

*Forebyggelse af forebyggelige indlæggelser blandt ældre
medicinske patienter
– forandring af et socialt måltidstilbud*



AALBORG UNIVERSITET

Kandidatspeciale 4. Semester

Gruppe 10314

Hanne Sophie Rasmussen

Trine Hartmann Grosen

Veronica Hellum Andersen

Vejleder: Lone Jørgensen

Afleveringsdato: 7. juni 2017

Antal anslag med mellemrum: 285.898

Kandidat I Folkesundhedsvidenskab - Medicin og Sundhedsteknologi – Aalborg Universitet

Resumé

Problemfelt Den voksende ældre befolkning i Danmark vil føre til høje omkostninger, særligt ift. indlæggelser. Ældre medicinske patienter har høje sundhedsudgifter og bliver i højere grad indlagt med en forebyggelig diagnose end ældre, hvorfor der ses et forebyggelsespotentiale for denne gruppe. Forebyggelige indlæggelser synes at kunne opstå pga. underernæring. Som en løsning på forebyggelige indlæggelser, er der i kommunalt regi sociale måltidstilbud. Dog er antallet af forebyggelige indlæggelser uændret, og der ses derfor et forandringspotentiale i de sociale måltidstilbud.

Formål Det ønskes at undersøge hvordan det sociale måltidstilbud i Aarhus Kommune *det gode måltid* kan forandres således at flere ældre medicinske patienter ønsker og får mulighed for at deltage, og derved bidrage til at forebyggelige indlæggelser forebygges blandt ældre medicinske patienter.

Metode Det undersøges hvordan social støtte kan integreres i et måltidstilbud rettet mod ældre i et litteraturstudie. I en deskriptiv databehandling undersøges fremmende faktorer og udfordringer blandt ældre, ved udarbejdelse af et socialt måltidstilbud. Ved udførelse af en interessentanalyse vurderes interessenter, hvori deres bidrag og evne til at mobilisere disse indgår som fremmende faktorer eller udfordringer.

Resultater Afstand til et socialt måltidstilbud er afgørende, idet mange ældre er gangbesværet og har svært ved selv at gøre sig klar, hvorfor det er centralt at hjælp til transport og klargøring er til rådighed. Fysiske omgivelser og øget brug af lokalcentre, stemning under måltidet, herunder hvem de ældre spiser med, samt serveringsform har betydning for deltagelse. Måltidet bør ikke nødvendigvis være omdrejningspunktet for tilbuddet, men nærmere noget sekundært. Ved at udbrede målgruppen, vil flere få glæde af tilbuddet, og flere ældre der endnu ikke er svækket pga. underernæring kan indgå. Mundtlig kommunikation er et vigtigt værktøj ved én til én rekruttering, fastholdelse i tilbuddet og ved at relevante interessenter formidler kendskab til tilbuddet. Der skal tages forbehold for, at målgruppen er heterogen, at tilbuddet skal være bæredygtigt således det ikke er nødvendigt at tilføre yderligere ressourcer, og at der skal være frivillige til rådighed, da de er et bærende element i forandringsforslagene. Ud fra resultaterne fremgår adskillige forandringsforslag, og forandringen kan derfor blive implementeret i forskellige retninger.

Konklusion Det konkluderes, at en forandring af *det gode måltid* hvori forandringsforslagene indgår, med omtanke for forbeholdene, inddragelse af relevante interessenter samt udførelse af BIKVA-evaluering, kan være med til at flere ældre, heri ældre medicinske patienter, ønsker eller har mulighed for at deltage i tilbuddet. Ved at følge disse anbefalinger formodes det, at forebyggelige indlæggelser i højere grad forebygges i Aarhus Kommune.

Abstract

Problem statement: The growing population of elderly in Denmark will lead to high costs, especially in regards to hospitalizations. Elderly medicinal patients have higher medical costs and get hospitalized with preventable diagnoses at a greater rate than elderly in general. There, therefore, seems to be a potential for prevention within this group. Malnutrition is found to be a possible reason for preventable hospitalizations. In an attempt to reduce preventable hospitalizations, municipalities have established social mealtime interventions. Despite this, the number of preventable hospitalizations has not changed. There is, therefore, a potential for change within these social mealtime interventions.

Aim: To examine how the social mealtime intervention in Aarhus municipality, *det gode måltid*, can be changed, so that more elderly medicinal patients want to and have the opportunity to participate, in order to further the prevention of preventable hospitalizations among elderly medicinal patients.

Method: Through a literature review, it is examined how social support can be integrated in mealtime interventions targeting elderly. Information on contributing factors and challenges among elders related to drafting a social mealtime intervention is examined through a descriptive data management. A stakeholder analysis is carried out in order to assess the stakeholders' contribution and ability to mobilize this. These contributions are also included in assessing contributing factors and challenges.

Results: The distance to the social mealtime interventions can be a critical factor, as many elders have difficulty walking and have a hard time getting themselves ready. Help with transport and getting ready is, therefore, essential. The physical environment and increased use of the local centers, the atmosphere during mealtimes, including whom the elders eat with and the type of serving, are important factors for participation. The meal as a secondary goal for intervention should also be considered, where the meal is not the focal point. By expanding the target population, more will have the opportunity to participate in the intervention, and more elders, that are not already weakened because of malnutrition, can be included. Oral communication is found to be an important tool in regards to one-to-one recruitment, maintaining participation in the intervention and in relevant stakeholders channeling knowledge about the intervention. The following needs to be taken into consideration: the target group is heterogenic, the intervention needs to be sustainable, so that no extra resources are necessary, and as volunteers a bearing element in the proposals for change, volunteers need to be available. Several suggestions for change have been made, based on the results, and the change can, therefore, be implemented in different ways.

Conclusion: It is concluded that changing *det gode måltid*, where the proposals for change are included, while keeping the considerations in mind, the inclusion of relevant stakeholder and carrying out a BIKVA evaluation, can make it possible for more elders, including elderly medicinal patients, both to want to and have the opportunity to participate in the intervention. It is, thereby, supposed that, by following these proposals, preventable hospitalizations in Aarhus municipality can be prevented.

Forord

Dette kandidatspeciale er udarbejdet i perioden 1. februar 2017 til 7. juni 2017 i forbindelse med 4. semester på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet.

Specialet blev udarbejdet i samarbejde med Folkesundhed Aarhus, magistratsafdelingen Sundhed og Omsorg. I den forbindelse vil der rettes en stor tak til projektlederen for *det gode måltid*.

En særlig tak til de interessenter, der velvilligt stillede op til interview i forbindelse med specialet.

Slutteligt en stor tak til Lone Jørgensen for vejledning, sparring og en stor tålmodighed igennem hele specialeforløbet.

God læselyst

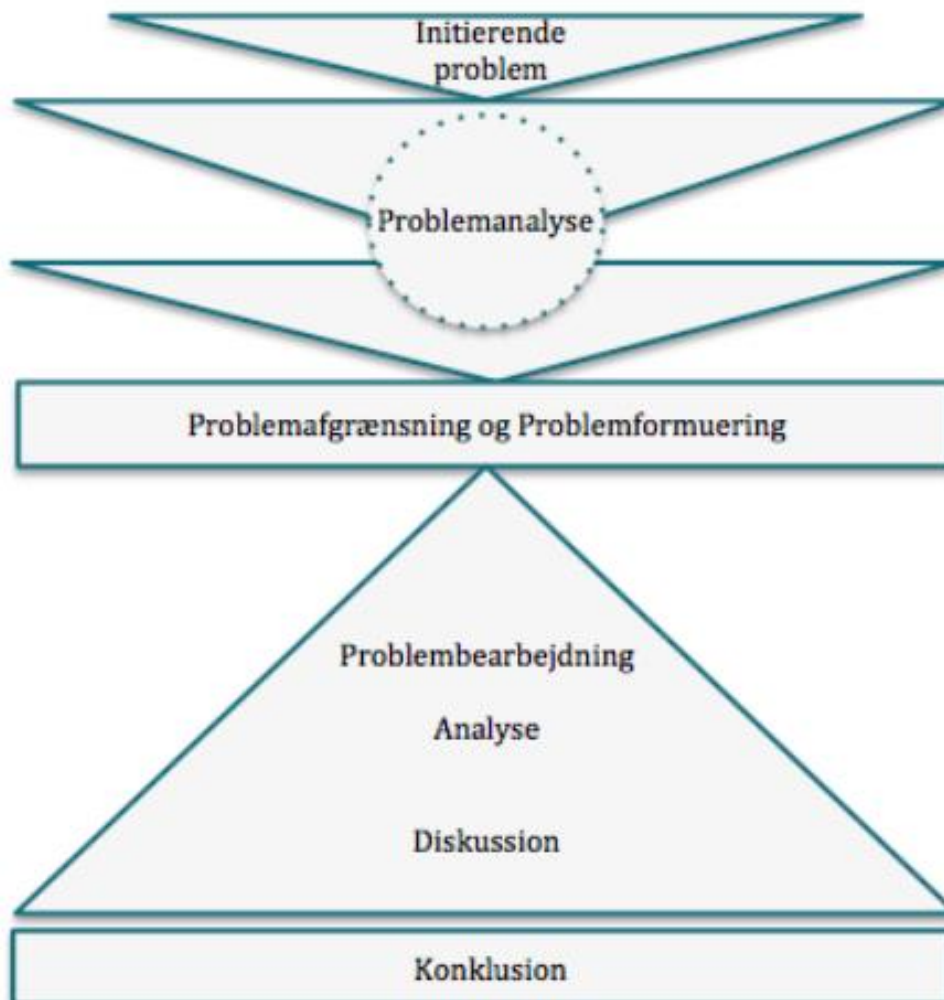
Trine Hartmann Grosen, Veronica Hellum Andersen & Hanne Sophie Rasmussen

Aarhus 2017

Læsevejledning

Brug af teoretiske begreber samt titler på projekter, tilbud og lignende markeres med kursiv.

Opbygning af projektet er gjort ud fra Aalborg modellen.



Indholdsfortegnelse

1	Initierende problem	4
2	Problemanalyse	5
2.1	Forebyggelige indlæggelser af ældre medicinske patienter	5
2.2	Forebyggelige indlæggelser og sammenhængen med underernæring	6
2.3	Patientvejen	8
2.4	De menneskelige omkostninger ved indlæggelser	10
2.4.1	Menneskelige omkostninger for patienten	10
2.4.2	Menneskelige omkostninger for pårørende	11
2.5	Økonomi i forbindelse med forebyggelige indlæggelser i region og kommune	12
2.5.1	De økonomiske konsekvenser af indlæggelser	12
2.5.2	Kommunal medfinansiering	13
2.6	Risikofaktorer for indlæggelse	14
2.6.1	Distale og proksimale risikofaktorer	14
2.7	Forebyggende tiltag med fokus på ernæring og social støtte	17
2.7.1	Forebyggelsesstrategi	19
2.8	Tiltag i Aarhus Kommune	20
3	Afgrænsning og formål	21
4	Problemformulering	22
5	Metode	23
5.1	Det gode måltid som en kompleks intervention	23
5.1.1	Forandring af en kompleks intervention	25
5.1.2	Logisk model af det gode måltid	27
5.2	Videnskabsteori	29
5.2.1	Projektgruppens forforståelse	30

5.3	Teoretisk referenceramme	30
5.3.1	Teoriens rolle i projektet	31
5.3.2	Aaron Antonovskys teori om oplevelse af sammenhæng	31
5.3.3	Måltidsteorien M3	35
5.4	Systematisk Litteratursøgning	36
5.4.1	Valg af databaser	36
5.4.2	Søgestrategi	37
5.4.3	Udvælgelse af litteratur	38
5.4.4	Kvalitetsvurdering	39
5.5	Dataindsamling fra praksiskontakt	39
5.5.1	Ethiske overvejelser ved data fra praksiskontakt	40
5.6	Interessentanalyse	40
5.6.1	Politisk forandring	40
5.6.2	Faser i interessentanalysen	41
5.6.3	Tilpasning af værktøjer	44
5.6.4	Indsamling af information	45
5.6.5	Analyse af interessent matrix	45
5.6.6	Brug af informationen	46
5.7	Semi-struktureret interview	46
5.7.1	Metodologiske overvejelser	46
5.7.2	Informeret samtykke	47
5.7.3	Analysestrategi for interessentanalyse	48
6	Resultater fra litteraturstudiet	50
6.1	Madudbringning	52
6.2	Serveringsform	54
6.3	Mødested	54

6.4	Meninger om mad og måltider blandt ældre i eget hjem	55
6.4.1	Sociale rammer	55
6.4.2	Udfordringer for deltagelse i spisefællesskaber	56
6.4.3	Fysiske rammer ved måltidet	56
7	Interessentanalyse	58
7.1	Analyse af indsamlet information	58
7.2	Præsentation af de udvalgte interessenter	64
7.3	Analyse af semi-strukturerede interviews	65
7.3.1	Position.....	65
7.3.2	Bidrag (håndgribelige og uhåndgribelige ressourcer).....	69
7.3.3	Grad af indflydelse.....	75
7.3.4	Alliance	78
7.3.5	Andre interessenter	78
7.3.6	Bud på forandringer	79
8	Deskriptiv dataanalyse	88
9	Diskussion af metode	91
9.1	Komplekse interventioner som ramme.....	91
9.2	Litteraturstudiet	92
9.3	Interessentanalyse som metode	94
9.4	Interview.....	95
9.4.1	Udarbejdelse af interviewguide	95
9.4.2	Eliteinterview	96
9.4.3	Anonymitet af interessenterne	96
9.4.4	Den kvalitative analysestrategi	97
9.5	Data fra praksiskontakt.....	98
9.5.1	Behandling af data	98

9.5.2	Etiske overvejelser	99
10	Diskussion af interessenternes magt	100
10.1	Interessenter in Aarhus Kommune	100
10.2	Interessenter i civilsamfundet	107
11	Diskussion af resultater	110
11.1	Vejen til det sociale måltid	110
11.2	Rammerne for måltidet	112
11.3	At spise med andre.....	118
11.4	Rekruttering	120
11.5	Udbredelse af kendskabet til det gode måltid.....	123
11.6	Mere end at spise	124
12	Diskussion af teori	127
13	Evaluering af forandringen af det gode måltid	129
14	Konklusion.....	131
15	Referenceliste.....	133
16	Bilag.....	

1 Initierende problem

Risikoen for sygdom og indlæggelser stiger med alderen, dette anses for at være problematisk, da der er fremtidige demografiske udfordringer med en voksende ældre befolkning i Danmark (Christensen et al. 2013; Danmark Statistik 2015). Udgifterne i sundhedsvæsenet kan derfor formodes at stige markant, hvorfor der ses et forandringspotentiale på området, således at disse udgifter holdes nede.

Den ældre medicinske patient her i gennemsnit mere end tre gange højere sundhedsudgifter end den resterende ældre befolkning, disse udgifter går bl.a. til sygehusbehandling (Sundhedsdatastyrelsen 2016b, p.9; Kommunernes Landsforening et al. 2013, p.11). Det ses i 2014, at ca. 50 pr. 1000 ældre blev indlagt med en forebyggelig diagnose, hvor de tilsvarende tal for ældre medicinske patienter ca. var 300 pr. 1000(Sundhedsdatastyrelsen 2016b) (Sundhedsdatastyrelsen 2016b, p.7).

I Aarhus Kommune er de forventede omkostninger for forebyggelige indlæggelser i 2016 28,5 millioner kroner (Mål- og Økonomistyring 2016). Forebyggelige indlæggelser af ældre medicinske patienter ses derved som en økonomisk byrde for kommunen. Derudover ses disse også som en byrde for patienten og dennes pårørende (Dilworth et al. 2012; Enheden for Brugerundersøgelser 2007). Det anses derfor, at det for alle parter, vil være en fordel, at forebygge denne form for indlæggelser. Forebyggelsen anses dog som kompleks, da ældre medicinske patienter er en kompleks patientgruppe, der defineres ud fra mange karakteristika, bl.a. underernæring og manglende social støtte (Sundheds- og Ældreministeriet 2016, p.11).

Problematikken med indlæggelse af ældre medicinske patienter er blevet sat på den politiske dagsorden. Det ses både i udarbejdelsen af sundhedsaftaler (2015-2018) samt den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient (2016-2019) (Sundhedsstyrelsen 2015; Sundheds- og Ældreministeriet 2016). Ligeledes er det på dagsordenen i Aarhus kommunes sundhedspolitik (Aarhus kommune n.d.). Til trods for fokus på forebyggelse af indlæggelser, har procenten af indlagte ældre medicinske patienter været uændret de seneste år (Sundhedsdatastyrelsen 2016a). Årsagen til den konstante indlæggelsesprocent er ikke kortlagt. Samtidigt er det kommunernes ansvar at udvikle borgerrettede tiltag, herunder forebyggende tiltag for forebyggelige indlæggelser (Kommunernes Landsforening et al. 2013, p.120). Forebyggelsespotentialet anses derfor særligt gældende i kommunalt regi.

2 Problemanalyse

Som belyst i initierende problem synes forebyggelige indlæggelser at være et problem for ældre medicinske patienter. Formålet med problemanalysen er således at kortlægge de menneskelige og økonomiske omkostninger, samt de risikofaktorer, der er gældende for ældre medicinske patienter. Idet nuværende indsatser ikke synes tilstrækkelige, afsøges indsatser målrettet forebyggelse af forebyggelige indlæggelser af ældre medicinske patienter. Problemanalysen udmunder derved i en vurdering af en konkret forebyggelig indsats i Aarhus Kommune med et forandringspotentiale.

2.1 Forebyggelige indlæggelser af ældre medicinske patienter

Med henblik på at få en forståelse for forebyggelige indlæggelser samt den ældre medicinske patients karakteristika, udfoldes disse i det følgende.

Indlæggelser er ikke i alle tilfælde uundgåelige eller u hensigtsmæssige, de kan være nødvendige, som et led i et patientforløb i eget hjem eller som led i den sidste livsfase for uhelbredeligt syge (Sundhedsdatastyrelsen 2016a, p.36). I den forbindelse synes det relevant at tale om begrebet "uhensigtsmæssige" indlæggelser. Disse indlæggelser kan inddeles i 3 typer: *forebyggelige*, *forkerte* og *forlængede* indlæggelser. Ældre der indlægges med forebyggelige indlæggelser har ofte en af følgende aktionsdiagnoser¹: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis², brud, ernæringsbetinget blodmangel og tryksår (Sundhedsdatastyrelsen 2016a, p.41). Det anses, at denne form for indlæggelse kunne have været forebygget, hvis indsatsen i kommunerne og/eller i regioner havde været anderledes (Sundhedsdatastyrelsen 2016a, p.41).

I 2014 havde ældre medicinske patienter 300 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre borgere (65+ årige), mens tallet for ældre borgere generelt blot var 50 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 (65+ årige) (Sundhedsdatastyrelsen 2016b, p.7). Ældre medicinske patienter ses derfor som i særlig risiko for forebyggelige indlæggelser.

¹ Aktionsdiagnose: "Den diagnose, der ved udskrivning eller afslutning af patientkontakten bedst angiver den tilstand, der har ført til indlæggelse, plejebehov eller ambulante besøg/forløb, og som er den væsentligste årsag til det gennemførte undersøgelses- og behandlingsprogram"(Sundhedsstyrelsen 2000).

² Gastroenteritis: En mave-tarminfektion, som er forårsaget af virus, hyppigst enten norovirus eller rotavirus. Norovirus smitter gennem mad og vand, men luftbåren smitte er også muligt. Rotavirus forekommer i fæces og har størst smitterisikoen inden for de første 4 dage af sygdommen (Sundhed.dk 2015).

Ældre medicinske patienter er over 65 år og karakteriseret ved at have flere af følgende karakteristika: svær sygdom, komorbiditet (flere samtidige sygdomme), forringet ernæringstilstand, nedsat funktionsevne fysisk og/eller kronisk, begrænset evne til at tage vare på sig selv, polyfarmaci (behandling med flere forskellige lægemidler på én gang), bor alene og/eller har svagt socialt netværk, behov for kommunale støtteforanstaltninger eller sygehusindlæggelse (Sundheds- og Ældreministeriet 2016, p.11). Ældre medicinske patienters karakteristika synes at belyse en kompleks patientgruppe og dette kan medvirke til, at behandlingsforløbet ofte bliver komplekst (Madsen et al. 2016). Ligeledes synes disse karakteristika at belyse en gruppe, der ikke er homogen. I 2014 modtog halvdelen af de ældre medicinske patienter, der har været indlagt mindst én gang, kommunal pleje- og omsorgsydelser i eget hjem (Sundheds- og Ældreministeriet et al. 2016, p.12), hvilket vil sige, at halvdelen af de ældre medicinske patienter i eget hjem er i kontakt med den kommunale sektor. Dette antal kontakter kan skyldes, at der i de nordiske lande er et ønske om, at ældre borgere er længst muligt i eget hjem og modtager pleje- og omsorgsydelser her (Tomstad et al. 2013).

2.2 Forebyggelige indlæggelser og sammenhængen med underernæring

I Aarhus Kommune er der i start 2017 foretaget en undersøgelse af forebyggelige indlæggelser og af de diagnose ældre borgere er blevet indlagt med³ (Aarhus Kommune Analyseenhed 2017). Stikprøven i undersøgelsen bestod af 188 patienter. Fordeling af patienternes diagnoser kan ses i tabel 1.

³ Data stammer fra et audit udtræk der er lavet af Aarhus Kommune analyseenhed til brug i forhold til benchmarking med områderne i Aarhus Kommune

<i>Diagnose</i>	<i>Antal patienter</i>
<i>Lungebetændelse</i>	52
<i>KOL</i>	36
<i>Urinvejsinfektion</i>	35
<i>Andet</i>	32
<i>Brud</i>	25
<i>Dehydrering</i>	8

Tabel 1- Stikprøve fra Aarhus kommune - diagnoser ved indlæggelse

Hos ældre medicinske patienter ses der en sammenhæng mellem underernæring og udvikling af sygdomme, også i forhold til ovenstående diagnoser, dette vil blive fremvist i følgende afsnit.

I det Europæiske Selskab for Klinisk Ernæring og Metabolisme, defineres underernæring som:

”...a state resulting from lack of intake or uptake of nutrition that leads to altered body composition (...) and body cell mass leading to diminished physical and mental function and impaired clinical outcome from disease.”(Cederholm et al. 2016).

Foruden fysisk og psykisk nedsat funktion, som kan lede til sygdom, vil underernæring påvirke håndtering af sygdom (Cederholm et al. 2016). Dog er det formentlig selve sygdommen der gør, at der kan opstå komplikationer, men patientens ernæringstilstand kan være med til at afgøre om patienten får komplikationer (Kost & Ernæringsforbundet & Arla Foods 2014). Underernæring kan føre til sygdomsudvikling, idet underernæring svækker cellernes funktioner og kan lede til dårlig sårheling, dårlig modstand mod infektioner samt svække evnen til at genvinde muskelstyrke (Mowe et al. 1994). Dette skyldes bl.a. mangel på energi, protein, vitaminer og mineraler i kosten (Byrd-Bredbenner et al. 2009, p.662,664-665).

Sammenhængen mellem diagnoserne som indgår i undersøgelsen fra Aarhus kommune og underernæring uddybes yderligere i det følgende. Der er fundet sammenhæng mellem risiko for fald og knoglebrud med D-vitamin underskud fra et utilstrækkeligt indtag i kosten (Suzuki et al. 2008). Desuden ses der en sammenhæng mellem D-vitamin underskud og udviklingen af KOL og lungebetændelse både for udvikling af sygdommene, sygdomskontrol og sygdoms-komplikationer (Odler et al. 2015; Kim et al. 2015). Derudover ses der en risiko for urinvejsinfektion ved

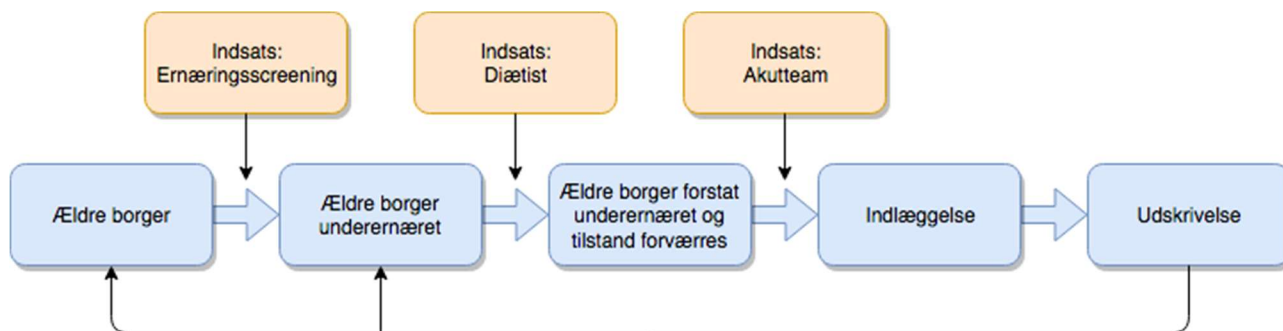
underernæring (Carlsson et al. 2013). Der er ikke fundet en sammenhæng mellem underernæring og dehydrering, dog er der fundet sammenhæng mellem dehydrering og forringet synkeevne, som ligeledes udgør en risiko for underernæring (Hirose et al. 2014). Desuden får mennesker ca. 20% af den daglige væske gennem kosten. Denne væske vil man være i risiko for at mangle, hvis man er underernæret f.eks. fordi man er småtspisende (Byrd-Bredbenner et al. 2009). I undersøgelsen foretaget af Aarhus kommune ses det, at en andel af stikprøven indlægges med diagnosen 'andet'. Det antages at diagnosen 'andet' afspejler en indlæggelse, der ikke direkte kan kobles på en sygdom. Hertil kan begrebet geriatriske symptomer anvendes. Dette defineres som komplekse kliniske symptomer, som er almindelige blandt skrøbelige ældre og som ikke kan tilskrives en specifik sygdom eller syndrom (Hirose et al. 2014). Der ses en kausal sammenhæng mellem geriatriske symptomer og underernæring, således at geriatriske symptomer leder til underernæring (Hirose et al. 2014). Det kan derved udledes, at forebyggelige indlæggelser kan skyldes underernæring.

Ældre medicinske patienter belyses som en kompleks patientgruppe, ofte med mere end én karakteristika. I henhold til at forebygge forebyggelige indlæggelser, synes det fordelagtigt at tage hensyn til disse karakteristika. Desuden har kommunen kontakt med en stor del af denne gruppe, hvilket tyder på et særligt forebyggelsespotential for de borgere, der modtager plejeydelser i eget hjem. Yderligere er der indlæggelser, som ikke kan forebygges og derfor bør fokus være på forebyggelige indlæggelser.

2.3 Patientvejen

Underernæring er i det foregående blevet udledt som værende en af flere risikofaktorer, der kan være årsag til sygdomsudvikling, der kan føre til indlæggelse af ældre medicinske patienter i Aarhus Kommune. Med henblik på at forebygge forebyggelige indlæggelser synes det derfor relevant, at kortlægge den patientvej den ældre medicinske patient befinder sig på. I patientvejen illustreres de punkter hvor der i forvejen sker en forebyggende indsats mod underernæring i Aarhus Kommune.

Patientvejen er forsøgt illustreret i figur 1.



Figur 1- patientvejen for den ældre underernærede borger.

I Danmark screenes der efter uplanlagt vægttab gennem vejning af borgerne og spørgsmål angående vægt i forbindelse med rehabiliteringsophold, hos praktiserende læge, ved forebyggende hjemmebesøg og i hjemmeplejen (Beck 2013). Hvis det vurderes, at borgeren har oplevet et uplanlagt vægttab, skal der efterfølgende benyttes et ernæringsvurderingsskema til yderligere vurdering af borgeren (Beck 2013). Dette er ligeledes gældende i Aarhus kommune (Aarhus kommune n.d.). Denne screening kan ses som første led på patientvejen. Screeningen ses som et forsøg på at opspore de borgere der er i risiko for underernæring. Det er social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter (fremadrettet samlet kaldet SOSU-personalet) og forebyggelseskonsulenten, der registrere ernæringsvurderingsskemaerne, og disse faggrupper spiller en vigtig rolle i forebyggelse af underernæring. Hvor SOSU-personalet ernæringscreenes månedligt (Socialstyrelsen 2013, p. 23), har forebyggelseskonsulenten mulighed for en samtale om borgerens sundhed, herunder ernæring, når de er på forebyggende hjemmebesøg (Aarhus kommune n.d.). Hvis denne indsats ikke virker, er der mulighed for at kontakte en klinisk diætist (Aarhus kommune n.d.).

