



UPPSALA  
UNIVERSITET

Examensarbete C, 15hp

Grundnivå  
ht 2012

## Färdigdelat nu!

En studie som undersöker personalens bemötande av patienten vid måltiden på ett svenskt sjukhus.

ANNA STRANDBERG MÄKITALO  
VENDELA SÖDERBERG

Institutionen för kostvetenskap  
Box 560  
Besöksadress: BMC, Husargatan 3  
751 22 Uppsala



Titel: Färdigdelat nu! En studie som undersöker personalens bemötande av patienten vid måltiden på ett svenskt sjukhus

Författare: Anna Strandberg Mäkitalo & Vendela Söderberg

## **SAMMANFATTNING**

Mat och måltider är viktiga för patienter inlagda på sjukhus. Samtidigt är många av dem undernärda. Utöver matens kvalitet påverkar valmöjlighet och personalens bemötande i måltidssituationen patientens matintag. Flera studier har undersökt olika aspekter av sjukhusmåltiden, men ännu saknas tillräcklig kunskap om vårdpersonalens bemötande i måltidssituationen.

Uppsatsen syfte var att undersöka hur måltidens prioritet speglades i avdelningspersonalens bemötande av patienterna på en medicinavdelning på ett svenskt sjukhus.

Åtta måltidsobservationer med fokus på personalens bemötande av de inlagda patienterna genomfördes. Två avstämningar med avdelningspersonal av observerade händelser och en kort intervju med avdelningschefen gjordes. Det insamlade materialet analyserades tematiskt.

Avdelningspersonalen pratade om att *dela* mat i stället för att *servera* mat, och de fanns främst tillgängliga i början av måltiden. Patienterna kunde bli avbrutna under måltiden för att bli förflyttade eller utskrivna och samtalsämnen som kan påverka aptiten negativt förekom. Måltidsmötet var ofta kort och bestod främst av artighetsfraser då brickan lämnades och maten presenterades sällan utförligt. Uppmuntran gavs främst till patienter med ett uppenbart behov av stöd. De flesta patienter erbjöds hjälp med att sätta sig upp i sängen och att öppna förpackningar. Erbjudande om annan maträtt gavs endast om patienten själv önskade få något annat än det som serverats.

Betydelsen av personalens bemötande av patienten i måltidsituationen har inte uppmärksamrats tillräckligt. Tydligare rutiner och mer utbildning i måltidsservice behövs för vårdpersonal på sjukhus.

*Nyckelord: FAMM; mötet; måltid på sjukhus; protected mealtimes; observationsstudie*

Title: Done handing out! A study investigating ward staff's treatment of patients during mealtime in a Swedish hospital

Authors: Anna Strandberg Mäkitalo & Vendela Söderberg

## **ABSTRACT**

Meals are important for hospital inpatients, but at the same time, many patients are undernourished. Food intake is affected not only by the quality of the food and the staffs' treatment, but also to what extent choices are available during meals. Several studies have examined different aspects of the hospital meal, but knowledge about the ward staffs' treatment of the patient during mealtime is still insufficient.

The purpose of this essay was to examine how the priority of the meal was reflected in the ward staffs' treatment of patients during mealtime on a medical ward at a Swedish hospital.

The treatment of the patients was observed during eight meals. Two short dialogues with members of the staff and a short interview with the head of ward were carried out. The collected material was analyzed thematically.

The staff was talking about *distributing* rather than *serving* food and they were mainly available at the beginning of mealtimes. Patients were sometimes interrupted while eating to be transported or discharged and topics which could have a negative effect on patients' appetite occurred. The short mealtime meeting often consisted of polite phrases as the meal tray was served and the food was rarely presented in detail. Encouragement was given mainly to patients who needed assistance. Patients were offered help to be positioned correctly in bed and to open packaged foods. Offers of alternative dishes were only given to patients who expressed a wish to eat something else than the food they had just been served.

The importance of ward staffs' treatment of patients during mealtimes has not received enough attention. More distinct routines regarding the mealtime need to be implemented in hospitals, as well as staff receiving more training in foodservice.

*Keywords: FAMM; the meeting; the hospital meal; protected mealtimes; observational study*

# Innehållsförteckning

<b><i>Inledning</i></b>	<b>7</b>
<b>Måltidens betydelse för den sjuka människan</b>	<b>7</b>
Viktigt att försöka förebygga undernäring hos sjukhuspatienter	7
<b>Måltiden på sjukhus</b>	<b>8</b>
Måltiden, en viktig del av vården?	8
Vårdpersonalens attityder påverkar patienten	8
Valmöjlighet ökar patientens känsla av kontroll	8
<b>Sjukhusmåltiden ur ett helhetsperspektiv</b>	<b>9</b>
En jämförelse mellan restaurang och sjukhus	9
Five Aspect Meal Model	9
Det viktiga mötet	10
<b>Satsningar på sjukhusmåltiden</b>	<b>10</b>
<b>Problemformulering</b>	<b>10</b>
<b><i>Syfte</i></b>	<b>11</b>
Frågeställningar	11
<b><i>Material och metod</i></b>	<b>11</b>
<b>Material</b>	<b>11</b>
Urvalsmetod	11
Tillträdesprocess	11
<b>Etiska och juridiska aspekter</b>	<b>11</b>
Informationskravet	11
Samtyckeskravet	12
Konfidentialitetskravet	12
Nyttjandekravet	12
<b>Undersökningsmetod</b>	<b>12</b>
Att betrakta med dubbla ögon	13
Formell observation	13
Pilotstudie	13
Fältanteckningar	13
Insamling av material	13
<b>Bearbetning och analys</b>	<b>14</b>

<b>Resultat</b>	<b>15</b>
<b>Struktur</b>	15
Tillgänglig personal under måltiden	15
Icke måltidsorienterade moment	15
Matvagnen stängs och rullas iväg tidigt	16
<b>Personalens attityder och värderingar</b>	<b>16</b>
Avdelningspersonalens syn på måltiden	16
Avdelningspersonalens syn på patienten	18
<b>Måltidsmötet</b>	<b>20</b>
Presentation av maten	20
Erbjudande	21
Uppmuntran	22
Signaler om att måltiden är slut	22
<b>Diskussion</b>	<b>22</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>23</b>
Observation som metod	23
Etiska överväganden	23
Urval och bortfall	24
Författarnas egen förståelse	25
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>25</b>
Patienten behöver personalens närvaro	25
Strukturella hinder för en patientsäker måltid	25
Patienten som arbetstillfälle	26
Ett gott exempel på strukturerad måltid	26
Idag är måltiden av underordnad betydelse	27
Måltiden behöver ses som en viktig del av vården	27
Bättre kunskap ger bättre vård	27
Personalens inställning formar måltiden	27
Vikten av ett bra bemötande i måltidssituationen	28
<b>Slutsats</b>	<b>28</b>
Förslag på vidare forskning	29
<b>Referenser</b>	<b>30</b>
<b>Bilagor</b>	
1. Arbetsfördelning	33
2. Brev till avdelningen	34
3. Frågeschema inför intervju med avdelningschef	35

# Förord

Vi vill passa på att tacka vår handledare Anja Saletti för all tid, allt engagemang och alla goda råd du bidragit med till uppsatsen.

Ett stort tack ska också vår uppdragsgivare och kontaktperson på sjukhusets administration (du vet vem du är) ha för all hjälp och stöd och ett gott samarbete. Utan dig hade studien kanske inte varit möjlig att genomföra.

Vi vill även tacka all personal på avdelningen där studien ägde rum för ert tålamod.

Slutligen ett litet tack till Lars Söderberg för korrekturläsning av uppsatsens abstract.

# Inledning

## *Måltidens betydelse för den sjuka människan*

En persons aptit och matintag påverkas av en rad olika faktorer, inte enbart av matens sensoriska kvalitet (Abrahamsson, Andersson, Becker & Nilsson, 2008). Vissa sjukdomstillstånd och läkemedel kan påverka både aptit och matintag negativt (Andersen, 2003), och kan förändra behovet av näring och energi, framför allt vid inflammatoriska tillstånd som ofta uppkommer vid sjukdom (Mahan & Escott-Stump, 2008). Mat och måltider blir därför extra viktiga för människor med pågående sjukdom, inte minst vid tillfällen då de är inlagda på sjukhus.

Då måltiden förutom näringsmässiga aspekter också innehåller sociala aspekter spelar vårdpersonalens agerande och bemötande under måltiden stor roll för patientens måltidsupplevelse (Faxén Irving, Karlström & Rothenberg, 2010). Studier har visat att såväl patientens känsla av valmöjlighet (Warnock, Tod, Kirshbaum & Sharman 2005; Bélanger & Dubé, 1996) som personalens attityder (Holm, 2003) påverkar matintaget.

### **Viktigt att försöka förebygga undernäring hos sjukhuspatienter**

Undernäring är ett vanligt problem för patienter som är inlagda på sjukhus (Edwall, 2007). Enligt Socialstyrelsen (2000) är i genomsnitt 28 procent av patienterna på svenska sjukhus undernärda. Denna siffra kan dock variera mellan 20 och 60 procent beroende på ålder, diagnos och patientgrupp (Abrahamsson et al., 2008). Bland äldre patienter i Europa har screening visat att 23-39 procent varit undernärda (Söderström et al., 2010; Kaiser et al., 2010).

Det finns flera orsaker till att patienter ofta får i sig för lite näring när de är inlagda på sjukhus. Oro över sjukdomen, att befinna sig i en ny miljö och medicinering kan minska aptiten (Livsmedelsverket, 2012). Sjukdomen i sig kan även göra det svårt att orka äta på egen hand. Konsekvenserna av undernäring kan bli ödesdigra för patienten, både vad gäller hälsa och ekonomi. Undernäring ökar bland annat risken för medicinska komplikationer och kan leda till förlängd sjukhusvistelse, behov av intensivvård och förlängd frånvaro från arbetet (Socialstyrelsen, 2000). Även sjukvården påverkas ekonomiskt. Detta är viktigt att ta i beaktande då sjukvårdens resurser är och kommer att förbli begränsade. Den genomsnittliga kostnaden för ett vårddygn inom slutenvården på läns- och länsdelssjukhus var 11239 svenska kronor år 2010 (Fitger, 2011).

Genom att i ett tidigt skede sätta in nutritionsåtgärder för patienter som är eller riskerar att bli undernärda kan patientens lidande minskas och sjukvårdens resurser sparas (Socialstyrelsen, 2000). Grovt räknat kan mellan 0,5-1 miljard svenska kronor sparas årligen ifall prevention och behandling av undernärda genomförs effektivt. Något så grundläggande som att uppmuntra patienten att äta mer vanlig mat är ett av de mest kostnadseffektiva sätten att behandla undernäring på (Socialstyrelsen, 2000).

## **Måltiden på sjukhus**

### **Måltiden, en viktig del av patientvården?**

Begreppet måltid kan definieras som *“en föda som är avsedd att intagas vid visst tillfälle, t ex viss tid på dagen eller vid särskild högtid”* (Dietisternas riksförbund, 2010). För att kunna skapa en optimal måltid för patienten är det viktigt att ta hänsyn till de aspekter av måltiden som kan påverka matintaget. Som tidigare nämnts är det mer än matens sensoriska kvalitet som har betydelse för hur mycket patienten äter. Utöver att fylla ett rent fysiologiskt behov kan en *“optimal”* måltid även tillgodose patientens sociala, kulturella och psykologiska behov (Holm, 2003; Socialstyrelsen, 2000).

