köket då. (Kock, Sjukhus A).

Köket ligger dessutom lite efter i en omorganisation som nyss genomförts i regionen där samtliga kök fått en köksmästare och serviceledare. Detta har köket bestämt sig för att vänta med tills ombyggnaden är klar.

### *Möjligheter*

De största möjligheterna med produktionen ser respondenterna i att det ska bli ett nytt kök. Bland annat ska de nya värmeskåpen som går ut till avdelningarna ha en sida för varm mat, och en sida för kall. Idag har vagnarna endast en öppning som håller maten varm. De nya vagnarna ska även ha en temperaturreglare, så att värmeskåpet håller en konstant temperatur. De ser även möjligheter i att få arbeta med nya maskiner och nya redskap.

En möjlighet som finns på Sjukhus A är en stor kapacitet att vara flexibel i portionsmängderna. Om det skulle krävas skulle köket utan större ansträngning kunna göra 200 portioner extra. Detta tror kocken beror på att sjukhusköket är det som producerar mest mat i norra Europa.

En annan möjlighet som nämndes om produktion var hur mat som idag blir svinn hade kunnat hanteras. Ledaren menar att maten istället för att bara slängas, kan läggas i portionsförpackningar och skickas upp till avdelningar för uppvärmning vid behov, och också även frysas in och användas senare. I dagsläget går matrester till biogasanläggningen. Ledaren tycker att detta är en liten tröst, men menar att maten hellre borde ligga i deras frysar för att bli äten senare.

Kocken ser en stor möjlighet för medarbetarna att få utvecklas i sina positioner om de bara visar intresse. Hen håller själv på att gå en utbildning till köksmästare som sjukhuset betalar, någonting som hen uppskattar och tycker är mycket positivt. Flera biträden har också genomgått utbildningar till kockar.

### *Hot*

Ett hot med produktionen är att maten sällan blir klar i tid, vilket kan medföra att medarbetarna blir stressade, vilket inte är bra i längden.

Eftersom det är så mycket så är det så att... maten kan inte bli klar i tid. Men det är också positivt att man inte är klar i tid heller. Den kommer när den kommer om man säger så. (Kock, Sjukhus A).

Kocken anser att det finns många i produktionen som inte ser några möjligheter med produktionssättet och bara går till jobbet och gör det som de ska för att tjäna pengar, inte för att de tycker om att laga mat.

Många då upplever jag själv att dom kommer hit och gör sitt jobb och så är det bra. Dom kan ju inte tänka sig själva att titta i en kokbok eller visa något intresse till att göra någonting bättre. (Kock, Sjukhus A).

Ledaren menar också på att hot i produktionen kan uppstå då det kommer nya varor vid nya upphandlingar. Eftersom de tidigare varit vana vid att använda vissa varor och vetat om vad de innehåller och till vilka kostnader dessa kan användas till, måste de plötsligt läsa noga på samtliga förpackningar för att se om varan fortfarande passar in i de olika kosterna. Ett exempel togs upp på att det margarin som använts före den nya upphandlingen varit laktosfritt, medan det margarin som kommit med den nya upphandlingen inte längre är laktosfritt. Detta kan vara ett hot mot matsäkerheten.

Ett annat hot mot matsäkerheten kan uppstå under servering. Ledaren menar att värmeskåpen som maten körs ut till avdelningarna i, ibland kan kärva i låset, vilket innebär att de går att öppna under transporten. Detta ser ledaren som ett hot vid servering, då de inte kan påverka vad som händer med maten om någon skulle öppna värmeskåpen och kontaminera maten.

Det största hotet som jag kan se det är när vi har fått iväg den här matvagnen. Om det inte går att låsa dem. För då kan det hända saker nere i våra kulvertar som vi inte har en aning om vad som händer. Någon som kan öppna en matvagn och lägga in någon skit där i va. (Ledare, Sjukhus A).

Ett hot som ses för produktions- och serveringssättet, samt även för ekonomin, är det stora svinnet som finns, då vårdpersonalen tenderar att beställa ett antal brickor extra om det skulle komma till patienter. Ledaren påpekade också att vårdpersonalen ville ha mer tid för att vårda, och i och med den stundande ombyggnaden och det nya systemet som ska införas i samband med det, ska medarbetarna i köket börja lägga på bestick, glas och muggar, någonting som vårdpersonalen tidigare gjort. ”Dom ska hålla på med vård, dom ska inte hålla på med konserverad frukt inte. Nej.” (Ledare, Sjukhus A).

Ett annat ekonomiskt hot är tanken på att en privat aktör ska komma och ta över produktionen. Kocken menar att hen på flera ställen sett exempel på privata aktörer som kommit in och erbjudit ett bättre pris på hela produktionen och att politikerna därmed lagt ner köket på sjukhuset för att ta in matlådor som massproducerats i ett centralkök.

Jag tror inte folk tänker på det som jobbar här... eh... men man ska ju ha vetskapen att många andra sjukhus så kommer Sodexo och knackar på dörren och Amica och det finns ju hur många som helst som är väldigt glada att få ta över. (Kock, Sjukhus A).

## Sjukhus B

Vid studiebesök, intervjuer och observationer vid Sjukhus B upptäcktes en rad olika styrkor, svagheter, möjligheter och hot med deras produktions- och serveringsmetoder.

### *Styrkor*

Kockarna vid Sjukhus B är nöjda med sin produktions- och serveringsmetod, ”Det är fantastiskt! Jag är själv kock, så jag vill inte vara på ett hospital om inte de hade haft à la carte mat”, (Kock, Sjukhus B). De tillagar i stort sett all mat från grunden eftersom de anser att maten då håller ett högre näringsvärde. ”Det är verkligen ett lyft att vi har börjat tillaga maten från grunden. Så jag tycker att detta måste vara världens bästa sjukhuskoncept”, (Kock, Sjukhus B). De som arbetar med maten på Sjukhus B är stolta över sitt koncept och anser att det är positivt för patienterna att de har en à la carte meny att välja från.

Jag tycker det är riktigt spännande med à la carte och tycker det är fantastiskt att när man är inlagd på hospital att man kan beställa från ett menykort så som på en restaurant och få det levererad upp till sin säng. Som patient måste det vara fantastiskt och verkligen ett lyft för mat vid hospital, (Kock, Sjukhus B)

Maten tillagas 3-6 dagar innan den ska serveras, vilket innebär den inte behöver vakuumpackas, någonting som ledaren tycker är positivt. ”Vi har lite svinn och maten är så färsk och frisk som möjligt, utan att det behöver vara vakuumpackad i 14 dagar och varmas upp”, (Ledare, Sjukhus B).

Det är en utmaning för köket att beräkna hur mycket av rätterna som kommer att gå åt. Fördelen med à la cartekonceptet är att om någonting skulle ta slut, finns det flera andra rätter för patienterna att välja på. Genom att tillaga mindre mängder av vissa rätter kan svinnet minimeras. Eftersom à la carte serveringen vid Sjukhus B kräver mer personal än exempelvis buffésystemet som är ett vanligt serveringssystem i Danmark, blir personalkostnaderna väsentligt högre än på övriga sjukhus. Istället sparas pengar in på råvarorna och svinn, vilket gör att de klarar av att hålla sig inom sin budget, ”Vi är väldigt ekonomiskt medvetna, vi håller oss inom vår budget”, (Ledare, Sjukhus B). Containersystemet som används vid servering på Sjukhus B anser ledaren och kocken är en av anledningarna till att à la cartesystemet fungerar på sjukhuset. Utan det hade det gått åt mycket personal till att utföra transporter, vilket hade höjt kostnaderna markant.

Menyn består av många enskilda komponenter, vilket gör att patienterna kan komponera sin egen måltid. Då det inte alltid är lätt för patienterna att komma ihåg att beställa samtliga komponenterna, är det viktigt att medarbetarna på callcentret kan påminna och fråga om de inte har glömt någonting. Menyn och konceptet utvecklas hela tiden och ser inte likadant ut som när de startade med à la carte. I början byttes menyn ut en gång per år, vilket nu har utökats till tre gånger per år. Detta är en styrka både för patienter som är inlagda under en

längre tid, men också kockarna som lagar samma mat varje dag. Då de inte har en rullande meny så som många andra sjukhuskök har, anser ledaren att det är extra viktigt att de har lite variation i produktionen.

I början fanns bara ett menykort för patienterna, vilket nu har utökats till två. Ett för vuxna och ett för barn. Det finns även tankar på att göra ett separat kort med dietkoster. Detta skulle underlätta en hel del för såväl sköterskorna och dietister som för patienterna själva, eftersom de då i större utsträckning skulle kunna klara att beställa maten själva. En nyhet i menyerna som nyligen införts är bilder på vissa av maträtterna. ”Det ska vara så att man tänker – oj, den potatisrätten skulle jag gärna vilja äta, eller – oj, finns det också tårta!” (Ledare, Sjukhus B).

På callcentret sitter i dagsläget tre medarbetare och tar emot patienternas beställningar, där den tredje personen är relativt nyanställd. Tidigare var det två medarbetare som satt på callcenteret och tog emot samtal. De hade också ansvar för att bre smörgåsar och köra ut mat till patienterna, men nu finns det alltså möjlighet för tre stycken att sitta inne på callcenteret och ta emot samtal när det är som mest att göra. Detta gör att patienterna inte behöver sitta så länge i telefonkö när de ska beställa mat. Detta är också en fördel för sjuksköterskorna som får mer vårdtid, jämfört med att sitta i telefonkö. I dagsläget ligger väntetiden på 2 minuter och 9 sekunder. De vill gärna hålla väntetiden på under 3 minuter för att hålla en hög service nivå, ”Så om de ser att det börjar komma en nummer 3-4 i kö på skärmen så ska de kalla in en av de två andra medarbetarna på callcenteret till att sätta sig med telefonen”, (Ledare, Sjukhus B). Runt frukost, lunch och middagstid är det som mest att göra. Då händer det att 400-500 patienter ringer ner nästan samtidigt. Om det blir strul i köket, om containersystemet ligger nere eller någonting annat händer så att maten blir försenad, kan callcentermedarbetarna direkt informera patienter och sköterskor om detta då de ringer.

Det finns ingen maxgräns för hur mycket eller hur ofta patienterna får beställa mat. IT-systemet har en begränsning på 9 portioner per beställning. När sjuksköterskorna lägger in beställningar på 9 portioner brukar callcenteret att ringa upp till avdelningen och undersöka om det är rätt antal som har blivit beställt. ”Så det finns ingen gräns för hur mycket de får beställa, det är bara IT-systemet som sätter lite begränsningar”, (Ledare, Sjukhus B). Även om det inte finns någon begränsning och patienterna får beställa hur mycket de önskar, är det sällan en patient beställer varm mat mer än två gånger om dagen.