Hvis borgeren fortsat er underernæret, vil borgeren fortsætte sin vej på patientvejen og risikoen for at udvikle sygdomme øges. Hvis borgerens tilstand bliver akut, kan det sundhedsfaglige personale sende et akut-team ud til borgeren i eget hjem (Aarhus Kommune n.d.). Akut-teamet besidder særlige tværfaglige kompetencer og består af 14 specialuddannede sygeplejersker fra magistratsafdelingen Sundhed og Omsorg. Disse kan inden for få timer iværksætte pleje, observationer og behandling (Aarhus Kommune n.d.). Akut-teamet er således sidste forsøg på en forebyggende indsats for at undgå indlæggelser (Aarhus Kommune n.d.).

Lykkes akut-teamets indsats ikke, vil det resultere i at borgeren bevæger sig videre på patientvejen mod indlæggelse. Den ældre medicinske patient er under indlæggelsen fortsat i risiko for underernæring. Dette kan være pga. patientens manglende appetit, sygdom eller personalets manglende tid til at prioritere ernæring (Kost & Ernæringsforbundet & Arla Foods 2014). En dansk

undersøgelse finder ligeledes, at lavt energiindtag og dermed vægttab ofte fortsætter efter en indlæggelse hos ældre patienter (Beck et al. 2013; Beck et al. 2014), hvilket sætter dem i risiko for fremtidige indlæggelser.

Ved udskrivelse er der risiko for at patienten fortsat er underernæret. Da borgeren ofte er svækket ved udskrivelse, kan en indsats i forhold til vægtøgning være vanskelig (Kost & Ernæringsforbundet & Arla Foods 2014). Derudover kommer ældre medicinske patienter ofte hjem til et tomt køleskab (Kost & Ernæringsforbundet & Arla Foods 2014). Dette øger risikoen for en forværret tilstand og kan resultere i, at patientvejen gentages. Derved kan patientvejen forstås som en spiral, der for hver indlæggelse, forværrer ældre medicinske patienters tilstand og gør dem i større risiko for at blive indlagt igen og igen. Det anses derfor mest langsigtet, at forebygge inden den første indlæggelse, da det formodes, at ældre medicinske patienter, der endnu ikke har været indlagt, har større overskud til deltagelse i et forebyggende tiltag. I forhold patientvejen ses ernærings screening og akutteamet som nuværende forebyggende indsatser mod underernæring. Mulige strategier for forebyggende indsatser beskrives yderligere i afsnit 2.7.1.

2.4 De menneskelige omkostninger ved indlæggelser

Følgende afsnit skal belyse de menneskelige omkostninger for ældre medicinske patienter og deres pårørende for at tydeliggør konsekvenserne af indlæggelser, samt nødvendigheden i at forebygge disse.

2.4.1 Menneskelige omkostninger for patienten

I Danmark foretages der hvert år en landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (LUP). Undersøgelsen fra 2015 viste, at der på tværs af patientgrupperne var en overordnet tilfredshed med patientforløb, men med en mulighed for forbedring i patientinvolvering (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 2015, p.4). Resultaterne er dog ikke specificeret i patientgrupper, og det er derfor ikke muligt at finde patientoplevelser specifikt for den ældre medicinske patient. Idet der synes at mangle viden i dansk kontekst om den ældre medicinske patients oplevelse af at være indlagt, udforskes denne viden i det følgende i en international kontekst.

Et australsk studie finder, at for ældre kan en indlæggelse i sig selv være en stressende og traumatisk oplevelse. Ligeledes kan det være fyldt med magtesløshed, følelsen af mangel på respekt

og ikke at blive hørt (Dilworth, Higgins, & Parker, 2012). Derudover ses det, at ældre patienter ofte føler sig frustreret over ikke at blive informeret om forløbet og at ændringer i behandling foretages uden forklaring (Dilworth et al., 2012). Dette understøttes af et svensk studie der viser, at mange ældre patienter føler, at sundhedsvæsenet giver få muligheder for at deltage i, de beslutninger der skal tages angående pleje og behandling (Andersson, Burman, & Skär, 2011). Denne problematik ses ligeledes i den danske LUP hvor mellem 12 og 24% af patienterne inden for alle patientgrupper oplever "slet ikke" at blive informeret om virkninger og bivirkninger ved ny medicin, de skal tage ved udskrivelse eller ambulante besøg (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 2015, p.5). Samtidig oplever omkring hver tiende patient, at personalet ikke giver dem og deres pårørende mulighed for at deltage i beslutninger om behandling i tilstrækkelig grad (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 2015, p.12). Desuden ser det ud til, at mødet med sundhedsvæsenet kan gøre, at ældre patienter føler sig svigtet, og føler at deres værdier, bekymringer og frygt tilsidesættes (Dilworth et al., 2012).

Da fundene i en international kontekst er fra Sverige og Australien, menes de at kunne overføres til dansk kontekst. Danmark, Sverige og Australien indekseres i FN's Human Development Index som lande med særdeles høj menneskelig udvikling, opgjort efter forventet levetid fra fødsel, gennemsnitlig antal år med skolegang og bruttonationalindkomst per indbygger (United Nations Development Programme 2016, p.198). Komponenterne afspejler således levestandarden for landenes indbyggere, og ældre medicinske patienters levestandard anses derfor sammenlignelig på tværs af landene. Sygehuse i Danmark og Sverige er i lige høj grad ejet af det offentlige (Mossialos et al. 2016, s. 9), og grundlaget for sundhedsydelser på sygehusene er derved sammenlignelige. Sygehuse i Australien er fordelt således at 65% af sengepladser ejes af det offentlige og 35% ejes af det private (Mossialos et al. 2016, s. 9). Ovenstående internationale perspektiver anses derfor sammenlignelig med dansk kontekst, og der ses dermed, at der i Danmark kan være omkostninger for patienten ved indlæggelse.

2.4.2 Menneskelige omkostninger for pårørende

Indlæggelser har ikke blot omkostninger for ældre medicinske patienter men også for deres pårørende. En undersøgelse foretaget i Region Hovedstaden viste, at når en patient indlægges, kan det resultere i forandringer for de pårørende (Enheden for Brugerundersøgelser 2007, p.9). Det konkluderes i undersøgelsen, at forandringerne opstår, da daglige rutiner må ændres og at følelser af sorg og angst fylder i den pårørendes hverdag (Enheden for Brugerundersøgelser 2007, p.9).

Ligeledes kan pårørende, i særdeleshed være praktisk og følelsesmæssigt involveret i indlæggelsesforløbet (Mortazavi et al. 2015; Enheden for Brugerundersøgelser 2007, pp.9–10), hvilket anses som ressourcekrævende for de pårørende. Derudover oplever pårørende, at deres ekspertise og bidrag hverken anerkendes eller værdsættes af personalet på sygehuset (Bridges et al. 2010). Pårørende kan derfor ofte føle sig ekskluderet af personalet, når der skal tages beslutninger (Bridges et al. 2010), hvilket understøttes af den danske LUP (Enheden for Brugerundersøgelser 2007, p.10). Den manglende inddragelse formodes at have konsekvens for pårørendes oplevelse af patientforløbet og afspejler derved en menneskelig omkostning. Forebyggelse af indlæggelser af ældre medicinske patienter anses derfor også relevant af hensyn til de pårørende.

Der er mangel på undersøgelser der udelukkende har fokus på den menneskelige omkostning for den ældre medicinske patient og pårørende ved indlæggelser. I en dansk kontekst ekspliciteres patientgruppen ikke synlig, dog belyser resultaterne fra nationale og internationale undersøgelser, at indlæggelser ofte vil være en belastning både for ældre patienter og for deres pårørende, hvorfor indlæggelser af ældre medicinske patienter bør forebygges.

2.5 Økonomi i forbindelse med forebyggelige indlæggelser i region og kommune

Indlæggelser har ikke kun menneskelige omkostninger, men har også betydning for økonomien i sundhedssystemet. I det følgende vil sammenhængen i økonomien mellem regioner og kommuner blive belyst for at kunne udlede hvor det største incitament for at forebygge forebyggelige indlæggelser findes.

2.5.1 De økonomiske konsekvenser af indlæggelser

I samarbejde mellem regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening udarbejdes der årligt en økonomiaftale, hvor det aftales, hvordan ressourcerne bedst kan anvendes. I økonomiaftalen for 2017 erkendes det, at det begrænsede offentlige råderum de kommende år, stiller krav til regionerne om fortsat at levere god service og velfærd inden for snævre økonomiske rammer (Danske Regioner 2016). Resultatet af økonomiaftalen 2016 blev, at både regioner og kommuner skulle effektivisere og spare milliarder af kroner (Sommer 2015).

I Kommunerne er der således også fokus på at skulle spare og i en rapport fra Aarhus Kommunes økonomiafdeling, fremgår det, at man i Aarhus Kommune i 2016, forventede at have omkostninger i forbindelse med forebyggelige indlæggelser på 28,5 mio. kr. Dette er en omkostning der er et ønske om at nedbringe, og i budgetforliget for 2014 – 2017 besluttede byrådet derfor, at Sundhed og Omsorg gennem forskellige initiativer, skulle forsøge at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser med 20% over en 3 årig periode. Således blev der afsat 7,5 mio. kr. til forebyggelse af forebyggelige indlæggelser i 2017 (Mål- og Økonomistyring 2016). Hvilket ses som at Aarhus Kommune har fokus på forebyggelse af forebyggelige indlæggelser.

2.5.2 Kommunal medfinansiering

Kommunal medfinansiering blev indført i 2007 i forbindelse med strukturreformen. Den betyder, at kommunerne skal betale en del af omkostningerne, når en borger bliver indlagt og genindlagt på et hospital (Vrangbæk & Sørensen 2013). Grundlaget for kommunal medfinansiering var, at skabe et incitament for kommunerne til at øge forebyggende indsatser, for derved at reducere indlæggelser såvel som genindlæggelser (Vrangbæk & Sørensen 2013). Der antages herved, at kommunerne finder grund til at optimere deres strategier for forebyggelse, samtidig med at der sker budgetstramninger (Vrangbæk & Sørensen 2013). For at skabe mindre forbrug af regionale sundhedsydelser, og derved mindske den kommunale medfinansiering, skal der ifølge sundhedsøkonom Kjeld Møller Pedersen leves op til tre forudsætninger. For det første vil det være relevant at undersøge, om der eksisterer uudnyttede substitutionsmuligheder, hvor nye forbedrede kommunale tilbud kan erstatte regionale sundhedsydelser (Pedersen 2013, p.350). Hvis der findes relevante substitutionsmuligheder, er det essentielt at kommunen har kontrol over substitutionsprocessen (ibid.). For det andet, skal den praktiserende læge der træffer afgørelsen om indlæggelser, både kende til kommunernes substituerende tilbud og dernæst også finde tilbuddet fagligt bedre end det der tilbydes i regionalt regi (ibid.). Slutteligt skal de førnævnte økonomiske incitamenter være stærke nok til at drive en substitutionsproces, dvs. det skal koste kommunerne mindre end de 30% de betaler i DRG-takster⁴ for indlæggelser (ibid.). Ud fra de tre forudsætninger anses kommunal medfinansiering som et særligt relevant incitament for, at undgå indlæggelser af ældre medicinske patienter.

⁴ DRG er et aktivitetsbaseret afregningssystem brugt af sygehusene i forbindelse med indlæggelser med eksogent definerede afregningspriser (Pedersen 2013, p.225).

Regionerne har en tendens til at have en kasseøkonomise tænkning i deres budgettering (Sommer 2015). I kasseøkonomi medtænkes blot omkostninger for det enkelte sygehus eller region, og derved ikke patientens eller kommunernes omkostninger (Pedersen 2013, p.448). Dette kan lede til, at varetagelse af ældre medicinske patienter med komplekse sygeforløb, og dermed udgifterne, videregives til kommunerne. Det formodes derfor, at regionerne i mindre grad, har incitament for at forebygge indlæggelser end kommunerne. I det kommunerne, gennem den kommunale medfinansiering, har et økonomisk incitament til at udvikle tiltag, som skal forebygge indlæggelser (Vrangbæk & Sørensen 2013), anses en indsats på kommunalt niveau som fordelagtigt.

2.6 Risikofaktorer for indlæggelse

Med henblik på at forebygge forebyggelige indlæggelser af ældre medicinske patienter, analyseres de risikofaktorer, der prædikterer disse. Dette gøres for at kunne skabe et mere målrettet forebyggende tiltag.

2.6.1 Distale og proksimale risikofaktorer

I folkesundhedsarbejde bliver forebyggelse, på et overordnet niveau betegnet som politikker og tiltag, der skal reducere sygdomsforekomst, funktionsbegrænsning og tidlig død (Vallgård et al. 2014, p.18). Forebyggelsesarbejdet kan endvidere inddeles efter om fokus er på menneskers levekår eller adfærd (ibid., p.19). I Danmark har forebyggelsespolitikken i mange år haft fokus på disse risikofaktorer, omend adfærdens risikofaktorer har haft den største rolle, og levekårs risikofaktorer oftere bliver overset (ibid., p.253). En risikofaktor defineres af regeringen, som et forhold hos den enkelte, livsstilen eller faktorer i det omgivende miljø med en negativ virkning på sundheden og med en dokumenteret sammenhæng til en given sygdom (ibid., p.179). Ifølge Link & Phelan kan risikofaktorer forstås enten som proksimale faktorer, der er nær en given sygdom (f.eks. kost, motion og blodtryk) eller distale faktorer, som ligger længere væk fra en given sygdom (f.eks. sociale faktorer) (Link & Phelan 1995). Dermed ses det, at indsatser som tager afsæt i adfærd, har fokus på proksimale risikofaktorer, mens indsatser der tager mere hensyn til levekår, har mere fokus på distale faktorer.

For at kunne reducere risikoen for sygdom, er det vigtigt at forstå den proces, der fører til eksponering. I det de distale faktorer medvirker til, at de proksimale faktorer opstår, ses de distale faktorer derved som fundamentale risikofaktorer (Link & Phelan 1995). Herved forstås, at personer

som besidder flest ressourcer i form af penge, viden, magt, prestige og interpersonelle ressourcer, som social støtte og socialt netværk bedre er i stand til at undgå risici og sygdom samt konsekvenser af sygdom (ibid.). Det findes derfor essentielt, at få en forståelse for, hvilke faktorer der fører til indlæggelser blandt ældre medicinske patienter.

Link & Phelan understreger, at tiltag med udgangspunkt i proksimale risikofaktorer ikke er fyldestgørende (Link & Phelan 1995). Derudover mener de, at tiltag med fokus på mindre effekt på flere sygdomme ad gangen, har langt større virkning end fokus på en enkelt sygdom (ibid.). Ligeledes, da ældre medicinske patienter er en kompleks patientgruppe, med bl.a. komorbiditet, synes der at være grundlag for ikke at fokusere på en enkelt sygdom. Der ønskes derfor i dette projekt, et fokus på forebyggelige indlæggelse af ældre medicinske patienter generelt og ikke en enkelt sygdomsårsag til indlæggelse.

Som tidligere belyst, bliver ældre medicinske patienter hyppigere indlagt med forebyggelige diagnose, hvorfor karakteristika for denne gruppe også anses som risikofaktorer for indlæggelse. Med afsæt i Link & Phelans teori om fundamentale årsager til sygdom, inddeles risikofaktorer for indlæggelse i proksimale og distale.

2.6.1.1 Proksimale risikofaktorer

De proksimale risikofaktorer kan tilknyttes karakteristika som svær sygdom, komorbiditet, forringet ernæringstilstand, nedsat funktionsevne fysisk og/eller kronisk, begrænset evne til at tage vare på sig selv og polyfarmaci (Sundheds- og Ældreministeriet 2016), da de befinder sig ved eller nær sygdom.

Som fremanalyseret i afsnittet, 2.2 ses der en sammenhæng med ernæringsstatus og forebyggelige indlæggelser, hvorfor underernærede ældre medicinske patienter har en forhøjet risiko for forebyggelige indlæggelse. Denne problematik synes at være relevant i Danmark, hvor en undersøgelse fra kost- og ernæringsforbundet i 2014 fandt, at mere end halvdelen af alle ældre på plejehjem eller omfattet af hjemmepleje var i risiko for underernæring (Kost & Ernæringsforbundet & Arla Foods 2014, p.12). Det antages at ældre medicinske patienter grundet deres karakteristika ofte er omfattet af hjemmeplejen, hvorfor denne målgruppe ses om værende i risiko for underernæring.

2.6.1.2 Distale faktorer for indlæggelse

Karakteristikaene for ældre medicinske patienter, at bo alene og/eller have svagt socialt netværk og behov for kommunale støtteforanstaltninger (Sundheds- og Ældreministeriet 2016), opfattes som distale risikofaktorer for indlæggelse. Et svensk studie, hvis formål er at identificer faktorer der er associeret med indlæggelser over tid, finder at sociale faktorer har betydning for indlæggelse. Her findes, at støtte fra venner var associeret med en mindre risiko for indlæggelse (Hallgren et al. 2016). De påpeger, at deres fund hænger sammen med andre studier, der har fundet, at sociale relationer har en effekt på ældres sundhedstilstand (ibid.). De mener dog, at deres fund står endnu stærkere end tidligere fund, da der i dette studie er kontrolleret for sundhed og sundhedsopførsel (ibid.). Yderligere finder et amerikansk studie, der undersøger hvordan husstandes samlede socioøkonomisk status (SES), har betydning for indlæggelses risikoen (Takahashi et al. 2016). Socioøkonomisk gruppe defineres ved indkomst, uddannelse og erhvervsgruppe (Blakely et al. 2004, p.4). Det findes, at lav SES er associeret med en øget risiko for indlæggelser (Takahashi et al. 2016).

Ud fra at den ældre medicinske patient kan karakteriseres ved at have et svagt socialt netværk og/eller bor alene, anses social støtte som en distal risikofaktor for forebyggelig indlæggelse. Ifølge epidemiologisk sociolog Lisa Berkman karakteriseres socialt netværk som strukturen af de sociale relationer, der omgiver individet og social støtte en psykosocial mekanisme, som kan opstå i det sociale netværk (Berkman et al. 2000). Størrelsen af det sociale netværk afspejler derved ikke nødvendigvis at social støtte er til stede, da det ikke er alle netværk der er støttende (ibid.). Derfor kan det udledes, at social støtte, i højere grad, afspejler kvaliteten af sociale relationer. Særligt for ældre, er der med henblik på sociale relationer fundet, at kvaliteten af det sociale netværk i højere grad påvirker udvikling af sygdom, end antallet af sociale relationer (Antonucci et al. 2014). Således vil sociale relationer af lav kvalitet yde mere støtte under forhold med et højt niveau af stress og mindre støtte under forhold med et lavt niveau af stress (ibid.). Da ældre ofte oplever begge former for stress, f.eks. akut sygdom efterfulgt af en mindre akut periode med rehabilitering, kan det derved ikke antages, at den støtte som er tilgængelig under akut stress, vil være tilgængelig under den mindre stressende periode med rehabilitering (ibid.). Derved har kvaliteten af ældres sociale relationer stor betydning for håndtering af stressende livsbegivenheder. Derudover er det sværere at ændre antallet af sociale relationer hos ældre, da ældre ofte er mere selektive i deres sociale relationer (ibid.). Ældre har en tendens til, at begrænse deres netværk jo ældre de bliver, da

de føler, at der er mindre tid tilbage til at leve, og derfor koncentrerer deres følelsesmæssige energi på de personer, som er vigtigst for dem (ibid.).

Sociodemografiske faktorer som civilstand, uddannelse og indtægt anses som vanskelige at modificere ved projektets målgruppe, idet de færreste ældre ændrer civil status ved at gifte sig (Antonucci et al. 2014), uddannelsesniveau bliver etableret i ung alder (Christensen et al. 2014), og økonomisk status er fastlagt hos ældre (ibid.). Dog kan der i en forebyggende indsats tages højde for disse, og derved gøre indsatsen mere målrettet. Det vurderes dog, at en af de fundne sociodemografiske faktorer, social støtte og kvaliteten heraf, vil være muligt at påvirke hos ældre medicinske patienter.

I lighed med Link og Phelans teori, fundamentale årsager til sygdom, er der behov for at se forebyggelige indlæggelser som en del af et samlet forløb over tid og ikke en enkeltstående begivenhed. Derfor anses det fordelagtigt, at medtænke de distale sociodemografiske faktorer ved forebyggelse af forebyggelige indlæggelser. Dog skal det ikke negligeres, at en forebyggende indsats for forebyggelige indlæggelser, med fokus på proksimale risikofaktorer kan have effekt, men denne effekt skal forstås som kortsigtet. Denne form for forebyggelse forstås som kortsigtet, da den fundamentale årsag til, at den proksimale risikofaktor opstod i første omgang, ikke er forebygget. Et forebyggende tiltag med fokus på distale faktorer, som f.eks. social støtte, enten alene eller i en kombination med proksimale risikofaktorer, synes derved at have en mere langsigtet og bæredygtig effekt.

2.7 Forebyggende tiltag med fokus på ernæring og social støtte

Det er i gennem problemanalysen identificeret at underernæring er en risikofaktor for forebyggelige indlæggelser af ældre medicinske patienter. Yderligere ses det, at interventioner der har det formål at forebygge indlæggelser, bør have fokus på både proksimale og distale faktorer. Dog kan der være vanskeligheder forbundet med at inddrage distale faktorer i en intervention med ældre medicinske patienter som målgruppe, da det er vurderet, at flere distale faktorer ikke kan påvirkes i en sen alder. Dog er der identificeret en mulighed for at inddrage social støtte i en sådan intervention. Formålet med dette afsnit er derfor at belyse sammenhængen mellem ernæringsstatus og social støtte for at

undersøge, om social støtte kan sænke risikoen for fejlnæring og dermed sænke antallet af forebyggelige indlæggelser af ældre medicinske patienter.

En svensk undersøgelse har i 2004 forsøgt at beskrive de faktorer, der har betydning for ældres appetit (Wikby & Fägerskiöld 2004). Det påpeges i studiet, at ernæringsmæssig sundhed er en serie af kulturelle og sociale aktiviteter, da det at forberede og spise mad er en social begivenhed for de fleste mennesker (ibid.). Dette understøttes af forskere fra New Zealand, der som baggrund for deres studie mener, at det at spise er en social aktivitet og at fødevarer indtaget stiger hvis man spiser i en social sammenhæng (Wham et al. 2011). Wikby & Fägerskiöld finder, at madens smag og tilberedning, den ældres humør og omgivelserne hvori der spises, har betydning for den ældres appetit (Wikby & Fägerskiöld 2004). Yderligere finder studiet, at de ældres appetit øges når de spiser sammen med andre, både venner og familiemedlemmer. I de situationer hvor de ældre måtte spise med personer der var forskellige fra dem selv, foretrak den ældre også det frem for at spise alene (ibid.). Disse fund bakkes op af de New Zealandske forskere (Wham et al. 2011) der finder, at en stor risikofaktor for at være fejlnæret, var det at spise alene og de deltagere der boede alene, var i yderligere risiko for fejlnæring (ibid.). Et irsk studie understreger, at andre har fundet en sammenhæng mellem det at bo alene og være i større risiko for dårlig ernæringstilstand, men at deres studie ikke kan støtte disse fund. Dog fandt de, at dårlig mobilitet var associeret med større risiko for dårlig ernæringstilstand og at mobilitets tilstanden var associeret med social isolation. Der konkluderes, at der er evidens for at social støtte er vigtigt i forhold til ældres sundhedsstatus, men at det ikke nødvendigvis er værre at bo alene og at ældre der har et afsavn for sociale aktiviteter er i større risiko for at blive underernærede (Romero-Ortuno et al. 2011).

Også danske forskere har fundet det interessant at se på ældres ernæringsindtag og social støtte. Således har et forskningsstudie fra Aarhus Universitet, *Meninger om mad og måltider blandt ældre i eget hjem* (Bjerge et al. 2017) fundet, at dobbelt så mange enlige ældre som samboende ældre angiver at de deltager i fællesspisning, ligesom der er en tendens til at enlige ældre også finder det mere attraktivt at indgå i koncepter såsom spisevenner end ældre samboende gør. 83% af de ældre deltager aldrig i madfællesskaber, hvilke for 71% af enlige og 86,8% af samboende ældre forklare den manglende deltagelse, at de ikke føler behov for det. Derudover har 16,7% enlige og 4,1% samboende ældre svært ved at komme udenfor hjemmet og blot 3-5% finder det grænseoverskridende at deltage i madfællesskaber (ibid.).

Studierne tyder på, at social støtte har betydning for hvor meget og hvad den ældre spiser og at det muligvis er en særlig risikofaktor, at den ældre selv savner social støtte. Desuden findes, at dårlig

mobilitet både er associeret med dårligere ernæringstilstand og risikoen for social isolation. Derudover ses det i dansk kontekst, at der ikke er mange ældre der deltager i sociale måltidsfællesskaber, og begrundelsen herfor er et manglende behov, samtidig ses det dog, at større andel af enlige kan have svært ved at komme uden for hjemmet.

2.7.1 Forebyggelsesstrategi

Idet ældre medicinske patienter anses for at være komplekse patienter, synes der at være grundlag for en højrisikostrategi, der retter sig netop mod denne gruppe. En højrisikostrategi synes desuden fordelagtig, da den kan have fokus på målgruppens levekår og adfærd, altså både distale og proksimale risikofaktorer (Vallgård et al. 2014, p.20). En højrisikostrategi kan opdeles i primær, sekundær og tertiær forebyggelse (ibid., p.19). Den primære skal forhindre at problemet opstår, den sekundære skal forhindre at det udvikler sig, mens den tertiære skal forhindre at det får alvorlige følger eller at patienten får et tilbagefald (ibid., p.19). Idet der er tale om forebyggelse af at ældre medicinske patient bliver indlagt, og dermed at forebygge at problemet opstår, kan dette ses som primær forebyggelse. Derudover kan det også ses som sekundær forebyggelse, da ældre medicinske patienter i forvejen har udviklet en sygdom, og at forebyggelsen ønsker at undgå videreudvikling af denne sygdom.

Ved at anvende en højrisikostrategi, er der fordele særligt for målgruppen, idet strategien indebærer udvikling af interventioner eller tiltag, som er tilpasset den specifikke målgruppe (Rose 2001). Et tiltag med fokus på ældre medicinske patienter formodes derved at mindske risiko for indlæggelse, da strategien vil beskytte højrisiko populationen på individniveau (ibid.). En højrisikostrategi vil desuden give en mere omkostningseffektiv brug af begrænsede ressourcer (ibid.). En omkostningseffektiv indsats betyder mest mulig effekt i form af sundhed for mindst mulig omkostning (Pedersen 2013, p.438). Det vil derved være mest effektivt at placere sundhedsydelser hvor behovet og derved gavnen er størst (Rose 2001), hvilket ses som en fordel for kommunernes økonomi. Dette giver kommunerne et økonomisk incitament for at investere i højrisikostrategi tiltag.

2.8 Tiltag i Aarhus Kommune

I det der ses en sammenhæng mellem social støtte og underernæring, og at det er fundet relevant at gennemføre en højrisikostrategi i kommunalt regi, undersøges tiltag i Aarhus Kommune med fokus på social støtte og måltidet.

I Aarhus Kommune arbejdes der for at bekæmpe ensomhed gennem spisefællesskaber (Aarhus Kommune 2015). Formålet med projekt *Spisevenner* er at skabe fællesskaber med måltidet som samlingspunkt spisefællesskaber (Aarhus Kommune 2015). Spisevenner kan mødes 1:1, eller i små eller større grupper (Aarhus Kommune 2015). Selvom projekt *Spisevenner* i Aarhus Kommune er startet for at bekæmpe ensomhed, anser dette projekt det som et forsøg på at koble måltidet og socialstøtte. Inspireret af *Spisevenner* har Aarhus Kommune etableret et projekt under navnet *Udvikling af rammer for det gode måltid for ældre i Aarhus Kommune 2017 (det gode måltid)*. Her ønskes det, at ældre bliver tilbudt måltidsfællesskaber eller mad udflugter til en af lokalcentrenes cafeer. Projektet har derved fokus på social støtte omkring måltidet og har som overordnet formål at forebygge indlæggelser og genindlæggelser blandt ældre, grundet underernæring. Dette projekt er rettet mod ældre, som i forvejen modtager mad fra Aarhus Kommunes måltidstilbud. Projekts formål er at danne et vidensgrundlag for hvad der har betydning for ældres appetit og måltider samt at se på hvordan faggrupper samarbejder omkring måltidet (Folkesundhed Aarhus 2017). Projektet er et af flere projekter i Aarhus Kommune der har samme formål, men det synes at være et godt eksempel på hvordan en kommune kan sammensætte et socialt måltidstilbud. Der er endnu ikke foretaget en evaluering af projektet, men indtil videre, er der ifølge projektlederen, ikke den forventede tilslutning.