Mycket tyder på att patientmåltiden sällan prioriteras som en viktig del av vården. En nyligen genomförd kontroll på 100 engelska sjukhus visade tecken på bristande prioritet för patientmåltiden. På 17 av dessa sjukhus blev patienterna ofta avbrutna under måltiden och var ibland tvungna att lämna maten innan de hunnit äta upp (Care Quality Commission, 2011). Patienter med behov av stöd under måltiden fick inte alltid den hjälp de behövde.

### **Vårdpersonalens attityder och värderingar påverkar patienten**

Att måltiden inte prioriteras kan bland annat bero på att inställningen hos många som arbetar på sjukhus är att patientens nutrition är av underordnad betydelse jämfört med andra vårdssysslor (Holm, 2003). När vårdpersonalen inte lägger någon vikt vid måltiderna kan de t.ex. missa att identifiera ätproblem som påverkar nutritionsstatus negativt (Nathani, Whelan, Thomas, Gulliford & Morgan, 2008). Detta styrks av studier som fokuserat på måltiden på sjukhus. Xia och McCutcheon (2006) undersökte hur sjuksköterskorna agerade i måltidssituationen. De upptäckte att sjuksköterskorna ansåg att arbetsbördan avgjorde hur mycket hjälp patienterna kunde få under måltiden, och att de ofta sysslade med arbetsuppgifter som inte hade med måltiden att göra istället för att ägna tid åt de patienter som behövde hjälp i måltidssituationen. Xia och McCutcheon fann också att även om sjuksköterskorna tyckte att det var viktigt att presentera maten som serverades och att uppmuntra patienterna att äta, var det bara knappt hälften som gjorde det. Detta styrks av fynd från andra undersökningar som visar att 40 procent av patienterna inte får någon uppmuntran vid måltiden (Tittrud Heersink, Brown, Dimaria-Ghalili & Locher, 2010). Det är viktigt att uppmuntra sjuka människor under måltiden eftersom de ofta har mindre måltidsglädje och aptit och därmed lättare kan ge upp att äta än friska (Schenker, 2003). Lassen, Kruse och Bjerrum (2010) fann att 9 av 10 patienter aldrig diskuterar maten med personalen, något som kan bidra till att patienten upplever sig ha en väldigt liten valmöjlighet i måltidssituationen (Bélangier & Dubé, 1996). Det gäller både vad som serveras, hur mycket som serveras och när det serveras (Nathani et al., 2008).

### **Valmöjlighet ökar patientens känsla av kontroll**

Att patienter faktiskt har begränsad valmöjlighet uppmärksammades i den kontroll som Care Quality Commission genomförde i England 2011. De upptäckte att de patienter som serverades sist riskerade att inte få den mat de tidigare bestämt sig för att äta, och att patienterna sällan hade möjlighet att ändra val de tidigare gjort. Graden av valmöjlighet kan även påverka hur mycket patienten äter. En patient som inte haft möjlighet att själv välja vad denne ska äta, exempelvis p.g.a. att vissa rätter tagit slut eller för att valet redan gjorts åt dem, är mindre benägen att äta upp maten, något som bidrar till att patienter ofta har sämre nutritionsstatus efter en sjukhusvistelse än före (Schenker, 2003). Att kunna göra egna val är en viktig aspekt av måltiden inte minst eftersom att det ger patienten en ökad känsla av



kontroll (Bélanger & Dubé, 1996). Detta kan i sin tur påverka hur nöjd patienten känner sig med maten och servicen, och kan även mynna ut i en mer positiv känsla kopplad till sjukhusvistelsen. En människas nutritionsstatus försämras i takt med vårdbehovet och beroendet av andra ökar, något som är vanligt om man är inlagd på sjukhus (Kaiser et al., 2010). För att optimera matintaget blir det därför ännu viktigare att möjliggöra en måltid där patienten har möjlighet att påverka vad som ligger på tallriken.

## ***Sjukhusmåltiden ur ett helhetsperspektiv***

### **En jämförelse mellan restaurang och sjukhus**

På sjukhus, liksom på restaurang, spelar fler faktorer än maten roll för hur måltiden upplevs, bland annat personalens service och bemötande (Gustafsson, 2004). Precis som restaurangmat lagas sjukhusmat ofta till ett stort antal individer. Maten ska anpassas utifrån olika smakpreferenser, eventuella allergier samt religiösa och etiska skäl som kan göra att en person avstår från ett livsmedel.

Till skillnad från maten på en restaurang är det dock inte bara patientens preferenser som ska beaktas när det kommer till sjukhusmaten, utan även de fysiologiska behoven (Livsmedelsverket, 2012). Därför finns olika typer av kost för olika behov. Vilken typ av kost en patient ska ha ordineras av ansvarig läkare.

*A-kost* står för allmän kost för sjuka och är den vanligaste typen av kost på sjukhus. Den innehåller något mer fett och något mindre kolhydrater än rekommenderad mat för friska för att möjliggöra samma mängd energi i en mindre portion. *A-kost* serveras till patienter som ligger i riskzonen för undernäring men där det inte finns andra indikationer på specialkost (Andersen, 2003). Är patienten redan undernärd eller har svårt att få i sig *A-kost* ska *E-kost* beställas. *E-kost* står för energi- och proteinrik kost och bygger på små näringstäta portioner där förrätt och efterrätt serveras vid varje huvudmål för att stimulera aptiten (Andersen, 2003).

Framgångsreceptet för vissa restauranger har förklarats med att de lyckats förena måltidens alla delar så som de beskrivs i Five Aspect Meal Model (FAMM) och därmed skapat en positiv upplevelse för matgästen (Gustafsson, Öström, Johansson, Mossberg, 2006). Att ta hänsyn till och förbättra exempelvis måltidsmiljön och mötet mellan gäst och personal har även gett positiva effekter på nutritionsstatus hos äldre personer i särskilt boende (Mathey, Vanneste, de Graaf, de Groot & van Staveren, 2001).

### **Five Aspect Meal Model**

FAMM är framtagen för att hjälpa dem som planerar och producerar måltider att få sina kunder att känna sig så nöjda som möjligt med måltidsupplevelsen (Gustafsson, 2004). Att FAMM går att använda sig av när man planerar måltider på sjukhus har några landsting i Sverige börjat inse (Livsmedelsakademin, 2012; Stockholms läns landsting, 2012).

FAMM består av fem komponenter: rummet, mötet, produkten, styrsystemet och atmosfären. Måltiden sker i ett rum (*rummet*) där konsumenten möter serveringspersonal och andra konsumenter (*mötet*) samt blir serverad mat och dryck (*produkter*) (Gustafsson et al., 2006). Bakom denna kuliss samspelar ett antal ekonomiska och organisatoriska resurser (*styrsystem*) med lagar, regler och rutiner som möjliggör måltiden. Den femte komponenten av FAMM påverkas till stor del av de första fyra och utgör stämningen (*atmosfären*) och helhetsbilden av måltiden.

### **Det viktiga mötet**

Komponenten mötet i FAMM innefattar mötet mellan personal och kunder, mötet mellan kunderna själva, samt mötet mellan olika typer av personal (Edwards & Gustafsson, 2008). Kvaliteten på servicen är en viktig del av mötet, inte minst eftersom serveringspersonalen oftast är kundernas huvudsakliga om inte enda kontakt under hela måltiden. Personalens bemötande påverkar i stor utsträckning hur nöjda kunderna blir med måltidsupplevelsen. Det är med andra ord mycket viktigt att serveringspersonalen betar sig på ett sådant sätt att kunden får en positiv upplevelse. Mötet mellan olika typer av personal är också en viktig del av FAMM eftersom stämningen mellan personalen påverkar atmosfären i rummet och därmed måltidsupplevelsen (Gustafsson, 2004).

### ***Satsningar på sjukhusmåltiden***

Måltidens betydelse för patienten har under senare år uppmärksammats i allt större utsträckning, vilket resulterat i initiativ som på olika sätt värnar om sjukhusmåltiden. Protected Mealtimes (PMI) infördes år 2004 på sjukhus runt om i England och Wales för att möjliggöra en måltid där patienter kan äta i lugn och ro, utan att störas av medicinska moment såsom läkarronder och undersökningar (National Patient Safety Agency, 2007). I samarbete med Livsmedelsverket har Socialstyrelsen (2011) sammanställt exempel på hur den svenska hälso- och sjukvården arbetar för att skapa en måltid som främjar patientens matintag genom att satsa på måltiden som en helhet, och inte bara fokusera på att maten ska täcka patienternas behov av näring och energi. Många av de svenska initiativen har sitt ursprung i FAMM (Livsmedelsakademin, 2012; Stockholms läns landsting, 2012). På sjukhuset i Trelleborg kommer modellen Måltidsglädje att implementeras. Måltidsglädje har sitt ursprung i FAMM, men innefattar också aspekter som tar hänsyn till vanligt förekommande nutritionsproblem hos sjukhuspatienter (Livsmedelsakademin, 2012).

### ***Problemformulering***

Som det beskrivits i bakgrunden anses måltiden ofta vara av underordnad betydelse av sjukhuspersonalen (Care Quality Commission, 2011; Schenker, 2003). Eftersom personalens bemötande vid måltiden påverkar matintaget hos sjuka människor (Faxén Irving, Karlström & Rothenberg, 2010; Mathey et al., 2001) är det viktigt att fastställa riktlinjer för hur måltiden ska se ut, något som redan gjorts i flera fall i Sverige (Stockholms läns landsting, 2012; Livsmedelsakademin 2012). Dessa initiativ har tagits fram utifrån FAMM med den ideala sjukhusmåltiden som vision. Vid alla typer av förändringsarbete måste man dock utgå från hur det man vill förändra ser ut idag. Flertalet studier har undersökt sjukhusmåltiden på olika sätt (Xia & McHutcheon, 2006; Nathani et al., 2008) men det saknas ännu tillräckligt med kunskap om vårdpersonalens bemötande i måltidssituationen. Liksom Socialstyrelsen (2011) föreslår i sin rapport anser författarna att det är viktigt att närmare undersöka hur måltidsmötet ser ut idag för att skapa underlag för förändringsarbete.

# Syfte

Att undersöka hur mötet mellan avdelningspersonal och patient under måltiden speglar måltidens prioritet på en medicinavdelning på ett akutsjukhus i en större svensk stad.

## *Frågeställningar*

- Vilka riktlinjer finns för personalens arbete under måltiden?
- På vilket sätt kan vi utläsa personalens attityder och värderingar gällande patienter och sjukhusmåltiden ur mötet?
- Vilka faktorer utöver maten och personalens bemötande påverkar måltiden?

# Material och metod

## *Material*

Samtliga avdelningspersonal som är i tjänst och involverade i måltidssituationen på en medicinavdelning på ett akutsjukhus i en större svensk stad.

## **Urvalsmetod**

Sjukhuset där studien skulle genomföras var förutbestämd då studien utfördes på förfrågan av sjukhusets administration. Materialet i form av avdelning och studiepopulation valdes ut genom målstyrt urval då avsikten var att studera ett fenomen på en enskild avdelning. Det fanns med andra ord inte någon avsikt att generera teorier som senare skulle kunna appliceras på andra sammanhang (Bryman, 2008). Målstyrt urval innebär att man väljer ut deltagare utifrån deras relevans för studien (Bryman, 2008; Petty, Thomson & Stew, 2012).