Innan à la carte systemet hade Sjukhus B bufféserving. Detta ledde till mycket svinn, dels för att det var mycket mat som slängdes och dels för att sköterskorna beställde mer mat än nödvändigt så att de också skulle kunna äta. À la carte systemet gör att patienterna beställer upp den maten och den mängden de vill ha, och sköterskorna har inte möjlighet att beställa någon extra mat till sig själva. Det svinn som finns nu, är för det mesta i produktionen.

Det är väldigt lite svinn. Det sättet som vi producerar på, att vi bara producerar till 4, 5, 6 dagar fram, det gör att vi hela tiden kan följa om vi nu ska producera mer, eller har vi rejält, så att nästa vecka producerar vi lite mindre. Det är på det konceptet verkligen har sin styrka, (Ledare, Sjukhus B).

På Sjukhus B ser de maten som en del av behandlingen och att den är en del i patientens tillfriskningsprocess. De tror också att maten hjälper till att lyfta helhetsupplevelsen av sjukhusvistelsen.

Antal vård dagar sjunker snabbt. Den ligger nu på ett genomsnitt på 3 dagar. Men det är ju självklart inte bara maten som gör det. Men det kommer nu mera och mera bevis på hur viktig maten är. För de 3 dagarna de är har de det bättre och de kommer snabbare hem igen. Det är också många patienter som pratar om maten från sjukhuset. När man frågar de så säger de att maten var god. Vi får väldigt mycket positiv respons. Och maten blir en utav dagens höjdpunkter, (Ledare, Sjukhus B).

Hen tror inte det är så många andra sjukhus i Danmark som tillagar lika bra mat som det de gör. Ledaren tror att det faktum att de har ett à la carte koncept gör att de lockar till sig restaurangkockar som vill arbeta där, vilken hen tror leder till att det blir bättre mat. Hen anser också att det kan bero på att de har annorlunda arbetstider vid sjukhuset, där de arbetar från klockan 07.00 till 19.30, jämfört med på restauranterna där det ofta handlar om sena kvällar. På sjukhuset är det också lättare att vara ledigt och hinna ta ut sina semesterdagar, menar kocken.

### *Svagheter*

Det faktum att all mat produceras 3-6 dagar innan den ska serveras, tycker ledaren är en svaghet, då det ibland hade det varit en fördel om de kunnat ha lite bättre framförhållning. Hen påpekade att de på vissa sjukhus producerar upp till 10 dagar i förväg och att de på så sätt är mer garerade om någon blir sjuk. Vid sjukdom i samband med helg händer det att det blir svårt att få tillräckligt med mat färdig så att det räcker hela helgen. Ledaren menar också att det handlar en hel del om kvalitet, och att det är det som är anledningen till varför framförhållningen inte är ännu större. Eftersom de inte har några vikarier i köket vid Sjukhus B är de extra sårbara när det är dags för semester, någon är ledig eller det är många som är sjuka. Om det är många sjuka på torsdagar och fredagar kan det hända att produktionen hamnar efter inför helgen. Det är också svårt att producera mat från grunden då det är många som är sjuka. Detta leder alltid till mer arbete på färre personer, eftersom de inte har några vikarier att ringa in. Då systemet övergick från buffé till à la carte servering var det många ekonomibiträden som fick sluta, och bara ett par som fick stanna kvar. Dessa blev omskolade till kockar och pengarna fick tas ifrån kökets egen kassa. Med den budgeten hade de inte råd att skicka iväg ekonomibiträden på utbildning utan den fick ske i köket där de fick gå bredvid kockarna och lära sig efter hand.

En utav de viktigaste delarna som Ledaren på Sjukhus B ser med à la carte konceptet är att de ska kunna erbjuda patienterna allt som står på menyn under kökets öppettider. Detta kan ibland vara problematiskt på söndageftermiddagar då maten för veckan börjar ta slut. De kan då bli tvungna att be patienten beställa någonting annat.

Patienterna har möjlighet till att beställa fika under dagen, så som en bit tårta eller dessert till lunchen eller middagen. Detta är någonting som är vanligt att patienterna missar, därför försöker callcenterpersonalen ha som rutin att fråga patienterna om de vill beställa till dessert eller fika. Det är inte heller samtliga patienter som är medvetna om att de kan beställa en dubbel portion. Även detta är någonting som callcenterpersonalen arbetar med att fråga.

Då köket erbjöd dagens rätt var det vissa sjuksköterskor som valde att göra det enkelt för sig själva och beställa detta till samtliga av sina patienter, oavsett vilken maträtt det handlade om. Köket räknade inte med att hela sjukhuset skulle kunna äta dagens rätt, eftersom det inte var troligt att hela sjukhuset skulle välja det med tanke på utbudet i menyn. Det hände då med jämna mellanrum att dagens rätt tog slut, och flera avdelningar på sjukhuset blev utan. Eftersom köket ansåg att systemet utnyttjades av vårdpersonalen för att förenkla för sig själva, togs dagen rätt bort.

Vid Sjukhus B har de servering mellan klockan 07.00 och 19.00, och personal från klockan 06.30 och 19.30. Detta ihop med att de har mer personal för att klara av att ha det konceptet de har, gör att deras kök är ett av dem som kostar mest inom regionen. De sjukhusen som har bufféserving har oftast bara kökspersonal på plats till klockan 14.00, vilket gör att de minskar på personalkostnaderna väsentligt. Sjukhus B använder också kockar till att lägga upp maten, och detta är någonting som är kostsamt. Ledaren anser dock att det är viktigt att ha en kock till att göra det, eftersom han tror att resultatet blir bättre. ”Det är viktigt att ha kunskapen – man försöker att göra det bra och det ser snyggare ut, och det är viktigt”, (Ledare, Sjukhus B).

En annan svaghet som respondenterna såg var tidsbegränsningen på serveringen. Även det faktum att patienter på akutmottagningen inte kan bli erbjudna varm mat, ses som en svaghet. Tidigare kördes ett värmeskåp med exempelvis kött, potatis och sås ut, som ställdes på akutmottagningen. Där kunde sjuksköterskorna lägga upp mat på en tallrik och servera till patienterna. Efter ett tag togs det konceptet bort eftersom vagnarna tenderade att stå kvar på avdelningen för länge. Sjuksköterskorna ansågs också ha en bristande hygien vilket innebar en risk att maten blev kontaminerad och patienternas säkerhet kunde inte längre garanteras. På andra sjukhus finns ofta möjlighet för sjuksköterskorna att värma soppor och smårätter i mikrovågsugnar ute på avdelningarna, men det finns inte längre på detta sjukhus. Möjligheten fanns under en period men har tagits bort, även här med anledning av bristande hygien.

Innan omorganisationen till à la cartesystemet hade Sjukhus B bufféserving. Nackdelen med detta system är att vårdpersonalen har möjlighet att äta av maten utan att det märks, någonting som köket räknar som svinn. Med à la cartesystemet är det nu inte längre möjligt för vårdpersonalen att äta av maten, då varje maträtt som beställs upp är knuten till en vårdplats och därmed en patient. Detta tror ledaren kan vara ett skäl till att sköterskorna inte är lika positiva till à la carte konceptet. Ett annat skäl till detta kan vara att maten kan komma när som helst under dagen, och att det kan krocka med deras arbetsuppgifter, då det är sköterskorna som tar ut maten ur containern och serverar den till patienten. Ett tag diskuterades om måltiderna skulle förläggas till specifika tider, men köket menar att resultatet

av detta skulle bli att hela poängen med á la cartesystemet då försvinner, ”Det var något som vi inte riktigt ville eftersom det strider lite emot vårt a la carte koncept med fria val, äta när du vill och när du är hungrig”, (Ledare, Sjukhus B).

På Sjukhus B hör inte dietisterna ihop med köket, utan sitter på en annan avdelning. Detta tycker ledaren är en begränsning då det ofta händer att kockarna, callcentret och patienterna har frågor om lämpliga rätter eller koncistenser för olika sjukdomsbilder. Kocken och ledaren tycker att kockarna och dietisterna ofta tänkte på mycket olika sätt, och att organisationen skulle tjäna på om dessa arbetade närmare varandra. Dietisterna kommer ofta med synpunkter på menyutformning och förslag på portionsupplägg som är lämpade för patienterna, medan kockarna tänker mer på vad som praktiskt fungerar i köket och vilka kombinationer av mat som faktiskt fungerar och smakar bra ihop. Kocken och ledaren tycker att det är bättre att maten smakar bra och på så vis gör att patienten äter mer och därmed får i sig mer näring, än om de får en perfekt sammansatt kost som kanske inte tilltalar dem. Både dietister och sjukvårdspersonalen har haft synpunkter på att köket borde kunna erbjuda menyer med olika portionsstorlekar. Detta är någonting som köket har tagit under övervägande och testat, men som inte är praktiskt möjligt, eftersom det tar mycket extra tid för kockarna att stå och läsa på varje kort om patienten ska ha mindre än en hel portion.

### *Möjligheter*

Ett förslag på hur de skulle kunna lösa kommunikationen av portionsstorlekar, tror kocken och ledaren skulle vara att skriva ut vikten på exempelvis köttfärsbiffar. Det skulle då bli lättare för patienten avgöra hur stor en portion är. En annan tanke när det kom till menyerna, är att skapa ett tredje menykort, innehållande dietkoster. Dessa kort skulle enbart tilldelas de patienter som är i behov av dietkost. Ett annat alternativ skulle vara att i den ordinarie menyn markera de rätter som går att få koncistensanpassade eller som är lämpliga vid olika sjukdomstillstånd. ”Att vi sätter på en röd prick eller en blå prick för att indikera att maten är fettfattig eller inte fettfattig”, (Ledare, Sjukhus B). Någonting som redan testats, men som ledaren gärna skulle vilja återinföra är möjligheten för patienterna att välja dagens rätt, som inte finns med i den ordinarie menyn. Det kunde vara en fördel för de patienterna som ligger på sjukhuset under en längre period, ”För de patienter som ligger i 10 dagar eller 14 dagar eller en månad, de kanske blir lite trötta på à la carte menykortet, att det inte finns mer att välja på. De skulle då kanske vilja ha dagen rätt”, (Ledare, Sjukhus B).