3 Afgrænsning og formål

Dette projekt fokuserer på forebyggelse af forebyggelige indlæggelser af ældre medicinske patienter. Ældre medicinske patienter synes at have karakteristika der gør, at deres behandlingsforløb ofte bliver komplekse (Madsen et al. 2016). Yderligere ses det, at halvdelen af de ældre medicinske patienter er i kontakt med den kommunale sektor. Der synes derfor at være et forebyggelsespotentiale for den ældre medicinske patient i kommunalt regi.

Dette projekt ser på forebyggelige indlæggelser, da der her er tale om, at indlæggelserne kunne have været forebygget hvis indsatsen i kommune og/eller regionerne havde været anderledes (Sundhedsdatastyrelsen 2016a, p.36).

Der synes at være flere risikofaktorer i spil i forhold til, om ældre medicinske patient er i risiko for forebyggelige indlæggelse, dog er det problemanalysen belyst, at der i en forebyggelsesstrategi ikke udelukkende bør være fokus på proksimale risikofaktorer, da dette anses som kortsigtet forebyggelse. Strategierne bør derimod være rettet både mod proksimale og distale risikofaktorer. Der er i problemanalysen belyst, at særligt fokus på ældre medicinske patienters ernæringstilstand synes at have effekt i forhold til forebyggelige indlæggelser. Desuden ses det, at den distale faktor social støtte, synes at være en af de få distale faktorer, der er mulighed for at påvirke i forhold til målgruppen.

I Aarhus kommune findes *Spisevenner*, der anses for at være et forsøg på at koble måltidet og socialstøtte. Her har ældre der er visiteret til mad fra kommunen mulighed for at spise sammen med andre. Som et projekt der bygger videre på ideen fra *Spisevenner* er *Udvikling af rammer for det gode måltid for ældre i Aarhus Kommune 2017*. Projektet ses som et forsøg på at udbrede et socialt måltidstilbud yderligere. Dog tilbydes det stadig kun til borgere, der er visiteret til madservice.

Nærværende projekt ønsker at skabe mulighed for, at det ikke blot er ældre som er visiteret til madservice, men også dem som modtager en form for pleje fra kommunen, og som kommunen dermed har kontakt til i forvejen, tilbydes et socialt måltidstilbud.

Det findes derfor relevant at undersøge hvordan projekt *Udvikling af rammer for det gode måltid for ældre i Aarhus Kommune 2017*, kan forandres således at flere ønsker og får mulighed for at deltage, således at forebyggelige indlæggelser forebygges.

4 Problemformulering

Hvordan kan Aarhus Kommunes sociale måltidstilbud *det gode måltid*, forandres således at flere ældre får mulighed for og ønsker at benytte sig af dette tilbud, der både kan understøtte korrekt ernæring og mulighed for social støtte og dermed forebygge forebyggelige indlæggelser af ældre medicinske patienter?

For at besvare problemformuleringen, undersøges tilhørende forskningsspørgsmål ved hjælp af henholdsvis litteraturstudie (1), deskriptiv databehandling (2) og interessentanalyse (1 og 2).

1. Hvordan kan social støtte integreres i et måltidstilbud rettet mod ældre?
2. Hvilke fremmede faktorer og udfordringer er der i forhold til udarbejdelse af et socialt måltids tilbud, der henvender sig til ældre medicinske patienter og ligeledes ældre generelt?

5 Metode

Med henblik på at give gennemsigtighed i projektets metodiske overvejelser, vil der i det følgende redegøres for projektets ramme, videnskabsteoretiske tilgang, metoder til indsamling af empiri, samt for de videnskabelige metoder der er anvendt til bearbejdning og analyse af den indsamlede empiri.

5.1 *Det gode måltid som en kompleks intervention*

Komplekse interventioner er karakteriseret ved, at indeholde flere interagerende komponenter (Østergaard & Maindahl 2016). Disse komponenter forstås i *det gode måltid* som social støtte, selve måltidet samt det individuelle behov som ældre har, for at blive klar til fællesspisningen og i det hele taget i at ville deltage.

En anden karakteristika for en kompleks intervention er, at den interagerer med den kontekst interventionen udføres i (Østergaard & Maindahl 2016), hvilket vil sige, at en intervention i Aarhus Kommune ikke nødvendigvis vil have samme effekt blandt ældre i en anden kommune eller borgerne imellem i Aarhus Kommune.

Derudover karakteriseres en kompleks intervention ved, at den ofte består af en tværfaglig indsats (Østergaard & Maindahl 2016). Som fremanalyseret i problemanalysen, er der flere forskellige faggrupper involveret i den ældres patientvej. Der ses desuden, at det er en kombination af faggrupper, som rekrutterer og hjælper med at gøre ældre i stand til at deltage i *det gode måltid*. Udvikling og implementering af en kompleks intervention vil ofte foregå på flere forskellige niveauer, og derfor er det vigtigt at tage hensyn til disse niveauer (Craig et al. 2008). Med inspiration fra McLeroy et al., ses de niveauer som kan indgå i en komplekse intervention i figur 1.



Figur 1 Socio-økologisk model over niveauer, som kan indgå i en kompleks intervention, med inspiration fra (McLeroy, K., Bibeaus, D., Steckler, A., Glanz 1988).

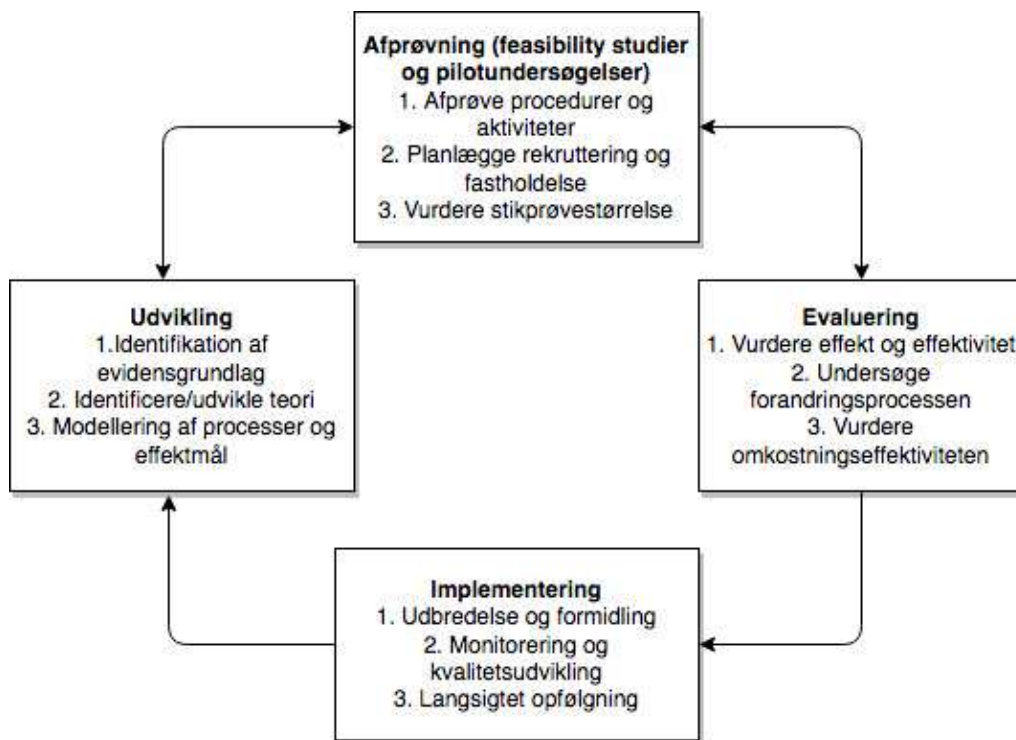
I dette projekt indgår den ældre medicinske patient i det individuelle niveau, da interventionen er rettet mod denne målgruppe. Det vurderes, at de karakteristika der er gældende for ældre generelt, ligeledes er gældende for ældre medicinske patienter. Når der fremadrettet refereres til ældre, indgår ældre medicinske patienter derfor i denne gruppe.

I det interpersonelle niveau indgår individets formelle og uformelle sociale netværk, hvor det formelle kan være den ældres hjemmehjælper eller plejepersonale og det uformelle kan bestå af familie, venner og bekendte. I det sociale institutioner med organisatoriske karakteristika ses som det institutionelle niveau (McLeroy, K., Bibeaus, D., Steckler, A., Glanz 1988), er det institutionelle niveau i dette projekt Aarhus Kommune. I lokalsamfundet indgår relationen mellem organisationer, institutioner og uformelt netværk inden for et defineret område (ibid.), hvilket i dette projekt ses som civilsamfundet, hvori bl.a. de frivillige i Aarhus Kommune indgår. Det offentlige politiske niveau inkluderer lokal-, regional- og landspolitik (ibid.). I dette projekt ses det offentlige politiske niveau som bl.a. byrådet, idet de er beslutningstagere for den lokale politik.

Udvikling af en komplekse intervention vil ofte tage udgangspunkt i et behov for forandring. I det forandringen kræver inddragelse af flere komponenter, er kontekstafhængig, består af en tværfaglig indsats samt foregår på flere af niveauer, anses *det gode måltid* som kompleks. Komplekse interventioner benyttes således som ramme for nærværende projekts metodologi.

5.1.1 Forandring af en kompleks intervention

For at kunne forandre *det gode måltid* henledes der opmærksomhed mod fase 1 (udvikling og evaluering) og fase 2 (feasibility og pilottest), i stadierne af en kompleks intervention.



Figur 2 Stadier i en kompleks intervention(udarbejdet ud fra (Østergaard & Maindahl 2016) .

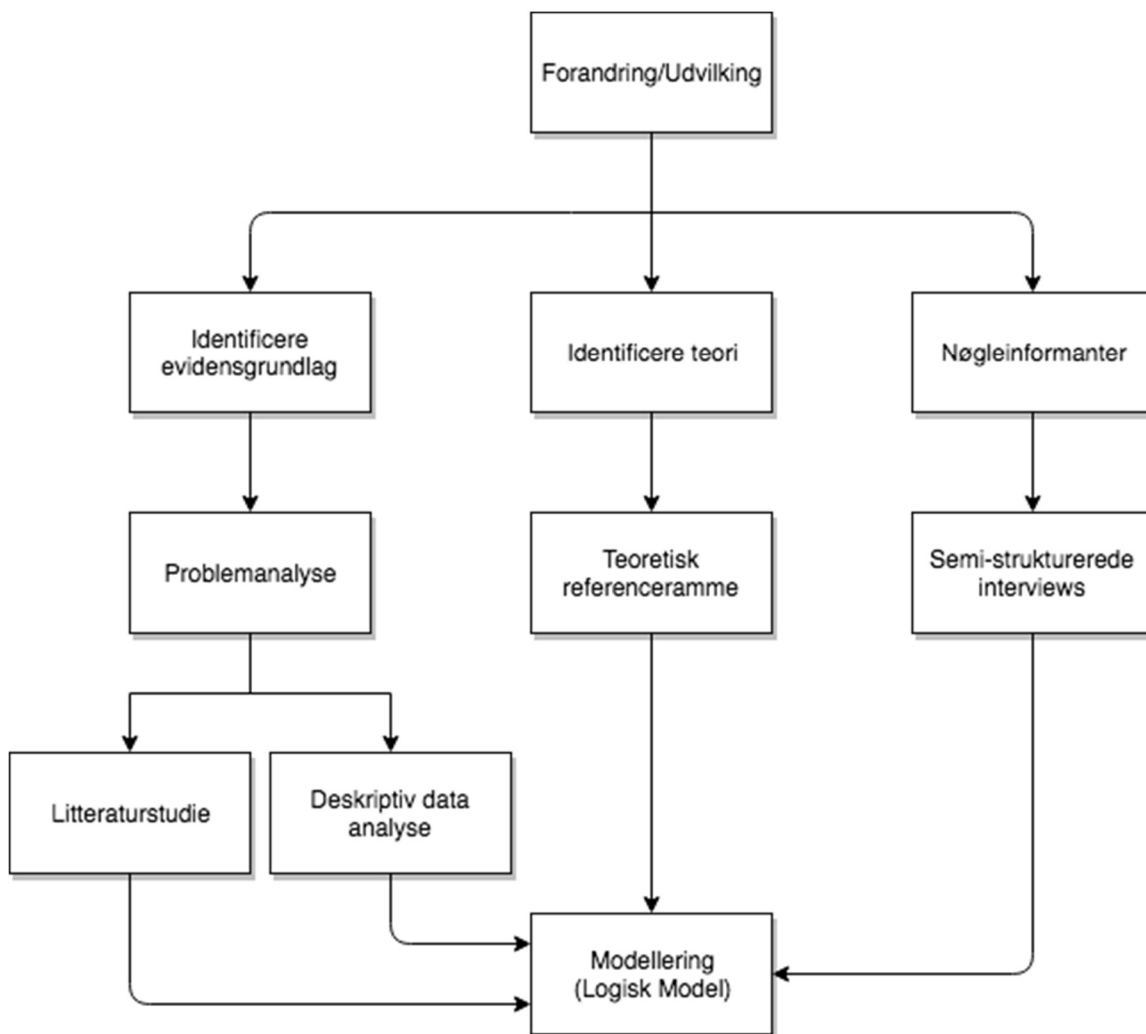
I den første fase udvikles den komplekse intervention og metoden for evaluering planlægges (Østergaard & Maindahl 2016). Udviklingen af interventionen bliver efterfulgt af afprøvning og evaluering, hvor det kan vise sig at være nødvendigt at gå tilbage til udviklingsfasen og justere interventionen eller evalueringsplanen (ibid.). *Det gode måltid* har på nuværende tidspunkt været i gang i et halvt år og ses derved som værende i afprøvningsfasen. Nærværende projekt går tilbage til udviklingsfasen, for at kunne komme med forandringsforslag til projektet, hvor overvejelser om evaluering indgår. Ligeledes indgår der overvejelser inden for afprøvningsfasen, med henblik på rekruttering og fastholdelse.

På baggrund af succesfuld afprøvning og evaluering, kan interventionen blive implementeret, hvor det derefter kan være nødvendigt at gå tilbage til udviklingsfasen til nytænkning (ibid). Idet alle fire stadier i komplekse interventioner indgår i en cirkulær proces (ibid.), indgår overvejelser omkring det resterende tre stadier i forandringsperspektivet.

Da fokus i dette projekt hovedsageligt er på udviklingsfasen, fungerer de tre delelementer i udviklingsfasen som struktur for projektet;

1. Identifikation af evidensgrundlag ift. problemfelt og eksisterende interventioner.
2. Identificere/udvikle teori.
3. Modellering af processer og effektmål (Østergaard & Maindahl 2016).

Et overblik over hvorledes elementerne i udviklingen af en kompleks intervention indgår i nærværende projekt, ses i nedenstående figur (figur 3).



Figur 3 Overblik over elementerne i udviklingen af en kompleks intervention samt deres indbyrdes relation.

Identificering af evidensgrundlaget er i første omgang baseret på afsøgning af problemfeltet i problemanalysen. For at kunne identificere forandringsforslag til *det gode måltid* foretages et

litteraturstudie, hvori der afsøges inspiration til forandring i form af eksisterende social måltidstilbud.

Den deskriptive dataanalyse foretages på baggrund af et struktureret interview, hvor ældre bl.a. bliver spurgt til hvorvidt de vil deltage i *det gode måltid*. Analysen giver derved et indblik i fremmede faktorer og udfordringer i forbindelse med deltagelse blandt målgruppen.

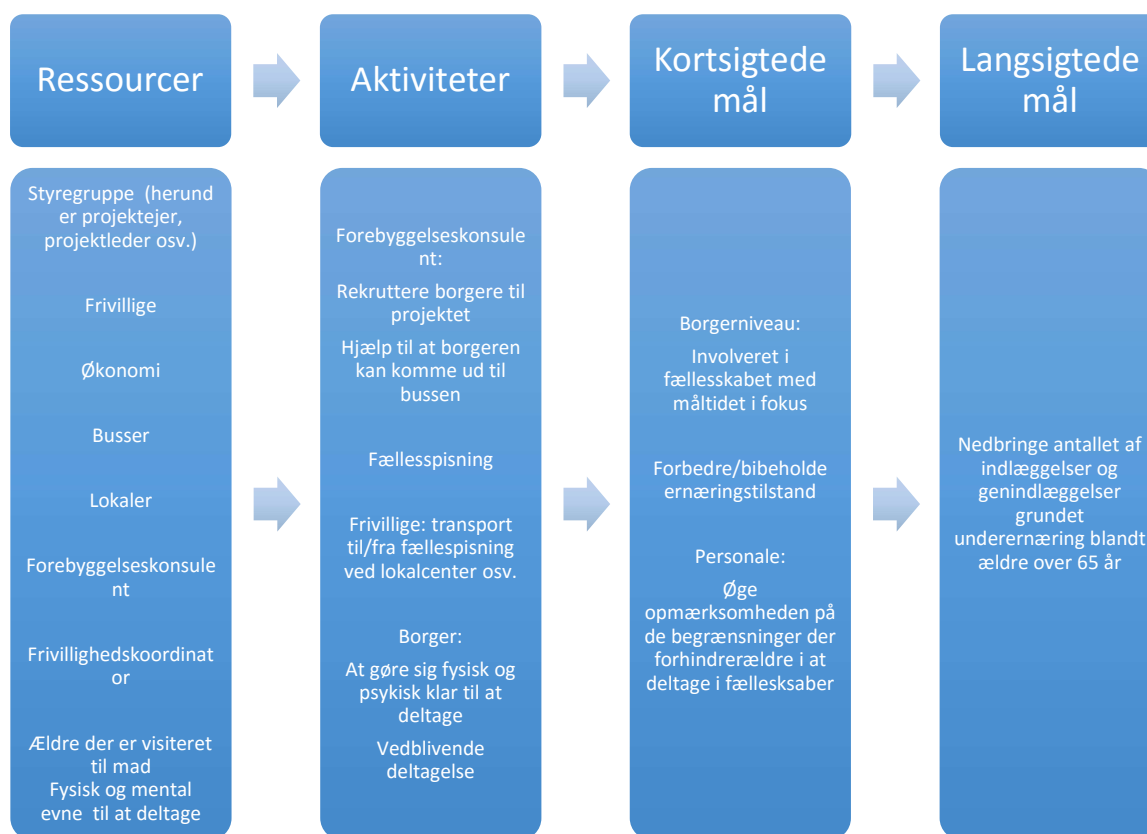
Teori, som anvendes som teoretisk referenceramme, præsenteres i afsnit 6.3. Teorien kan være med til at forstå og håndtere problemet (Østergaard & Maindahl 2016), heri hvorledes forandring kan lade sig gøre.

Udover analyse af problemfeltet, litteraturgennemgang og teori, inddrages nøgleinformanter i en kompleks intervention, for at kunne målrette interventionen til målgruppen (Østergaard & Maindahl 2016). Således vurderes det at nærværende projekt, afspejler den handlingsrettede forskningstype. I denne forskningstype ønskes det at udvikle eller forandre, hvor de udforskede, inddrages i processen (Launsø et al. 2011, p.33). De udforskede ses i nærværende projekt som nøgleinformanter. Nøgleinformanterne i dette projekt vil bestå af fagpersoner og beslutningstagere, som har en interesse i *det gode måltid*. Disse interessenter vil indgå i en interessentanalyse, hvori der udføres semi-strukturerede interviews. Det ønskes, at interessenterne skal bidrage til vurdering af, hvorledes projektets forandringsforslag kan muliggøres, som udledes af en magtanalyse.

Litteraturstudiet, den deskriptive dataanalyse, samt interessentanalysen skal derudover tilsammen bidrage med, at belyse hvilke fremmede faktorer og udfordringer, der kan være tilstede i forbindelse med udviklingen af et socialt måltidstilbud.

5.1.2 Logisk model af det gode måltid

For at kunne synliggøre processen fra formål til effekt af en komplekse intervention, udarbejdes en logisk model (Østergaard & Maindahl 2016), heri indgår elementerne i *det gode måltid*. Modellen viser systematisk og visuelt forholdet mellem ressourcer, planlagte aktiviteter og forventede resultater (W.K. Kellogg Foundation 2004). Ligeledes synliggøres de niveauer, som *det gode måltid* agerer i, jf. figur 1. Ud fra en uformel samtale med projektleder samt projektbeskrivelsen til *det gode måltids* (bilag 1), er de nuværende elementer i *det gode måltid* indsat i nedenstående logisk model (figur 4). Formålet er, at få et indblik i de nuværende virkningsmekanismer i projektet.



Figur 4 - Logisk model af nuværende ressourcer, aktiviteter og mål og det gode måltid.

Ud fra projektbeskrivelsen samt samtalen med projektlederen fremgår det, at det overordnede formål med projektet er, at nedbringe antallet af indlæggelser og genindlæggelser grundet underernæring blandt ældre over 65 år. De mere kortsigtede mål er, at få de ældre involveret i fællesspisning med måltidet i fokus og derved forbedre eller bibeholde deres ernæringstilstand. Derudover har projektet som mål, at øge opmærksomheden på de begrænsninger der forhindrer ældre i at deltage i fællesskaber. Tilbuddet består af, at samle ældre borgere som er visiteret til mad fra kommunen til fællesspisning, ved at tilbyde bustransport fra hjemmet til fællesspisningens lokalitet. Fællesspisning foregår for det meste ved det nærmeste lokalcenter, men det kan også være et sted efter borgernes ønske. Rekruttering sker gennem forebyggelseskonsulenterne, som samtidig er med til at hjælpe borgerne, som har behov for det, med at komme ud til bussen. Desuden er frivillige en essentiel del af projektet, da de skal være med til at køre bussen samt deltage i fællesspisningen. Projektets aktiviteter kræver visse ressourcer, som fremgår i ressource kolonnen i den ovenstående logiske model (figur 4). På baggrund af projektets analyse og diskussion af resultater udformes en revideret logisk model, hvori forandringsperspektivet indgår.

5.2 Videnskabsteori

Gennem dataindsamlingen tages der afsæt i to forskellige videnskabsteoretiske rammer. Ud fra den deskriptive dataanalyse tages der afsæt i positivisme, hvor litteraturstudiet og de semi-strukturerede interviews tager afsæt i hermeneutikken.

Som en del af analysen, der har til formål at udpege hvilke fremmede faktorer og udfordringer, der kan være i forbindelse med et socialt måltidstilbud, analyseres data fra praksiskontakt, indsamlet vha. en struktureret spørgeguide. Spørgeguiden er sammensat af forskellige spørgsmål omhandlende ældres sociale relationer, måltider og forhold til lokalcentre (bilag 2). Idet svarene til disse spørgsmål bliver analyseres deskriptivt, anses dette som inden for den beskrivende forskningstype. I den beskrivende forskningstype udforskes f.eks., hvorledes et fænomen fordeler sig over en population (Launsø et al. 2011, p.13). I nærværende projekt, anvendes data bl.a. til at se på fordelingen af, hvor ofte ældre spiser med familie og venner. Data ligger derved op til en positivistisk tilgang, hvor der vil være fokus på, at beskrive de fænomener, der gør sig gældende og forudsætter en objektiv virkelighed (ibid., p.58).

Der tages afsæt i den hermeneutiske tilgang i litteratursøgningen og de semistrukturerede interviews som anvendes i interessentanalysen.

Et af hermeneutikkens grundbegreber er forforståelse (Birkler 2005, p.96). Forforståelse er ifølge filosofen Hans-Georg Gadamer (Gadamer), menneskers fordomme, forventninger og formeninger, som kendetegner vores måde at være tilstede på (ibid.). Forforståelse skaber en samlet horisont, som mennesket fortolker alt med (ibid., p.98). Gruppens forforståelse er derved tilstede ved udvælgelse af artikler i litteraturstudiet samt i udarbejdelsen og analysen af de semistrukturerede interviews.

Et andet centralt begreb i hermeneutikken er den hermeneutiske cirkel, som omhandler, at mennesker på baggrund af deres forforståelse kan skabe en ny forståelse (Birkler 2005, p.98). Det foregår ved, at der er et cirkulært forhold mellem helhedsforståelse og delforståelse, hvor helheden kun forstås i kraft af delene og delene kun forstås hvis helheden inddrages (ibid.). Det er ikke muligt at møde andre fordomsfrit, da forforståelsen vil være på spil (ibid., p.99). Dette er gruppen bevidste om ved udførelse af de semistrukturerede interviews. I mødet må forforståelsen sættes i parentes, så der er mere åbenhed overfor andres forståelse, og gennem samtalen bliver helhedsforståelsen således revideret (ibid., p.98). Det forventes derfor, at gruppen opnår en

helhedsforståelse i analysen af interviewene. Heri sker der en horisontsammensmeltning, hvor forståelsen deles (ibid., p.101). Det er derved ikke kun gruppen som får revideret deres helhedsforståelse, men også interessenterne som bliver interviewet.

5.2.1 Projektgruppens forforståelse

Forskernes forforståelse er med til at påvirke den viden, som bliver genereret i projektet. Det er derfor essentielt, at være bevidst om forskernes forforståelse inden forskningen påbegyndes (Birkler 2005, p.103). For at blive bevidste om projektgruppens forforståelsen blev holdninger til målgruppen, sociale måltidstilbud, herunder *det gode måltid*, og konteksten diskuteret.

Da to af gruppemedlemmerne, i et forrige projekt, har arbejdet med ældre demente, havde de en forforståelse for ældre som målgruppe ift. etiske overvejelser og udfordringer. På tværs af gruppemedlemmerne var der en forståelse for, at se de ældre som eget individ og derved have respekt for borgeren. Derudover sås ældre som en bred målgruppe, og en af medlemmerne havde en holdning til, at jo ældre folk bliver jo mere forskellige er de.

I forbindelse med diskussion af *det gode måltid* havde alle gruppemedlemmerne en idé om, at alle ældre ville have lyst til at deltage i tilbuddet men omvendt, at ikke alle har lyst til at spise med fremmede. Denne forforståelse blev efterfulgt af, at der er en holdning til, at mennesker har behov for sociale relationer. Der var derudover også en forforståelse for, at forebyggelseskonsulenterne og SOSU-personalet har travlt og at denne udfordring muligvis ville komme i spil.

I diskussion omkring Aarhus Kommune som organisation var der konsensus om, at den ses som en stor og kompleks kommune, hvori forandring af tiltag vil blive komplekst.

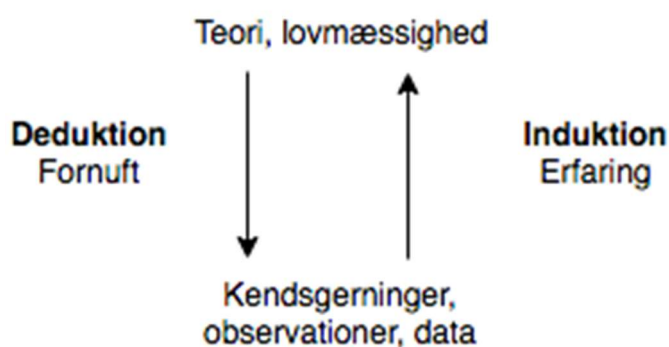
Ovenstående forforståelse udfordres løbende undervejs, hvor denne be- eller afkræftes.

5.3 Teoretisk referenceramme

I følgende præsenteres projektets teoretiske referenceramme. Denne danner, som nævnt i ovenstående, udgangspunkt for analysen af projektets empiri fra litteratur og dele af interview-empirien. Antonovskys teori om mestring og OAS samt måltidsteorien M3 bringes i spil for at forstå de fremmede faktorer og udfordringer, der kan eksistere hos ældre medicinske patienter i forhold til at deltage i et socialt måltidstilbud.