## **Tillträdesprocess**

Sjukhusets administrativa personal gav förslag på passande avdelningar och hjälpte till med tillträdesprocessen. Ett brev till avdelningschefen för den utvalda avdelningen distribuerades via e-post, vars godkännande gavs därefter. Då den först tilltänkta avdelningen lämnade återbud p.g.a. akut sjukdomsutbrott kontaktades en annan avdelning med liknande patientklientel med en förfrågan om att delta i studien. Efter att avdelningschefen på denna avdelning gett sitt godkännande påbörjades fältstudien. Avdelningen där fältarbetet ägde rum hade 23 vårdplatser. Klientelet bestod av patienter med främst gastroenterologiska och hepatologiska sjukdomar. Genomsnittlig vårdtid var 4,3 dygn men för vissa patientgrupper mellan 8 och 9 dygn.

## ***Etiska och juridiska aspekter***

Under förberedelserna av studien har hänsyn tagits till Vetenskapsrådets fyra etiska principer för humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning på ett sådant sätt att varken observerade deltagare eller de patienter som befunnit sig på avdelningen har kommit till skada. De etiska principerna förklaras kort nedan.

## **Informationskravet**

Forskaren har inför studien skyldighet att informera deltagaren om studiens syfte, det i studien som skulle kunna påverka personens samtycke, samt informera om att samtycke är frivillig i alla studiens skeden (Vetenskapsrådet). Eftersom syftet med studien var att ta reda på hur

avdelningspersonalen bemötte patienterna i måltidssituationen kunde inte undersökningens syfte avslöjas helt och fullt för avdelningspersonalen. I enlighet med det som Vetenskapsrådet skriver om informationskravet vid deltagande observation, och i samråd med sjukhusets administration, togs därför beslutet om att det räckte att informera avdelningschefen som sedan fick föra informationen vidare till avdelningspersonalen. Ett brev formulerades och skickades med e-post till den tilltänkta avdelningschefen med information om under vilka dagar observationerna skulle genomföras. Syftet med studien förklarades övergripande, men inte i detalj. I brevet hänvisades eventuella frågor rörande projektet till sjukhusets administration (se bilaga 2).

### **Samtyckeskravet**

Forskaren behöver deltagarens samtycke för att få inhämta samt använda material som deltagaren kan bistå med (Vetenskapsrådet). Påtryckningar får inte ske utan deltagandet ska vara helt frivilligt. Sjukhusadministrationen kontaktade sin jurist som undersökte huruvida ett godkännande från de enskilda undersökningsspersonerna behövdes för att kunna genomföra studien. Det framkom att detta inte var nödvändigt så länge avdelningschefen hade gett sitt godkännande, något som inhämtades innan studien påbörjades.

### **Konfidentialitetskravet**

Vid kontakt med material som innefattar personuppgifter eller material av annan känslig karaktär behöver en tystnadsplikt undertecknas (Vetenskapsrådet). Personuppgifter ska behandlas separat och material som är identifierbart för utomstående ska hållas inlåst. Ett avtal om tystnadsplikt undertecknades av författarna i samband med att studien inleddes. Allt insamlat material avidentifierades redan från början så att det inte skulle vara igenkännbart för utomstående. I fältanteckningarna, liksom i den färdiga uppsatsen, har det könsneutrala pronomenet *hen* använts istället för *han* och *hon* för att ytterligare avidentifiera materialet.

### **Nyttjandekravet**

Insamlade uppgifter får endast användas för vetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet). Då studiens resultat var tänkt att användas som grund för det förändringsarbete som skulle inledas på sjukhuset innehöll brevet (se bilaga 2) till avdelningschefen information om att råmaterialet från den empiriska studien skulle kunna komma att användas i internt utvecklingssyfte.

## ***Undersökningsmetod***

Studiens ansats är kvalitativ, vilket innebär att undersökningen syftar till att öka förståelsen kring ett fenomen (Johansson, 2011). Observationer är att föredra som undersökningsmetod när man vill undersöka beteenden i en kontext (Petty, Thomson & Stew, 2012). Eftersom syftet med studien var att ta reda på hur mötet mellan personal och patient ser ut i måltidssituationen var observation en mycket lämplig metod att använda.

Genom att befinna sig i den miljö som studeras kan forskaren samla in så mycket information som möjligt och därigenom få mer kunskap om de frågor studien syftar till att belysa (Malterud, 2001). För att minimera den egna påverkan på studiens resultat var det viktigt att författarnas deltagande blev så passivt som möjligt. Därför intogs rollen som fullständig observatör. Enligt Bryman (2008) innebär detta att forskaren inte deltar i situationen som observeras.

### **Att betrakta med dubbla ögon**

Olika forskare har olika perspektiv och kommer därför att upptäcka olika, men ändå lika giltiga, aspekter när de studerar samma situation. Detta kan ge en ökad förståelse för komplexa fenomen. En annan fördel med att flera forskare studerar samma fenomen är att de kan bestrida och komplettera varandras påståenden under analysen, vilket ger en ökad bredd och en mer kritisk genomgång av materialet (Malterud, 2001). Med anledning av detta valde författarna att genomföra dubbelobservationer.

### **Formell observation**

Observationer kan vara formella och informella (Petty, Thomson & Stew, 2012). Formell observation innebär att forskaren före observationens start arbetar fram en guide med förutbestämda områden som anses vara intressanta att fokusera på under observationen. Formella observationer valdes för denna studie då syftet var att studera specifika delar av måltidssituationen, nämligen avdelningspersonalens bemötande av patienten. Frågor utformades av författarna inför observationerna med syfte att belysa de delar av mötet som var av relevans för studiens syfte och som hjälp för att hålla fokus under fältstudien. Med avdelningspersonal avses de sjuksköterskor och undersköterskor samt annan personal som på något sätt direkt möter patienten i måltidssituationen. Nedan presenteras de frågeställningar som användes i observationsguiden.

- Hur informeras patienterna om måltiderna? Hur presenteras maten av personalen?
- Hur bemöter personalen eventuella frågor och önskemål från patienten?
- Hur erbjuder personalen alternativ i måltidssituationen, t.ex. annan dryck, annan eller mer mat?
- Hur erbjuds hjälp? I så fall, vilken typ av hjälp?

### **Pilotstudie**

För att testa den framarbetade observationsguiden gjordes en pilotstudie på en annan av sjukhusets avdelningar. Efter pilotstudien utvärderades metoden. Ett beslut togs om att inte använda observationsguiden formellt under den riktiga studien då pilotobservationen visade att det var fullt tillräckligt att ha frågeställningarna i åtanke när fältanteckningarna gjordes.

### **Fältanteckningar**

Grunden för det fortsatta tolkningsarbetet skapas under själva observationen (Fejes & Thornberg, 2009). För att underlaget ska bli så brett som möjligt är det därför viktigt att både sammanhang och detaljer dokumenteras. Under varje observationstillfälle gjordes därför utförliga fältanteckningar för att dokumentera det som setts och hörts. Då en forskare aldrig kan vara helt objektiv blir fältanteckningarna observatörscentrerade beskrivningar av ett fenomen (Fangen & Sellerberg, 2011). Författarna har därför i så stor utsträckning som möjligt försökt att i anteckningar beskriva och återge dialoger utan att kommentera dessa. Tolkningen av händelser har gjorts gemensamt i efterhand.

### **Insamling av material**

Observationerna ägde rum under fyra dagar under en vecka i december 2012. Totalt observerades åtta måltider, varav fyra luncher och fyra middagar. Varje observation tog 50-70 minuter och startade när matvagnen anlände till avdelningen och avbröts när matbrickorna samlats in eller när det blev tydligt att personalen tagit rast och inte hade för avsikt att samla in brickorna inom en snar framtid. Under observationerna befann sig författarna ute i korridorerna och lyssnade in på den interaktion som skedde mellan avdelningspersonal och patient. Att befinna sig utanför rummen möjliggjorde att fler interaktioner mellan

avdelningspersonal och patient kunde observeras eftersom författarna kunde röra sig fritt och därmed hade möjlighet att följa efter en avdelningspersonal när denne gick med en matbricka till en patient. Merparten av fältanteckningarna består av dialoger inifrån patientsalarna. Under observationerna bars civila kläder eftersom detta möjliggjorde att en viss distans upprätthölls mellan författarna och de personer som studerades.

För att få ökad förståelse för avdelningspersonalens syn på måltiden kompletterades observationsmaterialet med två avstämningar med avdelningspersonal i samband med den första dagens observationer. Två veckor efter att observationerna ägt rum genomfördes en femton minuter lång semistrukturerad intervju (se bilaga 3) med avdelningschefen på den berörda avdelningen. Syftet med intervjun var att få en representation av avdelningens styrsystem och en bild av personalens perspektiv i förhållande till måltiden. Frågor som avdelningschefen inte kunde besvara ställdes istället till en av avdelningens enhetsledare.

## ***Bearbetning och analys***

I nära anslutning till varje observation renskrevs de handskrivna fältanteckningarna i ordbehandlingsprogrammen Microsoft Office Word och Open Office. Därefter lästes materialet igenom av författarna och diskuterades kort. De åtta observationerna genererade totalt 45 dataskrivna sidor. När alla observationer genomförts och fältanteckningarna renskrivits började analysen av materialet. Bearbetningen av det insamlade materialet har sin utgångspunkt i de principer för tematisk analys av kvalitativa data som beskrivs av Jacobsen (2012), men dessa har inte följts konsekvent genom hela analysprocessen.

Den första bearbetningen skedde genom att observationsanteckningarna lästes igenom flera gånger. Likheter och skillnader jämfördes mellan fältanteckningarna från de olika observationstillfällena och mellan författarnas intryck. Liksom Jacobsen beskriver tematiserades materialet genom att meningsbärande enheter plockades ut ur texten. I det här fallet innebar det att materialet från 16 olika texter klipptes i stycken efter innebörd eller sammanhang och märktes med observatörens namn och vilken måltid anteckningen gällde för att kunna identifiera styckets ursprung, t.ex. VL1 för Vendela Lunch nr 1, AM3 för Anna Middag nr 3 etc. Därefter kategoriserades materialet genom att teman grupperades utifrån de meningsbärande enheternas innebörd. Varje kategori bearbetades en i taget och när enheter som beskrev samma händelse upptäcktes valdes det som var mest uttömmande ut, varpå det andra sållades bort. Vid tillfällena då två enheter som beskrev samma sak kompletterade varandra markerades de och sattes ihop för att senare skrivas ihop till ett enda stycke. Sedan plockades de citat som författarna ansåg vara speciellt relevanta ut för att illustrera hur kategorierna valts. Citaten förklarades sedan utifrån de sammanhang och aspekter de skulle illustrera och bildade så uppsatsens resultat.

# Resultat

Analysen av det insamlade materialet genererade totalt nio kategorier fördelade på tre huvudteman: struktur, personalens attityder och värderingar och måltidsmötet. De flesta kategorier är underbyggda med citat eller andra utdrag från fältanteckningarna.

## **Struktur**

Enligt skriftlig information som fanns på avdelningen skulle lunchen serveras ungefär 11:30 och middagen ungefär 16.30 dagligen. Enligt avdelningschefen tjänstgjorde åtta avdelningspersonal under måltiderna. Maten levererades till sjukhusets avdelningar i värmevagnar från ett externt men närliggande kök. Enligt avdelningschefen fanns inga skriftliga rutiner för att reglera vilka sysslor som fick utföras under måltiderna.