En möjlighet som både kocken och ledaren på Sjukhus B ser är att patienterna i framtiden ska kunna beställa maten via till exempel en iPad. När det gäller beställningar hade ledaren önskat att köksmedarbetarna ibland skulle få möjlighet att komma ut på avdelningarna och tala med patienterna. ”Att vi var ute på avdelningarna och frågade och hjälpte patienterna med beställningarna”, (Ledare, Sjukhus B). Patienterna skulle då också få möjlighet att direkt förmedla feedback till medarbetarna om vad de tycker om maten. Det skulle också vara enklare för patienterna att ställa frågor om till exempel portionsstorlekar.



Vi skulle kunna bli duktigare på att säga till patienterna att till exempel köttbullarna inte är så stora, kanske du vill ha två? Det står inte hur stor portionen är eller liknande. Så därför skulle vi vara bättre på att berätta för dem, (Kock, Sjukhus B).

På Sjukhus B har de inte möjlighet att tillaga eller värma upp någon mat på avdelningarna. Sköterskorna kan endast erbjuda patienterna näringsdrycker och smörgåsar. Kocken tycker det skulle vara positivt om de kunde erbjuda ett antal matigare rätter, så som en soppa som avdelningarna skulle kunna förvara i kyl eller frys. Detta skulle vara fördelaktigt för patienter som blir hungriga efter att köket stängts, alternativt patienter som blir inskrivna sent. Även ledaren är enig med det resonemanget

### *Hot*

Någonting som ses som ett hot vid Sjukhus B är det faktum att de inte vakuumpackar maten. Maten kyls ner efter produktion och ställs in i kylrum direkt i blecken. Detta kan utgöra ett hot för hygien. Produktionssättet är också mer likt det som används i restaurangkök, än i andra storkök. Detta är någonting som medarbetarna är medvetna om, ”Så hygienien är någonting vi hela tiden måste passa på. Att till exempel såsarna blir kyld ner tillräckligt och att den förblir kyld, och att den blir varmt upp tillräckligt när den blir använd”, (Ledare, Sjukhus B).

Ett annat hot som finns vid Sjukhus B är de långa väntetider som kan uppstå i växeln på callcentret. Detta har gett upphov till klagomål, inte minst från vårdpersonalen.

Det gör inte så mycket för patienterna att behöva vänta, så om de ringer ner klockan 09.00 för att beställa lunch och det är kö så väntar de bara lite och ringer igen klockan 09.30 eller klockan 09.45, det är ingen större katastrof. Men för de 20 % där sköterskorna hjälper patienterna med att beställa, då kan 5 minuters väntetid vara väldigt länge, (Ledare, Sjukhus B).

Detta beror ofta på IT-systemet som då och då kan ligga nere. Köket är mycket beroende av att IT-systemet fungerar då det bland annat är det som förmedlar patienternas beställningar från callcentret till à la carteköken. ”Om först IT går ner så går det hela i stå. Då kan vi inte få några beställningar. På det området är vi väldigt sårbara”, (Kock, Sjukhus B). Även transportsystemet är beroende av att datorsystemet fungerar. Containersystemet är cirka 30 år gammalt och då det inte fått någon regelbunden service, finns alltid en risk att det slutar fungera. Detta är ett hot för Sjukhus B eftersom de är beroende av containersystemet för att kunna transportera maten till avdelningarna, om serveringstiden på 45 minuter ska kunna hållas.

Ett annat hot som kom upp på Sjukhus B, liksom på de övriga sjukhusen, var tanken på att privata aktörer kunde komma in och ta över produktionen. Precis som på de övriga sjukhusen är det priset som är avgörande, ”Det är hela tiden privata företag som kan försöka att driva oss bort vid att göra det billigare. Man har såklart ansvar för att göra det så billigt som möjligt, för

att förhoppningsvis hålla den risken borta”, (Ledare, Sjukhus B). Samma fråga ställdes också till kocken på Sjukhus B. ”Det känner jag inte till. Det kan jag inget om. Jag är bara kock”. (Kock, Sjukhus B). På sjukhus B var dock oron inte lika stor som på exempelvis Sjukhus A, eftersom kocken och ledaren vid Sjukhus B menar att det är svårt för privata aktörer att tjäna några vidare pengar på matproduktion vid ett sjukhus. ”Men jag vill säga att så länge vi har en hög kvalitet, har hög nöjdhet bland patienterna när det är patientundersökningar och personalen är nöjda, så är jag inte rädd för det hotet”, (Ledare, Sjukhus B). Kommunen samt administrationen vid sjukhuset kontrollerar med jämna mellanrum produktionskostnaden. ”Vi kunde gärna ha gjort vårt koncept billigare vid att säga att det inte är varm mat på kvällen bara till lunch, så behöver vi inte ha medarbetare på arbete om kvällen. Vi skulle kunna välja att sätta fasta tidpunkter där maten serveras. Men vi vill gärna hålla fast vid, så länge vi kan, att det är fritt val för patienten vad de kan välja mellan och när de vill äta”, (Ledare, Sjukhus B).

Precis som i Sverige är det danska skattepengar som används till att finansiera produktion och servering på Sjukhus B. Många privatpersoner ifrågasätter kostnaderna av systemet, och tror att det är ett betydligt dyrare system än buffésystemet som de flest andra sjukhusen i regionen använder. ”Det är vissa som säger att det kostar för mycket att patienterna får äta så mycket de vill istället för att man ger dem en specifik rätt”, (Ledare, Sjukhus B). Ledaren anser själv att det är värt pengarna.

Men till gengäld så borde det vara så att patienter som har en bättre sjukhusvistelse, som får bra mat och äter blir snabbare friska, i förhållande till att det kostar lite mera. Mediciner kostar mer än vad mat gör. Om man vill kan man få i sig via maten det man kunde fått via en tablett, om man önskar och orkar äta, (Ledare, Sjukhus B).

## Sjukhus C

Vid studiebesök, intervjuer och observationer vid Sjukhus C upptäcktes en rad olika styrkor, svagheter, möjligheter och hot med deras produktions- och serveringsmetoder.

### *Styrkor*

En styrka med Sjukhus C's produktionsmetod är att vissa komponenter tillreds från grunden i direkt anslutning till servering. Exempelvis tillagas färska grönsaker, fisk och kött direkt i postvertköket. De kokar också ris, pasta och potatis.

Att man får nytillagad mat till en viss tid, det anser jag som den största styrkan. Även om det inte låter så när vi säger att vi producerar mat denna vecka som ska serveras nästa vecka, men det är ju bara en liten del. Så det är väl det som är styrkan att maten blir tillagad så nära patienten som möjligt, (Ledare, Sjukhus C).

Respondenterna på Sjukhus C ser det som en styrka att maten produceras en vecka i förväg, i det fall att någon i produktionsköket skulle bli sjuk och arbetet eftersatt. ”När vi har det här

produktionsättet har vi lite mera att gå på om någonting skulle hända, det blir ingen kris, vi har lite extra mat på lager – i kylarna och frysen om det skulle hända något”, (Kock 2, Sjukhus C). Innan Sjukhus C fick postvertkök, användes varmmatsproduktion, varmhållning och brickservering som produktions- och serveringsmetod. Kock 2 anser att även om vissa delar av maten blir tillagad en vecka innan den serveras får patienterna färskare och godare mat än vad de fick innan. De får till exempel inga överkokta grönsaker eller torr fisk. En annan styrka med produktionsmetoden anser Kock 2 är att de som arbetar i produktionsköket inte längre behöver arbeta under helgen och på helgdagar. Inför helgdagar produceras extra mat för att täcka upp.

På sjukhus C är det precis som på de övriga sjukhusen svårt att förutse matens åtgång. Då Sjukhus C har postvertköken ut på avdelningarna, och postvertkockarna har en bra kommunikation med sköterskorna, som tar upp patienternas beställning, hjälper detta till att hålla nere svinnnet. Kockarna på postvertköken har hela tiden kommunikation med sköterskorna vad det gäller antal inlagda patienter, behov av specialkost och dieter samt ankomst av nya patienter. Tack vare att kockarna är så rutinerade och i många fall har arbetat på samma avdelning en längre tid, är de duktiga på att beräkna åtgång. Ofta tar de i lite extra, se att de kan lägga i frysen och ta fram i det fall att det kommer fler patienter än förväntat. De har också möjligheten till att ringa ner till produktionsköket och be om mer av någonting samma dag som det ska serveras. Detta anser Kock 1 är en av styrkorna med att produktionen ligger på sjukhuset. I det fallet att maten tar slut kan de också ringa andra avdelningar och fråga om de har någon mat över. Sjukhus C är ett akutsjukhus, så det är inte alltid lätt att veta hur mycket mat som behövs,

Men vi är ju ett akutsjukhus, så när postverten har beställt så kan det ju vara att det kommer in någon som inte ska ha något utav det vi har, och då är det väldigt bra att kunna ringa ner eller gå ner till produktionen och fråga om man kan få det och det, (Kock 1, Sjukhus C).

”Patienten är sjuk och det är viktigt att den får god kvalitet på maten. Så vi har stort fokus på patienten och att de ska ha rätt mat”, (Ledare, Sjukhus C). Vidare anser hen också att maten är en del av behandlingen av patienterna, “God kvalitet ger god behandling. Mat är medicin”, (Ledare, Sjukhus C).

Sjuksköterskorna, patienterna och kockarna är nöjda med serverings- och produktionsmetoden vid sjukhuset. Sjuksköterskorna är nöjda med att det finns kockar på avdelningarna, vilket gör att de får mer tid till att fokusera på att vårda patienterna. Kockarna anser att de har ett bra samarbete med vården och den intervjuade postvertkocken (Kock 1, Sjukhus C) ser sjuksköterskorna som sina kollegor. Samtliga postvertkockar arbetar ensamma i köket vilket kan göra att det ibland känns ensamt, om de inte får bra kontakt med sjuksköterskorna. Tack vare postvertköken kommer kockarna närmare patienterna och deras behov. I den händelse att kocken behöver diet- eller specialkost har kockarna möjligheten tala med patienten och patienterna har i sin tur möjlighet till att ställa frågor till kocken, ”Vi

kommunicerar med patienten och det är patienten som är bäst på sin egen sjukdom och sina egna behov”, (Kock 1, Sjukhus C).

Jag tror att patienten tycker att det är mycket enklare att kommunicera med en kock om mat än en sköterska eftersom detta är kockens kunskapsområde, och patienten känner också att vi kan, och vi kan hitta den information vi behöver om vi inte kan något om det själva. Vi har alltid någon vi kan fråga om råd. Det är inte lika enkelt för en sköterska att göra det. Så det tycker jag är en väldigt stor styrka, (Kock 1, Sjukhus C).