5.3.1 Teoriens rolle i projektet

I projektets problembearbejdning er der ved datagenerering, tilstræbt at arbejde induktivt. Dette ved at have en åbenhed overfor hvad empirien viser (Vallgård, Signild, Koch 2012 s. 241), både i forhold til litteraturstudiet, data fra praksiskontakt og interviewene som indgår i interessentanalysen. I problembearbejdningen bliver empirien fra litteraturstudiet og dele af interview-empirien diskuteret med inddragelse af Aaron Antonovskys (Antonovsky) teori om mestring og oplevelse af sammenhæng (OAS) samt måltidsteorien M3. Disse teorier inddrages for at kunne forstå fremmede faktorer og udfordringer hos ældre, i forhold til at deltage i et socialt måltidstilbud. Denne brug af teori fører til, at der i problembearbejdningen er arbejdet deduktivt (Vallgård, Signild, Koch 2012 s. 242). Der arbejdes således både induktivt og deduktivt i projektet. Sammenhængen mellem de to tilgange ses i figur 5.



Figur 5 Model over forholdet mellem induktion og deduktion (udarbejdet ud fra (Birkler 2005, s. 74)

Teori kan ifølge Klaus Høyer, forsker i medicinske videnskabs- og teknologistudier (Navne 2017), anvendes i projekter som repræsentation, dåseåbner eller en linse (Høyer 2007, p.22). I nærværende projekt anvendes 'dåseåbner tilgangen'. I denne tilgang bruges teorien til at afgrænse genstanden (ibid.). Derved anvendes teorien til at afgrænse resultaterne der fremkommer af analysen, og derved bliver resultaterne genstanden for teorien.

5.3.2 Aaron Antonovskys teori om oplevelse af sammenhæng

Antonovsky var medicinsk sociolog og banebrydende med sin forståelse af sygdom, salutogenese, sundhed frem for sygdom, som adskiller sig fra patogenese, læren om sygdoms opståen og udvikling (Thybo 2004). Det kan argumenteres for, at *det gode måltid* anvender en salutogenetisk sundhedsforståelse, da fokus er på at holde de ældre raske gennem måltidet og de sociale rammer

heri. Sundhed og sygdom skal endvidere forstås som et kontinuum med dertilhørende poler (Antonovsky 2000 p.30). Den salutogenetiske tilgang spørger derfor til, hvilke faktorer der bidrager til, at placeringen i kontinuummet vedblives eller at der bevæges mod den sunde pol (ibid., p.31). Disse faktorer blev afsøgt i problemanalysen, hvori social støtte blev fundet som central.

5.3.2.1 Mestring og stressorer

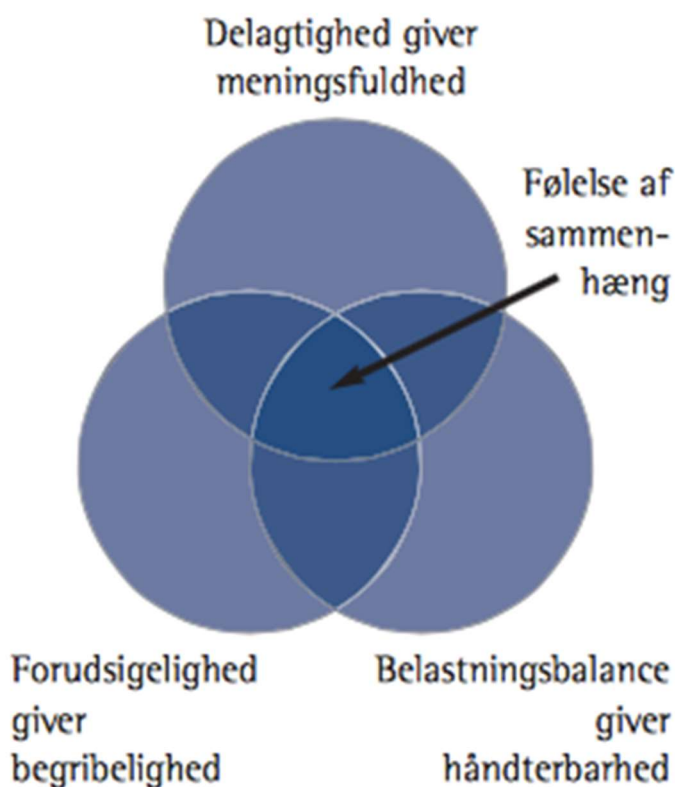
Et vilkår for det at være menneske er, at stressfaktorer er allestedsnærværende (Antonovsky 2000 p. 12). En *stressor* defineres som: ”krav der ikke er nogen umiddelbar eller automatisk adaptiv respons på” (ibid., p.26). Ældre medicinske patienter befinder sig i en aldersgruppe, hvor der er risiko for at særlige *stressorer* opstår, f.eks. tab af ægtefælle eller at skulle tilpasse sig et liv som pensionist. Når mennesket stilles over for en *stressor* vil mestringen af denne, og effektiviteten heraf, afgøre placeringen på kontinuummet (ibid.,p.12). Der vil derved være forskel på, hvordan ældre medicinske patienter håndterer de *stressorer* de møder. Mestring af en *stressor* vil forme sig som *modstandsressource* (ibid.). Modsat vil dårlig mestring lede til *modstandsunderskud* (ibid., p.145). Forskellen i ældre medicinske patienters håndtering af *stressorer* afgøres derved af styrken af mestringsevnen. Det formodes derved, at et socialt måltidstilbud kan være særligt fordelagtigt for de ældre der har *modstandsunderskud*.

5.3.2.2 Oplevelse af Sammenhæng (OAS)

Hvorvidt en *stressor* påvirker den enkelte skadeligt, neutralt eller sundhedsfremmende, afgøres af styrken af OAS (Antonovsky 2000 s. 48). Derved, jo stærkere OAS, jo sundere, da det vil give en robusthed til, at modstå de udfordringer livet giver (Thybo 2004). Det synes derved essentielt at ældre medicinske patienter, der har en svag OAS, får hjælp til at styrke denne. En styrket OAS kan derved mindske risikoen for at *stressorer* påvirker ældre medicinske patienter skadeligt og derved også mindske risikoen for at blive indlagt. Antonovsky definerer OAS som:

”..en global indstilling, der udtrykker den udstrækning i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at (1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; (2) der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og (3) disse krav er udfordringer, det er værd at engagere sig i.” (Antonovsky 2000 s. 37).

Nedenstående figur viser sammenhængen mellem de 3 kernekomponenter, der leder til OAS.



Figur 6 Sammenhængen kernekomponenterne i OAS: begribelighed, håndterbarhed, og meningsfuldhed.

Begribelighed, håndterbarhed og *meningsfuldhed* er kernekomponenterne i OAS og bringes i spil i forhold til at forandre *det gode måltid*, så flere ældre ønsker at benytte sig af det. *Begribelighed* (1) henviser til evnen til at forvente, at de stimuli den enkelte møder i livet er forudsigelige, og hvis der kommer overraskende stimuli f.eks. død, kan disse passes ind i en sammenhæng og forklares (Antonovsky 2000 p.35). I forhold til projektets problemstilling omkring faktorer der fremmer den ældre medicinske patients lyst til at deltage i måltidstilbud med social støtte, anses det vigtigt at tilbuddet er begribeligt for den ældre og at denne forstår betydningen af et sådan tilbud. *Håndterbarhed* (2) afspejler i hvor stor udstrækning man synes der står ressourcer til rådighed til, at kunne klare de stimuli man udsættes for (ibid., pp.35-36). Ressourcer kan være nogen man selv har kontrol over, men kan også påvirkes af nære relationers ressourcer (ibid., p.36). I forhold til ældre medicinske patienters *håndterbarhed*, skal tilbuddet således tilrettelægges på en sådan måde, at de

ældre kan overskue at deltage. Det findes derfor relevant, at se på de udfordringer som den ældre medicinske patient har i forhold til at deltage i sådanne tilbud.

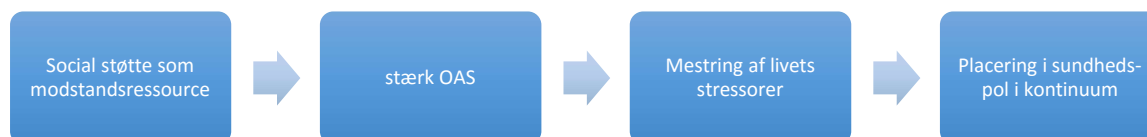
Meningsfuldhed (3) kan forstås som motivationselementet i OAS, da det henviser til i hvor stor udstrækning, de krav livet stiller, er værd at investere energi og engagement i (Antonovsky 2000 p. 36). Den ældre medicinske patient skal altså føle det er meningsfuldt at deltage i et socialt måltidstilbud. *Meningsfuldhed* ses som den mest centrale del af OAS, for uden denne kan der ikke være en høj grad af *begribelighed* og *håndterbarhed* (ibid., p.40). Graden af OAS vil således være vigtigt i forhold til, om den ældre medicinske patient ønsker at deltage i måltidstilbuddet.

5.3.2.3 Social støtte som modstandsressource

Det er udledt i problemanalysen, at social støtte er en central distal risikofaktor for at ældre medicinske patienter bliver indlagt. Ligeledes er det udledt, at social støtte, med fordel, kan indgå i et forebyggende tiltag, hvor *det gode måltid* er et eksempel herpå.

Ifølge Antonovsky skal social støtte forstås som en *modstandsressource* eller *modstandsunderskud* (Antonovsky 2000 p.144). Således kan social støtte både bidrage til at skabe livsoplevelser der udvikler og opretholder en stærk OAS, og hvis den mangler, skabe livsoplevelser der svækker OAS (ibid., p.145). For den ældre medicinske patient betyder det, at manglende social støtte kan lede til en mindre grad OAS, når de møder livets *stressorer*. Derved øges risikoen for sygdom og derved forebyggelige indlæggelser.

Ud fra Antonovskys teori, anses social støtte som central, med henblik på at forebygge forebyggelige indlæggelse af ældre medicinske patienter. Som sammenholdt i problemanalysen ses der en sammenhæng mellem underernæring og mangel på socialt støtte. I forbindelse med at forebygge forebyggelige indlæggelser, ses social støtte omkring måltidet derved som særligt essentielt for at give de ældre en stærkere OAS. En salutogenetisk illustration mellem social støtte og helbred ses i figur 7.

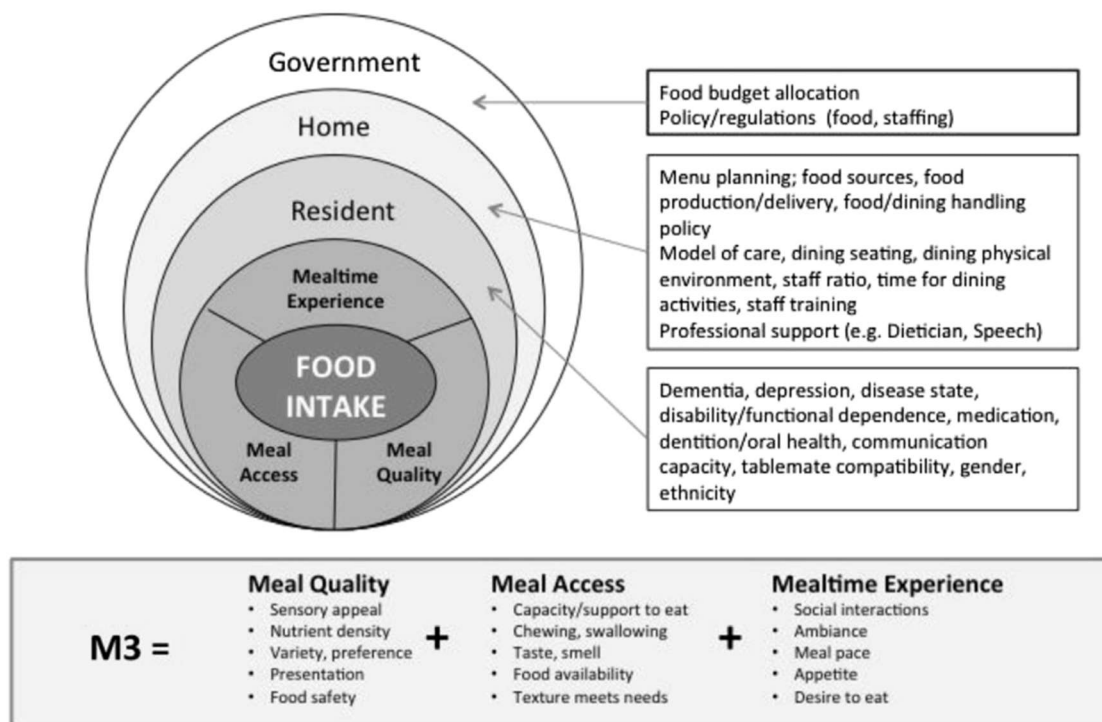


Figur 7 Illustration af hvordan social støtte være med til at forebygge sygdoms

Social støtte kan derved medvirke til en stærk OAS, som kan medvirke til mestring af livets stressorer, som derved kan medvirke bevægelse mod sundheds-polen i kontinuummet.

5.3.3 Måltidsteorien M3

Idet projektet ønsker at forandre et tilbud med fokus på ældre medicinske patienters måltid, inddrages Keller et al.'s konceptuelle måltidsmodel *Making the Most of Mealtimes* (M3). Baseret på viden fra plejehjem er modellen blevet udarbejdet som ramme for komplekse interventioner, med fokus på at fremme måltidsoplevelsen (Keller et al. 2014). M3 kan ses som et struktureret overblik over de elementer, der skal tages hensyn på hvert niveau, i forbindelse med en kompleks intervention, på madoplevelser (ibid.). Elementerne i modellen kan benyttes som udgangspunkt for de ressourcer samt aktiviteter, der kan inddrages i en intervention rettet mod ældre medicinske patienter. Det centrale i modellen er madindtag, hvor de resterende cirkler repræsenterer de elementer, der påvirker madindtaget (figur 8).



Figur 8 Making the Most of Mealtimes (M3) konceptuelle model (Keller et al. 2014).

Modellen anvendes i dette projekt som teori for at diskutere de fremmede faktorer og udfordringer, som kan være tilstede særligt i forbindelse med måltidet, for at udforme forandringsforslag til *det gode måltid*.

5.4 Systematisk Litteratursøgning

Litteratursøgningen til et projekt består af flere faser, og kan med fordel inddeles ved hjælp af pentagonmodellen (Rienecker & Stray Jørgensen, 2012, p.147). Derved får litteraturen forskellige betydninger, alt efter hvor i pentagonmodellen den placeres. Den systematiske litteratursøgning kan placeres i tredje hjørne af pentagonmodellen, hvor litteraturen anvendes til analyse og diskussion og er derved primærlitteratur (ibid.). Litteraturen som udledes fra den systematiske litteratursøgning, anses derved som primærlitteraturen for projektet. I følgende afsnit vil det fremgå, hvordan den systematiske søgning bliver udført, og de overvejelser der ligger til grund for denne.

5.4.1 Valg af databaser

Projektets problemformulering fungerer som arbejdsspørgsmål for søgningen, og denne indeholder humanvidenskabelige, samfundsvidenskabelige og sundhedsvidenskabelige aspekter. Derfor er det oplagt, at udføre søgningen i flere forskellige databaser (Buus et al. 2008). Søgningen indledes på bibliotek.dk, for at opnå et hurtigt overblik over foreliggende dansk litteratur. Ligeledes søges der i SveMed+, da databasen indeholder skandinaviske tidsskrifter (Karolinska Institutet n.d.). Herefter søges der i Cochrane, da denne database er en sundhedsvidenskabelig søgedatabase med systematiske reviews, der rangerer højt på evidenshierarkiet (Frandsen et al. 2014). For at afdække relevant kvalitativ forskning søges der i Cinahl og PsycINFO, der begge er databaser, som primært indeholder kvalitativ litteratur. Cinahl er kendetegnet ved, at den indeholder artikler af sygeplejefaglig og anden sundhedsfaglig karakter, og størstedelen af artiklerne fra databasen er peer-reviewed (EBSCOhost 2016). PsycINFO er kendetegnet ved at indeholde sundhedsvidenskabelig og psykologisk litteratur (American Psychological Association 2016). For at afdække relevant samfunds-faglig og sociologisk litteratur søges der på Sociological Abstracts (ProQuest 2016). Desuden er Embase og PubMed udvalgt som medicinske databaser (Frandsen et al. 2014), for at få et bredere perspektiv på litteratursøgningen. Der udarbejdes et flowchart for databaserne, som fremgår afsnit 7.

For at sikre, at alle relevante studier identificeres under litteratursøgningen, er der sideløbende med den systematiske litteratursøgning, foretaget kædesøgning (Rienecker & Stray Jørgensen, 2012, s. 148). Dette for at kontrollere at søgningen er udtømmende.

5.4.2 Søgestrategi

Søgningerne i de forskellige databaser foretages på baggrund af en søgestrategi for at sikre en ensartet og systematisk søgning i alle de anvendte databaser (Buus et al. 2008). Søgestrategien fremgår i søgebilag, bilag 3.

I forberedelsen til søgningen identificeres søgeblokkene, med inspiration fra PICO-modellen, udarbejdet af Joanna Briggs Institut, der er udformet således, at den er tilpasset kvalitativ forskning (The Joanna Briggs Institute 2011). Dette er særligt relevant idet projektets problemformulering har fokus på, at forstå hvordan et tiltag kan forandres, således at flere ældre kan og vil deltage i tiltaget. Da der også er et ønske om at opnå beskrivende og forklarende viden, er der ligeledes åbenhed over for kvantitative studier. Med inspiration fra PICO-modellen, opbygges søgestrategien ud fra følgende tre blokke (figur 9).



Figur 9 De primære blokke i søgestrategien og deres kombinerings

I søgestrategien søges der i databasernes tesaurus, for at finde de kontrollerede emneord der er relevante for problemformuleringen (Buus et al. 2008). Ved hjælp af kontrollerede emneord kan flest mulige relevante referencer identificeres og dermed højne søgningens gyldighed (Frandsen et al. 2014). Foruden kontrollerede emneord anvendes der fritekst. Heri søges der fritekst på de samme ord som de kontrollerede emneord. Dette er med til at gøre søgningen så ensartet som mulig på tværs af databaserne. For at få en så dækkende søgning som mulig (Buus et al. 2008), søges der derudover fritekst for relevante synonymer. Der anvendes trunkering til friteksten, således at alle variationer af ordet medtages (ibid.).

De kontrollerede emneord og fritekst kombineres med de boolske operatorer “OR” og “AND”. “OR” bruges når emneord skal kombineres i de enkelte facetter for at udfolde og nuancere facetten.

“AND” bruges til at indsnævre søgningen (ibid.). Desuden bruges der søgefiltre i de forskellige databaser, hvis det vurderes, at det kan sorteres irrelevant litteratur fra, uden at frasortere relevant litteratur. I denne systematiske søgning bliver der anvendt følgende filtre: alder (fra 65+ og op efter), videnskabelige artikler som publikations type, sprogene engelsk, dansk, svensk og norsk, publikations år fra år 2000 samt studier der omhandler mennesker.

5.4.3 Udvalgelse af litteratur

Litteraturen udvælges ud fra inklusions- og eksklusionskriterier. Disse kriterier er blevet opstillet for at kunne få svar på, hvordan der i international kontekst er blevet kombineret ernæring og social støtte i et tilbud til ældre. Kriterierne har til formål at sikre systematik i udvælgelsesprocessen, samt at kun relevant litteratur blev medtaget (Forsberg & Wengström 2013, s. 84).

Inklusionskriterier
Faktorer der kan være fremmende eller hæmmende for at ældre deltager i måltidsinterventioner
Måltids interventioner

Eksklusionskriterier
Vægttabs-interventioner (herunder motion og øget frugt- og grøntsags indtag)
Fødevare usikkerhed
Borgere der er hjemløse
Borgere med psykisk sygdom
Borgere med overvægt
Borgere med HIV/AIDS
Borgere med demens
Studier fra Thailand, Etiopien, Syd Afrika, Mellemøsten
Tandsundhed
Undersøgelse af redskaber til opsporing af underernæring

Tabel 2 Inklusions- og eksklusionskriterier

Idet projektet ønsker at forebygge underernæring blandt ældre, fravælges studier, som har fokus på vægttab eller overvægtige ældre. Da det vurderes, at ældre i Aarhus Kommune har adgang til mad, både ift. afstand og kommunale tilbud, men også økonomisk, fravælges studier omhandlende fødevareusikkerhed. Da forebyggelsespotentialet ses hos de ældre, der bor i eget hjem, ekskluderes

de studier, som omhandler hjemløse. Som udledt i problemanalysen, er fokus blevet lagt på, at underernæring kan lede til en række somatiske sygdomme, som er forebyggelige. Af denne grund fravælges studier med fokus på psykiske sygdomme, herunder demens. Derudover vurderes borgere med HIV/AIDS til ikke, at indgå i det der kendetegner den ældre medicinske patient, hvorfor studier med dette i centrum fravælges. På trods af, at tandsundhed kan være en udfordring blandt ældre borgere (Niesten et al. 2017), er fokus på projektet ikke forbedring af denne, hvorfor studier med fokus på tandsundhed fravælges. Studier fravælges, hvis de er foretaget i lande, hvis sundhedssystem og levestandard, vurderes som ikke sammenlignelig med den danske, ud fra WHO's Human Development Index. Da opsporing af ældre underernærede ikke anses som den bærende problematik i dette projekt, fravælges studier med fokus på opsporingsredskaber.

I første led af udvælgelsesprocessen vælges artiklerne til på baggrund af gennemlæsning af titel og abstrakt. Dernæst skimmes artiklerne som en helhed. Slutteligt gennemlæses artiklerne. Alle led af udvælgelsesprocessen gennemføres af to gruppemedlemmer, for at højne projektets gyldighed. Hvis der er uenighed diskuteres det i plenum mellem de tre gruppemedlemmer.

5.4.4 Kvalitetsvurdering

De udvalgte studier vurderes ud fra tjeklister med henholdsvis kvalitative og kvantitative kvalitetskriterier. Til de kvantitative anvendes der Strobe, og til de kvalitative studier anvendes der Coreq, mens der er anvendt Prisma til systematiske reviews. Udfyldte tjeklister ses i bilag 4. De kvantitative studier inden for den beskrivende forskningstype, med f.eks. survey design, vurderes ud fra reliabilitet, intern- og ekstern validitet, præcision og generaliserbarhed (Launsø et al. 2011, p.14). Idet kvalitative studier er inden for den forstående forskningstype gælder kvalitetskriterierne gyldighed, spejlkriteriet, helhedskriteriet samt overførbarhed (ibid., p. 30-31). Tjeklisterne bruges til at vurdere studiernes styrker og svagheder, som diskuteres i resultatdiskussionen.

5.5 Dataindsamling fra praksiskontakt

Forud for gruppens samarbejde med praksiskontakten, havde praksiskontakten indsamlet data, i form af strukturerede interviews med 31 ældre i Aarhus Kommune. En del af formålet med dataindsamlingen var, at få et indblik i bl.a. borgernes sociale behov, holdninger til fællesmåltider samt deres lyst til at deltage i *det gode måltid*.

Til de strukturerede interviews blev der anvendt en ikke-valideret spørgeguide (bilag 2). Interviewene er udført af forebyggelseskonsulenterne i forbindelse med et hjemmebesøg. Interviewene er ikke optaget og der foreligger derfor ingen transskription. Borgernes svar er i stedet nedskrevet på spørgeguiden, hvor der er gjort plads til svar. Dog er det ikke borgerne selv der har skrevet svarene, men forebyggelseskonsulenten. Ifølge praksiskontakten er dette gjort på baggrund af borgernes svækkede tilstand. Idet de nedskrevne svar ofte var kondenseret, anses data fra de semistrukturerede interviews nærmere som svar fra et spørgeskema og kan derfor behandles kvantitativt. Data fra dataindsamlingen foreligger som printet format ved praksiskontakten og efter aftale gives der tilladelse til, at projektgruppen skriver svarene ind i et excel-ark. Tastefejl kontrolleres ved at to gruppe-medlemmer uafhængigt af hinanden, sammenligner svarene på printene med excel-arket. Borgernes alder blev oplyst af praksiskontakt. I den forbindelse blev der udarbejdet en samarbejdsaftale mellem projektgruppen og praksiskontakt, for at sikre fortrolighed ved brug af data og professionelt samarbejde (Ussing & Hansen n.d.). Samarbejdsaftalen ses som bilag 10.

5.5.1 Etiske overvejelser ved data fra praksiskontakt

I behandling af data er de 31 deltagere anonymiseret ved, at deres navne ikke fremgår i excel-arket. I stedet tildeles hver deltager et id-nummer. Således forholder projektgruppen sig til de vejledende etiske retningslinjer udarbejdet af Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd, hvori projektgruppen har ansvaret for at de oplysninger, som er stillet til rådighed, ikke må komme til uvedkommende i en form, som gør det muligt at identificere hvem der er genstand for oplysningerne (Rendtorff 2003 s. 101).

5.6 Interessentanalyse

Interessentanalysen skal finde frem til fremmende faktorer og udfordringer ved *det gode måltid*, herunder hvordan interessenternes magt kan benyttes ift. at kunne skabe en forandring.

5.6.1 Politisk forandring

En politik defineres som: *"a broad statement of goals, objectives and means that create the framework for activity."* (Buse et al. 2006 p.195). En politik styrer derved rammen for en aktivitet. Disse aktiviteter kan være udformet som projekter, programmer, lovgivninger eller regelsæt og kan

desuden bestå nationalt, regionalt, lokalt eller i en institution (Glassman et al. 2000 p.7). Dette er med til at angive nærværende projekts forandringspotentiale som en politisk forandring. Nærmere skal det forstås som en forandring af *det gode måltid* på lokalt niveau.

Forandring af politikker, store som små, er yderst politisk, dynamisk og komplekst (Buse et al. 2006 p.175). Derfor kan det være en fordel at udarbejde en policy analyse i forbindelse med denne forandring. En central del af en policy analyse er en interessentanalyse, hvori identifikation af interessenter, vurdering af deres ressourcer og en forståelse af deres position og interesser for politikken, indgår (ibid., p.177).

5.6.2 Faser i interessentanalysen

Analysen foretages, så centrale spillere kan identificeres, der enten kan støtte eller modarbejde gennemførelsen af sundhedsreformer. Derved kan strategier udvikles, til at fremme støttende kræfter og mindske modarbejdende kræfter, før den egentlige politiske forandring finder sted (Glassman et al. 2000 p.1). For at lave en succesfuld interessentanalyse kan følgende otte faser anvendes (ibid., p.3):

1. Planlægning af processen
2. Udvælgelse og definition af politikken
3. Identificere centrale interessenter
4. Tilpasning af værktøjer
5. Indsamling af information
6. Udfylde interessent matrix
7. Analyse af interessent matrix
8. Brug af informationen

I det følgende gennemgås faserne enkeltvis i forhold til nærværende projekts problemstilling.

5.6.2.1 Planlægning af processen

Første del af interessentanalysen er at definere formålet med analysen, identificere hvem der kan bruge de endelige resultater og lave en plan for brug af resultaterne (Glassman et al. 2000 s. 5). Formålet med nærværende interessentanalyse er at udpege støttende og modarbejdende interessenter ift. at forandre *det gode måltid*, herunder de enkelte interessenters magt. Dette med

henblik på at kunne videregive forandringsforslag til beslutningstagere, således at flere ældre får mulighed for og ønsker at deltage.

5.6.2.2 Udvælgelse og definition af politikken

For at kunne anvende interessenanalysen, skal den være baseret på en konkret politik eller problemstilling (Glassmann et al. 2000 s. 7). Jf. definitionen af en politik i afsnit 7.6.1, kan politikken være udformet på mange måder, men vigtigst er det, at politikken er specifik og definerbar (ibid.). I dette projekts tilfælde, er der tale om en interessenanalyse på en forandring af et konkret projekt, *Det gode måltid*. Dette afspejler derved, at interessenanalysen anvendes til en politik.

5.6.2.3 Identificere centrale interesser

En interesser er en aktør, enten individ eller gruppe, med særlig interesse i en problemstilling eller politik (Buse et al. 2006 p.177). Ligeledes er interesser både dem som er, og dem som muligvis kan blive involveret (ibid.). Optimalt set bør alle interesser identificeres i en interessenanalyse (Glassmann et al. 2000 s. 8). Dette er i nærværende projekt forsøgt, men det kan ikke afvises, at der er relevante interesser som er overset.