### **Tillgänglig personal under måltiden**

Under samtliga observationer var avdelningspersonalen tillgänglig vid förberedelserna av måltiden och under tiden då matbrickorna serverades. När matvagnen anlände till avdelningen dröjde det inte länge förrän 1-3 avdelningspersonal kom för att hjälpa den köksansvarige att ställa fram brickor, hålla upp dryck och att därefter gå iväg med matbrickorna till patienterna. I takt med att patienterna fick sin mat började även personalen att gå in på personalrummet för att ha sin måltidsrast.

Under intervjun med avdelningschefen berättade hen att personalen under en vanlig arbetsdag ska ta rast inom fem timmar från det att arbetspasset påbörjas. Avdelningspersonal som arbetade dagpass började klockan sju, vilket medförde att deras lunch sammanföll med patienternas lunch. Under alla måltidsobservationer utom en befann sig 1-3 avdelningspersonal ute i korridorerna efter det att patienterna fått sin mat och före det att brickorna började samlas in, även om de då och då försvann in på personalrummet. Vid en av middagsobservationerna befann sig ingen av avdelningspersonalen ute i korridorerna medan patienterna åt, något som exemplifieras av fältanteckningen nedan.

*Klockan 17.35 sitter avdelningspersonalen fortfarande i personalrummet. Några äter och de skrattar och pratar. Det verkar som att all personal befinner sig inne i personalrummet. Ser inte till någon ute i korridor A. Dörren till personalrummet är fortfarande vidöppen. Det står en bricka på brickvagnen. Avdelningspersonalen har inte hämtat några matbrickor från patienterna ännu.*

### **Icke måltidsorienterade moment**

Under fältarbetet blev det tydligt att två typer av icke måltidsorienterade moment skedde under patienternas måltid: att läkarronden pågick och att patienter flyttades runt. Under en av de fyra lunchobservationerna pågick rondens under måltiden.

*Ronden går i en flerbäddssal där patienterna just fått mat. En läkare pratar med en patient om hens medicinska problem. Patienten verkar inte störas av detta utan pratar på. Läkaren meddelar sedan patienten om att hen ska få åka hem idag och hen blir förvånad över att få åka hem så snart. Läkaren säger: "Det går snabbt här, men det är väl roligare att vara hemma än att vara här?"*

Både under lunch- och middagsmåltiderna flyttades patienter runt innan de fått mat, mitt under måltiden eller strax efter att de ätit upp. Totalt skedde 12 förflyttningar under fältstudiens gång: två patienter blev utskrivna, sex patienter anlände till avdelningen - antingen efter att ha varit på undersökning eller att för att de just blivit inskrivna, två patienter rullades ut från avdelningen för att genomgå en undersökning och en patient flyttades från en sal till ett enkelrum inom avdelningen. Nedan beskrivs hur en patient blir hämtad mitt under måltiden.

*Två män kommer in med en sittbår och går fram till ett rum. "Här kommer vi mitt i maten". De är här och ska hämta en patient som ska transporteras någon annanstans och hen verkar fortfarande sitta och äta. En avdelningspersonal som befinner sig i rummet: "Dom är här och ska hämta dig nu, ta en sista tugga." En av männen tillägger: "Hoppas du får lite mat på centralen". Jag hör hur de hjälper patienten upp på båren och plockar ihop hens grejer. En avdelningspersonal springer ut ur rummet, verkar störd av att de kommer och hämtar patienten nu: "Fan jag vette fan". Hen springer och ska hämta något. Männen med båren: "Ska de här grejerna med? Ska du ha med dig de här sakerna?" De plockar med påsar. "Vi ska lägga filten om dig också". De övriga i rummet fortsätter att äta. Patienten som ska skrivas ut rullas nu ut ur salen, en avdelningspersonal kommer efter med patientens tillhörigheter.*

### **Matvagnen stängs och rullas iväg tidigt**

Matvagnen stängdes och rullades ofta iväg innan alla patienter ätit klart, och alltid innan brickorna hade börjat samlas in. Matvagnen var i genomsnitt inne på avdelningen i 45 minuter och öppen i 30 minuter. Detta berodde enligt avdelningschefen på att leverantören bara hade ett visst antal vagnar att frakta maten i och därför hämtade tillbaka dessa vid ett visst klockslag.

### **Personalens attityder och värderingar**

Avdelningspersonalens attityder och värderingar i förhållande till måltiden speglades bland annat genom vilka ämnen de valde att diskutera i närheten av patienter som satt och åt, och genom att de ofta utgick från att patienterna på avdelningen inte var särskilt intresserade av mat eller att de flesta av dem hade liten aptit.

### **Avdelningspersonalens syn på måltiden**

Under intervjun med avdelningschefen kom det fram att avdelningen tidigare deltagit i ett pilotprojekt där man testade att ha ett system med kyllda matlådor istället för kantiner för att göra måltiderna mer flexibla. Hen berättade om hur personalen upplevde detta: "... och så har vi mycket äldre multisjuka patienter så att när vi började räkna upp rätt ett, ja köttbullar, rätt två... ja det är fisk... jaha då har dom glömt vad rätt ett var, så att (skrattar till) det blev ett, det blev ett oerhört mycket mer jobb, och det tog ju mycket tid ifrån egentligen patientvården, genom att man skulle göra den här administrativa delen och tog oerhört lång tid. Så därför så var personalen inte särskilt positiva utan det blev jättejättemycket mer jobb just för dom."

Avdelningspersonalen tog sällan reda på vad som serverades och kunde därför inte ge korrekta svar till de patienter som frågade om vad det var för mat som låg framför dem på brickan.



*En patient frågar en av avdelningspersonalen vad det blir för mat som svarar: "Det är nån rödbetshistoria, soppa, och nån äppelkaka till efterrätt." "Ostkaka!" säger en patient som verkar ha läst på matsedel.*

*En patient får in sin soppa: "Samma soppa som igår?" En avdelningspersonal: "De byter varje dag men den kanske ser likadan ut."*

Personalen höll sig inte uppdaterad på vad patienterna uppgett att de föredrog för mat, eller vilken typ av mat som patienterna inte kunde äta.

*En avdelningspersonal till en patient: "Nu ska vi se, ska du få lite mat."  
Avdelningspersonalen hjälper patienten att höja huvudändan på sängen. Patienten:  
"Nä, kött kan jag inte äta, så jag får ta soppa." "Kan du inte äta det?"*

Under ett kort samtal med en avdelningspersonal efter den första observationen berättade denne vad hen ansåg om patienternas aptit: "De tycker att portionerna är för stora... generellt sätt äter de lite sämre på den här avdelningen". Under fältstudiens gång blev det tydligt att detta påstående stämde. Nedan ges exempel på att patienterna tyckte att portionerna var för stora.

*En avdelningspersonal till en patient: "Så då kommer fransk potatisgratäng med..."  
Patienten: "Det är för mycket mat!" "Ja men då äter du inte allt. Det är inte tvång på att äta upp vet du."*

Många patienter upplevde att portionerna var för stora men A-kost beställdes till de flesta patienter. Vid lunchen den tredje dagen låg beställningslistan på receptionsdisken och där framgick att: ... man idag beställt in totalt 21 portioner mat varav en är E-kost och fem portioner är flytande kost.

Ett annat exempel som visar på vilken vikt avdelningspersonalen lade vid maten presenteras nedan. En patient som skulle ha fått flytande föda blir utan eftersom att soppan tagit slut.

*En avdelningspersonal till en patient i ett enkelrum: "Tyvärr var det så många som ville ha soppa att den inte räckte till alla... Det finns varma koppen. Annars är det kycklingköttbullar och potatismos." Patienten svarar något men jag hör inte vad.  
Avdelningspersonalen går iväg.*

Under alla åtta observationer benämnde avdelningspersonalen momentet att distribuera matbrickorna till patienterna som att *dela* mat, inte *servera* mat. Nedan ges exempel på detta.

*Efter att ha lämnat patienten på rummet hämtar en avdelningspersonal brickor ur två rum, vänder sig till oss och säger: "Färdigdelat nu." Så går hen iväg med ett leende.*

Under fältstudiens gång observerades tre exempel på när avdelningspersonalen pratade med varandra eller med en patient om samtalsämnen som inkluderade könsorgan, blod, kräkningar och magbesvär.

*En avdelningspersonal kommer gåendes i korridoren med en hållare med urin. Hen går in i sköljrummet i korridor A och börjar pyssla runt. En annan avdelningspersonal kommer in och de står med öppen dörr och pratar om en patients hälsa. Ett par gånger nämns könsorgan och blod. Sköljrummet ligger precis mittemot en*

*flerbäddssal där lunchen just blivit serverad. De går ut i korridoren och ställer sig precis utanför dörröppningen till sköljrummet, de sänker rösten något men fortsätter att prata.*

Vid ett tillfälle under de åtta observationerna uppmärksammades det att en enskild individ av avdelningspersonalen tänkte efter och såg till att en patient fick äta klart i lugn och ro innan en medicinsk undersökning skulle påbörjas.

*Två avdelningspersonal, varav den ena som tidigare verkade jäktad står vid medicinvagnen utanför sal 10. Den jäktade avdelningspersonalen ser ut att förbereda något och den andra avdelningspersonalen säger: "Hen kan väl få äta klart först..." (syftar på patienten som håller på att äta i sal 10 och som den jäktade avdelningspersonalen tidigare har varit hos och hämtat urinprov.*

Under den första dagen samtalade författarna kort med den köksansvarige avdelningspersonalen om matrutinerna på avdelningen. Hen berättade bland annat att patienterna alltid fick samma dryck; de kunde välja mellan äppelsaft eller annan saft. Enligt hen brukade avdelningspersonalen tidigare gå runt och fråga vad patienterna ville dricka till maten, men de hade nu slutat med det. Hen sade bland annat att "... de flesta patienterna är inte så intresserade av mat" och poängterade lite senare under samtalet att patienterna åt lite.

Att denna inställning delades av många andra avdelningspersonal blev tydligare ju längre fältstudien pågick. Nedan visas ett exempel på när avdelningspersonalen talar om vad en patient ska dricka till maten, istället för att gå och fråga den omnämnde patienten.

*En avdelningspersonal till den köksansvarige avdelningspersonalen som lägger upp maten: "Lite mat, ta lite soppa också. Vad är det, är det sparrissoppa?" "Nä, grön ärtsoppa. Vad ska hen ha för dricka då?" Avdelningspersonalen: "Vet inte, du kan väl ta lingondricka?" Den köksansvarige avdelningspersonalen: "Var det inte hen som bara ville ha vatten?"*

### **Avdelningspersonalens syn på patienten**

Under fältstudien observerades flera exempel på att avdelningspersonalen var lyhörda för patienternas behov och gav dem den hjälp de behövde. Samtidigt observerades det också att de pratade om patienterna utifrån sal- och sängsnummer och att de vid vissa tillfällen markerade revir i måltidssituationen.

Under observationerna framträdde ett mönster där de patienter som var i behov av stöd i måltidssituationen fick den hjälp de behövde. Patienten fick med andra ord stå i centrum under måltidssituationen i de fall då det fanns ett uppenbart behov av exempelvis hjälp med att sätta sig upp i sängen, få hjälp med att öppna förpackningar eller att få åtstöd.