Sjukfrånvaron vid Sjukhus C är relativt låg, då den ligger på 2-3%. Om någon blir sjuk finns det vikarier att ringa in. Köket har också en egen bemanningsenhet som består av fast anställda medarbetare, som inte har några specifika uppgifter, utan hoppar in där det finns behov. Bemanningsenheten upprättades för att minska behovet av vikarier, och istället ha medarbetare som både kan arbeta i produktionsköket och ute på avdelningarna.

De tar inte heller in personal från någonting bemanningsföretag, utan all personal är anställda av sjukhuset. ”Jag tycker det är viktigare att ha fast anställda som vi känner, för att man ska vara helt säkra på att vi gör det rätt”, (Ledare, Sjukhus C). Då ledaren inte är på plats, exempelvis under helgerna, är det en av postvertkockarna som ansvarar för att ringa in någon, antingen från bemanningsenhet eller en vikarie, om någon blir sjuk. Denna kock börjar en timme tidigare än de andra kockarna på helgen, klockan 07.00. Denna uppgift roterar från helg till helg, så att inte samma kock är ansvarig varje helg. Sjukfrånvaron på postvertköken är lite högre än vad den är i produktionsköket, där den är mycket låg. Personalomsättningen vid Sjukhus C är inte stor. Förutom de kockarna som har gått i pension har tre kockar slutat och behövt ersättas de senaste 10 åren.

### *Svagheter*

Eftersom Sjukhus C är ett akutsjukhus och beställningssystemet ser ut som det gör, finns ett visst svinn. Postvertkockarna beställer mat från produktionsköket tre gånger i veckan, och det är näst intill omöjligt att veta hur många patienter det kommer finnas på avdelningen.

Så vi måste kanske ta i lite, ta till för att det kan komma många patienter. Och det är lite svårt när man måste beställa maten två dagar före, och det kan komma in 7 stycken ena kvällen och det kan bli utskrivna 10 stycken en annan dag så kan det ju bli lite svinn eller att man har lite för litet en dag, (Kock 1, Sjukhus C).

Ofta beställer kockarna lite för mycket, för att vara på den säkra sidan. Om maten skulle ta slut, har de möjlighet att ringa produktionsköket samma dag och beställa mer. Det går också att ringa till ett annat postvertkök och höra om de har någon mat över. Vissa kockar tycker dock att det är jobbigt, och vill gärna undvika att gå till en annan avdelning för att hämta mat. Det kan också vara svårt att uppskatta hur mycket eller lite en patient äter.

Ibland slänger vi lite mat och andra gånger har vi lite för lite mat. Så blir det bara. Så det kan man väl säga är en liten svaghet vid det hela. Men jag personligen tycker det är

bättre med lite svinn än att ha för lite, för att som oftast märker man inte att man har för lite mat förrän nästan du ska gå hem, för det är inte alltid man vet hur mycket patienten äter heller. Är det fem stycken stora killar som väger 120kg som kommer äter de mycket mera än fem kvinnor som väger 65kg, (Kock 1, Sjukhus C).

Det kan också bli svinn på kvällen efter att kockarna har gått. Innan kockarna går hem förbereder de smörgåsar som sjuksköterskorna kan servera till patienten, och det händer att några av dessa får slängas. Detta är svinn som kockarna inte har koll på eftersom de inte är på plats då. I dagsläget mäts inte svinn, men Kock 1 tror att det ligger på omkring 4 till 5 portioner om dagen, vissa dagar mer och vissa dagar mindre.

En annan svaghet med beställningssystemet är att samtliga medarbetare i postvertköken inte är lika kunniga inom datorsystemet som de använder då de lägger in beställningar. Detta kan leda till att de inte får med allt de behöver när de beställer, eller att de beställer fel. Detta gör att de måste ringa och gå ner till köket och hämta det som inte har kommit med på beställningen.

En annan svaghet är om medarbetarna inte gör det som de ska till en viss tid eller om varorna från leverantörerna inte kommer när de ska, "Om inte varorna kommer in kan vi ju heller inte få producera någonting, och då blir produktionen försenad och då kan vi inte packa in i vagnarna som ska till avdelningarna. Så bra logistik, det är väl det som blir svagheten ifall det inte fungerar", (Ledare, Sjukhus C).

### *Möjligheter*

"Det finns ju alltid förbättringspotential och möjligheter", (Kock 1, Sjukhus C).

Kockarna på Sjukhus C anser att de kunde ha producerat lite mera själva, men för att få till det måste de vara lite mera personal, alternativt ta in en medarbetare som bara tar hand om packning och ompackning, så att kockarna kan fokusera på att tillaga mat, "Om vi hade haft en som bara var ansvarig för att packa mat, så att vi inte skulle behöva det hade det gett utrymmer för att vi kunde producera lite mera mat och lite mera från grunden", (Kock 2, Sjukhus C). Ledaren försöker att utmana sin personal till att hitta saker de kan producera själva, bland annat genom att be dem se på vem som kan göra vad. "Att se på vad produktionen kan göra och vad kan postvertene göra", (Ledare, Sjukhus C).

### *Hot*

Att ett vinstdrivande livsmedelsföretag ska komma och ta över produktionen genom priskonkurrens, anser Sjukhus C är ett hot. "Självklart måste vi vara bra och konkurrenskraftiga, man vet ju aldrig när det är någon annan som vill ta över", (Ledare, Sjukhus C). Tidigare var vissa delar av produktionen hos Sjukhus C förlagda på ett annat sjukhus, någonting som de alldeles nyligen fick tillbaka igen. Därför har de färskt i minne hur

lätt det är att någon annan kan komma och ta över. Kockarna anser att produktionen ska finnas på plats på sjukhuset, dels för att det säkrar deras anställningar, men också för att de anser att det höjer matens kvalitet. Dock inser de att hotet alltid kommer att finnas där.

Om inte vi kan leverera och sjukhuset inte är nöjda så kan det ju bli ett hot. Men jag tror inte att det finnas något hot i nuläget. Men vi kan inte luta oss tillbaka och tro att det kommer att gå bra i all tid framöver. Vi måste visa kvalitet, (Ledare, Sjukhus C).

Om kökspersonalen i produktionen och ute på avdelningarna inte förhåller sig till HACCP och andra riktlinjer som har med hygien att göra, kan detta utgöra ett hot. Om maten inte är tillräckligt varm när de packar den och kyler ner den, om den inte kyls ner tillräckligt snabbt eller kärntemperaturen inte är tillräckligt låg när de tar ut det ur vattenbadet kan bakterier bildas. Om påsarna och förpackningarna som används vid packning inte är rena eller om kockarna har en bristande handhygien, utgör även detta ett bakteriehot.

Här kommer en tabell (se tabell 4) som sammanfattar de olika styrkorna, svagheter, möjligheterna och hoten vid Sjukhus A, B och C.

Tabell 4: Sammanfattning av SWOT vid Sjukhus A, B och C

<b>Sjukhus</b>	<b>Styrkor</b>	<b>Svagheter</b>	<b>Möjligheter</b>	<b>Hot</b>
<b>A</b>	Beställningssystem Meny Personal Produktion	Arbetsfördelning Ekonomi Menyer Produktion	Antal portioner Personal – Produktion	Personal Privat aktör Produktion Samarbete med vården Servering Svinn
<b>B</b>	Beställningssystem Meny Personal Produktion Samarbete med vården Servering Svinn	Lokaler Meny Personal Produktion Samarbete med vården Servering	Beställningar Meny Produktion Servering	Beställningssystem Ekonomi Hygien Lokaler Privat aktör Produktion Servering
<b>C</b>	Beställningssystem Personal Produktion Samarbete med vården Servering Svinn Vikarier	Beställningssystem Leverantörer Personal Svinn	Personal Produktion	Hygien Personal Privat aktör

# Diskussion

Som kostekonomer anser författarna att det är viktigt att se på matproduktion ur olika perspektiv. Förutom att produktion och servering ska fungera, vilket är grundläggande faktorer för framgång, är även arbetsmiljö ett viktigt ämne, då en kostekonom ofta har personalansvar. Diskussionen kommer att starta med metoddiskussion för att gå vidare till en resultatdiskussion där styrkor, svagheter, möjligheter och hot diskuteras med koppling till relevant litteratur.

## Metoddiskussion

Sju individer blev intervjuade med hjälp av semistrukturerade intervjufrågor vid tre sjukhus i Danmark, Norge och Sverige. Beroende på hur bekväm intervjupersonen var under intervjun var intervjun mer eller mindre semistrukturerad. Vissa av respondenterna kände sig mer bekväma och svävade ut en del ifrån frågan som för tillfället diskuterades, medan andra svarade kort och koncist och pausade för att invänta intervjuarnas nästa fråga. Svar som avviker från intervjuguiden är enligt Bryman (2011) tydliga kännetecken på semistrukturerade intervjuer. Även observationer gjordes, med hjälp av ett observationsschema vid studiebesöken på sjukhusen.

Vid Sjukhus A intervjuades en kock och ledaren för köket. Då kocken intervjuades var det bara respondenten och författarna som var närvarande i rummet, medan när ledaren för köket blev intervjuad satt kocken kvar. Kocken inflikade under tiden som ledaren blev intervjuad och ledaren kan därmed ha påverkats av kockens närvaro. Detta var förväntat, då Bryman (2011) säger att en annan persons närvaro under en intervju kan påverka den intervjuade och personens svar (Bryman, 2011). Detta är någonting som författarna inte tänkte på under intervjun, och som kan ha påverkat ledarens svar. Skulle intervjun gjorts igen, skulle kocken ombetts att lämna rummet.

Vid Sjukhus B intervjuades en ledare och en kock från ett av à la carte köken. Den första intervjun var med ledaren, vilket skedde i ett konferensrum med endast ledaren och författarna. När kocken intervjuades stannade ledaren kvar under intervjun. Hen inflikade ofta i kockens påståenden, och kocken sökte då och då en bekräftande blick och nick från ledaren innan hen svarade på frågor, och ibland även efter att hen gett ett svar. I detta fall blev ledarens närvaro kraftigt begränsande för kocken, och möjligheten att författarna fått andra svar om ledaren inte närvarat, är mycket stor. Även här ska tilläggas att om intervjun gjorts igen, skulle ledaren ombetts att lämna rummet.

Vid Sjukhus C intervjuades ledaren för matsektionen samt två kockar. En produktionskock och en postvertkock. Två av intervjuarna utfördes i ett fikarum, och en på ledarens kontor. Detta var det tredje och sista sjukhuset som besöktes, och författarna hade då förstått vikten av att ha separata intervjuer. En annan individs närvaro under en intervju kan påverka intervjupersonen, även intervjupersonens svar på intervjufrågorna (Bryman, 2011).