Der udpeges de interesser, som vil blive berørt (positivt eller negativt) af politikken og dem som muligvis handler på eller ville kunne mobiliseres til at handle. Derudover skal de individer eller organisationer, som kan modarbejde politikken, identificeres (Buse et al. 2006 p.177). I dette projekt er der i Magistratsafdelingen Sundhed og Omsorg i Aarhus Kommune afsøgt interesser, da der i denne afdeling indgår pleje af ældre borgere. Heri er rådmanden og chef for Folkesundhed Aarhus og projektleder for *det gode måltid* identificeret. Andre faggrupper koblet til Magistratsafdelingen Sundhed og Omsorg, men som er tættere på de ældre, er SOSU-personale, forebyggelseskonsulenter, frivillighedskoordinatorer og forstandere for plejecentre. Yderligere er det fundet relevant at inkludere praktiserende læger, da de spiller en central rolle i, at informere borgere om kommunale tiltag. Endvidere har projektet udpeget interesseorganisationerne Ældre Sagen og Ældrerådet i Aarhus Kommune. da begge har til formål at støtte og styrke tilværelsen hos ældre borgere (Ældre Sagen 2017; Ældrerådet n.d.). Ældrerådets formål er desuden at sikre dialog mellem ældre og kommunalbestyrelsen (Ældrerådet n.d.), og er dermed politisk forankret. Placeret i

civilsamfundet, er der identificeret frivillige og de ældre selv, som interessenter. En oversigt over de udpegede interessenter, samt datakilder til hver, præsenteres i nedenstående tabel.

Interessent	Data
Rådmand, Magistratsafdelingen Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune	Informationssøgning
Sundhedschef, Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune	Informationssøgning
Chef for Folkesundhed Aarhus	Interview og informationssøgning
Projektleder, <i>det gode måltid</i>, Folkesundhed Aarhus	Interview og informationssøgning
Klynge konsulent for forebyggende hjemmebesøg (Forebyggelseskonsulenterne)	Interview og informationssøgning
Ældrerådet	Interview og informationssøgning
Forstandere for plejecentre	Informationssøgning
SOSU-personale	Informationssøgning
Praktiserende Læger	Informationssøgning
Ældresagen	Informationssøgning
Frivillighedskoordinator	Informationssøgning
Frivillige	Informationssøgning
Ældre borgere	Informationssøgning, litteraturstudie og data fra praksiskontakt

Tabel 3 Oversigt over de udpegede interessenter og tilhørende datakilder

Informationssøgning bliver benyttet for samtlige interessenter, og følgende interessenter bliver interviewet: chef for Folkesundhed Aarhus, projektleder for *det gode måltid*, klyngekonsulent for forebyggende hjemmebesøg i Aarhus Kommune, og en repræsentant fra Ældrerådet. Information om ældre borgere afsøges yderligere gennem litteraturstudiet og data fra praksiskontakt. Interessenterne som interviewes er udvalgt med formodning, om at de kan bidrage med en nuancering af forandringsforslag til *det gode måltid*.

5.6.3 Tilpasning af værktøjer

I en interessentanalyse kan der anvendes konkrete værktøjer, som skal tilpasses til de identificerede interessenter (Glassman et al. 2000 p.10). Et af disse værktøjer er interessent karakteristika, som der indsamles information om. I nærværende projekt søges der oplysninger om viden om projektet, bidrag til projektet, position ift. projektet og alliancer med andre interessenter. Da *det gode måltid* er et forholdsvis lille projekt forankret i Folkesundhed Aarhus, forventes det ikke, at alle interessenterne kender projektet på forhånd. Når informationen er indsamlet og vurderet, udfyldes en interessent matrix. Tabel 4 viser en skabelon over interessent matrixen der udfyldes på forhånd, mens tabel 5 viser den endelige interessent matrix der indgår i interessentanalysen. De udfyldte interessent matricer vil blive præsenteret i afsnit 8.1 og 11.

Oplysninger indsamlet før interview jf. Fase 4 og 5

Organisation/person	Viden om projektet (meget, noget, lidt)	Interessentens bidrag til projektet	Interessents position (Støttende, neutral, modarbejdende)
---------------------	--	--	---

Tabel 4 Matrix, som udfyldes før interessent interview

Oplysninger indsamlet ved interview jf. fase 6

Organisation/ person	Viden om projektet: meget, noget, lidt	Interessentens position: Støttende, neutral, modarbejdende	Alliancer	Interessentens bidrag til projektet	Interessentens grad af indflydelse: høj, middel, lav
-------------------------	---	--	-----------	---	---

Tabel 5 Matrix, som udfyldes efter interessent interview.

Viden om projektet, vurderes ud fra meget, noget eller lidt. Ved position menes der hvorledes interessenten forholder sig til projektet; om de er støttende, neutral eller modarbejdende. Interessenternes alliancer vurderes ud fra synlige og ikke synlige samarbejdspartnerne (Glassman et

al. 2000, p.31). Bidrag udtrykkes ved ressourcer som kan være håndgribelige, f.eks. stemmer, finansiering, infrastruktur og medlemmer, og uhåndgribelige, f.eks. ekspertise og legitimitet i den politiske forandring, adgang til medierne, politisk beslutningstagning, offentlighedens sympati og støtte (Buse et al. 2006 pp.177-178). Grad af indflydelse vurderes ud fra deres evne til at mobilisere disse ressourcer, som høj, middel eller lav.

Et tredje værktøj er en interviewguide, som udvikles på baggrund af de fundne interessent karakteristika (Glassman et al. 2000 s. 11). For at sikre, at interessenternes karakteristika indgår i interviewguiden, bliver den tilpasset til det enkelte interview. Kategorierne fra den endelige interessent matrix (tabel 5) bliver styrende for temaerne i interviewguiden.

5.6.4 Indsamling af information

Inden interviewene påbegyndes, anbefales det at der indsamles sekundære oplysninger om de interessenter der er udvalgt til interview (Glassman et al. 2000 s. 13). Disse bør være dybere end de oplysninger der er indsamlet i fase 3 (afsnit 7.6.3). Der søges bl.a. efter skriftlige eller udtalte holdninger fra interessenterne omhandlende politikken, interessentens position, særligt med fokus på ressourcer og kontrol af disse (ibid.). Det er muligt at finde disse informationer i flere kilder bl.a. aviser, rapporter og publikationer, taler, politiske platforme, meningsmålinger samt organisationsrapporter, herunder information om organisationens udgifter (ibid.). Det antages, at informationerne i fase 3 allerede er afsøgt så dybdegående, at der derfor ikke søges sekundære oplysninger. Når informationen er indsamlet kan interviewene påbegyndes. Metoden for disse interview er semi-struktureret interview og uddybes i afsnit 6.7.1.

5.6.5 Analyse af interessent matrix

For at kunne analysere de svar interessenterne giver i interviewene, skal interessent matrixen fra fase 4 udfyldes (Glassman et al 2000 p.14). Den udfyldte interessent matrix analyseres ved at sammenholde information og lave konklusioner om interessenternes viden, position, bidrag, grad af indflydelse og mulige allierede i forhold til den pågældende politik (Glassman et al. 2000 p.17).

Herudover bliver de enkelte interessenters magt vurderet i en diskussion (afsnit 11). Den magt det antages at interessenterne har, kommer bl.a. til udtryk ved interessenternes ressourcer. Interessentens magt er desuden afhængig af interessentens evne til at kunne mobilisere disse

ressourcer, som udtrykkes i grad af indflydelse (Buse et al. 2006 p.178). I nærværende projekts interessentanalyse, inddrages yderligere interessentens position og alliancer til at vurdere den enkelte interessents magt.

5.6.6 Brug af informationen

Interessentanalysens indsamlede informationer skal organiseres, formidles og forklares på en måde der sikrer, at beslutningstagere kan bruge oplysningerne til at sætte ind de rigtige steder (Glassmann et al. 2000, s. 20). Informationerne fra interessentanalyse anvendes, i dette projekt, til at kortlægge fremmede faktorer og udfordringer, i forbindelse med et socialt måltidstilbud for ældre i Aarhus Kommune. I den forbindelse anses interessenternes magt for at kunne udgøre en fremmede faktor eller udfordring, alt efter om interessen har interesse i at anvende magten ift. forandringsforslagene. Dette gøres for at kunne muliggøre udbredelse af tilbuddet til alle ældre som ønsker tilbuddet, samt muligheden for at gøre projektets forandringsforslag til en vedvarende del af Aarhus Kommunes sundhedspolitik.

5.7 Semi-struktureret interview

Information til den endelige interessent matrix afsøges gennem semi-strukturerede interviews. Derved opnås der en dybdegående viden om interessenterne, som anvendes til at vurdere interessenternes magt. Desuden er der åbenhed for, at der kan fremkomme empiri, der ikke anvendes til udfyldelse af den endelige interessent matrix og vurdering af magt, men som kan findes relevant for besvarelse af projektets problemformulering.

5.7.1 Metodologiske overvejelser

Idet komplekse interventioner fungerer som ramme for projektets metodologier, er der stræbt efter, at udvælge interessenter til interviewene ud fra niveauerne i komplekse interventioner. Da det formodes at de forskellige niveauer har indflydelse på forandringsforslagene, forsøges det at dække alle niveauer. Således indgår chef for Folkesundhed Aarhus, projektleder og repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne på institution niveau, mens Ældrerådet afdækker lokalsamfundet og samtidigt er et bindeled til offentlig politik. Et vigtigt element i et interessant interview er, at det bliver gjort så belejligt som muligt (Glassman et al. 2000, p.13). Interviewene bliver derfor foretaget ved interessenternes arbejdsplads i et tidsrum forslået af interessen.

De semi-strukturerede interviews anses for at kunne omhandle emner af mere følsom karakter (Buse et al. 2006 p.187). Det understøttes af Kvale og Brinkmann, der mener at det kvalitative forskningsinterview forsøger at forstå verden ud fra interviewpersonernes synspunkter (Kvale & Brinkmann 2009, p.17). Ved at tage dette udgangspunkt, formodes det, at de følsomme emner kan opstå.

Som beskrevet i afsnit 7.6.3, afsøges information for hver interessent, der bringes i spil under interviewet. Ifølge Brinkmann og Tanggaard er forhåndsviden om emnet en mulighed for, at lave et interview af høj kvalitet, idet der på den måde kan stilles de bedste og mest relevante spørgsmål (Tanggaard & Brinkmann 2010, p.38). Der er således forud for interviewet udarbejdet en interviewguide (bilag 5). Denne er som tidligere nævnt udarbejdet ud fra forhåndsviden om interessenterne, og den endelige interessent matrix' kategorier. Desuden indgår nærværende projekts forandringsforslag, udledt i litteraturstudiet, for at få interessenternes feedback på disse. Den del af interviewene der omhandler forandringsforslagene og eventuelt interessenternes egne bud på forandringer indgår ikke i udarbejdelsen af den endelige interessent matrix, herunder diskussion af interessenternes magt. I stedet vil den blive sammenholdt med resultaterne fra litteraturstudiet og den deskriptive databehandling.

Interviewguiden tilpasses den enkelte interessent karakteristika og derfor udarbejdes der fire forskellige. Da det tidligere er nævnt, at gruppens forforståelse omkring interessenterne præges af den afsøgte forhåndsviden, benyttes forforståelsen derved i tilpasningen. Derudover vil interviewene foregå over flere dage, der derved giver mulighed for, at rette eventuelle kilder til misforståelser.

5.7.2 Informeret samtykke

Med henblik på interessentanalysen anses det at være en fordel at interessenterne citeres med stillingsbetegnelse, idet deres svar skal analyseres i den kontekst deres ansvarsniveau er placeret i. Derfor præsenteres interessenterne i interviewsituationen for to samtykkeerklæringer, hvor den ene tilkendegiver at de ønsker at være anonym og den anden tilkendegiver, at de gerne vil citeres. I begge samtykkeerklæringer skrives, at interessenten har mulighed for at se transskription og analyse af interviewene, inden deadline for nærværende projekt. Samtykket anses for at være et informeret samtykke, idet der under briefinggen informeres om undersøgelsens formål, at deltagelse er frivilligt og at de til enhver tid kan trække sig ud af undersøgelsen (Kvale & Brinkmann 2009 p.89). Således forholder projektgruppen sig til Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd etiske retningslinje

ved, at hvis personer citeres, skal det ske under informeret samtykke (Rendtorff 2003 p.101). Samtykkeerklæringer fremgår i bilag 6.

5.7.3 Analysestrategi for interessentanalyse

5.7.3.1 Transskribering

Gennem transskribering bliver interviewene omdannet fra talesprog til skreven tekst (Kvale & Brinkmann 2009 p.200). Hvert interview transskriberes ved hjælp af en udarbejdet transskriptionsguide (bilag 7). En transskriptionsguide gør det muligt at ensrette transskriptionerne og lave sproglige sammenligninger (ibid. p.203), idet alle i projektgruppen transskriberer interviewene.

5.7.3.2 Meningskodning og hermeneutisk meningsfortolkning

Med henblik på at analysere empirien som fremkommer i interessentanalysen, anvendes der meningskodning og meningsfortolkning. Disse metoder udføres med en hermeneutisk tilgang, således at projektgruppens forforståelse anvendes i udarbejdelsen af kategorierne og i særdeleshed i fortolkningen. Anvendelse af hermeneutikken som et afsæt for meningskodningen gøres ud fra Gadamer's tradition; hvor fokus er på relationen mellem delene og helheden i den genstand der fortolkes og derved ikke forholdet mellem forsker og genstand (Juul & Pedersen 2012 p.114).

Meningskodning

Med inspiration fra Kvale og Brinkmann's meningskodning, benyttes der kategorisering som værktøj til at reducere empirien fra interviewene (Kvale & Brinkmann 2009, p.225). Kategorisering kan således give mulighed for overblik over udskrifterne fra interviewet (ibid.). De kan enten være udviklet på forhånd eller opstå ud fra interviewet, enten på baggrund af teori, dagligdagssprog eller ud fra interviewpersonernes egne udsagn (ibid.). I nærværende projekt anvendes kategorierne i interessentmatrixen som de styrende kategorier i analysen. Derudover er der åbenhed for, at nye kategorier kan opstå under interviewet, samtidig med at der søges efter fremmede faktorer og udfordringer ved *det gode måltid*. Kategorierne benyttes derved som struktur for den hermeneutiske meningsfortolkning. Et eksempel på en kategorisering ses i bilag 8.

Hermeneutisk Meningsfortolkning

Fortolkningen af meningsindholdet går ud over det der siges og finder i stedet meningsstrukturer og betydningsrelationer (Kvale & Brinkmann 2009 s. 230). Den fører derved til en tekstudvidelse af de oprindelige kategorier, hvor resultatet formuleres i flere ord end oprindeligt (ibid.). Da der tages afsæt i hermeneutikken, anvendes den hermeneutiske cirkel, som ifølge Kvale & Brinkmann betegnes som et de hermeneutiske fortolkningsprincipper. Heri vil det meningsskabende i analysen bestå af en vekselvirkning mellem gruppens helhedsforståelse og delforståelse af teksterne (Juul & Pedersen 2012 s. 111). Med udgangspunkt i den hermeneutiske cirkel, opnås der derved en dyb forståelse af mening (Kvale & Brinkmann 2009 p.233). Derudover vil der være fokus på, at fortolkningen ikke er forudsætningsløs idet gruppens forforståelsen sættes i spil. Der er derved bevidsthed om at forforståelse præger de spørgsmål der stilles til teksten og derved de svar som fremkommer heraf (ibid.).

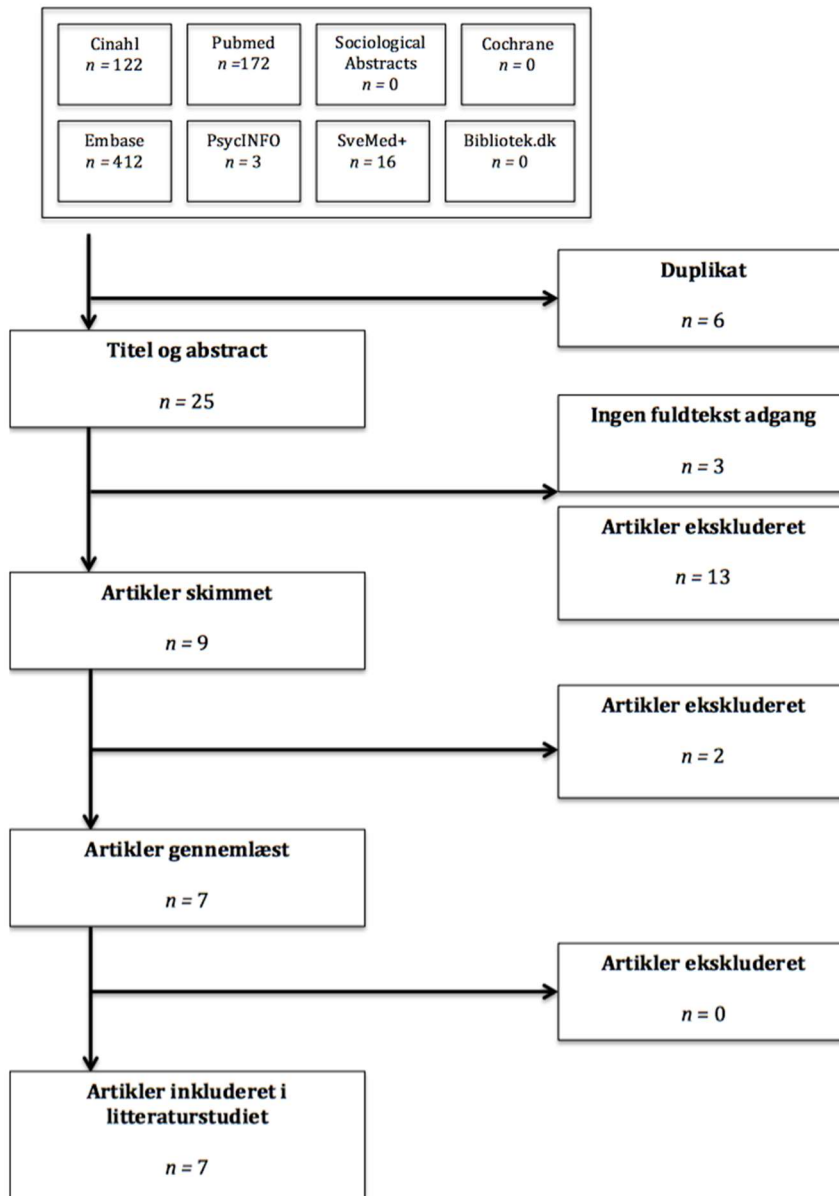
Den initierende fortolkning af kategorierne sker ved hjælp af kritisk common-sense. Ved en kritisk common-sense analyse rækkes der ud over informanternes selvforståelse af deres udsagn, men stadig inden for common-sense forståelse (Kvale & Brinkmann 2009 p.238). Heri udvides informanternes egen selvforståelse ved at analysere på personen og eller indholdet i deres udsagn (ibid.). Med henblik på interessentanalysen vil der i større grad være fokus på interessenten, hvorfor der analyseres på personen. Derudover vil der i analysen også være fokus på udsagnets indhold så som fremmede faktorer, udfordringer samt mulige andre kategorier.

I diskussionen af empirien, anvendes der efterfølgende en teoretisk fortolkning som fortolkningskontekst. I denne kontekst anvendes teori som værktøj til at tolke på meningen af informanternes udsagn (Kvale & Brinkmann 2009 p.239). Den teoretiske fortolkning tager udgangspunkt i projektets teoretiske referenceramme, som i nærværende projekt består af Antonovskys teori om OAS og måltidsteorien M3.

6 Resultater fra litteraturstudiet

Ud fra den systematiske litteratursøgning er der fundet syv artikler, som kan være med til at svare på projektets forskningsspørgsmål. Til det første forskningsspørgsmål, svarer litteraturstudiet på hvordan social støtte kan integreres i et måltidstilbud rettet mod ældre medicinske patienter. Til det andet forskningsspørgsmål, bidrager studierne med deres observationer af fremmede faktorer eller udfordringer der kan være for ældre borgeres brug af måltidstilbuddene. Disse udformes til forandringsforslag, som inkorporeres i interviewguiden for de semi-strukturerede interviews. De fundne studier er inddelt i tre kategorier, efter hvilken type måltidstilbud der undersøges. I bilag 9 opsamles studierne i en litteraturstudie matrix, hvori bl.a. styrker og svagheder fremgår. Udvælgelsesprocessen i litteraturstudiet ses i nedenstående flowdiagram (figur 10).

Gennem den ustrukturerede litteraturstudie, er der fundet et studie af Aarhus universitet (Bjerger et al. 2017). Studiet bidrager med et dansk perspektiv på fremmede faktorer og udfordringer i forhold til ældres holdninger om deltagelse i et socialt måltidstilbud. Grundet dens relevans medtages den derfor i litteraturstudiet, og præsenteres sidst i dette afsnit.



Figur 10 Flowchart der viser litteraturstudiets udvælgelsesproces

6.1 Madudbringning

Tre af studierne foretager en evaluering af tiltaget *Meals on Wheels* (MOW) (Timonen & O'Dwyer 2010; Keller 2006; Frongillo et al. 2010). MOW er etableret i flere vestlige lande, hvor frivillige leverer ernæringsrigtig mad til ældre, samtidig med at de ældre får social kontakt (Timonen & O'Dwyer 2010). Dette findes relevant i forhold til nærværende projekt, da der i MOW netop er et tilbud til den ældre borger, der involverer mad og social støtte.

Frongillo et al. fandt, at ved udbringning af MOW var mødet med udbringeren et vigtigt socialt element, som kunne hjælpe med at forebygge social isolation blandt ældre. Omkring halvdelen af deltagerne sagde, de snakkede med udbringeren de fleste gange. Af dem der ikke snakkede med udbringeren, sagde de fleste, at udbringeren kunne have for travlt til at samtale, hvilket kan anses som en udfordring. Endnu en udfordring forbundet med et madudbringnings tilbud er risikoen for, at de ældre ikke håndterer maden hygiejnisk forsvarligt ift. opbevaring og opvarmning (Frongillo et al. 2010), hvilket kan øge risikoen for forebyggelige indlæggelser.

Timonen & O'Dwyer undersøgte hvorvidt MOW opnåede at skabe en social kontekst for de ældres måltid. Dette blev til dels opfyldt, da MOW sås som et socialt element i de ældres hverdag og var derudover med til at minimere ensomheden ved at spise alene (Timonen & O'Dwyer 2010). Dog var der oftest et kortvarigt møde mellem den ældre og udbringeren, hvilket kan være med til, at forklare at ikke alle ældre opfattede et socialt element ved modtagelse af MOW (ibid.). Som det var tilfældet med Frongillo et al, ses det som en udfordring, at udbringeren kan have travlt, og der opstår derved ikke et socialt element i tilbuddet.

De fleste der havde sagt ja til at modtage MOW, havde fået tilbuddet ved udskrivelse fra hospitalet (Timonen & O'Dwyer 2010). Der ses herved at borgere ved udskrivelse, er modtagelige for at tilslutte sig et socialt måltidstilbud. Dette ses som en fremmede faktor.

For ældre der modtog MOW fandt Timonen & O'Dwyer, at de fleste ældre anså måltidet mere som en nødvendighed, end noget der skulle nydes (Timonen & O'Dwyer 2010). Dette kan bidrage til ringere måltidsoplevelse og derved mindre madindtag. Det tyder derfor på, at selvom ældre modtager måltider, spiser de ikke nødvendigvis som de skal, og ældres syn på mad kan være en udfordring herfor. Dette synes at være et perspektiv, som skal medtænkes når først ældre medicinske patienter er blevet rekrutteret til at deltage i et socialt måltidstilbud i lighed med MOW. Timonen & O'Dwyer fandt, at særligt kvinder havde svært ved at acceptere, at de ikke længere

havde evnen til at lave mad (ibid.). Dette kan ses som en udfordring i forhold til at tage imod færdiglavede måltider. Desuden anses kvindernes indstilling også for at være en udfordring for deltagelse i andre sociale måltidstilbud.

Endvidere fandt Timonen & O'Dwyer, at ældre pga. den lave pris, havde svært ved at klage over maden, på trods af at de fandt kvaliteten lav (Timonen & O'Dwyer 2010). Dette anses værende en udfordring.

Derudover blev tilbuddet kaldt et tilbud til ældre mennesker, som gjorde at de ældre følte sig mindre selvstændige (Timonen & O'Dwyer 2010), hvorfor tiltagets titel kan være en afgørende faktor for et ønske om deltagelse. En velovervejede titel kan derved være en fremmede faktor for deltagelse.

Keller undersøgte effekten af formel støtte og uformel støtte ved måltid og indkøb, på ernæringsrisiko blandt ældre (Keller 2006). Støtte fra ansatte udgjorde formel støtte, og støtte fra familie og venner udgjorde uformel støtte (ibid.). Heraf var 70% af de 263 deltagere en del af et måltidsprogram (ibid.). Studiet fandt, at benyttelsen af MOW eller andre sociale måltidstilbud, hvor formel støtte og hyppig uformel støtte indgik, kunne være med til at mindske risikoen for underernæring (Keller 2006). Fundet er dermed med til at understøtte, at det kan have en positiv effekt på underernæring, hvis ældre samtidig har formel eller uformel støtte. Ligeledes, hvis deltagerne modtog hjælp i form af uformel støtte i forbindelse med måltid, var det først og fremmest ægtefællen der hjalp og derefter døtre der var mest involveret. Det synes derved, at ægtefæller og døtre er de dem der yder mest uformel støtte.

Derudover lægger forfatterne vægt på, at screening af ernæringsrisiko er en afgørende faktor for deltagelse i tilbuddet (Keller 2006). Dette kunne tyde på, at rekruttering med fordel kunne finde sted ved screening.

Det ses derved, at der indgår et socialt element i madudbringning, men kun i det omfang som udbringerens tid tillader det. For madudbringning foreligger der udfordringer, som synes at kunne overføres til *det gode måltid*. Disse er dårlig håndtering af maden ved modtagelse ift. opbevaring og opvarmning, som udgør risiko for forebyggelig indlæggelse. Ligeledes er det en udfordring, at ældre kan se maden som en nødvendighed, og særligt kvinder kan have svært ved at acceptere at de ikke længere selv kan lave mad. Endvidere synes der at eksistere en udfordring i, at ældre ikke påtaler lav kvalitet af maden hvis tilbuddet samtidigt er billigt. Derudover ses det at titlen på et

tiltag, kan have betydning for om ældre vil deltage. Ligeledes ses det som en fremmede faktor, hvis madudbringning tilbydes ved udskrivelse eller gennem screening. Dog vil måltidstilbud, som f.eks. madudbringning, have mindre effekt hvis ældre ikke samtidig får formel eller uformel støtte.

6.2 Serveringsform

At spise sammen med andre øger madindtag, hvorfor Nijs et al. undersøgte effekten af family-style måltid blandt ældre på plejehjem (Nijs et al. 2006). Family-style måltiderne bestod af, at der var sørget for borddækning, i form af dug og blomster, maden blev serveret på fade på bordet, hvor beboerne selv kunne bestemme, hvad de ville have at spise. Derudover blev der benyttet samtaleprotokoller for personalet, afbalanceret siddepladser, samt fokus på måltidet, hvor ingen andre aktiviteter foregik under måltidet (ibid.). Her fandt Nijs et al., at family-style måltider var med til at vedligeholde vægten samt livskvalitet hos de ældre på plejehjem (ibid.). Vucea et al. bekræfter dette fund med deres scoping review, hvor de fandt at bulk-style service, hvor flere måltider blev leveret på samme tid i portionstørrelse, restaurant-style service, hvor den enkelte bestilte mad fra skranken, og family-style måltider var med til at øge de ældres heldred samt deres ernæringsstatus (Vucea et al. 2014). Det ses altså både i studiet af Vucea et al. og Nijs et al., at ældres appetit og glæde ved at spise øges, ved at have fokus på måltidrammerne, herunder serveringsform og hjemlige rammer. Måltidsrammerne ses derfor som en fremmede faktor for deltagelse.