*Avdelningspersonal 1 kommer med mat till en patient: "Du har fått lite soppa av mig. Är du sugen?" Patienten: "Ja. Är den varm?" Avdelningspersonal 2: Ja, det är den, testa denna. Jag tror att du behöver komma upp lite i sängen..." Patienten: Jag är så trött... det bara snurrar i huvet. Avdelningspersonal 1: Mmm..." Går ut i korridoren, säger till Avdelningspersonal 2: "Ska vi försöka flytta upp hen lite?" Avdelningspersonal 2 följer med in på sal 3. Avdelningspersonal 1: XX, vi ska dra upp dig lite." Avdelningspersonal 2: XX, är du med oss? Patienten: "Det bullrar i*

*magen...” Avdelningspersonal 1: Du har fått så mycket laktulos... det sätter fart på magen.” Avdelningspersonal 2: ”XX, nu får du lite mer laktulos.” Patienten, efter att hen fått det: ”Usch...” Avdelningspersonal 2: ”Nu får du lite varm soppa...” Patienten: ”Mmm...” Avdelningspersonal 2 går ut till matvagnen och säger till den köksansvarige avdelningspersonalen: ”Kan jag få lite sån här... kall fruktsoppa”... Avdelningspersonal 1 stannar kvar med patienten (hjälp kanske till att mata). Efter ett tag kommer Avdelningspersonal 2 tillbaka med fruktsoppan.*

Under måltiden fick även en del av de patienter som inte var i uppenbart behov av hjälp vid måltiden sina önskemål uppfyllda. Dessa patienter kunde be om något extra, exempelvis kryddor, mer vatten, sugrör eller en haklapp.

*En patient som fått sin mat frågar om salt och peppar. Avdelningspersonal: ”Jag kan hämta lite peppar, jag kommer om en sekund bara.” ”Jag skulle vilja ha lite stark senap också.” ”Stark vet jag inte om vi har, men vanlig senap.” ”Är det Slotts?” patienten muttrar för sig själv om att hen fått saft... Avdelningspersonalen går iväg för att hämta kryddor och kommer sedan tillbaka: ”Här ska vi se, det var Slotts!” ”Det var det? Jättesnällt, då blir det lite smak på.”*

När avdelningspersonalen pratade om patienterna refererade de till dem utifrån vilket sal- och sängsnummer de hade istället för att använda deras namn. Att hänvisa till patienterna på detta sätt gjordes helt öppet både ute i korridorerna och inne i patientsalarna.

*Avdelningspersonal till en patient: ”Det var förstås kassler idag, vill du ha soppa då istället? ... Ja vad bra... (ropar sedan ut i korridoren till kollega vid matvagnen): Tar du soppa till 2:2!?”*

Att hänvisa till patienterna som siffror verkade även göra det svårt för personalen att sinsemellan hålla reda på vilken patient som var vem.

*En avdelningspersonal kommer förbi i korridoren och frågar en annan: ”XX, odlade du 7:an, MRSade du....nä 6:an menade jag.”*

Något annat som framträdde under fältstudiens gång var att avdelningspersonalen på olika sätt markerade att avdelningen främst var deras arbetsplats och att deras regler gällde i måltidssituationen. Ett tydligt sätt att signalera vem som bestämde och vad patienterna inte fick göra kunde avläsas på de skyltar som satt uppklistrade på väggen utanför köket.

*Utanför köket finns två A4-stora lappar med texten ”Endast personal får vistas i köket!!” En lapp med texten ”Vi har ingen självservering, be någon i personalen om hjälp!”, och en skylt på ett skåp där det står ”Rör ej!”*

Personalen visade även att deras regler gällde genom att ibland inte agera på ett tillmötesgående sätt när en patient önskade något speciellt, vilket tydliggörs i exemplet nedan.

*Patient till avdelningspersonal ” Jag vill ha varm öl.” (På frågan vad hen vill ha att dricka om inte saft.) ”Varm öl?!” Patienten: ”Ja, inte iskall.” Avdelningspersonal ”Men vi har ingen öl! Öl har vi aldrig.” Patienten: ”Men det hade ni förut.” ”Ja men nu är det borttaget.”*

Enligt sjukhusets administration går öl att beställa till alla avdelningar och under pilotstudien

på utbildningsavdelningen observerades det att lättöl var något som många patienter fick att dricka till maten.

## **Måltidsmötet**

### **Presentation av maten**

Hur ofta maten beskrevs när avdelningspersonalen serverade brickan varierade i stor utsträckning. Något oftare serverades maten utan en beskrivning än med. Det var vanligt att personalen önskade patienterna en smaklig måltid i anslutning till att de serverade brickan än att de inte sade något alls.

Matsserveringen skedde i de flesta fall utan att maten presenterades i detalj. Om patienten inte frågade fick denne själv ta reda på vad som låg på tallriken. Ett vanligt sätt att presentera maten på var att säga vad det var för typ av mat men utan att specificera närmare.

*”Varsågod, här kommer lite soppa.”*

Under den första lunchobservationen serverades isterband med stuvad potatis, persilja och rödbetor. Serveringen av maten kunde åtföljas av fraserna som presenteras nedan.

*”Hej XX, nu är det mat.”*

*En avdelningspersonal till en patient som hen lämnar bricka till: ”Hallå, nu var det matdags. Det är minus mjölkprotein och gluten, varsågod!”*

Även när en patient behövde hjälp i måltidssituationen hände det ibland att avdelningspersonalen inte presenterade maten på ett sådant sätt som skulle kunna stimulera patientens intresse för maten och därmed få hen att äta mer.

*Avdelningspersonal: ”Hej, sitter du och sover lite grann? Nu kommer jag med maten...” Hen frågar om de ska höja bordet lite så att patienten kan äta vid det. Patienten: ”Är det soppa?” Avdelningspersonal: ”Eh... jag vet faktiskt inte vad det är för soppa... säger något mer, sedan: ”Jag har höjt bordet, blir det bra så här?... ”Hoppas det smakar” säger avdelningspersonalen och går sedan ut.*

Nedan ges två exempel på när avdelningspersonalen beskrev maten mer utförligt.

*”Här kommer jag med lite mat. Ska jag skära upp köttet åt dig? ... Det är svampsås och kassler... ja du sa det, men dina anhöriga vet om att du är här... brysselkål, nu när det närmar sig jul. Du har nån liten efterrätt där, den ser god ut.” ”Vadå?” (Patienten verkar höra lite dåligt.) ”Det är nån fruktcocktail.”*

*”Hej! Nu kommer det lite middag. Potatisbullar. Vill du komma upp lite?” Avdelningspersonal hjälper patienten att sätta sig upp i sängen och säger: ”Och så har du lite lingonsylt till. Hen hjälper till att öppna förpackningen. Patienten: ”Oj, vad mycket (sylt)! Avdelningspersonal: ”Du måste inte äta allt... Och så har du lingondricka där... Sådär, varsågod. Smaklig måltid!” Avdelningspersonalen går iväg. Hen har haft ett glatt och trevligt tonfall under hela mötet.*

Vid ett flertal tillfällen visste inte patienterna vad för mat som serverades förrän avdelningspersonalen kom med brickan och patienterna hade inte heller blivit tillfrågade om vad för mat de ville ha.

*Avdelningspersonal: "Hallå, hoppсан, här kommer jag med lite lunch." ... "Nu är klockan ungefär 12, vill du sitta på sängkanten och äta?" "Vad är det för mat?", undrar patienten. "Kassler med svampsås och potatis." "Vad sa du att det var?" "Kassler med potatis.", upprepar avdelningspersonalen. "Jag vill ha soppa." "Vill du ha soppa idag? Vill du ha lingondricka att dricka?..."*

*Avdelningspersonal: "Knack knack! Hej, här kommer jag med middag. Det är potatisbullar." Patienten: "Jag har sagt förut att jag vill ha soppa." Avdelningspersonal: "OK." De pratar lite till men jag hör inte vad som sägs och snart kommer avdelningspersonalen ut med den orörda brickan med potatisbullar.*

### **Erbjudande**

Under denna rubrik har exempel som illustrerar i vilken utsträckning patienterna erbjöds dryck, mat eller hjälp under måltiden samlats.

Under den tredje middagsobservationen ombads en sjuksköterskestudent, som författarna endast såg till under denna observation, gå runt och fråga patienterna vad de ville dricka till maten. Det var bara under denna måltid som författarna observerade att avdelningspersonalen frågade vad patienterna ville dricka före måltidens start. Som tidigare nämnts, berättade en av de köksansvariga sköterskorna att de förut brukade gå runt och fråga patienterna vad de vill dricka till maten men att det hade slutat med det.

*Avdelningspersonal: "Det är snart mat, korvgryta. Vad vill du dricka till maten?" Patienten: "Vad finns det?" "Ja, lingondricka, äppeldricka, vatten... mjölk..." Patienten: "Mjölk."*

När en patient uppgav att denne hade problem med att äta en viss maträtt, eller om hen inte ville ha det som serverades erbjöds patienten i de flesta fall andra alternativ.

*Avdelningspersonal frågar vad patienten vill äta och berättar sedan om vilken mat som serveras idag: "Det är potatisbullar men det finns soppa också..." Patienten svarar: "Jag tror jag tar lite soppa för... (säger något mer men jag hör inte vad). Avdelningspersonalen går iväg och kommer snart tillbaka (med lite soppa): "Så här då, så får du se hur du känner att det går..." Patienten: "Tack ska du ha..."*

De patienter som var i behov av hjälp i måltidssituationen erbjöds ofta hjälp av avdelningspersonalen. Det var vanligast att avdelningspersonalen erbjöd patienterna hjälp att sätta sig upp i sängen, hjälp med att öppna syltförpackningar eller att skära upp maten.

*Patienten: "Är den varm?" (Om soppan som patienten tidigare fått matningshjälp med.) Avdelningspersonal: "Nu är den nog kall.... men jag kan värma den om du vill." Patienten svarar något men jag hör inte vad. Avdelningspersonal verkar nu hjälpa patienten att äta, matar kanske. Avdelningspersonalen går iväg men kommer tillbaka till patienten efter ett tag: "Så det gick ju bra det där.... ska du ha efterrätten?"*

## Uppmuntran

Uppmuntran i anslutning till måltiden kunde ske både när maten serverades, under själva måltiden samt när patienten ätit upp sin mat. En distinktion har gjorts mellan enkel och avancerad uppmuntran där den senare kategorin innefattar en mer personlig nivå i interaktionen.

Enkel uppmuntran var den vanligast förekommande formen av uppmuntran och innebar att avdelningspersonalen uppmuntrade patienten att äta med några snabba ord.

*En avdelningspersonal uppmuntrar en patient, säger med ett trevligt/glatt tonfall: "...Ät medan det är varmt... ät det du orkar... hoppas det ska smaka bra... varsågod."*

Avancerad uppmuntran skedde främst i situationer då patienten fick ätstöd.

*En avdelningspersonal till en patient som blir matad: "Det är bra om du äter lite för då får du tillbaka lite styrka. Här kommer lite mer soppa." Patienten säger något. Avdelningspersonal: "Har du sett XX att snöstormen lugnat sig nu?" Patienten svarar något. Avdelningspersonal: "Vi tar en sked till så ska du få smaka på efterrätten sen."*

## Signaler om att måltiden är slut

Förutom inhämtningen av matbrickorna samt att matvagnen stängdes och rullades ut ur avdelningen fanns inga tydliga signaler om när måltiden var slut. I anslutning till att matbrickan hämtades var det vanligt att avdelningspersonalen frågade patienterna om maten hade smakat bra, eller om de ville ha kvar exempelvis efterrätt eller dryck som ännu inte konsumerats.

*Avdelningspersonal: "Vad bra, tack så mycket." Hen fortsätter till en annan patient: "Känner du dig klar med maten?" Patienten: "Ja..." Avdelningspersonal, med glatt tonfall: "Vad bra."*

Inte vid någon av observationerna noterades att avdelningspersonalen frågade om patienten önskade mer mat. Detta styrktes av enhetsledaren under intervjun, där hen uttryckte att personalen hämtade mer mat bara om patienten själv bad om det och under förutsättning att maten inte var slut eller att matvagnen hade packats ihop. Man sparade inte mat utifall att någon patient skulle vilja ha mer.