Vid samtliga tre studiebesöken och vid samtliga sju intervjuerna märktes att respondenterna var nöjda och pratade positivt om sina produktions- och serveringsätt. Det är positivt att de är nöjda med sitt arbete, samtidigt som författarna är medvetna om att de intervjuade berättar om de delarna de vill att andra ska veta om, och målar ofta upp en fasad som ser mycket bra ut. Detta kallas enligt Bryman (2011) för intervjuareffekten. Det är den effekt intervjuaren har på respondenten, som kan leda till att respondenten ger en förskönad bild av intervjuämnet, i detta fall köken vid sjukhusen (Bryman, 2011).

Samtliga sjukhus som tillfrågades om att delta i studien tackade ja. Det fanns alltså inget bortfall. Samtliga kockar och ledare som tillfrågades, om att bli intervjuade samtyckte. Det fanns alltså inte någont bortfall där hellre. Bortfall händer enligt Bryman (2011) oftast vid kvalitativa eller kvantitativa enkätundersökningar som löper över längre tid. Det kan också förekomma vid intervjuer, genom att respondenten blir sjuk eller ändrar sig och inte längre vill vara en del av undersökningen (Bryman, 2011).

Sammanfattningsvis är författarna nöjda med metoden som användes i denna studie. Författarna fick ut tillräckligt med material med hjälp av syftet samt de frågeställningar och intervjufrågor som togs fram. De semistrukturerade frågorna kunde ha formulerats på ett annat sätt för att inte styra respondenternas svar. Detta hade gjort intervjufrågorna mer semistrukturerade. Dock anser författarna att den specifika informationen som söktes inte skulle framkommit lika väl om frågorna hade varit formulerade på ett mindre strukturerat vis. Observationsschemat var med på att styrka de resultat som framkom och var till ett stort stöd under analysen av materialet som framkom. Det som författarna i efterhand kan se var att det skulle ha varit gynnsamt att ha intervjuerna en och en, det vill säga inte låta någon annan än intervjuerna och respondenten vara närvarande i rummet under intervjun.

## **Databearbetning och analys**

Samtliga 7 intervjuer spelades in. Fördelen med att spela in materialet, jämfört med att skriva ner svaren på intervjufrågorna, menar Bryman (2011) är att den som skriver inte hinner skriva ner svaren exakt, utan riskeras bli vinklade av författaren då materialet ska analyseras. Detta kan innebära att materialet blir missvisande och i värsta fall felaktig (Bryman, 2011). Materialet från inspelningarna av intervjuerna transkriberades. Då intervjuerna från Danmark och Norge transkriberades översattes de till skandinaviskt språk. Anledningen till detta var att innebörden i citaten skulle bevaras så intakt som möjligt. Eftersom resten av texten är på svenska var vissa ord tvungna att översättas för att sammanhang skulle kunna förstås. Efter transkribering kodades intervjuerna med hjälp av kodningsprogrammet QDA miner Lite v.1.2.2. Programmet som användes för kodningen fungerade väl och var lätt att använda. Med tanke på författarnas övriga att koda intervjuer kan kodningen ha blivit något för omfattande, då så gott som allt material från intervjuerna kodades och användes vid produktion av resultattexten. Flera delar kunde ha strukits och förblivit okodade, vilket hade sparat tid. Från början var arbetsmiljö med som en del av studien, men när resultatet skulle sammanfattas och komprimeras insåg författarna att materialet blev för omfattande och bestämde sig därför för att utesluta delen om arbetsmiljö. Författarna anser inte att materialet blev negativt påverkat av detta, utan blev mer homogent.



Vid användningen av SWOT-modellen vid analysen av materialet var det inte alltid lika lätt att bedöma om det som framkom var en styrka, en svaghet, en möjlighet eller ett hot. Det var inte alltid självklart att en faktor var en svaghet utan kunde också ses som en styrka. Detta gjorde att vissa delar av materialet hamnade under flera av SWOT-modellens kategorier under kodningen och även i resultattexten. Men eftersom resultatet blev komprimerat under analysens gång fick författarna renodlat materialet så att inga delar hamnade under olika kategorier. SWOT-modellen var samtidigt ett bra verktyg att använda under bearbetningen och analysen av materialet, och gav ett tydligt och strukturerat resultat.

## Resultatdiskussion

I Sverige finns en tradition att äta två av huvudmålen varma, det vill säga lunch och middag. I Danmark och Norge däremot serveras normalt sett kall mat till lunch, då ofta smörgåsar, och varm mat till middag (Mäkelä et al., 2001). Det är därför förvånande att såväl Sjukhus B som Sjukhus C serverar sina patienter varm mat på lunchen. På Sjukhus C händer det att patienterna serveras smörgåsar till lunch, även om det oftast är varm mat. På Sjukhus B kan patienterna själva välja om de vill ha kall eller varm mat, respondenterna menade dock att det vanligaste är att patienterna väljer ett varmt alternativ.

Nedan följer resultatdiskussionen som delats upp i styrkor, svagheter, möjligheter och hot som identifierats på Sjukhus A, B och C.

### Styrkor

En styrka med Sjukhus B's beställningssystem är att patienterna har möjlighet till att beställa och själva komponera den maten de vill ha. Att ha möjlighet att själv komponera sin måltid genom att beställa komponenterna separat, menar Nilsson Balknäs et al. (2003), är bättre än att få en färdigkomponerad rätt. Detta var också någonting som gick att göra till viss del på Sjukhus A och C. På samtliga sjukhus kan patienterna också bestämma hur mycket de vill ha och på Sjukhus B finns också möjlighet att bestämma när de under kökets öppettider (mellan klockan 07.00-19.00) vill ha sin mat. Under de timmar då köket är stängt (mellan klockan 19.00–07.00) har de möjligheten till att få färdigbredda smörgåsar och näringsdrycker. En studie som gjordes på tre sjukhus i England visade på att tillgängligheten på mat, mängden och valmöjligheterna är mycket viktiga för patienterna (Naithani, et al., 2008). På Sjukhus C är det kockarna, som arbetar ute på avdelningarna, som sköter samtliga beställningar av mat. Sköterskorna meddelar hur många patienter som ligger inne för tillfället och som ska ha mat, samt om det är några som ska ha diet- eller specialkost. Kockarna på avdelningen beställer mat via datorsystemet, och beställningarna skrivs ut i köket. De har också möjligheten till att ringa ner till köket och beställa ytterligare mat samma dag som den ska serveras, om det till exempel kommer in flera patienter eller det är en patient som ska ha diet eller specialkost. Vid både Sjukhus B och C behöver inte sköterskorna lägga ner så mycket av sin tid på att beställa mat. Oftast behöver de bara hämta och servera maten. Vid Sjukhus A måste undersköterskorna ta hand om all beställning och all servering av mat till patienterna. På samtliga tre sjukhus var det alltså medarbetare med olika ansvarsområden som var ansvariga

för att servera och duka av maten. Stanga, Zurflüh, Roselli, Sterchi, Tanner & Knecht (2003) har i sin studie sett att det ofta är en fördel om vårdpersonalen ansvarar för att duka av brickorna efter att patienterna ätit, då de vid denna tidpunkt kan se hur mycket patienten har ätit och på sätt i tid fånga upp de patienter, som löper risk att drabbas av undernäring. I det fall att det inte är vårdpersonalen själva som dukar av, bör de underrätta vårdpersonalen om patienter som kan ligga i riskzonen (Stanga et al., 2003). Nilsson Balknäs et al. (2003) stödjer teorin om att ha kontroll på patienternas näringsintag, då de menar att patienter som har ett för lågt intag av näring i förhållande till behov, bör uppmärksammas på ett tidigt stadium.

Menyn har en väsentlig och primär roll inom livsmedelsorganisationer, då den påverkar samtliga delar av systemet vad gäller produktion och servering. Om det sker ändringar i menyn måste delar av produktionen och serveringen ändras. Menyn är det som kunden, i detta fall patienten, får i handen och som representerar livsmedelsorganisationen. Det är därför viktigt att ha en bra meny som reflekterar sjukhusens livsmedelsorganisation på ett bra sätt, (Gregoire, 2013). Både Sjukhus A och B har styrkor med sina menyer. Menyn vid Sjukhus A består av två dagens rätt varje dag, där patienterna väljer en av dem, samt vilken storlek de vill ha. Till skillnad från Sjukhus A, har Sjukhus B ett menykort, där det inte finns några färdiga rätter, utan patienterna väljer de komponenterna de själva vill ha och ringer ner till callcenteret och beställer. Detta gör att sannolikheten för att de äter någonting ökar, eftersom de själva kan välja om de vill ha till exempel kött, fisk eller fågel samt vilka tillbehör de vill ha. Sannolikheten för att patienttillfredsställelsen ökar när de själva får vara med på att bestämma vad de ska äta är mycket stor. Det kan vara att någon läser upp menyn för dem och de säger till vad de vill ha, eller att de får en meny och själva kan ringa och beställa maten likt roomservice, så som på Sjukhus B, (Gregoire, 2013). Menyn byts ut tre gånger per år för att det ska vara lite variation för patienterna och för kockarna som producerar maten, samt att menyn anpassas till säsongerna. I menykortet finns det bilder på vissa av rätterna som patienterna kan beställa. Dessa bilder kan ge inspiration och underlätta beställningen för patienterna om de tycker det är svårt eller krävande att komponera en måltid själva.

Vid samtliga tre sjukhus är de nöjda med sitt eget produktions- och serveringssätt. Vid Sjukhus A är det positivt, att patienterna får mat som är tillagad samma dag som den serveras. Vid Sjukhus B är det positivt att patienterna själva kan bestämma vad de ska äta och att maten läggs upp, när beställningen kommer in. Vid Sjukhus C tycker de att det är en stor fördel att ha kök ute på avdelningarna, så att mycket utav maten tillagas nära patienten, och att de där tillagar exempelvis grönsaker, pasta och fisk, samt att det bara är vissa komponenter så som sås, soppor, gryträtter och liknande som är tillagade sedan innan och värms upp. En rapport från Stockholms stad, som handlar om mat för äldre, menar att doften av mat kan öka aptiten hos patienter (Stockholm stad, 2012).