6.3 Mødested

Andrew og Wilson finder, at ældre finder det attraktivt at have et sted at tage hen, der synes hjemlige (Andrew & Wilson 2014). I studiet tages der udgangspunkt i brugen af en café i området, som var indrettet hjemligt samtidigt med, at der var mulighed for selv at vælge mad og drikke. Brugen af spisesteder, der er indrettet som denne café, anses derfor som en fremmede faktor, hvori der kan være mulighed for at skabe sociale relationer. Ligeledes fremhæves beliggenheden som en afgørende faktor for, om cafeen benyttes, da den skal være nem at komme til, og det skal være muligt at få adgang med kørestol (ibid.).

Tomstad et al. undersøgte hvordan planlagte møder med sygeplejersker, sygehjælpere og køkkenledere i en 6 måneders periode, ændrede selvvurderet helbred, oplevelse af sammenhæng og egenomsorg i forhold til ernæring (Tomstad et al. 2013). Tomstad et al. inddragede derved ikke

social støtte direkte, men de planlagte møder anses som social støtte, der havde mulighed for at påvirke deres madindtag (ibid.). Dette baseres på, at møderne omhandlede deltagernes daglige måltidsoplevelser og fokus på ernæringsrådgivning (ibid.). Den ene af deltagerne ville fra starten helst spise alene på grund af dårlig tandsundhed. Dårlig tandsundhed anses således for en udfordring. Deltagerne benyttede sig hyppigt af lokalcenteret, hvor de kom i kontakt med andre mennesker (ibid.). For deltagerne bidrog lokalcenteret derfor til et vigtigt socialt element i deres hverdag, hvor de havde mulighed for at komme i kontakt med og snakke med andre om fællesinteresser (ibid.). Et sted at mødes kan derfor anses som et fremmede element i en måltidsintervention.

Litteraturstudiet bidrager med tre forskellige måder hvorpå social støtte kan inddrages i et måltidstilbud: udbringning af mad og i den forbindelse mødet med madudbringeren, fokus på måltidsrammen, herunder family-style måltider og brugen af café-lignende spisesteder. Derudover bidrager litteraturstudiet med fremmede faktorer og udfordringer ved udarbejdelse af et socialt måltidstilbud. Disse tre måder at medtænke social støtte i måltidet samt de fremmede faktorer og udfordringer, vil blive diskuteret i diskussion af resultater (afsnit 12). Dette har til formål at bidrage til forandringsforslag til *det gode måltid*, således flere ældre får mulighed for og ønsker at deltage.

6.4 Meninger om mad og måltider blandt ældre i eget hjem

Nedenstående er en præsentation af studiet af Aarhus universitet, der er fundet gennem ustrukturerede litteraturstudie (Bjerge et al. 2017).

6.4.1 Sociale rammer

Undersøgelsen viste at 48% af de ældre dagligt spiser sammen med samboende, mens 40% spiser dagligt alene (Bjerge et al. 2017). 12% af de enlige og 50% af de samboende ældre finder det slet ikke attraktivt at spise alene. 48% af de enlige ældre finder det attraktivt at spise alene, mens dette kun er 8% af de samboende ældre der svarer dette. Det ser altså ud til, at en stor del af de enlige ældre har det godt med at spise alene. Det bør derved tænkes ind, ved udarbejdelse af et socialt måltidstilbud, at ikke alle enlige ældre ser et behov for deltagelse.

Både enlige og samboende ældre er enige om, at det ikke er attraktivt at spise med plejepersonale, hjemmehjælpere eller frivillige (ibid.), hvorfor dette ses som en hæmmende faktor for deltagelse.

Gældende for både enlige og samboende ældre, er det mest attraktivt at spise sammen med venner, familie eller bekendte. Det at kende de personer, de spiser sammen med, har altså stor betydning. Hvis det ikke er muligt at imødekomme dette i måltidstilbuddet, bør det anses som en udfordring for om ældre ønsker at deltage.

Projektet finder, at der er forskel på hvordan enlige og samboende svarer i forhold til fællesspisninger. Ca. 20% af de enlige ældre deltager i fællesspisninger med andre ældre, mens det kun er ca. 10% samboende ældre, der benytter disse arrangementer (ibid.). Af dette fremgår det, at det er enlige ældre der i højere grad gør brug af arrangerede spisefællesskaber. Gældende for både samboende og enlige ældre ses det ikke attraktivt at deltage i madlavningskurser (ibid.). Ved udarbejdelse af et socialt måltidstilbud, synes det derfor mere oplagt at inddrage spisefællesskaber end madlavningskurser.

6.4.2 Udfordringer for deltagelse i spisefællesskaber

Af de ældre der ikke deltager i madfællesskaber, svarer størstedelen af enlige og samboende, at de ikke følte et behov (Bjerge et al. 2017). Gældende for både enlige og samboende, var begrundelse for ikke at deltage, at have svært ved at komme udenfor hjemmet, at de endnu ikke havde fundet et passende spisefællesskab og at de ikke havde tænkt over før adspurgt (ibid.). Kun få samboende og enlige ældre fandt det grænseoverskridende, at skulle deltage i madfællesskaber (ibid.). Det ser altså ud til at den største udfordring for, at ældre deltager i fællesspisninger er, at de ikke føler et behov. Idet mange af de ældre ikke føler et behov for madfællesskaber, kan det det enten betyde at de reelt set ikke har et behov, men det kan også tænkes, at de ikke har tilstrækkelig oplysning om, hvilke tilbud der findes. Derudover ses det, at nogen ældre ikke havde overvejet, hvorvidt de skulle være en del af et spisefællesskab, hvilket ligeledes kan tyde på manglende oplysning omkring spisefællesskaber. Det kan netop også være den gruppe, som ikke har overvejet tilbuddet, som er dem der har mest behov for tilbuddet. Da der også er en del, der har problemer med at komme udenfor hjemmet er dette også en udfordring, som skal tages hensyn til i udviklingen af et socialt måltidstilbud. Disse udfordringer tydeliggør en heterogene gruppe, hvorfor der bør tages hensyn til disse, hvis ældre skal ønske, at tage i mod et socialt måltidstilbud.

6.4.3 Fysiske rammer ved måltidet

For samboende og enlige svarer 61%, at de ikke prioriterer at dække bord pænt i forbindelse med måltidet til dagligt, men altid når de får besøg (Bjerge et al. 2017). I forbindelse med anretning af

maden, angiver 60%, at det er vigtigt for dem, mens kun 4,% ikke finder det vigtigt og 9% slet ikke finder det vigtigt (ibid.). Desuden angiver 72% at de ældre der er visiteret til madservice, at de anretter maden på en tallerken, mens 23% spiser maden direkte fra emballagen (ibid.). Det tyder derved på, at der i et socialt måltidstilbud skal være fokus på borddækning og anretning af maden, idet størstedelen af ældre i studiet finder dette vigtigt. Dette anses dermed som fremmende faktorer for deltagelse i et socialt måltidstilbud. Ligeledes idet anretning af maden er vigtig, men mens der samtidig er en del at de ældre der spiser direkte af emballagen, bør der ved madudbringning være fokus på dette.

7 Interessentanalyse

I følgende afsnit fremanalyseres de fremmende faktorer og udfordringer interessenterne ser i forhold til *det gode måltid* og herunder nærværende projekts forandringsforslag. I første del af afsnittet præsenteres alle interessenter, der er identificeret i afsnit 7.6.2.3, hvor den indsamlede information kobles på. Dette samles til i en interessent matrix.

Efterfølgende analyseres resultaterne fra de interview, der er foretaget med udvalgte interessenter. Disse informationer samles i den endelige interessent matrix. I projektets diskussion af interessentanalysen, vil det blive diskuteret hvorledes interessenternes respektive magt kan virke som en fremmende faktor eller en udfordring for forandringsforslag til *det gode måltid*.

7.1 Analyse af indsamlet information

Projektlederen

I starten af nærværende projekt, havde gruppen en uformel snak med projektlederen for *det gode måltid*. Denne snak har bidraget med den information gruppen har om projektlederen som interessent før interviewet. Det vurderes her, at projektlederen har meget viden om projektet, og må betragtes som værende den, der har mest viden om projektet. I forhold til projektlederens bidrag til projektet, har projektlederen sammen med en styregruppe, været med til at udforme rammene for projektet. Hun har altså været med til at forme grundlaget for det, der danner baggrund for nærværende projekts forandringsforslag. Det formodes således, at projektlederne bidrager med håndgribelige ressourcer i form af hendes arbejdstimer og uhåndgribelige ressourcer i form af idéudvikling. Hvorledes projektlederen vil være støttende overfor nærværende projekts forandringsforslag, vurderes det, at hun har en støttende position, da hun i den uformelle snak virkede positiv stemt overfor, at nærværende projektet vil udmunde i forandringsforslag til *det gode måltid*.

Chef for Folkesundhed Aarhus

Interessenten er ligeledes en del af styregruppen til *det gode måltid*, og det formodes derfor at hun har meget viden om projektet. Der er ikke fundet information om hendes bidrag. Følgende citat er fundet:

"Vi tager udgangspunkt i, hvad den enkelte borger vil. Det kan være, at deres læge har sagt, at de skal tage sig, men det de fortæller her, er, at de ikke har overskud til at besøge deres børnebørn. Så tager vi fat i de små ting først og fokuserer ikke kun på for eksempel et vægttab" (Højlund 2012).

Det udledes ud fra dette citat, at chef for Folkesundhed Aarhus vil være støttende overfor forandringsforslag, hvis der i forslagene tages udgangspunkt i borgerens perspektiv. Dog er der ikke fundet informationer om hendes holdning til specifikt ældre og underernæring.

SOSU-personale

SOSU-personalet har en meget nær kontakt til de ældre som får tilbuddet om *det gode måltid*, og anses derfor for at have en stor viden om deltagerne, der kan rekrutteres. Dog vurderes det, at SOSU-personalet umiddelbart ikke ved så meget om *det gode måltid*, medmindre de er informeret i forbindelse med, at en borger skal have besøg. Det anses derfor, at der kan være stor forskel på den viden personalet har om *det gode måltid*. Ud fra deres tætte kontakt til de ældre, vurderes det at SOSU-personalet kan bidrage med håndgribelige ressourcer i forhold til rekruttering af deltagere. Som udgangspunkt vurderes det, at de der er ansat som SOSU-personale vil borgernes bedste. Det anses derfor, at hvis personalet vurderer, at forandringsforlagene vil være til gavn for borgeren, så vil personalet være støttende. Dog kan der være en barriere i forhold til tidsforbrug, da det formodes at personalet har nok arbejde og ikke ønsker yderligere arbejdsopgaver, hvis der ikke tilføjes yderligere ressourcer til området.

Forebyggelseskonsulenterne

I forhold til forebyggelseskonsulenternes viden om projektet kan det, i lighed med SOSU-personalet, være meget forskelligt fra konsulent til konsulent. Konsulenten der har været tilknyttet området hvor *det gode måltid* i øjeblikket kører, vurderes at have høj viden om projektet. Det er uvist, hvorvidt de andre konsulenter har indsigt i projektet. Dog vurderes det ud fra konsulenternes arbejdsbeskrivelse, at de burde have en høj grad af viden, da en del af deres samtale med borgeren kan dreje sig om at informere borgeren om kommunale tilbud (Aarhus Kommune 2014a). Det vurderes, i lighed med SOSU-personalet, at forebyggelseskonsulenterne gennem deres samtaler med borgeren, kan bidrage med en håndgribelig ressource i form af rekruttering af deltagere til projektet. Ud fra et citat, der beskriver formålet med et forebyggende hjemmebesøg, *"samtalen handler om det, der er vigtigt for dig i forhold til din livskvalitet og dit helbred"* (Sundhed og

Omsorg 2016), vurderes det, at forebyggelseskonsulenterne vil være støttende i forhold til forandringsforslag, hvis de vurderer, at det kan bidrage med elementer i ældres livskvalitet og helbred.

Frivillighedskoordinator

Det formodes, at frivillighedskoordinatoren der sidder i området hvor *det gode måltid* kører, har meget viden om projektet, da hun skal koordinere de frivillige til eksisterende projekter i kommunen. Det vides ikke, om frivillighedskoordinatorerne der ikke sidder i andre områder, har viden om *det gode måltid*. Frivillighedskoordinatorernes bidrag til projektet ses som en håndgribelig ressource, da de skal koordinere arbejdskraft af de frivillige. Ifølge frivillighedskoordinator i midtbyen, har de frivillige en stor betydning for de ældre, og frivillighedskoordinatorernes primære arbejdsopgave er, at styrke og udvikle frivilligindsatsen på lokalcentrene og i plejeboligerne i byen: *"det er alt afgørende, at vi har dem for ellers var der virkelig ikke ret meget liv" [...] "det sjove kan stort set ikke finde sted uden frivillige"*(Madsen n.d.). Således vurderes det, at frivillighedskoordinatorerne vil være støttende overfor forandringsforslag, men måske være tvivlende på, om det ville kunne indgå i den daglige drift uden brug af frivillige.

Frivillige

Det formodes ikke, at det er en forudsætning for de frivillige, at de kender til det projekt som de tilkobles, men blot skal kende deres arbejdsopgaver. Derfor anses det at de frivilliges viden om projektet er lille. De frivillige bidrager til projektet med en vigtig håndgribelig ressource, arbejdskraft. En frivillig i Aarhus Kommune udtaler, at hun oplever, at det at være frivillig giver ny livskvalitet og finder motivation i arbejdet, når der opstår nye venskaber, både blandt deres medfrivillige og de ældre: *"jeg er frivillig her fordi jeg godt kan lide at være sammen med ældre mennesker"*(Madsen n.d.). Hun fortæller desuden, at hun værdsætter det fællesskab der findes i aktiviteterne. Det vurderes således, at de frivillige vil være støttende i forhold til forandringsforslag af *det gode måltid*.

Praktiserende læger

I forhold til hvilken viden de praktiserende læger har om projektet, er der fundet kilder der modstrider hinanden. Et nyt forskningsprojekt fra 2015, i fire sønderjyske kommuner viste, at praktiserende læger indlægger færre ældre medicinske patienter, end lægerne på sygehuset. Det

formodes at bunde i, at praktiserende læger kender til kommunale tilbud (Redaktionen 2015). Omvendt ses det i Sundheds- og Ældreministeriets rapport *Styrket Indsats for Den Ældre Medicinske Patient*, at praktiserende læger mangler overblik over kvaliteten af de kommunale tilbud. Dette kan betyde, at de ikke tilbyder de kommunale tiltag, men i stedet indlægger borgerene (Sundheds- og Ældreministeriet 2016 s. 13). Det vurderes således, at der kan være stor forskel på den viden de praktiserende læger har. De praktiserende læger kan bidrage til rekruttering ved, at henvise borgere som de mener kan have glæde af forandringsforslagene. Det formodes, at praktiserende læger, på samme måde som SOSU-personalet, ønsker det bedste for borgeren, og derved ønsker at undgå indlæggelse. Det vurderes derfor, at de praktiserende læger vil være støttende, hvis de vurderer at projektet kan være med til at forebygge en indlæggelse.

Ældre Sagen

Ældre Sagen har selv egne tilbud i forhold til sociale måltidstilbud, f.eks. *Spisevenner*. Derfor kan der være tvivl om, hvor meget viden de har om kommunale tilbud. Det vurderes dog, at de med henblik på et muligt samarbejdspotential, har interesse herfor. Det vurderes, at Ældre Sagen vil kunne bidrage med håndgribelige ressourcer i forhold til arbejdskraft fra frivillige. Ældre Sagen har mange medlemmer, som kan have medbestemmelse i forhold til hvilke sager Ældre Sagen skal involvere sig i. Følgende udtalelse er fra formanden for Ældre Sagen i Aarhus kommune: *“Vi er med til at opfylde de mål, Ældre Sagen sætter for sit arbejde. Vores konkrete opgave består i at være med til at skabe et godt seniorliv i Aarhus, både for de svage ældre og for de selvhjulpne.”* (Jørvang n.d.). Denne udtalelse indikerer, at Ældre Sagen vil være støttende overfor forandringsforslagene. Dette forstærkes yderligere af, at Ældre Sagen Aarhus i 2016 har indgået et officielt partnerskab med Magistratsafdelingen Sundhed og Omsorg. Yderligere ses der en alliance mellem Ældre Sagen og forebyggelseskonsulenterne, idet der i et årsmøde referat skrives følgende: *“Vi forsøger også inden for projektet at formidle ud til alle de frivillige, der kommer i hjemmene, at de bliver meget opmærksomme på at spotte ensomhed og mistro, og kan formidle det videre til f.eks. en forebyggelseskonsulent.”* (Ældre Sagen Aarhus 2017). Det er derfor muligt at de frivillige kan være behjælpelige med rekruttering.

Rådmanden

Rådmand for Magistratsafdelingen Sundhed og Omsorg anses, i kraft af hendes job, at have en stor viden om de projekter der omhandler ældre. Det vurderes derfor, at hun har stor viden om *det gode*

måltid. Hun vurderes, at kunne bidrage til projektet med politisk legitimitet. Det ses f.eks. fra et byrådsmøde den 22.2.2017, at rådmanden er kommet med et forslag i forhold til en mere fleksibel transportmulighed for ældre borgere (Borgmesterens Afdeling 2017b). Dette kan således ses som et eksempel på, hvordan rådmanden kan bringe forandringsforslag på den politiske dagsorden.

I forhold til hvilken position rådmanden vil tage til forandringsforslagene, er følgende udtalelse fundet interessant: *"Jeg vil ud at se, mærke, dufte, føle og smage, hvordan det er at bo på plejehjem i Aarhus. Min ambition er at byens plejehjem først og fremmest skal være rigtige hjem. Og i et hjem dufter der af nybagt brød og frisklavet kaffe..."* (Aarhus Kommune 2014b). Det vurderes således, at hvis forandringsforslagene handler om, at gøre forholdene på lokalecentre mere hjemlige og cafélignende, vil rådmanden være støttende. Rådmanden udtaler sig også om brug af frivillige i projekter: *"Vi er i 2018 Frivillighovedstad i Europa, hvor vi fortsætter og udvikler det store samarbejde med de frivillige kræfter i byen. Vi har allerede i år 5.000 frivillige som hjælper til i Kulturhovedstadsåret"* (Borgmesterens Afdeling 2017a). Således antages det, at rådmanden vil være støttende også hvis forandringsforslagene involverer frivillige.

Ældrerådet

Ældrerådet i Aarhus Kommune er lovbestemt, og rådets medlemmer vælges ved direkte valg. Ældrerådet skal rådgive kommunalbestyrelsen i ældrepolitiske spørgsmål, og skal formidle synspunkter mellem borgere og kommunalbestyrelsen i forhold til lokalpolitiske spørgsmål, der vedrører ældre (Danske Ældreråd n.d.). Da *det gode måltid* ikke har været oppe i kommunalbestyrelsen vurderes, det ikke at de har meget viden om projektet. I forhold til bidrag vurderes det, at Ældrerådet vil kunne bidrage med, at sætte forandringsforslag på den politiske dagsorden. Da Ældrerådet arbejder for ældre, vurderes det, at de umiddelbart vil være støttende overfor forandringsforslag, der ville kunne gavne ældre borgere.

Der er ikke fundet information om forstanderne på plejecentre og Sundhedschefen for Magistratsafdelingen Sundheds og Omsorg, men disse vurderes også at være interessenter. De ældre borgere vurderes i høj grad også at være interessenter, da det er dem hele projektet omhandler. Det har ikke været muligt at finde information om borgeren og derfor forsøges deres perspektiv at bringes i spil gennem litteraturstudiet og data fra praksiskontakt.

Interessent matrix

<i>Organisation/person</i>	Viden om projektet (meget, noget, lidt)	Interessentens bidrag til projektet	Interessents position (Støttende, neutral, modarbejdende)
<i>Chef for Folkesundhed Aarhus</i>	Meget	Ikke fundet	Støttende
<i>Projektleder for det gode måltid</i>	Meget	Håndgribelige ressourcer; arbejdskraft Uhåndgribelige ressourcer; idéudvikling	Støttende
<i>SOSU-personalet</i>	Vurderes at det kan være meget forskelligt fra person til person	Håndgribelige ressourcer; rekruttering	Støttende
<i>Forebyggelses konsulenter</i>	Vurderes høj, men kan variere fra konsulent til konsulent	Håndgribelige ressourcer; rekruttering	Støttende
<i>Frivillighedskoordinator</i>	Vurderes høj, men kan variere fra koordinator til koordinator	Håndgribelige ressourcer; koordinering af arbejdskraft	Støttende
<i>Frivillige</i>	Lidt	Håndgribelige ressourcer; arbejdskraft	Støttende
<i>Praktiserende læger</i>	Variierende	Håndgribelige ressourcer; rekruttering	Støttende
<i>Ældresagen</i>	Lidt	Håndgribelige ressourcer; rekruttering	Støttende
<i>Rådmand, Magistratsafdeling Sundhed og Omsorg</i>	Meget	Uhåndgribelig ressource; Legitimitet og sætte på den politiske dagsorden	Støttende
<i>Ældrerådet</i>	Lidt	Uhåndgribelig ressource; Bringe i spil i kommunalbestyrelsen	Støttende
<i>Plejhjemsforstanderne</i>	Ingen oplysninger	Ingen oplysninger	Ingen oplysninger
<i>Sundhedschefen, Sundheds og omsorg</i>	Ingen oplysninger	Ingen oplysninger	Ingen oplysninger
<i>De ældre borgere</i>	Ingen oplysninger	Ingen oplysninger	Ingen oplysninger

Tabel 6 Oplysninger indsamlet før interview jf. Fase 4 og 5 i interessentanalysen

7.2 Præsentation af de udvalgte interessenter

Følgende afsnit præsenterer de fire interessenter, der er blevet interviewet i forbindelse med interessentanalysen for nærværende projekt. Beskrivelser er lavet ud fra interessenternes egne udtalelser i interviewene.

Chef for Folkesundhed Aarhus

Chef for folkesundhed arbejder med forebyggelse i forhold til KRAM faktorerne; kost, rygning, alkohol, motion og mental sundhed. Der arbejdes både på det strukturelle niveau og på strategi niveau. Hun arbejder med, at udarbejde strategier i forhold til forebyggelse, både primær, sekundær og tertiær forebyggelse.

Projektleder for det gode måltid (fremadrettet kaldet projektleder)

Arbejder under sundhedsudvikling i Folkesundhed, både forebyggende og strategisk med de sundhedsindsatser der er i Aarhus Kommune. Hendes ansvarsområde er kostområdet og hun arbejder bl.a. med samarbejdsprojekter omkring ernæringscreening og ældreområdet, herunder udvikling og rammer for *det gode måltid*. Projektlederen arbejder ikke kun med ældre, men også med børne- og ungdomsområdet.

Konsulent for klyngesamarbejdet forebyggende hjemmebesøg

Forebyggelseskonsulenterne arbejder ud fra paragraf 79A i serviceloven, denne paragraf omhandler lovgivningen om forebyggende hjemmebesøg (Sundhedsstyrelsen 2015). Aarhus Kommune er delt op i syv områder og der er ansat en forebyggelseskonsulent til hvert område (Sundhed og Omsorg 2016). Udtagelser fra konsulent for klyngesamarbejdet for forebyggende hjemmebesøg menes at være repræsentative for forebyggelseskonsulenterne, og derfor omtales denne fremadrettet som repræsentant for forebyggelseskonsulenterne.

Repræsentant for Ældrerådet

Ældrerådet er et lovbestemt råd, som er nedsat i alle kommuner. Ældrerådet er et folkevalgt forvaltningsorgan, der er underlagt forvaltningsloven. Ældrerådet arbejder for alle ældre i Danmark over 60 år. Repræsentanten har desuden erfaring fra forvaltningen i Magistratsafdelingen Sundhed og Omsorg, og derfor anvendes der også citater fra egen erfaringer i analysen.

7.3 Analyse af semi-strukturerede interviews

De semi-strukturerede interviews er det styrende element i projektets interessentanalyse. Interviewene bidrager med et indblik i interessenters position, bidrag, grad af indflydelse og alliancer, som er sigende for interessenternes magt i forhold til *det gode måltid* og forandringsforslagene dertil. Dette gøres for at kunne udfylde interessentmatrixen i fase 6 i interessentanalysen. Dertil analyseres kategorierne økonomi og bud på forandring, der fremkom under kategoriseringen af empirien fra de semi-strukturerede interviews. Som beskrevet i metoden, analyseres der ud fra kristisk-common sense, hvor der rækkes ud over informanternes selvforståelse af deres udsagn. Formålet er, at identificere mulige fremmede faktorer og udfordringer for forandring af *det gode måltid*.

7.3.1 Position

Dette afsnit bidrager til interessentanalysen med interessenternes position i forhold til *det gode måltid*, samt til de forandringsforslag der er fundet gennem litteraturstudiet. Afsnittet opdeles i forhold til udsagn fra den enkelte interessent. Interessentens position har det formål, at opdele interessenterne i forhold til, om de er enige i forandringen (støttende), modsætter sig en forandring (modarbejdende) og dem som ikke har en klar mening (neutral). Interessentens position anses for væsentlig, da den viser om interessenten kunne bringes i spil som medspiller i forhold til forandringer af *det gode måltid*, eller om der skal forventes modspil.

Chef for Folkesundhed Aarhus' position

Som nævnt i beskrivelsen af chef for Folkesundhed Aarhus, er hendes opgave i forhold til ældre, primært at arbejde forebyggende. Ud fra dette perspektiv, forholder hun sig til *det gode måltid* og det at arbejde med mad og måltider: "...jeg tror at netop [...] med mad, at det er en af de byggesten man overser...", hun peger desuden på, at der bør ses på det hele menneske. I forhold til forandringsforslag, taler chef for Folkesundhed Aarhus om bæredygtighed. Med dette menes, at en forandring af et projekt skal kunne køre, uden at der tilføres yderligere ressourcer: "...det kan leve uden at blive tilført flere ressourcer fordi vi får ikke flere ressourcer..." hun tilføjer yderligere: "...man skal jo også ligge noget ned hvis nu det ikke virker...". Det anses således, at chef for Folkesundhed Aarhus har en støttende position i forhold til forandringer af *det gode måltid*, med det forbehold at det ikke kræves at der tilføres yderligere ressourcer. Samtidig kan hun være

modarbejdende, hvis hun vurderer, at forandringsforslagene ikke kommer til at gavne projektets succes.

I forhold til det forandringsforslag der handler om, at udbrede *det gode måltid* til en bredere målgruppe end dem der modtager mad fra kommunen, fortæller chef for Folkesundhed Aarhus, at hun tror, at de der måske klarer at lave lidt mad til sig selv, også kunne have glæde af et socialt måltidstilbud. Her tænker hun, at der måske kan sættes ind tidligere, f.eks. ved at få mere fællesskab blandt naboer; "*Er min nabo lidt dårligere end mig, skulle jeg hjælpe vedkommende ud til noget fællesskab*". Det vurderes således, at chef for Folkesundhed Aarhus ser en mulighed i at udbrede målgruppen i projektet, således at naboer der klarer sig bedre, kunne hjælpe dårligt stillede ældre med f.eks. at komme til et lokalcenter og deltage i sociale arrangementer.

I forhold til forandringsforslaget omhandlende, at det sociale måltidstilbud skulle udbydes i mere cafélignende forhold, er chef for Folkesundhed Aarhus støttende "*...det skal jo være rart [...] det skal være indbydende at sidde der...*". Det vurderes samlet, at chef for Folkesundhed Aarhus vil være støttende overfor forandringsforslag til *det gode måltid*, dog kun hvis disse kan gøres bæredygtige.

Projektlederens position

Projektlederen menes, at være den der er tættest på projektet og anses derfor som udgangspunkt for, at have en støttende position i forhold til projektet. Dette afspejles i hendes indgående viden om projektet: "*...baggrunden var i virkeligheden at sige, hvordan er det vi kan øge appetitten hos særligt svækkede ældre gennem måltidsfællesskaber...*". Det tyder på, at projektlederen brænder for projektets baggrund, idet hun udtaler, at hvis hun får kendskab til et bestemt område, bliver hun interesseret i det: "*...jeg synes egentligt tit så er det sådan at når jeg kommer ind i et område og får kendskab til det så bliver jeg meget interesseret og ivrig i det...*". Det formodes derfor, at hvis projektlederen skulle arbejde med forandringsforslagene, ville hun være støttende. Dog formodes det, at det vil være med forbehold for, om forandringsforslagene vil være ressourcekrævende, idet det ifølge hende er omkostningstungt at sætte projekter i gang: "*...det at sætte projekter i søen og have en kæmpe portefolie som skal have en masse økonomiske tilskud det er meget meget omkostningstungt for os...*". Det antages derfor, at projektlederen vil være støttende, overfor forandringsforslagene, men at hun vil have samme forbehold som chef for Folkesundhed i forhold til bæredygtighed.