## Diskussion

Studiens syfte var att undersöka hur mötet mellan avdelningspersonal och patient under måltiden speglar måltidens prioritet på en medicinavdelning på sjukhus. Observationerna genererade många intressanta fynd. Avdelningspersonalen benämnde matsserveringen som att "dela mat", och fanns främst tillgängliga i början av måltiden. Patienterna kunde bli avbrutna under måltiden för att bli förflyttade eller utskrivna och samtalsämnen som kan påverka aptiten negativt förekom. Måltidsmötet var ofta kort och bestod främst av artighetsfraser då brickan lämnades och maten presenterades sällan utförligt. Uppmuntran gavs främst till patienter med ett uppenbart behov av stöd. De flesta patienter erbjöds hjälp med att sätta sig

upp i sängen och att öppna förpackningar. Erbjudande om annan maträtt gavs endast om patienten själv önskade få något annat än det som serverats.

## **Metoddiskussion**

### **Observation som metod**

I studien intog författarna rollen som fullständig observatör, något som även Xia och McHutcheon (2006) och Warnock et al. (2005) gjorde i sina observationsstudier av måltider på sjukhus. En låg grad av deltagande minskar forskarens påverkan på studiens resultat även om blotta närvaron av en observatör kan påverka hur människor beter sig och interagerar med varandra (Petty, Thomson & Stew, 2012). På en sjukhusavdelning har dock personalen fokus på sitt arbete, vilket kan minska den reaktiva effekten av observatörernas närvaro (Bryman, 2008). Nackdelen med att vara fullständig observatör är att det finns en ökad risk att man som forskare inte förstår eller lättare misstolkar olika sociala situationer och därigenom drar felaktiga slutsatser (Bryman, 2008). Detta är något som författarna haft i åtanke under analysen av materialet.

En styrka med studien är att dubbelobservationer användes som metod; alla händelser och situationer observerades av två par ögon för att upptäcka olika aspekter av samma situation och för att ge analysen större bredd (Malterud, 2001). Under analysarbetet diskuterades materialet noggrant för att uppnå konsensus och ett visst mått av intersubjektivitet. *Intersubjektivitet* innebär att ju fler som är överens om att en sak bör tolkas på ett visst sätt desto närmare sanningen är det (Jacobsen, 2012).

Totalt observerades åtta måltider, varav fyra lunchmåltider och fyra middagsmåltider. Även Xia och McCutcheon (2006) studerade varje måltid fyra gånger. Antalet måltider som observerades bestämdes innan fältstudien påbörjades. Detta berodde till största del på de tidsramar som fanns satta för arbetet och på grund av dessa tidsramar fanns det inte utrymme att vid bristfällighet i det insamlade materialet fortsätta att observera för att uppnå teoretisk mättnad, eller att komplettera observationerna med kvalitativa intervjuer. Studiens trovärdighet kan brista p.g.a. detta, men å andra sidan visar studien ett visst mått av överförbarhet genom att resultatet i många avseenden stämmer väl överens med resultat från tidigare forskning.

Författarna bar civila kläder under fältstudien eftersom ett rent utifrån-perspektiv eftersträvades. Det var därför nödvändigt att upprätthålla en distans mellan observatörerna och de som observerades. Att bära sjukhuskläder och namnbricka skulle ha inneburit en ökad risk för författarna att misstas för vårdpersonal och därmed bli involverade i behandlingen av en patient eller på annat sätt inkluderas i ett vårdsammanhang. Detta skulle ha kunnat påverka studiens resultat, då de som observeras påverkas mer av forskaren ju större graden av deltagande är (Jacobsen, 2012).

### **Etiska överväganden**

Ett etiskt dilemma som uppkom inför studiens genomförande var insikten om att informationskravet inte helt skulle kunna uppfyllas. En misstanke fanns att ett helt öppet syfte skulle göra avdelningspersonalen motvilligt inställda till författarnas närvaro och i än större utsträckning påverka deras beteende. Att inte helt avslöja syftet innebar samtidigt att det per

definition inte gick att ta full hänsyn till samtyckeskrauet. Även i andra studier av måltiden där deltagande observation använts som metod har liknande ställningstaganden gjorts angående både informationskrauet och samtyckeskrauet (Mattson-Sydner, 2002).

Också det faktum att ett snabbt byte av avdelning p.g.a. sjukdomsutbrott med besöksförbud fick göras påverkade hur väl samtyckeskrauet följdes. Tidsfristen bidrog till att personal på sjukhusets administration, som hjälpte författarna med tillträdesprocessen, kontaktade en annan avdelning med förfrågan om att medverka i studien. I det e-brev som skickades till chefen för avdelningen där fältarbetet sedan utfördes framgick det att den avdelning som lovat oss tillträde hade drabbats av ett sjukdomsutbrott och att dietiststudenternas uppsatsarbete var hotat om ingen annan avdelning kunde ställa upp med kort varsel. En sådan formulering kan anses vara en påtryckning som inte är helt i enlighet med Vetenskapsrådets principer (Vetenskapsrådet). Ansvar att vidareförmedla den information som gavs i brevet ålades avdelningschefen. Hade en vetenskaplig studie gjorts, som skulle komma att publiceras, hade skriftligt godkännande krävts från samtliga avdelningspersonal som närvarade under studien.

Då det i brevet som skickades till avdelningschefen framgick att insamlat material förutom till en kandidatuppsats även skulle komma att användas i utvecklingssyfte av sjukhusets ledning anser författarna att nyttjandekrauet uppfylldes trots att informationskrauet inte följdes till fullo.

För att personerna som observerades skulle vara så anonyma som möjligt valde författarna att benämna samtliga personal som var involverade i måltiden för avdelningspersonal. Då genusperspektivet inte varit relevant för studiens frågeställning, och för att ytterligare skydda materialet, har samtliga personer omnämnts med pronomenet *hen* (Språkrådet, 2012) i såväl den färdiga uppsatsen som i fältanteckningarna. Skälet till att författarna befann sig utanför patientsalarna under observationerna var för att värna om patienternas integritet. Att sitta inne hos patienterna då maten serverades, trots skriftligt godkännande från berörda patienter, hade varit ett alltför stort intrång på deras privata sfär.

### **Urval och bortfall**

Vid val av avdelning för fältstudien lades vikt på patientklientel och genomsnittlig vårdtid. En medicinavdelning har ofta många äldre multisjuka patienter med stor risk för undernäring, men här vårdas inte patienterna i ett direkt akutskede, och måltiden kan därför få ett större utrymme än på en akutavdelning. Bekvämlighetsurval användes för att välja vilken av sjukhusets alla medicinavdelningar som skulle användas i studien (Bryman, 2008).

Under studien befann sig författarna på avdelningen endast under måltiderna eftersom det var just mötet under måltiden som skulle undersökas. Då avdelningen till ytan är stor har det endast varit möjligt att befinna sig på en plats i taget och därmed har det inte funnits möjlighet att se och höra allt som händer under måltiden. Det kan också ha inneburit att bara delar av en dialog eller ett händelseförlopp uppfattats, taget ur sitt sammanhang, och att det observerade därmed tolkats på ett felaktigt sätt.

Som tidigare nämnts byggs fältanteckningarna till stor del på hörselintryck vilket i sig inneburit ett visuellt bortfall i form av kroppsspråk och andra visuellt märkbara interaktioner. Rösten eller den antydda känsla som framkommer när man läser texten är det som ger det sagda en mening tycker Downe-Wamboldt (1992) och därför har skratt, suckar, undertoner och tystnad antecknats under observationerna (Graneheim & Lundman, 2004).



Valet att inte avsluta varje observation med en muntlig avstämning med avdelningspersonalen på det sätt som Graneheim, Norberg och Jansson (2001) gjorde i sin observationsstudie hade flera skäl. Att personalen var fysiskt frånvarande då de tog sin måltidsrast under slutet av varje observation, samt att de arbetade under tidspress var två praktiska aspekter. En viktigare aspekt var att hålla graden av deltagande så låg som möjligt. Att delge personalen vad som observerats skulle sannolikt ha gjort dem uppmärksamma på brister och ändrat deras beteende och det kunde inte riskeras då avsikten inte var att genomföra en intervention utan att skapa en utgångspunkt för en sådan.

### **Författarnas egen förförståelse**

Det finns många erfarenhetsmässiga bevis för att det inte går att vara en förutsättningslös observatör, eftersom den mänskliga hjärnan automatiskt sorterar ut vissa saker och lyfter fram andra (Johansson, 2011). Då författarna har en bakgrund som dietiststudenter med nästan tre års utbildning i dietetik, kostvetenskap och näringslära, och även nyligen har praktiserat på sjukhus, samt att en av författarna arbetat en kortare period inom äldreomsorgen, fanns redan tidigare erfarenheter som bidragit till ett kritiskt förhållningssätt gentemot måltidsservicen inom vård och omsorg. Författarnas förutfattade meningar, förväntningar och värderingar har påverkat vad som valts ut och fokuserats på under observationerna. De händelser och repliker som fokus lagts på, har noterats och analyserats för att sedan bli det som ligger till grund för uppsatsen. Uppsatsen redovisar följaktligen författarnas tolkningar av vad som observerats. Även de litteratursökningar som gjorts inom området sjukhusmåltider inför och under själva studiens gång har utökat denna förförståelse, vilket ytterligare har påverkat de reflektioner och analyser som gjorts kring fenomenet.

## **Resultatdiskussion**

### **Patienten behöver personalens närvaro**

Att personalen använde sig av begreppet 'dela mat' kan ses som ett tecken på att de ansåg att deras huvudsakliga arbetsmoment i måltidssituationen var att förse patienterna med mat. Istället för att serveringen av patientmaten signalerade starten på en god måltid blev den en symbol för att personalens arbete var slutfört för stunden och att det nu var dags för dem att ta rast. Även om det under nästan alla måltidsobservationer fanns personal ute i korridorerna innebar det inte att de visade sig tillgängliga för patienterna i måltidssituationen. Att istället låta en personal aktivt gå runt och fråga patienterna hur maten smakar skulle tydligt signalera att personalen finns tillgänglig för patienterna under hela måltiden. Vid de observations-tillfällen då personal befunnit sig i korridorerna för att vara patienterna behjälpliga har de t.ex. assisterat med att öppna förpackningar. Att möjliggöra att patienten exempelvis kan ta del av sylten till sina potatisplättar gör stor skillnad för såväl den sensoriska upplevelsen som för näringsinnehållet, samt för näringsintaget då mat endast gör nytta om den äts upp (Schenker, 2003). Personal som är närvarande under måltiden och fokuserar på och tar ansvar för nutritionen underlättar för patienter att få i sig tillräcklig näring (Warnock et. al. 2005). När personalen inte är tillgänglig under måltiden kan de även missa att identifiera nutritionsrelaterade problem såsom tugg- och sväljsvårigheter som patienten själv kanske inte reflekterat över (Nathani et al., 2008). De kan heller inte hjälpa de patienter som kan vara i behov av extra uppmuntran och påputtning för att orka äta (Schenker, 2003).