På både Sjukhus B och C har de lågt svinn. På Sjukhus B är svinnet så lågt tack vare att det inte beställs någon mat som patienten inte äter. Enligt en studie som utfördes på tre sjukhus i England visade det sig att många patienter gick miste om måltider då de var på undersökningar eller liknande. Maten som skulle serveras till dessa patienter kom ändå upp på avdelningen, vilket resulterade i att den slängdes då patienten inte var där och kunna äta den

(Naithani, et al., 2008). Patienterna vid Sjukhus B och C väljer själva vad de vill äta, när de ska äta och hur stor portionen ska vara, även detta bidrar till att minska svinnet. Ingen mat skickas till avdelningen som slängs för att en patient är på undersökning eller liknande. Sjukhus C är ett akutsjukhus, och därmed kan de aldrig med säkerhet veta patientantalet från dag till dag, vilket kan göra det svårt för postvertkockarna att beräkna åtgången.

Samtliga tre sjukhus ändrar sina menyer i förhållande till säsong. Detta är positivt för personalen så att de får variation i sitt arbete. Livsmedelsverket (2003) bekräftar att det är viktigt att inte bara anpassa maten efter patienternas behov utan också efter årstider. På Sjukhus B tillämpas säsonganpassningen genom ett menybyte var femte månad. När en meny ändras måste hänsyn tas till hur stor kapacitet som finns vad det gäller utrustning, personal och budget. Den nya menyn kanske kräver att produktionen läggs om till viss del. Viktigt att kontrollera är bland annat att inte för många moment exempelvis kräver ugn, alternativt att ett moment kräver mer personal, än vad som finns tillgång till (Gregoire, 2013).

På samtliga tre sjukhus har de ett bra samarbete med vården. På Sjukhus A är det ett vårdbiträde eller en undersköterka som beställer mat till patienterna. Detta görs genom att lägga in beställningarna via dator, men det finns också möjligheten till att ringa till köket om det är någonting de har glömt att beställa eller om det är någonting de undrar över. Kökspersonalen är nöjd med samarbetet och tycker att vårdpersonalen är duktig på att hjälpa patienterna. I vården är det ofta ett team av läkare, sjuksköterska och dietist som sätter samman en lämplig kost till patienten (Nilsson Balknäs et. al., 2003). I Sverige är det sedan en undersköterska eller ett vårdbiträde som har ansvar för att servera och duka av maten och då rapportera till en sjuksköterska om patientens näringsintag verkar bristande (Nilsson Balknäs et. al., 2003). Vid sjukhusen i de andra länderna är det sjuksköterskan själv som serverar och dukar av maten. Vid Sjukhus B är det för det mesta patienterna själva som beställer den maten de vill ha, någonting sköterskorna är positiva till, eftersom de då kan fokusera på sina arbetsuppgifter. I och med Sjukhus C's postvertkök och dess närhet till vårdpersonalen, blir samarbetet mellan matproduktionen och sjuksköterskorna närmare än vid de andra två sjukhusen.

På samtliga tre sjukhus anser de att maten är en del av behandlingen, och att den kan hjälpa till att förkorta vårdtiden. På Sjukhus C ansågs också att maten på många sätt fungerade som medicin. Livsmedelsverket (2003) skriver i sina föreskrifter om mat och näring inom vård och omsorg, att maten är en del av behandlingen.

## **Svagheter**

Menyutformningen ser olika ut på samtliga tre sjukhus. På Sjukhus B finns flera rätter att välja på, och portionsstorlekarna var små. Detta var dock någonting som inte kommunicerades till patienten på matsedeln, vilket ibland kunde resultera i missförstånd. På Sjukhus A finns endast två maträtter att välja mellan, men å andra sidan har patienterna möjlighet att välja mellan en halv, en hel eller en och en halv portion. På Sjukhus B hade de

under en period testat att ha en lite större portion och då istället erbjuda patienterna möjligheten till en mindre, men tvingats sluta med detta då det tog kockarna för lång tid att stå och läsa på varje lapp hur mycket som skulle läggas upp på varje tallrik. Även på Sjukhus C finns möjlighet att välja portionsstorlek då patienterna själva kommer för att hämta sin mat i köket, eller då de via sjuksköterskan beställer sin mat till sängen. Stanga et al. (2003) menar att det finns ett tydligt samband mellan storleken på menyn, variationen på rätter att välja mellan och patientnöjdheten (Stanga et al., 2003).

Svinn var någonting som diskuterades på samtliga tre sjukhus. Sjukhus A har stora problem med svinn, då sjukvårdspersonalen beställer upp mer mat än vad det finns patienter, och även beställer mat till patienter som under måltiderna är iväg på undersökningar eller operationer. Denna mat åker först upp till avdelningen för att sedan åka ner igen och kastas. Detta går att koppla till studien som Barton et al. har gjort där begreppen ”plate waste” och ”tray waste”.

På Sjukhus C tillfrågades bägge de intervjuade kockarna om hur de ser på svinnet. Båda svarade att de inte har någon övergripande bild av hur svinnet ser ut. Kocken som arbetar i postvertköket (kock 1) kunde svara på hur svinnet ser ut i just hans kök, men inte i de övriga köken eller i produktionen. Hen beställer själv upp den mat som hen beräknar kommer att gå åt till patienterna på hans avdelning, medan kockarna på andra avdelningar har ansvar för att beräkna sina portioner. Kock 1 menar att det händer ungefär lika ofta att hen får slänga fem portioner som att hen får ringa andra avdelningar för att råvarorna tagit slut innan samtliga patienter har fått mat. Ledaren berättade att det inte finns någon svinnmätning för tillfället, men att detta ska påbörjas till hösten. Detta för att se vad det innebär för ekonomin, men också för att medarbetarna ska bli mer insatta i hur mycket mat som faktiskt kastas. Omedvetenheten bland medarbetarna vad gäller svinn kan kopplas till en bristande internkommunikation (Lennéer Axelsson & Thylefors, 2005).

På Sjukhus A kommer ett stort arbete beträffande svinn påbörjas inom en snar framtid. Eftersom svinn ses som ett problem i hela regionen ska ett program införas med målet att bli den region i landet som har lägst svinn. Som en början har köket kommit överens med vårdpersonalen om att vården endast ska beställa upp så många portioner som de vet kommer att gå åt. Köket ska sedan även skicka upp fryslådor med mat som de kan ha i reserv om det kommer in fler patienter, och då även till patienter som kommer tillbaka efter behandlingar eller operationer.

Även om samarbetet med vården är bra på samtliga tre sjukhus uppkommer en viss svaghet vid samarbetet vid Sjukhus B, dels på grund av att vårdpersonalen vill ha mer vårdtid och därför ofta väljer enkla utvägar, som att beställa dagens rätt till samtliga patienter, istället för att gå runt och fråga vad de vill ha. Detta har medfört att köket har tagit bort dagens rätt. Enligt en studie utförd av Stanga et al. (2003) framkommer att ju längre patienterna är inlagda, desto mer sjunker intresset för maten, och ju större risk löper patienterna att drabbas av undernäring. Stanga et al. (2003) menar att en av orsakerna till detta kan vara att de tröttnar på det begränsade utbudet. Genom att återta dagens rätt på Sjukhus B, utöver den fasta menyn, skulle detta kunna undvikas.

## Möjligheter

På Sjukhus C menar ledaren att hen såg potential i mer egen produktion och därmed minska på halvfabrikaten. Hen brukar ibland utmana sina medarbetare och köpa in frysta bär och låta kockarna göra sin egen sylt. Detta tycker kockarna är roligt och ledaren menar att det får dem att känna mer stolthet att servera någonting de själva gjort, jämfört med att bara hälla upp från en förpackning. Lennéer Axelsson & Thylefors (2005) skriver om arbetsdelegering som ett nödvändigt ont från ledarens sida för att få arbetsuppgifter utförda, samtidigt som de ger medarbetarna en möjlighet till att utvecklas i sin yrkesroll (Lennéer Axelsson & Thylefors, 2005). De intervjuade kockarna var också positiva till att göra mer själva, men för att klara av den belastningen menar kock 2 att de behöver ha in någon som bara arbetar med att packa varor till postvertköken. Genom att få in någon som bara arbetar med detta, skulle kunna frigöra en kock till att hjälpa till mer i köket, och de skulle då kunna producera fler komponenter själva, istället för att köpa in halvfabrikat. Enligt Gardell (1977) måste medarbetare få vara med och bestämma och känna att de har kontroll över sin arbetssituation för att de ska ha arbetsglädje och känna att ens roll är meningsfull och viktig (Gardell, 1977). På Sjukhus A används ganska lite halvfabrikat och detta är både kocken och ledaren nöjda med. De ser stora möjligheter till förbättringar efter renoveringen av köket med nya redskap och maskiner.

På Sjukhus B funderar de mycket på hur de ska kunna lösa problemet med att patienterna inte kan få varm mat efter klockan 19.00, särskilt för de patienterna som blir inlagda efter att köket stängt. Möjligheter ses i att kunna producera lättare rätter i förpackningar som sjukvårdspersonalen ska kunna värma och servera patienterna. Med sådana förpackningar skulle vårdpersonalen inte behöva göra någonting mer än att dra av locket och ställa in i en mikrovågsugn och servera patienten. Enligt en studie som gjordes på tre sjukhus i England var ett av problemen att patienterna blev hungriga mellan de tiderna som måltiderna serverades, då tillgängligheten på mat var reducerad. Ett av de största problemen ansågs vara att frukosten samt kvällsmaten serverades vid fel tider. Flera patienter upplevde att frukosten serverades för tidigt på morgonen så att de hann bli hungriga långt innan lunchen serverades. På kvällen upplevdes också att kvällsmaten serverades för tidigt så att patienterna blev hungriga igen innan de skulle sova, samt att patienter som kom in sent riskerade att gå miste om kvällsmaten helt (Stanga et al, 2003).

En möjlighet som diskuteras i köket vid Sjukhus B är att göra ytterligare ett menykort anpassat för de patienter som är i behov av dietkost. I många fall är en nutritionsbehandling nödvändig, på samma sätt som en medicinsk behandling. Det gäller exempelvis diabetes, njursjukdomar och övervikt. För detta krävs att sjukhusköket kan erbjuda lämpliga rätter för flera olika sjukdomsspecifika specialkost (Nilsson Balknäs et al., 2003). För att underlätta för de patienter som är i behov av dietkost på Sjukhus B, skulle ett eget menykort uppdelat efter kategorier (exempelvis fettreducerad och proteinreducera) kunna erbjudas. Patienterna får då en bättre bild över vad som är lämpligt för dem att äta. Enligt Nilsson Balknäs et. al. (2003) har det visat sig att en meny med flera val har resulterat i minskad efterfrågan på

önskekost, som annars skulle kunna vara aktuell för dessa patienter. Ett alternativ till att skapa en egen dietmeny, skulle vara att märka ut de rätter som exempelvis är rika eller snåla på fett, med en färgad prick vid sidan av rätten. Funderingar finns även på att skriva ut vikten på portionerna. Då blir det lättare för patienterna att avgöra om de vill ha en vanlig portion eller en dubbel portion. En studie på tre Sjukhus i England visade på att patienter med behov för diet eller specialkost tyckte det var svårt att beställa den maten de skulle ha på grund av saknaden av information om diet- och specialkost (Stanga et al, 2003).