Repræsentanten for forebyggelseskonsulenternes position

Repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne beskriver, hvordan forebyggelseskonsulenternes position er i forhold til nye projekter: ”...sørge for, at det er kerneopgaven vi løfter [...] hvis et projekt giver god mening i forhold til vores kerneopgaven så gør vi det. [...] ellers [...] så skal vi jo ikke gøre det”. Desuden beskriver repræsentanten, at forebyggelseskonsulenterne planlægger deres arbejde ud fra to vinkler, hvilke ressourcer de har, og hvad der meldes tilbage at borgerne synes er meningsfuldt: ”...så vi har meget udgangspunkt i den viden, der kommer direkte fra borgerne...”. Yderligere beskriver repræsentanten, at tiltag altid vurderes ud fra, om det er noget der passer til den enkelte borger:

”...man (skal) være åben over for at det kan være det virker over for nogen typer borgere og ikke overfor andre type borgere. Så skal man være villig til at stoppe dem der ikke virker og fortsætte med dem der virker [...] så det ikke er det samme tilbud der gives til alle, at man kan forme det lidt...”.

Det vurderes ud fra overstående, at forebyggelseskonsulenterne generelt vil være støttende i forhold til projekter hvis de vurderer, at det kan indgå i de opgaver de anser for at være deres kerneopgave, at der tages hensyn til at projektet kan tilpasse den enkelte borger, og at ingen borgere tvinges til noget de ikke ønsker. Det vurderes således, at projekter der ikke er fastlåste til en bestemt ramme, vil kunne opnå større støtte fra forebyggelseskonsulenterne, end projekter med en fast ramme for hvad der skal ske.

I forhold til forebyggende tiltag, forholder repræsentanten sig til, at når der arbejdes med forebyggelse, er det vigtigt at accepterer, at der ikke er en effekt lige nu og her: ”Det er et sats fordi man tror på at det får en effekt [...] det er en antagelse”. Der tales desuden om en positiv holdning til at tage borgere ud af deres eget hjem for at spise, dog med forbehold: ”... der er masser af potentiale i det hvis vi kan [...]mobilisere kræfter til at tage borgeren ud af deres eget hjem og spise sammen...”.

Det antages således, at repræsentanten vil være støttende i forhold til et socialt måltidstilbud med fokus på ernæring, dette fordi der her er tale om primær forebyggelse. Støtten er dog betinget af at hvis forebyggelseskonsulenterne får arbejdsopgaver i forbindelse med dette, skal arbejdsopgaverne kunne indgå i forebyggelseskonsulenternes kerneopgave. Desuden forventes det, at der tages udgangspunkt i borgernes ønsker og at tiltagene kan tilrettelægges individuelt.

Ældrerådets position

Ældrerådets arbejdsområder ligger inden for ældreområdet i Aarhus Kommune, og det anses derfor, at de vil være støttende for projekter, de vurderer som gavnlige for ældre borgere. Ud fra repræsentanten for Ældrerådets udsagn, kan det tyde på at Ældrerådet har en særlig interesse overfor de svageste borgere: ”...vi er mest aktive når det drejer sig om noget vedrørende [...] de svageste borgere...”. Når repræsentanten for Ældrerådet taler om de svage, hentydes der til de ældre, der bor i plejeboliger. Det antages derfor, at Ældrerådet ikke umiddelbart vil tage en støttende position i forhold til nærværende projekts forandringsforslag, da målgruppen er ældre i egen bolig. Ældrerådets arbejdsområder spænder meget bredt og repræsentanten for Ældrerådet siger selv: ”...men det har også noget at gøre med sundhed, noget motion til ældre, noget kost til ældre, og så er jeg sådan ligeglad med at de ryger eller drikker lidt for meget [...] de der ting der giver livskvalitet”. Ældrerådets fokus er dermed ikke kun på ældres fysiske sundhed, men også på de elementer der giver livskvalitet.

Om sociale måltidstilbud siger repræsentanten for Ældrerådet:

” (suppeaftener) har man fået en vis opbakning med i Aarhus [...]. Det har vi på mange lokalcentre [...] det der med [...] at spise sammen, det (er) godt fordi man får noget god mad og noget ordentligt mad, som kan være med til at holde en i god tilstand men også fordi de der fællesskaber omkring måltidet”.

Det tænkes således, at Ældrerådet kunne være støttende overfor et socialt måltidstilbud, specielt hvis der i tilbuddet ikke udelukkende er fokus på korrekt ernæring. I forhold til projektets målgruppe vurderes det, at Ældrerådet ikke umiddelbart vil være støttende overfor denne gruppe, med mindre, der tydeligt tages hensyn til de ældres behov og den enkeltes ønsker. Dog skal det pointeres, at Ældrerådets medlemmer er en sammensat gruppe, der sammen har en stemme, og at disse medlemmers interesser ikke altid er de samme. Således udtaler repræsentanten for ældrerådet: ”...ældrerådet har meget individuelt præget interesser for at være med...”.

Det kan antages at Ældrerådets position i forhold til at støtte et socialt måltidstilbud, præges af de repræsentanter der sidder i Ældrerådet når beslutninger tages, da det vurderes, at individuelle interesser kan præge de anbefalinger Ældrerådet giver til politikerne.

7.3.2 Bidrag (håndgribelige og uhåndgribelige ressourcer)

Følgende inddrages for at få et indblik i, hvordan interessenterne bidrager til *det gode måltid* og forandringsforslagene. Som nævnt i afsnit 6.6.3, kan ressourcer være håndgribelige og uhåndgribelige, og begge former inddrages. Afsnittet vil, i lighed med foregående, blive inddelt således at citater og analyser fra hver enkelt interessent optræder alene.

Chef i Folkesundhed Aarhus' bidrag

I interviewene spørges der til interessentens rolle, når der bringes nye projekter på banen i Aarhus Kommune. Her beskriver chef for Folkesundhed Aarhus: ”...at sikre, at det går den rigtige vej men selvfølgelig også at der er kvalitet i projektet og sikre at der er fremdrift i det og de rigtige ressourcer bliver sat af til det”. Chef for Folkesundhed Aarhus fortsætter med at beskrive hendes rolle i organisationen: ”...(jeg skal) bane vejen for det, også ude i organisationen...”. Om sin rolle i forhold til samarbejdet med projektlederne siger chef for Folkesundhed Aarhus desuden: ”...men hvordan sætter man et projekt ind i en større kontekst og hvordan får man de rigtige medspillere ind i projektet og det tænker jeg også som projektejer, at jeg har et stort arbejde...”.

Citaterne angiver, at chef for Folkesundhed Aarhus bidrager med en uhåndgribelige ressource i forhold til at give projektet legitimitet, både i organisationen og i en større kontekst, som kan formodes at række ud over organisationen. Hun sætter derved ord på projektet uden for styregruppen, der arbejder med projektet og kan dermed inspirere andre beslutningstagere, i forhold til hvad projektet kan bidrage med. Desuden bidrager hun med råd og vejledning til projektlederne i forhold til, hvordan de får de rigtige medspillere og ressourcer med. Det formodes dermed at chef for Folkesundhed Aarhus, er med til at sikre projektet større sandsynlighed for succes i og med, at hun kan skaffe andre interessenter og dermed opnå en større støtte til projektet.

Projektleder

Projektlederen for *det gode måltid*, har ca. 22 timer om ugen afsat til projektet, og disse anses for at være håndgribelige ressourcer. Gennem interviewet med projektlederne fremgår civilsamfundet som en væsentlig ressource i forhold til at sikre eksistensen af projektet. Ved civilsamfundet menes der ”frivillighed, det kan også være lokalt i foreninger og aktører”. Her går hun videre med:

”...det er meget meget omkostningstungt for os så enten skal man have nogen eksterne interessenter som har nogen ressourcer de kan spytte i eller også skal man have fat i

civilsamfundet og det at få civile til at arbejde sig ind og gøre det til et ejerskab at man lokalt forankret en indsats ”.

Her ses det, at frivillige kan være med til at mindske den monetære omkostning, der kan være forbundet med projektet. Derudover kan det være en fordel at få skabt en ejerskabsfølelse hos civilbefolkningen og hos de frivillige, for at støtte den interesse de frivillige har i at arbejde for projektet. De frivilliges bidrag til projektet betragtes som en håndgribelig ressource, der er nødvendig, for at *det gode måltid* skal kunne fortsætte. Projektlederen giver et eksempel på, hvorpå de frivilliges hjælp kan bruges i *det gode måltid*, samt hvorledes deres vedholdenhed til projektet kan belønnes: ”... til at køre busserne ved mod at give dem et måltid mad eller hvad det nu kunne være og så gør man det på den måde bæredygtigt”. De frivilliges hjælp kan derved benyttes som ressource til transport af de ældre, og deres indsats belønnes med et måltid mad.

Derudover fremgår det af projektleder i følgende citat, at den håndgribelige ressource, i form af finansiering til projektet, udløses af Sundheds- og Ældreministeriet, hvorfor det bl.a. er ministeriet der sætter begrænsningerne for projektet: “... når det er styrelsen (der) har valgt at sige at de gerne vil udløse en pulje penge til borgere som modtager madservice og som bor i eget hjem så er vi faktisk begrænsede til det”. Ministeriet kan derved anses som en drivkraft i mobiliseringen af projektet, da deres håndgribelige ressource gør projektet muligt. Yderligere fortæller projektlederen, at ministeriet har valgt hvilken målgruppe projektet skulle omhandle. Dette anses for at være en begrænsning i forhold til at kunne udbrede målgruppen i projektperioden.

Repræsentant for forebyggelses konsulenternes bidrag

Ud fra interviewet med repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne fremgår det, at forebyggelseskonsulenterne, gennem deres forebyggende hjemmebesøg, kan bidrage med håndgribelige ressourcer, som kan være med til at støtte op om projektet. Repræsentanten forklarer:

”vi synes man skal koordinere og supplere hinanden i projekterne i stedet for at vi kører for meget parallelløb. For så forstyrrer vi borgerne, vi forstyrrer medarbejderne hele tiden, så skal vi sørge for at koordinere det vi kan. [...] vi bliver bedre og bedre til at samarbejde og til, at få vores relationer på plads”.

Ud fra dette citat fremgår det, at forebyggelseskonsulenterne kan bidrage med koordinering af projekter, således flere projekter med samme formål ikke køres samtidigt. Derudover ses der en interesse i, at indgå i et samarbejde omkring projekter, netop med det formål at undgå at borgere og medarbejdere forstyrres mere end højst nødvendigt i deres arbejde. Det kan dermed formodes, at forebyggelseskonsulenterne i deres arbejde med forebyggende hjemmebesøg med fordel kan inkluderes i *det gode måltid*. F.eks. ved at indgå i et samarbejde om forandringen af projektet og dermed gøre at projektet står stærkere.

En anden håndgribelig ressource repræsentanten nævner, omhandler forebyggelseskonsulentens evne til at rekruttere frivillige til projektet. Her udtrykkes der: ”...når vi er ude ved folk, hvis vi finder nogen der vil være med til at facilitere eller nogen der gerne vil være chauffør, så er det den måde vi kan støtte på”. Her gives der udtryk for, at de forebyggende hjemmebesøg kan benyttes til at rekruttere borgere som frivillige enten til facilitatorer eller som chauffør. Dette vurderes ud fra, at forebyggelseskonsulenterne møder borgerne til en samtale, her har de muligheden for at vurdere, om borgeren kunne være frivillige. En af forebyggelseskonsulenternes store forcer er, at de arbejder med de borgere der ikke allerede er kendt af kommunen: ”...vi arbejder med dem der IKKE er kendt i kommunen [...] det er jo der man virkelig kan spytte ind med noget forebyggelse”. På den måde kan forebyggelseskonsulenterne være med til at sikre, at borgeren kender *det gode måltid* og dermed skabe et bedre grundlag for rekruttering til projektet.

Ældrerådet

Repræsentanten fra Ældrerådet giver et indblik i Ældrerådets håndgribelige ressourcer, da han udtaler: ” ja, og så gå ud i områderne og sige, er det her noget vi skal arbejde med, måske også på *direktionsmøde*”. Ældrerådet kan dermed ses om en ressource, der kan være med til at legitimere de ønsker de ser og oplever hos borgeren. Derudover fremgår, at Ældrerådet ” både er et *forvaltningsorgan og et folkevalgt organ*”, hvilket kan betyde, at ældrerådet både har de ældres og forvaltningens interesse i mente, når der tages kontakt til byrådet. Denne forbindelse ses også i udtalelsen:

”... i henhold til lovgivningen er ældrerådet et bindeled mellem borgere og byrådet [...] (med) *ældrepolitiske spørgsmål og ikke så meget i enkelt sager [...] men du kan jo hurtigt få en enkelt sag drejet til at være et mere politisk spørgsmål [...] så kan vi jo så tage fat i og gøre det til en generel sag ud af det (og) kontakte forvaltningen*”

Det ses herigennem, at Ældrerådet er bindeled mellem borgere og byrådet og derudover har mulighed for, at bringe enkelt sager op på et højere magt niveau, ved at præsentere det som en generel sag til forvaltningen. Det forklares videre:

” vi laver (typisk) sådan et brev og det (er) i populistisk form, så man læser det til folket, så kan vi jo f.eks. [...] slutte af med at skrive vi har henvendt os til byrådet omkring det, altså for at give sådan lidt ekstra pres på, for så [...] er der nogle aviser der kontakter byrådsmedlemmerne, 'hvad mener du egentlig om det?', og så gælder det jo om at få dem til at vende sig”

Gennem denne uhåndgribelige ressource, kan Ældrerådet få skabt interesse for et område i forvaltningen, såfremt de ser behovet for sådan et tilbud blandt borgerne og i egen organisation. Det synes derved, at Ældrerådet har muligheden for, at gøre *det gode måltid* bæredygtigt, hvis de har en interesse i projektet.

Hvor Sundhed- og Ældreministeriet ses som en afgørende ressource for udviklingen af *det gode måltid*, ses de frivilliges interesse i og ønske om at bidrage som en afgørende ressource ift. at gøre projektet bæredygtigt. Projektlederen har arbejdskraft som håndgribelig ressource og det formodes at denne ressource også ville kunne anvendes i forandringsforslagene. De ressourcer forebyggelseskonsulenterne har til de forebyggende hjemmebesøg, ses som afgørende når det kommer til rekruttering af frivillige til projektet samt til formidling af projektet til ældre. Idet Ældrerådet er et bindeled mellem borgerne og byrådet, samtidig med at de et folkevalgt organ og et forvaltningsorgan, kan Ældrerådet være med til at legitimere projektet i forvaltningen. Dette kan hjælpe til, at forvaltningen støtter op om projektet og dermed leder til, at projektet bliver bæredygtigt.

7.3.2.1 Økonomiske overvejelser

De økonomiske overvejelser udledes fra nærværende projekts logiske model, jf. afsnit 6.1.2. På trods af at økonomi ikke er en del af interessentanalysen, anses det for forandringsforslagene centralt at få et økonomisk perspektiv, med henblik på implementering.

Chef for folkesundhed forklarer, at de økonomiske midler til *det gode måltid* er søgt i en pulje fra Sundheds- og Ældreministeriet. Projektlederen uddyber og fortæller, at de økonomiske midler kan opdeles i det der kan indgå i den kommunale drift, og det der går udover driften. Med henblik på *det gode måltid* så er det ”...at man kan komme ned og spise på et lokalcenter det er drift, men det at man kan blive hentet og kørt ned, det er et tilbud...”. Det kan udledes, at transporten ses som en ekstra omkostning.

Den ekstra omkostning ses også af repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne, der påpeger at transporten i *det gode måltid* er en udgift: ”ift. det der med transporten, der vil jo være en udgift forbundet med det”. Også projektlederen ser transporten som omkostningstung: ”...vi kan ikke have medarbejdere til at køre de busser det er simpelthen for omkostningstungt for os og lægge den over på driften også så skal vi i hvert fald have flere penge...”. Det er altså, ifølge projektlederen ikke en løsning, at ligge denne udgift over på den kommunale drift, og det må derfor antages, at hvis det fortsat ønskes at tilbyde borgeren transport til det sociale måltidstilbud, må der findes andre måder at finansiere denne udgift på.

I forhold til brug af puljemidlerne, mener chef for Folkesundhed Aarhus, at det er nødvendigt at tænke størst mulig effektivitet når midlerne fordeles. Det kræver nogle gange, at der tænkes anderledes i projektudformning: ”hvis nu man gerne vil arbejde endnu mere effektivt eller have større effekt af de penge som sundhedsstyrelsen spiller ind med jamen så skal man tænke i anderledes projekter”. Denne udtalelse ligger umiddelbart ikke op til, at kommunen kan give ekstra midler. Dog ses der en mulighed for, at tænke brugen af midlerne anderledes, således at der er den bedste udnyttelse af midlerne. Endvidere er det for chef for Folkesundhed Aarhus vigtigt, at hvis det erkendes, at et projekt ikke har den ønskede effekt, så skal det ikke fortsætte: ”... så skal man jo også ligge tingene ned”. Chef for Folkesundhed Aarhus erkender herved, at projekter ikke skal fortsætte for enhver pris. Under interviewet synes hun dog at erkende, at selvom det ikke har den ønskede effekt, kunne lidt flere midler muligvis øge effektiviteten: ”...jeg tror måske nogle gange, at man glemmer at sige, hvis vi bruger lidt mere på det her (måltidstilbud) så kan det jo være at vi ikke behøver at bruge så mange ressourcer på noget andet”. Udtalelsen tilkendegiver, at der kan gives ekstra midler til projekter, om end det er uvist om der menes puljemidler eller kommunale ressourcer. Det opfattes dog af chef for Folkesundhed Aarhus, at der i tilblivelsen af projekter, ikke skal være for meget fokus på ressourcer: ”...men vi skal også passe på at vi bliver så ressource fokuseret, men altså det ved jeg godt vi gør ...”. Hun fortsætter og forklarer, at den pulje der er bevilliget til *det gode måltid* ikke har den ønskede effekt: ”...man har også erkendt at den

her pulje som er blevet bevilliget ikke har den effekt som man gerne vil have fordi man når simpelthen ikke så mange". På denne måde anses det, at chef for Folkesundhed Aarhus ikke finder *det gode måltid* bæredygtigt, idet projektet ikke har den ønskede effekt. Det anses, at den primære grund til at *det gode måltid* ikke ses som bæredygtigt er, at det ikke er lykkedes at rekruttere borgere nok og projektet derfor ikke ses at have nok effekt. Det er derfor vigtigt at medtænke, hvorledes et projekt bliver bæredygtigt: *"...hvad skal der så til at projektet bliver bæredygtigt og noget man vil drifte"*. Ved at det kommer til at indgå i driften, skal projektet kunne køre uden at der bruges ekstra ressourcer.

Det pointeres ligeledes af projektlederen, at det generelt er omkostningstungt at sætte en masse projekter i gang: *"...det at sætte projekter i søen og have en kæmpe portefolie som skal have en masse økonomiske tilskud det er meget meget omkostningstungt for os..."*. Projektlederen fortsætter og mener at løsningen er at *"...civilsamfundet blive(r) en aktiv interessant"* eller at *"...have nogen eksterne interessenter som har nogen ressourcer de kan spytte i..."*. Dog ser projektlederen, at det kan blive svært at beslutte, hvem der skal holde omkostningerne til tilbud som *det gode måltid*, for som projektlederen siger: *"... hvad er den ældres eget ansvar, hvad er kommunens ansvar, hvad er civilsamfundets ansvar..."*. Projektlederens bud på, hvordan projektet kan gøre økonomisk bæredygtigt anses derfor at være, det at bringe flere frivillige på banen.

Det ses, at de interessenter der anses for at være tæt på udarbejdelsen af projekter som *det gode måltid*, chef for Folkesundhed Aarhus og projektlederen, har mange overvejelser omkring ressourcer og midler til projektet. Ældrerådet er ikke underlagt disse krav: *"...vi tager ikke hensyn til økonomi, vi ved godt at nogle af vores forslag og ønsker måske er økonomiske utopiske"*. På denne måde bidrager Ældrerådet med en vinkel på projekterne, der forsøger at tænke forandringer uden at have et økonomisk perspektiv som en begrænsende faktor. De er derved med til at være innovative på området, idet de fremlægger forslag uden økonomiske forbehold. Ligeledes fortæller Ældrerådet, at de ikke prioriterer de forslag, de bliver bedt om at forholde sig til: *"Vi skriver jo ikke at vi forudsætter at skatten ikke bliver forhøjet [...] vi skriver bare hvis vi gerne vil ha' det, må de andre bixse med det, det er deres ansvar"*. Ansvar for prioritering tillægges derved byrådets politikere. Ud fra repræsentanten for Ældrerådets egne erfaringer i Aarhus Kommune, vil økonomi påvirke hvordan denne prioritering foretages: *"...dårlig økonomi, det kan være ligegyldigt om det er besparelser. eller om det bare er få penge, det påvirker selvfølgelig [...] Altså byrådet vil jo gerne en helt masse, og når det så [...] kommer til stykket, så har de jo det der prioriteringshensyn"*.

Det udledes således, at det ofte ikke er op til de medarbejdere der er tæt på udarbejdelsen af projekter, om der skal tildeles flere midler til området eller bestemte projekter. Den økonomiske magt ligger nærmere i byrådet og staten.

7.3.3 Grad af indflydelse

Dette afsnit omhandler interessenternes grad af indflydelse der vurderes ud fra deres evne til at mobilisere deres respektive ressourcer. Dette vurderes som høj, middel eller lav. Afsnittet er opdelt efter den enkelte interessents udsagn.

Chef for Folkesundhed Aarhus

Idet Chef for Folkesundhed Aarhus siger: *”vi har jo en sundhedspolitik og den arbejder jeg med at vi lever op til, inden for det område i Aarhus kommune,”* tyder det på, at hun skal være med til at vurdere, hvorvidt projekter inden for Folkesundhed Aarhus lever op til den Aarhusianske sundhedspolitik. Dette giver hende en høj grad af indflydelse på *det gode måltid*, da hun har indflydelse på udarbejdelse af rammerne for projektet. Hendes indflydelse bliver yderligere forstærket, idet hun udtaler: *” vi (har) faktisk besluttet på det sidste styregruppemøde om hvordan er det vi gør det her bæredygtigt.”* Udtalelsen markerer, at styregruppen har en indflydelse på fremtiden af *det gode måltid*, og som projektejer og medlem af styregruppen, har chefen for Folkesundhed Aarhus dermed en høj grad af indflydelse på projektet.

Projektleder

Når projektlederen bliver spurgt til, hvordan hun griber ideer til nye projekter, eller forandringer af eksisterende projekter an, udtaler hun:

” så går jeg helt klart til min nærmeste leder [...] Vi arbejder med ledetråde der hedder slip medarbejderne fri [...]så jeg har egentlig en ret stor plads hvor jeg kan finde ud af hvad er det der er interessant for området og hvordan vil jeg gerne arbejde mig ned i området, men vi er også i en meget stor organisation hvor vi skal have en respekt for hvordan ledelseshierarkiet er, og der er det rigtig vigtigt at vi hele tiden refererer til vores nærmeste ledere som så refererer videre til deres chefer.[...] ligeså snart man kan sige at det er nogen mere drastiske beslutninger eller mere omfattende beslutninger så skal jeg omkring chefteamet ”.

Her ses, på trods af frie rammer til de daglige arbejdsprocesser, at organisationsstrukturen forhindrer projektlederen i at tage større beslutninger omkring projekter. Forslag til forandringer af *det gode måltid* skal derfor først forbi nærmeste leder, mens mere drastiske beslutninger og idéer skal forbi chefteamet, før der kan tages stilling herom. Denne respekt for ledelsesstrukturen gør, at projektlederen anses til at have en middel grad af indflydelse på forandringer i *det gode måltid*.

Hvorvidt projekter eller elementer af projekter skal blive en del af den daglige drift i kommunen, kan afhænge af de evalueringer der laves. Ofte bidrager projektlederen til evalueringen med de erfaringer hun har gjort sig i forbindelse med projektet, og hun vurderes derfor at have en middel grad af indflydelse gennem evalueringerne. Her kommer ledelsen dog igen ind i billedet, da projektlederen udtaler: ”*det er jo ledelsen der bestemmer hvem der skal sidde med evalueringerne.*” Dermed er projektlederens indflydelse på evalueringen af projektet afhængig af, hvem ledelsen beslutter sig for skal evaluere projektet.

Repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne

Ud fra udtalelserne fra repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne tyder på, at forebyggelseskonsulenterne har en høj grad af indflydelse i forhold til at vælge hvilke projekter de vil indgå i. Repræsentanten udtaler:

”hvis man har sine begrundelser på plads, så er det som regel ikke så svært at sælge opadtil, og [...] vi er ikke omkostningstunge, og det har jo også en klar fordel [...] og så samtidig med skal vi jo også spille op på strategisk plan og så få vores chefteam overbevist om nogen ting og nogen tiltag, som vi synes er rigtige.”

Idet forebyggelseskonsulenterne ikke anskuer sig selv som omkostningstunge, synes de at have friheden til at prioritere de tiltag, de gerne vil være involveret i. Det kan blot handle om, at få chefteamet overbevist om at støtte deres planer. Det synes dermed, at forebyggelseskonsulenterne har en høj grad af indflydelse på hvilke projekter, de involverer sig i. Det udtales af repræsentanten, at de projekter som de vil involvere sig i, skal have et forebyggende element:

”hvis du ikke kan gå ud og sige, ’nu jeg fået deres sår til at hele på tre dage, så nu har jeg ikke gjort noget’. Så det har vi jo også været oppe imod hele tiden og skulle arbejde med.

Men efterhånden er der kommet rigtig meget fokus på, synes jeg, at forebyggelse giver mening også på landsplan.”

Idet forebyggelseskonsulenterne har en høj grad af indflydelse på hvilke projekter de vil involvere sig i, er det centralt at der i forandringsforslagene indgår forebyggelse, for at kunne inddrage forebyggelseskonsulenterne som interessenter.

Ældrerådet

Repræsentanten fra Ældrerådet beskriver Ældrerådets ansvarsområder:

”Ældrerådet er et lovbestemt råd [...] i virkeligheden går vores opgaver kort sagt (ud på), at vi skal være rådgivere for byrådet i spørgsmål vedrørende plus 60’ere og det vil så sige at vi skal beskæftige os med ældrepolitik og vi skal beskæftige os med at forholde os til de sager som byrådet skal behandle omkring ældre, og dem får vi jo så til høring”.

Idet Ældrerådet er et lovbestemt råd, har byrådet en forpligtelse til høre dem angående sager der vedrører ældre og ældre politikken i Aarhus Kommune. Hvorvidt de følger ældrerådet anbefalinger er ikke sikkert. Ældrerådet står således for, at rådgive byrådet i forbindelse med ældrepolitikken i Aarhus kommune, hvilket anses som en høj grad af indflydelse på ældrepolitikken. Deres grad af indflydelse er dog afhængig af, hvorvidt byrådet er lydhør til ældrerådets rådgivning.

I forbindelse med indvendinger til forvaltningen udtales der, ”vi (går) i dialog med forvaltningen og så går vi ud fra at forvaltningen tager sig af det.” Dette hentyder til en høj grad af indflydelse i forhold til, at få deres indvendinger hørt af forvaltningen.

Repræsentanten for Ældrerådet viser igennem interviewet, at han har en særlig grad af indflydelse: ”at jeg så sidder og har den der baggrund for forvaltningen eller ved hvordan skal vi...[...] altså måske er det bedre at jeg bare ringer til direktøren [...] for dem kender jeg jo...”. Det tyder på, at repræsentanten har en højere grad af indflydelse end resten af medlemmerne i Ældrerådet. Dog bliver denne udtalelse efterfulgt af, ”Vi går jo til de fem øverste, typisk direktører og måske ender med typisk til rådmanden.” Da Ældrerådet typisk går til den øverste ledelse tyder det på, at Ældrerådet som samlet organ, har en høj grad af indflydelse på ældrepolitikken i Aarhus Kommune.