### **Strukturella hinder för en patientsäker måltid**

På medicinavdelningen sammanföll personalens måltidsrast mer eller mindre med patienternas måltid, vilket inte verkar vara unikt för just denna avdelning (Kowanko, Simon &

Wood, 1999). Tidpunkten för personalens rast kan innebära ett strukturellt hinder för personalen att faktiskt vara tillgänglig för patienterna under måltiden, men det kan knappast anses vara nödvändigt att all personal äter samtidigt. Att personalens rast låg i nära anslutning till patienternas måltid kan också tyda på att patientmåltiden inte prioriterades på en högre nivå, t.ex. av verksamhetschefen som är ansvarig för vården som produceras (Socialstyrelsen, 1997). Det antyder också att det anses vara viktigare att ha en fullbemannad avdelning vid andra vårdssysslor.

### **Patienten som arbetstillfälle**

Sättet som personalen pratade om patienterna på, d.v.s. efter salnummer och sängplats, signalerade att patienten var en arbetsuppgift och ett ansvarsområde snarare än en individ. Sidenvall (1999) såg under observationer på ett äldreboende hur personalen delade upp sysslorna kring måltiden mellan sig för att öka effektiviteten, men missade att tillgodose patienternas behov. Det överensstämmer med vad som observerades på medicinavdelningen i denna studie. Begreppet *totala institutioner* myntades av Goffman 1967 och syftar på vårdboenden och anstalter där individen fräntas sitt självbestämmande och sin integritet. På sätt och vis är sjukhuset en sådan total institution då man avkläds sin personlighet och blir ett objekt som inlagd patient (Holm, 2003). Exempel finns på patienter som upplevt denna objektifiering som en av vårdens största brister: I Nyhetsmorgon på TV4 den 29 december 2012 intervjuades Erik Ståhl som på grund av sjukdom har spenderat mycket tid på sjukhus. På frågan om vad som behöver förbättras inom sjukvården sade han så här: *“Framför allt alltså relationen mellan patient och läkare och patient och personal... patienter är siffror... Det är rätt så synd för det drabbar en ju rätt så hårt när man är sjuk och på nåt sätt så måste du vara frisk för att kunna vara sjuk idag...”* (TV4-Gruppen, 2012).

### **Ett gott exempel på strukturerad måltid**

Att sätta upp scheman för raster så att personal alltid finns tillgänglig under måltiden, att ha ramar för hur serveringen ska gå till och att besluta om vilka arbetsuppgifter som får respektive inte får utföras under patientmåltiden ligger på ledningens bord. I bland annat England har redan sådana riktlinjer införts i form av projektet PMI (National Patient Safety Agency, 2007), och ett liknande koncept skulle förmodligen fungera även på svenska sjukhus.

Målet med PMI var att möjliggöra en måltid där patienterna fick äta i lugn och ro och där avdelningspersonalen hade tid att koncentrera sig helt och fullt på att servera mat, att vara tillgänglig för patienterna och att ge extra stöd i måltidssituationen när det behövdes. Fördelen med att värna om patientmåltiden på detta sätt är flera. Några av de positiva effekter som observerades på avdelningar där implementeringen av PMI kunde ske helt och hållet inkluderar en ökad tendens till viktuppgång hos patienterna, färre klagomål på maten och ett minskat matsvinn (Department of Health). Hos avdelningspersonalen observerades även en stärkt arbetsmoral och ett förbättrat samarbete.

Även den svenska sjukvården har insett att man behöver värna om patientmåltiden och både Stockholms läns Landsting och Region Skåne har arbetat fram måltidspolicys med FAMM som utgångspunkt som inom en snar framtid är tänkta att implementeras på sjukhus (Livsmedelsakademin, 2012; Stockholms läns landsting, 2012). Tanken bakom dessa initiativ är god, men Socialstyrelsen (2011) har rätt i att man måste ta reda på hur situationen ser ut idag på svenska sjukhusavdelningar för att veta vilka insatser som behöver sättas in. I England såg man positiva effekter av nya riktlinjer även hos personalen, och eftersom personalens attityder är viktiga för att förändringsarbeten ska lyckas (Holm, 2003) är detta en stor fördel.

### **Idag är måltiden av underordnad betydelse**

Under fältstudiens gång observerades flera exempel på att måltiden inte prioriterades. Patienter hämtades, lämnades och kördes iväg för att genomgå undersökningar och bytte rum under lunchtid. Vid ett fall pågick även läkarronden under måltiden. Liknande moment har även observerats förekomma under måltiden på vissa sjukhus i England (Care Quality Commission, 2011; Jordan, Snow, Hayes & Williams, 2003). Att patienterna inte får äta i lugn och ro signalerar att måltiden är av underordnad betydelse. Det indikerar även starkt att regler och riktlinjer för vad som får och inte får ske under måltiden behövs.

Vid tre tillfällen observerades personalen prata om opassande samtalsämnen i måltidsituationen. Detta har även observerats i andra studier. Xia och McHutcheon (2006) fann att sjuksköterskor ställde frågor om bland annat tarmtömning under måltiden och att urinflaskor kunde placeras i sängen hos manliga patienter medan de höll på att äta. Enligt Xia och McHutcheon kan detta tyda på att personalen inte värdesätter måltiden som ett viktigt moment av vården.

### **Måltiden behöver ses som en viktig del av vården**

Socialstyrelsen (2011) konstaterar att kost och näring inom sjukvården spelar en viktig roll för patientens hälsa och att den i vissa fall har lika stor inverkan som annan vård såsom läkemedelsbehandling. Det är viktigt att personalen vet vad som serveras och presenterar maten på ett sätt som får patienten att bli stimulerad att äta, speciellt då patienten själv inte valt maten och vid vård av äldre människor som ofta har nedsatt syn och luktsinne (Faxén Irving, Karlström & Rothenberg, 2010). Det är märkligt att trots att en aktuell matlista satt uppklitråd på köksdörren inne på avdelningen var vetskapen om vilken mat som serverades relativt dålig hos avdelningspersonalen.

### **Bättre kunskap ger bättre vård**

Då dålig aptit verkade vara ett problem på avdelningen, i så pass stor utsträckning att många patienter tyckte att portionerna med A-kost var för stora, var det anmärkningsvärt att inte fler portioner E-kost beställdes (Andersen, 2003). Detta kan både ses som tecken på bristande engagemang i måltidsfrågan och brist på kunskap. För att optimera energi- och näringsintaget är det viktigt att ta hänsyn till den aktuella patientpopulationens preferenser (Schenker, 2003), vilket i det här fallet var små men energitäta portioner. Många patienter ville även ha soppa vilket också kan tyda på att de tyckte det var ansträngande att äta fast föda. I ett fall tog soppan slut, och då det under en måltid observerades att endast fem av 21 portioner var flytande kost, var det inte konstigt att detta hände. Patienten som skulle ha fått soppa erbjöds istället Varma Koppen vilket knappast kan anses vara en adekvat ersättning. Detta tyder på att tillräcklig kunskap om nutrition saknades. När vårdpersonal har otillräcklig kunskap om kost och nutrition kan de inte tillhandahålla den vård som patienten behöver i måltidssituationen (Kowanko, Simon & Wood, 1999). Detta har visats sig vara ett av de största hindren för att förbättra patienters nutritionstatus (Schenker, 2003). En större kunskapsbas skulle troligen även kunna förändra sjuksköterskornas attityder och uppfattningar om nutritionen och måltidens betydelse för patientens välmående, något som är väsentligt ifall nutritionrelaterad vård ska kunna prioriteras lika högt som annan vård (Xia & McHutcheon, 2006).

### **Personalens inställning formar måltiden**

Personalen uttryckte att patienterna var ointresserade av den mat som serverades på avdelningen. Under observationerna framgick istället att patienterna hade mycket åsikter om både mat och dryck, t.ex. att en patient efterfrågade öl eller att andra reagerade på att de fick annan mat än det hen tidigare beställt. Att inte ge patienterna möjligheten att välja verkade

snarast bero på bekvämlighet, vilket styrktes av att avdelningschefen berättade att personalen hade tyckt att det var krävande att gå runt och fråga patienterna om vad de ville äta under avdelningens deltagande i pilotprojektet med kylda matlådor.

Vid flera tillfällen under fältstudien blev det tydligt att patienterna sällan tillfrågades före måltidens start om vad de ville äta. I vissa fall innebar detta att personalen serverade en maträtt som patienten inte ville ha och fick gå och hämta en alternativ maträtt. Att inte ta reda på vad patienten vill ha att äta före måltidens start innebär ett potentiellt ökat matsvinn eftersom att mat som redan är upplagd ofta slängs om patienten inte vill ha den (Schenker, 2003). Tillsammans med det ökade matsvinnet förlorar avdelningspersonalen en del förtroende om patienterna inte upplever att de är delaktiga i de val som görs kring deras behandling, där även maten ingår. Det är även mer sannolikt att patienter som upplever att de har kontroll följer föreslagna behandlingar, t.ex. nutritionsåtgärder (Bélanger & Dubé, 1996). Vid några tillfällen gjorde personalen på avdelningen sitt bästa för att vara patienter till lags när de bad om något, men det var ovanligt att personalen själva erbjöd något extra inom måltidssituationen om det inte låg inom ramen för omvårdnad.

Då sjukhusmåltiden som i det här fallet ägde rum på en vårdavdelning ligger det under avdelningspersonalens ansvar att tillhandahålla en miljö där service och bemötande tillsammans skapar en optimal måltid för patienterna (Socialstyrelsen, 2011). Eftersom personalens attityder och värderingar har ett stort inflytande på patienten (Faxén Irving, Karlström & Rothenberg, 2010; Holm, 2003) är det angeläget att avdelningspersonalen får en ökad förståelse för hur viktig måltiden faktiskt är för patienten, både för den kroppsliga hälsan och för hans kulturella, sociala och psykologiska behov (Holm, 2003). För en patient som är inlagd på sjukhus kan måltiderna ofta vara dagens höjdpunkter (Rantanen, 2012) och kan därför påverka patienten positivt eller negativt, speciellt om sjukhusvistelsen blir långdragen.

### **Vikten av ett bra bemötande i måltidssituationen**

Som tidigare nämnts är personalens bemötande viktigt för att måltiden ska upplevas som positiv av matgästen (Gustafsson, 2004). På en vårdavdelning får mötet ännu större betydelse eftersom att empati, tillit och förtroende är grundstenar för en god vård, och de är i sin tur nödvändiga för att måltiden ska kunna anpassas utifrån patientens enskilda behov (Socialstyrelsen, 2011). Besöker en restaurang gör man sällan ensam. I sällskap av andra påverkar troligtvis bemötandet från personalen individen i mindre utsträckning än om denne varit ensam. På sjukhus är däremot interaktionen med sjukvårdspersonalen ofta den enda sociala kontakt patienten har. Det innebär att bemötandet får en mer central roll. Det som observerades i denna studie var att den personal som serverar maten sällan interagerade med patienterna och det stämmer överens med vad man sett i andra studier (Xia & McCutcheon, 2006). Det eventuella emotionella stöd patienter får från den vårdpersonal som de träffar regelbundet påverkar också hur nöjda de känner sig med sjukhusvistelsen, inklusive måltidsservicen och maten (Bélanger & Dubé, 1996).