En möjlighet som ses med beställningar i köket vid Sjukhus B är att så småningom gå över till ett helt elektroniskt system där patienterna kan beställa sin mat via exempelvis en surfplatta. Då ges möjlighet att spara in på både papper (och därmed miljön) och personalkostnader i callcentret. Då ges möjlighet att lägga in bilder på samtliga av maträtterna för att hjälpa till att öka aptiten hos de patienter som kanske inte har några hungerkänslor. Enligt Gregoire (2013) blir det ett mer och mer vanligt sätt för livsmedelsorganisationer att lägga ut sina menyer på nätet så att gästerna, eller i detta fall patienterna, kan gå in och se vad som finns, och på vissa ställen också beställa via säkra sidor på nätet. Det läggs också ofta upp kort på de olika rätterna i samband med detta (Gregoire, 2013).

## Hot

Det finns olika hot på sjukhusen. För Sjukhus A handlar hot om att varor byts ut vid upphandling, någonting som försvårar för medarbetarna innan de lärt sig innehållet, då de noga måste läsa innehållsförteckningen på samtliga varor. Exempelvis kan det handla om ett nytt sorts margarin, där den tidigare sorten inte innehållit soja, men den nya sorten gör det. Nilsson Balknäs et. al. (2003) skriver att sådana brister som att tillföra en allergen i en allergikost, inte är acceptabelt. När det gäller feldukning av brickor eller uteblivna brickleveranser, är det endast acceptabelt med 1 % (Nilsson Balknäs et. al., 2003). Ett annat hot vid Sjukhus A är stress hos personalen, stress för att maten i produktionen sällan är klar i tid och att de därför får press på sig vid uppläggnings av maten och få iväg den i tid. Detta är någonting som inte är bra i längden, då för högt ställda krav leder till negativ stress (Lennèr Axelson & Thylefors, 2005). På grund av den begränsade personalstyrkan har kockarna ofta problem att få iväg maten i tid. Nilsson Balknäs et. al. (2003) skriver att tidsvariationen på en leverans inte får överskrida 10 minuter, såvida det inte är orsaker till förseningen som köket inte själva kan styra över (Nilsson Balknäs et. al., 2003). Exempel på detta kan finnas på Sjukhus B, där leveranssystemet ibland kan ligga nere och på så sätt orsaka förseningar i matleveranserna. Även IT-system kan ligga nere, vilket skapar ett stopp i beställningarna och gör att patienterna inte får maten inom den utlovade tiden.

Både vid Sjukhus B och C kan hygien vara ett hot. För Sjukhus B handlar det om att de inte vakuumförpackar sin mat och att risken för tillväxt av bakterier är stor om de inte följer hygien riktlinjerna tillräckligt noga. Exempel på detta kan vara att de inte kyler ner soppor tillräckligt efter produktion eller att köttet inte uppnår korrekt kärntemperatur. Om ett livsmedel inte kyls ner till mellan 0 och +3 grader inom maximum 2 timmar ökar risken för

tillväxt av bakterier (Jonsson et al., 2007). Detsamma gäller när mat ska värmas upp. Om maten inte värms upp till +70 innan den serveras kan matsäkerheten inte garanteras (Jonsson et al., 2007). Det samma gäller hygien vid Sjukhus C. Om de inte följer HACCP-principen och andra riktlinjer för hygien kan det tillväxt av bakterier ske, vilket utgör ett hot eftersom patienterna, som redan är sjuka, riskerar att bli sämre vid intag av undermålig mat.

## Slutsatser och implikationer

Det författarna kommit fram till med denna studie är att de vid samtliga tre sjukhus är nöjda med sitt produktions- och serveringsystem, trots att dessa är olika. Detta anser vi är positivt. Det vi har hittat och kan konkludera med är att olika produktionsmetoder används vid olika sjukhus på grund av olika utgångspunkt och resurser.

Samtliga sjukhus är flexibla vad det gäller portionsstorlekar, vilket vidare leder till att svinnet minskar, särskilt vid Sjukhus B och C. Samtliga sjukhus har olika utbud och valmöjligheter, och samtliga är bra på sitt sätt. Vad vi har sett är att möjligheterna att kunna producera flera olika rätter är starkt knutna till produktionssätten.

Materialet visar att det vid Sjukhus C's produktions- och serveringsmetod finns många styrkor och samtidigt få svagheter och hot, jämfört med de andra två sjukhusen. Detta kan utläsas från tabell 4 och styrkas av att de har ett välutvecklat system, någonting som kan tyda på att Sjukhus C har det mest fördelaktiga produktions- och serveringsmetoden av de tre undersökta sjukhusen.

## Fortsatt forskning

Förslag till fortsatt forskning är att granska maten ur patientens perspektiv. Att intervjua patienter och inhämta deras åsikter om sjukhusen, om den smakar bra, ser bra ut och om tillgängligheten på mat är tillräckligt bra, med mera.

Ett annat förslag till vidare forskning är att se på näringsinnehållet i maten vid de olika sjukhusen utifrån deras olika produktions- och serveringsmetoder. Se på hur mycket näring som är kvar i maten när den tillagas, förpackas, värms upp igen och när den slutligen når patienten.

Ett tredje förslag till fortsatt forskning är att gå djupare beträffande personaltillfredsställelse i förhållande till de olika produktions- och serveringsmetoderna.

## **Praktisk användning av resultaten**

Förslag på praktisk användning av resultaten i denna studie skulle kunna vara vid implementering av nya, eller ändringar av, produktions- och serveringssystem på sjukhus. Forskningen kan användas som en förstudie till de tre olika produktions- och serveringssätten, vid en utvärdering av vilket som skulle passa på det tilltänka sjukhuset. Studien skulle också kunna användas av kostekonomstudenter för att se på olika typer av produktions- och serveringssätt på sjukhus och på så sätt öka kunskapen om dessa.



# Referenser

Arbetsförmedlingen. (2013). *Kostekonom*. Hämtad 2014-05-20 från <http://www.arbetsformedlingen.se/For-arbetsgivare/Hitta-medarbetare/Rekryteringstips/Yrken-A-O.html?sv.url=12.6ce34027120299daa868000126146&url=1119789672%2FYrken%2FYrkesBeskrivning.aspx%3FiYrkeId%3D79>

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

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

The British medical Journal, (1964). *Catering problems in hospital*. Hämtad 2014-06-04 från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1815202/>

Dahlqvist, C. & Leirup, R. (1988) *Belöningar i sjukvårdssystemet*. Lund: Sjukvårdsförvaltningen.

Eriksson, R. (2007). Sjukhusets inverterade hierarki. Att förstå svårigheterna att politiskt styra produktionen av sjukhusvård med sociologen Bourdieu. *Kommunal ekonomi och politik*, 11(3), 7-24. ISSN 1402-8700.

Eriksson-Zetterquist, U., Kalling, T., Sthyre, A. (2012) *Organisation och organisering*. Malmö: Liber AB

Freil, M., Allerup Nielsen, M., Biltz, C., Gut, R., Egberg Mikkelsen, B. & Almdal, T. (2006). Reorganization of a hospital catering system increases food intake in patients with inadequate intake. *Journal of Food & Nutrition*, 50(2), 83-88. doi:10.1080/17482970600743186

Gardell, B. (1977) *Arbetsinnehåll och livskvalitet*. Stockholm: Prisma.

Gregoire, Mary B. (2013). *Foodservice organizations: A managerial and systems approach*. (8 ed.). Pearson

Griffin, R. W. (1999). *Management* (6th ed.). Boston, MA: Houghton Mifflin

Gronow, J. & Jääskeläinen, A. (2001). The daily rythm of eating. Kjærnes, U. (Red.), *Eating patterns a Day in the Lives of Nordic People* (s.91-124). (Rapport nr. 7-2001). Oslo: National institute for consumer research, SIFO

Hansen, M. F., Nielsen, M. A., Biltz, C., Seidelin, W., & Almdal, T. (2008). Catering in a large hospital – does serving from a buffet system meet the patients' needs? *Clinical Nutrition*, 27(4), 666-669. doi:10.1016/j.clnu.2008.05.004

Jonsson, L., Marklinder, I., Nydahl, M., Nylander, A. (Red.). (2007). *Livsmedelsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur AB.

Joseph F. Michlitsch. (2000). High-performing, loyal employees: The real way to implement strategy. *Strategy & Leadership*, 28(6), 28-33. doi:10.1108/10878570010380020

Lennéer Axelson, B & Thylefors. (2005). *Arbets gruppens psykologi*. Stockholm: Natur och kultur

Livsmedelsverket. (2011). *Bra mat i äldreomsorgen*. Hämtad 2014-06-16 från: [http://www.slv.se/upload/dokument/mat/mat\\_aldreomsorg/aldremat\\_omsorgspersonal.pdf](http://www.slv.se/upload/dokument/mat/mat_aldreomsorg/aldremat_omsorgspersonal.pdf)

Livsmedelsverket. (2014b). *Branschriktlinjen Säker mat i servicehandeln*. Hämtad 2014-04-15 från: [http://www.slv.se/upload/dokument/livsmedelsforetag/branschriktlinjer/Branschriktlinjerejuts\\_kr091110.pdf](http://www.slv.se/upload/dokument/livsmedelsforetag/branschriktlinjer/Branschriktlinjerejuts_kr091110.pdf)

Livsmedelsverket. (2014a). *Den värdefulla sjukhusmåltiden*. Hämtad 2014-05-10 från: [http://www.slv.se/upload/dokument/mat/kompetenscentrum\\_maltider/Den%20v%C3%A4rdefulla%20sjukhusm%C3%A5ltiden%20utkast%20\(2\).pdf](http://www.slv.se/upload/dokument/mat/kompetenscentrum_maltider/Den%20v%C3%A4rdefulla%20sjukhusm%C3%A5ltiden%20utkast%20(2).pdf)

Livsmedelsverket. (2013). *Företagets egen kontroll*. Hämtad 2014-06-04 från: [http://www.slv.se/sv/grupp1/livsmedelsforetag/Lokaler-hantering-och-hygien/Egen\\_kontroll/#FAR](http://www.slv.se/sv/grupp1/livsmedelsforetag/Lokaler-hantering-och-hygien/Egen_kontroll/#FAR)

Livsmedelsverket. (2014c). *Vad är cook chill?* Hämtad 2014-01-29 från <http://www.slv.se/sv/Fragor--svar/Fragor-och-svar/I-koket/Vad-ar-cook-chill/>

Läkartidningen. (2010). *Världens största á la carte kök*. Hämtad 2014-04-16 från <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=15381>

Mossberg, L. & Sundström, M. (2011). *Marknadsföringsboken*. 1. Uppl. Lund: Studentlitteraturen AB

Munk, T., Seidelin, W., Rosenbom, E., Nielsen, A. L., Klausen, T. W., Nielsen, M. A., & Thomsen, T. (2013). A 24-h a la carte food service as support for patients at nutritional risk: A pilot study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics: The Official Journal of the British Dietetic Association*, 26(3), 268-275. doi:10.1111/jhn.1201

Mäkelä, J., Kjærnes, U. och Ekström, M. (2001). What Did They Eat? Kjærnes, U. (Red.), *Eating patterns a Day in the Lives of Nordic People* (s.65-90). (Rapport nr.7-2001). Oslo: National institute for consumer research, SIFO

Naithani, S., Whelan, K., Thomas, J., Gulliford, M. C., & Morgan, M. (2008). Hospital inpatients' experiences of access to food: A qualitative interview and observational study. *Health Expectations*, 11(3), 294-303. doi:10.1111/j.1369-7625.2008.00495.x

Nationalencyklopedin. (2014). *À la carte*. Hämtad 2014-01-29 från [http://www.ne.se/a-la-carte?i\\_h\\_word=a+la+carte](http://www.ne.se/a-la-carte?i_h_word=a+la+carte)

Nationalencyklopedin. (2014). *Hierarki*. Hämtad 2014-05-21 från <http://www.ne.se/hierarki>

Nationalencyklopedin. (2014). *Konstruktionism*. Hämtad 2014-05-21 från [http://www.ne.se/konstruktionism?i\\_h\\_word=konstruktionisme](http://www.ne.se/konstruktionism?i_h_word=konstruktionisme)

Nationalencyklopedin. (2014). *Varmhållning*. Hämtad 2014-01-29 från <http://www.ne.se/varmh%C3%A5llning>

Nilsson Balknäs, U., Bosaeus, I., Ellegård, L., & Rothenberg, E. (2003). *Mat och näring: För sjuka inom vård och omsorg*. Ödeshög: Livsmedelsverket.

Northrop, M. W. (1950). Streamlining tray service. *The American Journal of Nursing*, 50(11), 727-728.

Sonnino, R., & McWilliam, S. (2011). Food waste, catering practices and public procurement: A case study of hospital food systems in wales. *Food Policy*, 36(6), 823-829. doi:10.1016/j.foodpol.2011.09.003

Stanga, Z., Zurflüh, Y., Roselli, M., Sterchi, A. B., Tanner, B., & Knecht, G. (2003). Hospital food: A survey of patients' perceptions. *Clinical Nutrition*, 22(3), 241-246. doi:10.1016/S0261-5614(02)00205-4

Stockholms stad. (2012). *Mat för äldre. Råd och rekommendationer för Stockholms stads äldreomsorg*. (Fjärde upplagan). Stockholm: Stockholm stad

Store norske leksikon. (2007). *À la carte*. Hämtad 2014-01-29 från [http://snl.no/%C3%A0\\_la\\_carte](http://snl.no/%C3%A0_la_carte)

Store norske leksikon. (2005-2007). *Kvalitativ*. Hämtad 2014-05-18 från <http://snl.no/kvalitativ>

Wilkinson, P. J. (1988). Food hygiene in hospitals. *Journal of Hospital Infection*, 11, 77-81. doi:10.1016/0195-6701(88)90170-3

Woodman, J., Clark, J., & Rimmington, M. (1996). Productivity in hospital kitchens. *The Service Industries Journal*, 16(3), 368-378. doi:10.1080/02642069600000033

# Bilagor

## Intervjufrågor

*Hur ser produktions- och serveringsmetoderna ut på sjukhusen och hur skiljer de sig åt?*

1. Beskriv hur beställningar från avdelningar/patienter sker?
2. Beskriv flödet från det att ni får in dagens beställning (från patient, kocken och sjuksköterska) tills det att maten lämnar köket?
3. Beskriv hur arbetsfördelningen i köket ser ut? (Vem tar emot beställningar, vem ansvarar för att lägga upp maten och vem ser till att maten når patienten?)
4. Hur kom ni fram till (arbetade ni fram) att ni skulle ha just detta produktions och serveringssätt? (Extra fråga bara till ledarna)

*Vad har kökspersonal och ledare för tankar kring deras sätt att producera och servera mat?*

1. Berätta vad du tycker om ert sätt att producera och servera mat på! (Flödet)
2. Berätta vad du anser om ert sätt att ta emot beställningar från avdelningarna/patienterna!
3. Berätta vad du anser om arbetsfördelningen! (Har ni en bra arbetsfördelning?)
4. Hur känner du inför ert produktions och serveringssätt? (Extra fråga bara till ledarna)
5. Hur kommer det sig att det ser ut som det gör? (Extra fråga bara till ledarna)

*Hur ser eventuella hot, möjligheter, styrkor och svagheter ut?*

1. Tycker du att det finns några svårigheter/nackdelar med ert sätt att producera mat på?
2. Hur ser sjukfrånvaron ut? Vad händer om någon blir sjuk- hur påverkas arbetet? (Utgör detta något hot?)
3. Berätta om det är något du trivs med/inte trivs med på din arbetsplats! Gör något för att ni ska trivas bättre?
4. Beskriv styrkorna som ni ser med ert produktionssätt?
5. Vilka svagheter ser ni med ert produktionssätt?
6. Tycker ni det finns några hot kring ert produktionssätt?
7. Tycker ni det finns några möjligheter kring ert produktionssätt?
8. Hur ser er personalomsättning ut? (Hög/låg)
9. Gör ni något för att uppmuntra och visa uppskattning för era medarbetare? (Extra fråga bara till ledarna)

## Intervjuspørsmål

*Hva har kjøkkenpersonalet og arbeidsleder for tanker om deres måte å produsere og servere mat på?*

1. Beskriv hvordan bestillinger fra avdelingene/pasientene skjer?
2. Beskriv prosessen fra det att dere får inn dagens bestilling (fra pasienten, kokken og sykepleierne) til maten går fra kjøkkenet
3. Beskriv hvordan arbeidsfordelingen i kjøkkenet ser ut (Hvem tar imot bestillinger, hvem har ansvaret for å legge opp maten på tallerkenene og hvem ser til at maten når pasienten?)
4. Hvordan kom dere frem til at dere skulle ha akkurat denne produksjons- og serveringsmetoden? (Ekstra spørsmål bare til lederen)

*Hvordan ser produksjons- og serveringsmetodene ut på sykehusene og hvordan skiller de seg?*

1. Fortell hva du synes om deres måte å produsere og servere mat på. (Proessen)
2. Fortell hva du anser om deres måte å ta imot bestillinger fra avdelingene/pasientene!
3. Fortell hva du anser om arbeidsfordelingen! (Har dere en bra arbeidsfordeling?)
4. Hva føler du i forhold til deres produksjons og serveringsmetode? (Ekstra spørsmål bare til lederen)
5. Hvordan har det seg at det ser ut som det gjør? (Ekstra spørsmål bare til lederen)

*Hvordan ser eventuelle trusler, muligheter, styrker og svakheter ut?*

1. Synes du at det finnes noen vanskeligheter/ulempen med deres måte å produsere mat på?
2. Hvordan ser sykefraværet? Hva skjer om noen blir syke – påvirkes arbeidet? (Utgjør dette noen trussel?)
3. Fortell om det er noe du trives med/ikke trives med på din arbeidsplass! Er det noe som gjøres for att dere skal trives bedre?
4. Beskriv de styrkene som du anser finnes med deres produksjonsmetoden.
5. Beskriv de svakhetene som du anser finnes med deres produksjonsmetoden.
6. Anser du at det finnes noen trusler med deres produksjonsmetode?
7. Anser du at det finnes noen muligheter med deres produksjonsmetode?
8. Hvordan ser omsetningen av personal ut hos dere? (Høy/lav)
9. Gjør dere noe for å oppmuntre og vise takknemlighet for deres medarbeidere? (Ekstra spørsmål bare til lederen)

## Observationsschema

Frågeställningar	Observationer	Kommentarer
Hur ser produktions- och serveringsmetoderna ut på sjukhusen och hur skiljer de sig åt?	Se på hur beställningar från avdelning och patient ser ut	
	Se på hur flödet från de får in beställningar till det att maten lämnar köket	
	Se på hur arbetsfördelningen ser ut (för att sedan se om det stämmer överens med intervjuerna)	
Vad har kökspersonal och ledare för tankar kring deras sätt att producera och servera mat?	Observera attityder hos personalen (Mot varandra och mot arbetet)	
Hur ser eventuella hot, möjligheter, styrkor och svagheter ut?	Finns det några uppenbara moment som försvårar arbetet?	
	Observera om de gör något för att uppmuntra och visa uppskattning för sina medarbetare (T.ex. Öppet ger beröm till varandra)	
	Interaktion mellan medarbetarna (stämning personalen mellan)	

## **Anonymitetsskydd**

När det gäller etiska överväganden kommer intervjupersonerna som ingår i studien att bli anonymiserade vid transkribering av intervjuerna, och även när informationen används vidare i arbetet. Detta dokument är framtaget och undertecknat av forskarna och är därmed en garanti om att informationen är konfidentiell och inte kommer att lämnas vidare. Hanteringen av intervjumaterialet kommer att hanteras varsamt och ingen transkribering kommer att ske i offentlig miljö.

Intervjuare

---

Ebba Nilsson

---

Fredrikke Schlewitz Standal

## **Beskyttelse av anonymitet**

Når det gjelder etiske aspekter kommer intervjupersonene som er en del av studien til å bli anonymiserte ved transkriberingen av intervjuene, og også når informasjonen brukes videre i arbeidet. Dette dokumentet er laget og underskrevet av forskerne og er dermed en garanti om at informasjonen er konfidensiell og ikke kommer til å gis videre. Håndteringen av intervjumaterialet kommer til å håndteres varsomt og ingen transkribering kommer til å skje i et offentlig miljø.

Intervjuere

---

Ebba Nilsson

---

Fredrikke Schlewitz Standal