### ***Slutsats***

Studiens resultat tyder på att måltiden inte prioriterades av avdelningspersonalen. Det fanns inte heller några riktlinjer för vilket arbete som skulle och inte skulle utföras under måltiden och det fanns strukturella hinder såsom personalens tider för arbetspass och raster, samt logistiska hinder, som att matvagnen skulle hämtas från avdelningen vid en viss tid. Sammantaget indikerar fynden starkt att det behöver satsas mer tid och resurser på

sjukhusmåltiden. Attityderna kring måltiden behöver ändras så att den blir en viktig del av patientvården med lika hög status som annan omvårdnadsbehandling. Interna utbildningar skulle kunna öka samtliga vårdpersonals förståelse för att måltiden spelar en central roll för patientens hälsa och välbefinnande. Samtidigt behöver riktlinjer som skyddar måltiden från andra vårdssysslör implementeras, och regler som ger måltiden den tid som behövs för att patienten ska få äta i lugn och ro. FAMM, som har slagit stort inom restaurangvärlden, har uppmärksammats som ett koncept som går att applicera även på sjukhus, och är en bra mall att utgå från i skapandet av goda måltider på Sveriges vårdavdelningar.

### **Förslag till vidare forskning**

Studien genomfördes under fyra dagar på en medicinsk avdelning men genererade trots den snäva tidsramen intressanta fynd. Det skulle vara värdefullt att genomföra en liknande studie i större omfattning där personalens bemötande före och efter en intervention undersöks. Att även undersöka personalens tankar, värderingar och attityder kring måltiden genom kvalitativa intervjuer skulle ge en sådan studie ytterligare bredd.

# Referenser

Abrahamsson L., Andersson A., Becker W. & Nilsson G., redaktörer. (2008). *Näringslära för högskolan*. 5:e upplagan. Stockholm: Liber. 181, 382.

Andersen M., redaktör. (2003). *Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg*. Uppsala: Livsmedelsverket. 51, 55.

Bélanger M-C. & Dubé L. (1996). The emotional experience of hospitalization: Its moderators and its role in patient satisfaction with food services. *Journal of the American Dietetic Association*. 1996; 96, number 4: 354-360.

Bryman A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber. 194, 274-275, 390, 392.

Care Quality Commission (2011). Dignity and nutrition inspection programme: National overview.

Dietisternas Riksförbund (2010). Terminologi nutrition. <http://drf.nu/viktiga-dokument.php?PHPSESSID=aebb976383a6d02894497afd1aefe68b> Hämtad 2013-01-09

Edwards J. & Gustafsson I-B. (2008). The Five Aspects Meal Model. *Journal of Foodservice*; 19:4-12.

Fangen C., Sellerberg A-M., redaktörer. *Många möjliga metoder*. Lund: Studentlitteratur. 145-170.

Faxén Irving G., Karlström B. & Rothenberg E. (2010). *Geriatrisk nutrition*. Lund: Studentlitteratur. 64, 77-78, 224-226.

Fejes A & Thornberg R, (redaktörer) (2009). *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber. 178-196.

Fitger P. (2011). *Jämförelse av kostnader och verksamhet på sjukhuskliniker 2010*, Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 31.

Gustafsson I-B. (2004). Culinary arts and meal science – a new scientific research discipline. *Food Service Technology*; vol 4:9-20.

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

Graneheim U. H., Norberg A. & Jansson L. (2001). Interaction relating to privacy, identity, autonomy and security. An observational study focusing on a woman with dementia and 'behavioural disturbances', and on her care providers. *Journal of Advanced Nursing*; 36:2: 256-265.

Holm L., redaktör. (2003). *Mad, mennesker og måltider- samfundsvidenskabelige perspektiver*. Munksgaard Danmark: Köpenhamn. 264-266, 298-299, 305.

- Idwall E., redaktör. (2007). *Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad*. Stockholm: Gothia Förlag. 155-165.
- Jacobsen D.I. (2012). *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. 2:a upplagan. Lund: Studentlitteratur. 146-150.
- Johansson L-G. (2011). *Introduktion till vetenskapsteorin*. 3:e upplagan. Stockholm: Thales. 90, 100.
- Jordan S., Snow D., Hayes C. & Williams A. (2003). Introducing a nutrition screening tool: an exploratory study in a district general hospital. *Journal of Advanced Nursing*; 44:1:12–23.
- Kaiser M.J., Bauer J.M., Rämsch M., Uter W., Guigoz Y., Cederholm T., Thomas D.R., Anthony P.S., Charlton K.E., Maggio M., Tsai A.C., Vellas B. & Sieber C.C. (2010). Frequency of Malnutrition in Older Adults: A Multinational Perspective Using the Mini Nutritional Assessment. *The American Geriatrics Society*. 58:1734–1738.
- Kowanko I., Simon S. & Wood J. (1999). *Journal of Advanced Nursing*; 44:1: 12–23.
- Lassen O., Kruse F. & Bjerrum M. (2005). Nutritional care of Danish medical inpatients - patients' perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 19(3): 9: 259-267.
- Livsmedelsakademin (2012). Måltidsglädjemodellen. [http://maltidsgladje.nu/?page\\_id=232](http://maltidsgladje.nu/?page_id=232) Hämtad 2013-01-09
- Livsmedelsverket (2012). Måltider i sjukvården. <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Maltider-i-var-d-skola-omsorg/Maltider-i-sjukvarden/> Hämtad 2013-01-04.
- Mahan K. L. & Escott-Stump S., redaktörer. (2008). *Krause's Food & Nutrition Therapy*, 12:e upplagan. Saunders-Elsevier. 1052.
- Malterud K. (2001). The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 358: 397–400.
- Mathey M-F., Vanneste V.G., de Graaf C., de Groot L.C. & van Staveren W.A. (2001). Health Effect of Improved Meal Ambiance in a Dutch Nursing Home: A 1-Year Intervention Study. *Preventive Medicine*. 2001;32: 416-423.
- Mattson-Sydner, Y. (2002). *Den maktlösa måltiden: Om mat inom äldreomsorgen*. (Doktorsavhandling). Uppsala: Institutionen för hushållsvetenskap.
- Nathani S., Whelan K., Thomas J., Gulliford C. & Morgan M. (2008). Hospital inpatients experiences of access to food: a qualitative interview and observational study. *Health Expectations*;11: 294-303.
- National Patient Safety Agency (2007). Protected Mealtimes Review: Findings and Recommendations Report. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59806> Hämtad 2013-01-09.

Petty N. J., Thomson O. P., Stew G. (2012). Ready for a paradigm shift? Part 2: Introducing qualitative research methodologies and methods. *Manual Therapy*; 17: 378-384.

Department of Health (u.å). Protected Mealtimes.

<http://www.health.vic.gov.au/older/toolkit/05Nutrition/docs/Protected%20mealtimes%20and%20Guidelines%20to%20create%20a%20supportive%20communal%20dining.pdf> Hämtad 2013-01-09

Rantanen T. (2012). Målet för den offentliga måltiden: god mat som äts upp. *Nutrition & Munhälsa*, nummer 2. 32–37.

Schenker, S. (2003). Briefing Paper: Undernutrition in the UK. British Nutrition Foundation. *Nutrition Bulletin*. 28, 87–120.

Socialstyrelsen (1997). SOSFS 1997:8 *Socialstyrelsens allmänna råd; Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård*.

Socialstyrelsen (2000). *Näringsproblem i vård och omsorg - prevention och behandling*. SoS-rapport 11.

Socialstyrelsen (2011). *Mat och måltider inom hälso- och sjukvården: Exempel från sjukvårdsverksamhet*. SoS-rapport.

Språkrådet (2012). Hur använder man hen? *Veckans språkråd*. <http://www.sprakradet.se/12729> Hämtad 2013-01-03

Stockholms läns landsting (2012). *Mat och måltider med patienten i centrum. Måltidsutredning 2011-2012*. Stockholms läns landsting.

Tittrud Heersink J., Brown C., Dimaria-Ghalili R.A. & Locher J. (2010). Undernutrition in hospitalized older adults: patterns and correlates, outcomes, and opportunities for intervention with a focus on processes of care. *Journal of nutrition for the elderly*: 29; 4-41.

TV4-Gruppen (2012). Han får blod från 1500 personer i veckan. *Nyhetsmorgon i TV4 play*. [http://www.tv4play.se/program/nyhetsmorgon?video\\_id=2254309](http://www.tv4play.se/program/nyhetsmorgon?video_id=2254309) Hämtad 2012-12-29

Vetenskapsrådet. (u.å). Codex. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> Hämtad 2012-12-20

Warnock C., Tod A., Kirshbaum M. & Sharman D. (2005). A pilot study examining nutrition and cancer patients: Factors influencing oncology patients receiving nutrition in an acute cancer unit. *Clinical effectiveness in Nursing*; 9:197-201.

Xia C. & McCutcheon H. (2006). Mealtimes in hospital – who does what? *Journal of Clinical Nursing*. 15:1221-1227.



## **Bilaga 1: Arbetsfördelning**

Arbetet med uppsatsen har fördelats på detta sätt mellan författarna Anna Strandberg Mäkitalo och Vendela Söderberg:

- Planering av studien och uppsatsarbetet: 50/50
- Litteratursökning: 50/50
- Datainsamling: 50/50
- Analys: 50/50
- Skrivandet av uppsatsen: 50/50

## **Bilaga 2: Informationsbrev till avdelningschefen**

Hej XX!

Vi är två dietiststudenter från Uppsala Universitet som just nu är i färd med att göra vårt examensarbete. Som en del av sjukhusets satsning på sjukhusmaten och i samråd med sjukhusets administration ska vi genomföra ett antal måltidsobservationer på er avdelning.

Vid en måltidsobservation tittar man på olika aspekter som utgör måltiden. Det innebär att vi kommer att vara på plats som passiva betraktare och göra så lite väsen av oss som möjligt.

Syftet med observationerna är att få en helhetsbild av hur måltidssituationen ser ut idag på en medicinsk avdelning på ett svenskt sjukhus.

Observationerna kommer att äga rum på er avdelning under vecka 49 vid både lunch- och middagsmåltiden. Vi vill gärna byta ett par ord med någon i personalen efter varje observation för att stämma av det vi observerat. Då vi inte kan skicka ut brev till all personal på avdelningen hoppas vi att Du kan informera personalen om vår närvaro under nästa vecka.

Studiematerialet, det vill säga de personer som befinner sig på avdelningen under observationstillfällena, kommer att avidentifieras för att inte vara igenkännbart för utomstående personer. Resultaten av studien kommer att användas som exempel för sjukhusets administration och kommer även att analyseras och publiceras i form av en uppsats. I uppsatsen kommer det inte att framgå på vilket sjukhus eller på vilken avdelning som vi har genomfört observationerna.

Vi kommer att skriva på en tillfällig tystnadsplikt.

Vid eventuella frågor är du och övriga personalen välkommen att kontakta sjukhusets administration.

Med vänliga hälsningar  
Anna Strandberg Mäkitalo, tel: 070-2328964  
Vendela Söderberg, tel: 073-6727154

Vår kontaktperson XX  
Befattning  
E-post  
Telefon

### **Bilaga 3: Frågeschema inför intervju med avdelningschef**

#### Om avdelningen

- Antal vårdplatser
- Genomsnittlig vårdtid
- Typ av patienter

#### Måltidsrutiner

- Finns det skriftliga rutiner/dokument
- Om så är fallet - förklara vad dessa säger
- Hur många personal tillgängliga vid måltiden
- Finns riktlinjer för bemötande?

#### Maten

- Vad händer med maten som inte serveras till patienterna (den som blir över)?
- Möjlighet till önskekost
- Vem bestämmer vilken kost patienten ska ha?

#### Nutritionsåtgärder

- Görs kost- och vätskeregistreringar?
- Nutritionsscreening
- Åtgärder
- Finns dietist, och i så fall hur ofta konsulteras hen?
- Om dietist inte finns eller inte konsulteras, hur kommer det sig?