På trods af at de har en indgangsvinkel både til byrådet og til forvaltningen, ses det at Ældrerådet ikke har den endelige stemme, når det kommer til beslutningstagning omkring en ny sundhedspolitik: *"nej, vi sidder ikke i byrådet, men vi kan kun gøre det at vi kan udtale os til byrådet, altså hvis der skal laves en ny sundhedspolitik."* Det er derved uvist hvor høj en grad af indflydelse Ældrerådet har, i forbindelse med at få nye sundhedspolitikker indført. Ældrerådet har dog et ansvar som bindeled mellem ældre borgere og byrådet. Det må derfor antages, at byrådet er lydør for Ældrerådets indvendinger.

7.3.4 Alliance

Med henblik på at inddrage interessenter i forandringen af *det gode måltid*, er det en fordel at afsøge alliancer som kan eksistere på tværs af interessenterne. Alliancen kan være med til at belyse et samarbejde, hvor interessenterne støtter hinanden.

Ud fra interviewet med repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne tyder det på, at forebyggelseskonsulenterne har en alliance med SOSU-personalet, idet repræsentanten siger: *"Vi arbejder rigtig meget med relations dannelse. Fordi vi tror på, at det er vejen frem. Så vi gør rigtig meget ud af, uden at forstyrre hjemmehjælperne. Så bare det lige, at de ved, at vi er der. Og at de må altid gerne komme til os"*. Denne relations dannelse anses som en alliance mellem forebyggelseskonsulenterne og SOSU-personalet. Da SOSU-personalet i deres arbejde har daglig kontakt til de ældre, anses de for at have et indblik i de ældre borgeres behov og ønsker. SOSU-personalet kan dermed ses som endnu en indgangsvinkel til at få flere ældre rekrutteret til *det gode måltid*. Forebyggelseskonsulenternes relation til SOSU-personalet kan både være en måde hvorpå flere bliver rekrutteret til tilbuddet, men er også med til at sikre at tilbuddet imødekommer deltagernes forventninger og ønsker.

7.3.5 Andre interessenter

I interviewene der er lavet i forbindelse med interessentanalysen, er andre interessenter udpeget. Disse er frivillige og rådmand for magistratsafdelingen Sundhed og Omsorg. Foruden at blive udpeget af interessenterne, var disse på forhånd udset ved afsøgning af relevante interessenter, jf. fase 3 i interessentanalysen, afsnit 6.6.2.3.

Frivillige

Under interviewene, gav flere af de interviewede interessenter uddybende information om de frivillige. Chef for Folkesundhed Aarhus siger, ”*jo vi har jo masser af frivillige*”, hvor projektleder støtter op om dette ved at sige, ”*Vi er så privilegerede vi har 3200 frivillige i Aarhus kommune*”. Idet antallet af frivillige er så stort i Aarhus Kommune, anses frivillige som at være en stor håndgribelig ressource for projektet, i form af arbejdskraft. Projektleder fortsætter med at sige: ”*vi kunne ikke klare den gruppe ældre vi har med at gøre nu, hvis vi ikke havde de frivillige. Vi er fuldstændig afhængige*,”. På den måde anses de frivillige for at have en høj grad af indflydelse på projektet, fordi projektlederen udtaler, at de er meget afhængige af dem. Repræsentanten for de forebyggende hjemmebesøg supplerer brugen af frivillige til kommunale projekter: ”*ja, frivillige i det omfang man kan bruge frivillige*”. Repræsentanten påpeger at på trods af, at de frivillige kan anses som en afgørende ressource for at *det gode måltid* bliver bæredygtigt, skal brugen af de frivillige overvejes. Det er derved ikke alle opgaver de frivillige kan bruges til og dette skal tages i betragtning i forandringsforslagene.

Rådmanden for Magistratsafdelingen Sundhed og Omsorg

Gennem interviewet med Repræsentanten for Ældrerådet, kommer hans syn på rådmanden frem: ”*Den nuværende rådmand hun er mere sådan god, solid, daglig drift. God mad. God hygge. God pleje. God omsorg. Så gør det ikke noget at det ikke er som det var for fem år siden...*”. Beskrivelsen af rådmanden synes at give et indblik i hendes position. Ældrerådets udtalelse kan tyde på, at rådmanden ikke ændrer forhold hun anser for at være gode. Dog tyder det på, at hun prioriterer de ældres velbefindende. Det kan dermed være op til rådmandens subjektive vurdering, hvorvidt *det gode måltid* kan bidrage til den daglige drift, god mad, hygge, pleje, omsorg og den ældres velbefindende. Rådmandens støtte synes derfor at være afhængig af dette. Rådmandens høje position i kommunens ledelseshierarki, giver hende en høj grad af indflydelse på projekter som *det gode måltid*. Hvorvidt denne indflydelse bruges til at støtte projektet, kan afhænge af rådmandens egen holdning til projektet.

7.3.6 Bud på forandringer

I følgende vil der være et særligt fokus på forandringsperspektivet af *det gode måltid*, herunder interessenternes holdninger til nærværende projekts forandringsforslag og interessenternes egne bud på forandring. Desuden kobles eventuelle udfordringer på forandringsforslagene, som

interessenterne udpeger. Dette afsnit bidrager således ikke til interessentanalysens matrix, men til at besvare problemformuleringen i forhold til hvordan Aarhus Kommune kan sammensætte et socialt måltidstilbud, som de ældre har mulighed for og ønsker at benytte sig af.

Rekruttering

Med nærværende projekts forandringsforslag i forhold til at udbrede målgruppen for *det gode måltid*, synes det relevant at se på, hvilke tanker interessenterne gør sig om den allerede eksisterende målgruppe. Således fortæller projektlederen, at de har haft svært ved at rekruttere borgere til projektet: *"...det er sindssygt svært at få fat i den målgruppe [...] altså medicinske borgere som har svært ved at finde overskud [...] de har haft meget sygdom, det kan også være de bare fysisk simpelthen er for svage til at mobilisere til at komme ud af eget hjem..."*. Den skrøbelighed projektlederen ser, er repræsentanten for forebyggelses konsulenterne også opmærksom på. Hun taler om, at hvis man skal re-tænke rekruttering, må man erkende den skrøbelighed målgruppen har: *"...når man har fat i de her grupper der har en vis form for skrøbelighed [...] skal der være en ansat til at facilitere det. Det kan ikke køre på frivillig"*. Der er derfor tale om, at det ikke er nok at køre projektet på frivillige, men, at der også vil være tale om en udgift til en facilitator. Repræsentanten fortsætter: *"Så der skal være én der ringer [...] lige støtter op. For ellers så mister du de svageste og dem der har det største behov"*. Hvis der løbende holdes kontakt med de svageste borgere, vil der være større sandsynlighed for at de vedbliver i tilbuddet. Derudover er der tale om et enkelt telefonopkald fra facilitatoren og dette anses ikke for at være en tung udgiftspost.

Chef for Folkesundhed Aarhus udtaler også, at man måske hellere skal revurdere målgruppen end udbrede den: *"...måske er det (en) anden målgruppe, altså jeg tænker også der skal meget til når de først er blevet dårlige [...] så er det jo mange ressourcer der skal sættes ind..."*. Det vil altså, ifølge chef for Folkesundhed Aarhus, give mere mening hvis *det gode måltid* tilbydes, før borgeren bliver for dårlig og skrøbelig. Men ikke kun skrøbeligheden skal erkendes, projektlederen påpeger en anden udfordring i forhold til de ældre, som de gerne vil have som målgruppe: *"...vi har også nogen ældre som kommer ind nu som lige så stille begynder at stille nogen flere krav til at der skal være nogen forskellige tilbud"*. Repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne beskriver også de mere selektive ældre: *"... nogen af dem har mistet rigtig mange mennesker, og de sorterer simpelthen i hvad de gider bruge deres liv på, altså i sociale sammenhænge [...] de er blevet for gamle til at synes de skulle have høflighed [...] så det er jo i orden..."*. Der synes altså være ved at

ske et skift i ældrebefolkningen, hvor de ældre ikke blot retter ind og accepterer. Styregruppen har derved at gøre med en målgruppe, som er mere selektive i deres deltagelse i tilbud, og derfor kan det ikke automatisk forventes, at ældre tilslutter sig *det gode måltid*. Til dette fremhæver projektlederen at: "...vi (prøver) også at differentiere rigtig meget i hvad det er for en ældre gruppe vi har med at gøre i forhold til de tilbud vi udbyder her i kommunerne". Således antages det, at Aarhus Kommune i deres tilbud til ældre allerede er opmærksomme på den heterogenitet der er hos de ældre. Hvis man ønsker, at tilbyde det sociale måltidstilbud til ældre inden de bliver svage, skal der ifølge projektlederen dog være opmærksomhed på, at det at modtage mad fra kommunen, for nogen ældre kan være en udfordring: "...det er tab af kontrol...". Det ses således, at den målgruppe projektet forsøger at ramme er meget bred. Den ene del af målgruppen er meget skrøbelig, mens den anden del er mere selektive i forhold til hvad de ønsker og har lyst til.

Det at lave tilbud der henvender sig til en bredere målgruppe, giver ifølge repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne, også andre udfordringer. Hun pointerer, at det skal erkendes, at: "*der er jo også nogen, de gider ikke at sidde sammen med en hel masse i kørestol [...] fordi de simpelthen ikke kan identificere sig med dem*". Dette vil netop udgøre en udfordring hvis rekruttering til *det gode måltid* skulle udbredes. En udbredelse ville i højere grad samle ældre hvis funktionsniveau er forskelligt og kan derved påvirke lyst til at deltage. Repræsentanten uddyber, at det er forsøgt at samle ældre til deltagelse i netværksgrupper, ud fra fællesinteresser: "*Det kan jo være, at vi kunne finde fem der går op i fotografi og så få dem bragt sammen, men det er [...] en lykkelig antagelse som ikke har bund i virkeligheden*".

Repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne udtaler, at de også har arbejdet med at finde ud af hvad der beskriver den ældre medicinske patient. De har forsøgt at finde ud af hvad der kendetegner dem: "*...bor de alle sammen henne i Nørregade og hedder Gerda? Er de typisk 80? eller bor de typisk alene? Eller sådan noget. Og der er INTET der kendetegner dem. Ingen ting. Overhovedet*". Det understreges således, at målgruppen er meget bred og svært at definere. Hvis projektets målgruppe skal udbredes, synes det derfor at være vigtigt, at der tages hensyn til de ældres forskellighed, både i forhold til fysik, men også i forhold til ønsker og interesser.

Vejen til måltidet

Et af de tilbud *det gode måltid* allerede giver mulighed for, er transport til og fra det sociale måltidstilbud. Gennem interviewene viser det sig, at der er udfordringer i forhold til dette. Således udtaler repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne: "*...der bliver brugt rigtig meget krudt på at*

finde frivillige der kan køre lokalcenter busserne". Repræsentanten fortæller yderligere, at transporten for mange af de ældre er en udfordring, både i forhold til i det hele taget at komme ned til bussen, men også bekymringer i forhold til hvor lang tid man skal være væk hjemmefra og om man kommer hjem igen: *"...transport er tit noget der blokerer [...] de er jo nærmest udmattet inden de overhovedet kommer ned til bussen..."*. Som en løsning på dette ser repræsentanten en mulighed for at lave ordningen mere fleksibel: *"...det kunne være fint med sådan nogen lidt mere flextransport ordning [...] kan bruge det sådan lidt mere frit uden at tænke over om man nu modtager en almisse..."*. Denne tanke bakkes op af repræsentanten for ældrerådet: *"man skal lave en eller anden form for [...] kørselsordning, transportordning, for at få det til [...] at blive en stor succes [...] den der evne til at flytte sig, den bliver jo mindre med alderen..."*.

Udfordringen med at få de ældre med i bussen underbygges af chef for Folkesundhed Aarhus, som udtrykker: *"...det kræver noget at få dem mobiliseret, få dem op i bussen, få dem ud af hjemmet..."*. Projektlederen fortæller også, at den forebyggelseskonsulent der i øjeblikket hjælper de ældre ud i bussen, ofte må hjælpe med mange forskellige ting:

" hjælpe med at trække busker op fordi at man har været på toilettet [...] i forgårs var det et gebis der var forsvundet, et høreapparat der var rullet ind under sofaen [...] bare være klar og stå med tøj på og med frakken på og klar til at få ned af trappen for at komme med ud og kører det er ikke bare lige enkelt ...".

Således ses det, at det ikke er en enkelt sag at få transporteret de ældre til det sociale måltidstilbud. Både det at køre busserne, men også at få de ældre klar til busserne synes at være en udfordring, som bør tænkes med ind i forandringen af *det gode måltid*. Igen handler det om, at den målgruppe projektet i øjeblikket har, er mindre selvhjulpne og kræver en del hjælp. Desuden har de ældre måske brug for, en lidt mere fleksibel kørselsordning, som f.eks. flextransport, fordi de er så forskellige og har forskellige ønsker i forhold til hvor længe de vil være væk hjemme fra.

Måltidssituationen

Selve måltidssituationen viser sig også at være noget interessenterne ser forandrings muligheder i. Bl.a. nævner chef for Folkesundhed Aarhus, en mulighed for at have nogen der har en lidt mere faciliterende rolle i forhold til måltidet: *"...du skal føle dig velkommen, der skal være værtinder til også som byder velkommen, man skal føle sig som en del af et fællesskab..."*. Dette bakker

repræsentanten for Ældrerådet op om, da han beskriver en situation hvor han deltog i et socialt arrangement: *"Der var der en fra brugerrådet der tog mig i ærmet, 'kan du gå hen at sætte dig ved det der bord? De sidder som om de ikke rigtig er vant til at kommer her [...] det tror jeg da man skal være opmærksom på"*. Repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne beskriver at de før har prøvet at have en faciliterende rolle: *"...vi har også prøvet i et vist omfang at have en lidt mere faciliterende rolle ind i de her spisegrupper..."*. Dog ligger der en udfordring i at forebyggelseskonsulenterne skal udfylde den rolle, da deres tid vil gå fra noget andet, f.eks. det at være opsøgende, og det mener repræsentanten ikke ligger i forebyggelseskonsulenternes arbejdsopgave. Projektlederen er også bekymret i forhold de ressourcer det ville kræve, at have en der er faciliterer måltiderne: *"...der er også en udfordring i forhold til at have nok ressourcer, nok personaleressourcer der kan facilitere den gode samtale..."*. Selvom Ældrerådet mener, at det er vigtigt at de ældre føler sig velkomne, har de ikke bekymringer for om dette er tilfældet. De mener således ikke, at der er ældre der ikke møder op igen til arrangementerne fordi, de har følt sig alene første gang de deltog: *"... jeg tror egentligt at det fungerer fornuftigt således altså folk ikke siger 'jeg kommer ikke mere, for jeg sad bare helt alene'. [...] jeg synes egentlig at det er lidt som om de kære sig lidt om hinanden allesammen"*. Dog siger han også: *"... man skal ikke regne med at personalet går rundt og leger selskabsdamer [...] så er det så få frivillige der er med"*. Noget tyder således på, at de ældre kan være gode til selv at have en faciliterende rolle, således at de der har overskud måske at hjælpe de lidt svagere ældre. Dermed behøves der muligvis ikke at være fokus på at personalet eller frivillige skal have en faciliterende rolle.

At spise med andre

En anden udfordring i måltidsituationen kan være, at det ikke er alle der har lyst til at spise med andre. Repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne sætter fokus på, at der er ældre der ikke ønsker at spise med andre. Hun peger på, at måden hvorpå de ældre spiser kan være en udfordring som gør, at de ikke har lyst til at spise sammen med andre: *"...at man måske har lyst til at spise alene, hvis man nu ved, at man ikke ser så godt [...] man sidder nok og spilder lidt og det har man ikke lyst til..."*. Det kan herved udledes, at det ikke er alle ældre som et socialt måltidstilbud passer til og at der måske bør være fokus på andet end at samle de ældre for at spise sammen. Chef for Folkesundhed Aarhus nævner at der måske skal være fokus på andet end bare at spise: *"...bare passiv spisning, altså der skal ske noget hvis du skal skabe relationer under et måltid, og de her borgere er måske ikke så stærke så de selv kan etablere en dialog"*. Projektlederen kommer også

ind på, at det tager tid før de ældre bliver fortrolige og begynder at tale sammen under måltidet. Projektlederen udtaler således: *”...i forhold til vores spisegrupper, fjerde til femte gang så brydes stilheden og så begynder man at snakke om tab af sin mand og sorg og mere eksistentielle temaer, men det tager jo tid at løbe det i gang”*. Projektlederen taler om muligheden for at lave sociale måltidstilbud hjemme hos borgeren, som de før ikke har haft så gode erfaringer med, men en ny tanke kunne være, at matche de ældre som i forvejen kender hinanden: *”...her er det så tanken, at hjemmeplejen vil kunne sætte nogen sammen som måske i forvejen har noget med hinanden at gøre [...] de kan gå hen og varme deres mad hos hinanden [...] og så kan man spise sammen...”*. Dette kunne måske gøre, at ældre hurtigere ville finde sig tilpas med hinanden og dermed få mere socialt ud af måltidet.

Omgivelserne

I litteraturstudiet er det fundet, at det er vigtigt at de omgivelser ældre spiser i er hjemlige. Derfor spørges interessenterne til, hvordan de opfatter muligheden for at lave mere café lignende situationer for de ældre. Projektlederen siger, at hun synes de gør meget på lokalcentrene allerede: *”...der er servietter, der er lys på bordene, der står nogen gange en lille blomst [...] de forsøger med de klassiske ting”*. Dog nævner hun, at lokalcentrene er begrænsede på ressourcer *”...det her med at de bare ikke har økonomien til at lægge en dug på...”*. Ældrerådet udtrykker også at opdækning er vigtigt: *”...vi køber blomster og stearinlys. Altså DET tror vi på at det betyder noget [...] at man ikke får smækket tallerkenen på sådan et bord, men at der kommer en dug på [...] der skal være noget hygge omkring det [...] maden smager bedre og du spiser mere”*.

Der synes altså at være en mulighed for, at skabe mere café lignende forhold på lokalcentrene, dog med fokus på at ressourcerne ikke er mange og noget måske skal klares af frivillige eller de ældre selv.

Mere end at spise

Flere af interessenterne peger på, at det sociale måltidstilbud med fordel kunne suppleres af andre aktiviteter, så det ikke kun omhandler det at spise sammen.

Chef for Folkesundhed Aarhus nævner således projekt *Foodmakers*, hvor unge laver maden sammen: *”...jeg tror mere og mere på at de her spisefællesskaber som vi skaber rundt omkring, at der skal noget andet til end bare at sætte sig ned og spise...”*.

Projektlederen bakker op: *"...jeg tror noget af det vi kommer til at se i fremtiden i forhold til at arbejde med fællesskaber og sundhed [...] som jeg ved jeg også bliver støttet med ledelsesmæssigt, det er at vi prøver at gøre noget mere sammen i stedet for bare at sætte os ned og spise et måltid mad"*. Projektlederen foreslår at der i højere grad vil kunne inddrages de ældre i at dække bord eller pynte op. Dog ser hun, at der kan være hygiejnemæssige begrænsninger i, at inddrage de ældre i madlavningen. Hun omtaler det at lade de ældre deltage mere ved at sige: *"...mere lagt over til de ældre, altså sådan at de faktisk bliver aktive medspillere og være med til at påvirke det miljø de indgår i..."*. Projektlederen kunne godt forestille sig at lave aktiviteter der involvere både ældre og unge: *"...hvordan er det vi kan lave mormormad sammen eller [...] have unge med til at lave maden hos den ældre..."*. Hun understreger at der også er god opbakning fra rådmanden, som hun siger: *"...arbejder for at komme tilbage til nogle af de der tendenser eller noder der var tidligere i Aarhus kommune hvor man stod og lavede mad der duftede i køkkenerne..."*

I forsøget på at koble flere generationer, nævner projektlederen et fællesspisningsprojekt på et plejecenter: *"man kan komme med sin familie og få sine børn og børnebørn med ned og spise og så er det en gastronomisk restaurant i Aarhus der leverer manden [...] så er der musik og babyer der kravler [...] det er jo vildt hyggeligt"*.

Et andet bud på en aktivitet der ikke primært omhandler mad, kommer fra repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne. Hun nævner, at ældresagen har det de kalder livsmodsgupper: *"...de mødes jo med en fælles snak om livet [...] så bliver det at spise sammen, det er sådan sekundært..."* og fortsætter: *"At man kan sige at så mødes vi om det her, som interesserer jer, og så er der for øvrigt for resten også mad"*.

Der synes altså at foreligge en mulighed for, at samle på tværs af generationer, måske ikke kun omkring maden, men med udgangspunkt i andre fælles interesser. Hermed ses der en mulighed for, at man kan skabe en social situation, hvor det også er muligt at få mad inkorporeret, således at der opstår den ønskede effekt af at spise sammen.

De ældres kendskab kommunens tilbud

Flere af interessenterne nævner problematikken i forhold til, om de ældre kender til de forskellige tilbud der er i kommunen. Dette anses for nødvendigt for at få de ældre til at deltage. Chef for Folkesundhed Aarhus fortæller om *Genlyd*: *"...skal være med til at sikre noget frivillighed og noget der at man ved, altså et kendskab til hvad der foregår i kommunen"*. Den elektroniske platform skal

gøre det nemmere for både hjemmepleje og borgere, at finde ud af hvilke tilbud der er og samtidig være en platform, hvor projektere dermed kan formidle deres projekter.

Desuden nævnes at der er tilbud og projekter både i Aarhus Kommune og i andre kommuner, som *det gode måltid* kunne lade sig inspirere af. Projektlederen fortæller om de andre tilbud der er i Aarhus Kommune; *"vi har genlyd, vi har Danmark spiser sammen, vi har spisevenner, vi har faktisk rigtig mange kommunale tilbud [...] vi har mandags spiseklubber, vi har besøgsvenner der kan komme hjem til de ældre hvor de ikke skal spise, hvor de bare skal have en god snak..."*.

Projektlederen fortsætter med at fortælle om initiativer der forsøger at skabe fællesskaber blandt ældre: *"...spilleklub og sang og jazz [...] mange forskellige ting for at favne bredt"*.

Repræsentanten for forebyggelses konsulentene bakker op om de mange tilbud i Aarhus Kommune, hun nævner fredagsspisning på Skovbrynet og Danmark Spiser Sammen. Desuden nævner hun et samarbejde med Aarhus Kommune har med en café og understreger: *"...det handler igen om at finde den rigtige form til den rigtig borger"*.

Projektlederen fortæller også, at det er deres arbejde at forholde sig til ressourcer og sætte de rigtige medarbejdere i spil i forhold til at sikre kendskabet af tilbuddene blandt de ældre: *"...at få de medarbejdere der har et blik for hvilke ældre der ligesom er i området, få dem informeret om de tilbud, sådan vi er sikre på at de rigtige mennesker hører om et relevant tilbud for dem..."*. Der synes derved at være potentiale i, at udbrede kendskabet til de tilbud kommunen har til de ældre, så det på den måde bliver nemmere at rekruttere ældre til de sociale måltidstilbud.

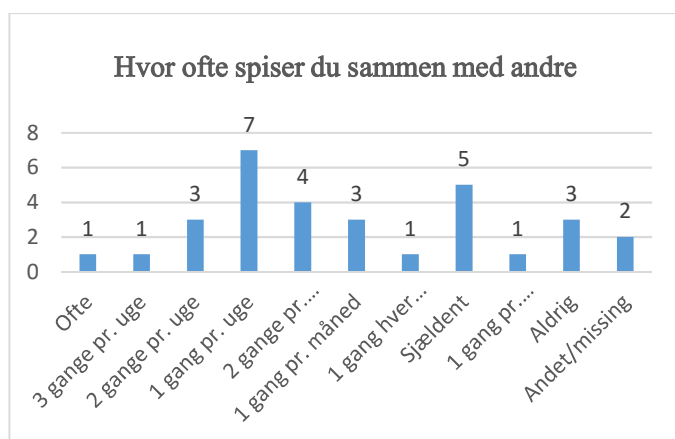
Brug af lokalcentrene

Projektlederen fortæller, at nogen af de borgere de har svært ved at nå, er borgere som bor i et parcelhus kvarter: *"...vi har allersværest ved at nå dem som bor i et parcelhus i Risskov, [...] som har langt ned til et lokalcenter og er begrænset af at de ikke kan gå den tur [...] ikke forestille sig at flytte væk derfra, de vil gerne være mere sociale..."*. Hun fortæller desuden at lokalcentrene er placeret således, at de ligger inden for 1 km, og mener derfor at de med forholdsvis lidt hjælp, ville være muligt at transportere sig selv derved. Repræsentanten for Ældrerådet beskriver, at han ser muligheder i at dyrke lokalcentrene mere: *"...vi skal også gøre noget for at folk dyrker lokalcentrene. Altså holde liv i den [...] Brede den mere ud [...] der er køkkener, og der er alt hvad der ellers skal til..."*. Projektlederen fortæller også, at der er lokalcentre som har et stort besøgstal, men at nogen af dem er udfordrede ved at de ikke har åbent hver dag. Om det lokalcenter der har succes, siger hun: *"... men Fuglebakken der er åben alle dage og der er arrangementer fra kl. 10"*

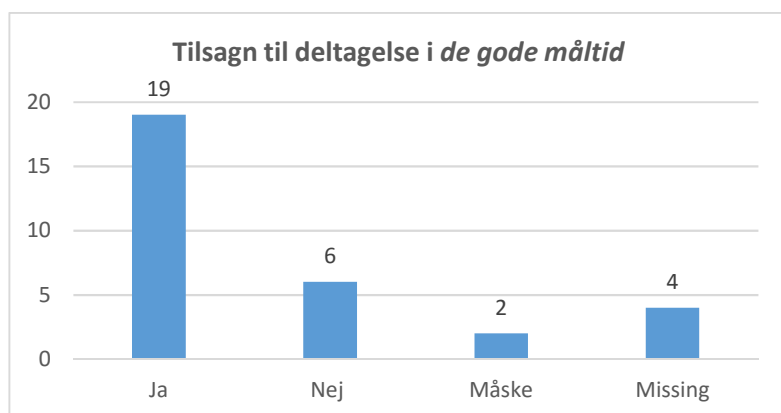
om formiddagen og til kl. fem om eftermiddagen og der er simpelthen sådan et stort leben dernede. Det er jo super fedt...". Repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne fortæller dog, at ikke alle er glade for lokalcentrene: *"...mange har også aversion mod lokalcentre, nogle vil helt vildt gerne lokalcentre og andre vil bare overhovedet ikke [...] man skal lige prøve at have forskellige muligheder, så borgerne ikke skal mases ind i den der, som ikke er det de synes de har lyst til...".* Der ses derfor en mulighed for, at bruge lokalcentrene mere, da der her er de rette faciliteter for at kunne lave aktiviteter relevante for ældre. Samtidigt kan det tyde på, at lokalcentrene kræver en form for nytænkning, således diskursen omkring centrene bliver mere positiv.

8 Deskriptiv dataanalyse

Data er indsamlet vha. en struktureret spørgeguide (Bilag 2) hos 31 borgere, 23 kvinder og 8 mænd, i Aarhus Kommune. Borgerne havde ved dataindsamling en gennemsnitsalder på 80 år hvor den yngste var 61 år og den ældste var 95 år. Alle borgere modtager mad fra Aarhus Kommune og indgår derved i målgruppen for projekt *det gode måltid*. Borgerne svarer varierende i forhold til hvor ofte de spiser sammen med andre, familie, venner eller bekendte (figur 11). Dog er der flest der svarer en gang pr. uge, og der er flere borgere der aldrig spiser sammen med nogen. Det vides ikke om det er eget valg, at borgerne ikke spiser samme med andre. Dog kan svarene på om borgerne ønsker at deltage i projektet, give en idé om, at flere gerne vil spise sammen med nogen, end de gør på nuværende tidspunkt. Dette ses, idet 19 ud af 31 svarer ”ja” til at deltage i tilbuddet, mens kun 6 svarer nej (figur 12). Det kan hermed tyde på, at *det gode måltid* kunne få en langt større brugerflade, hvis flere ældre blot fik tilbuddet.

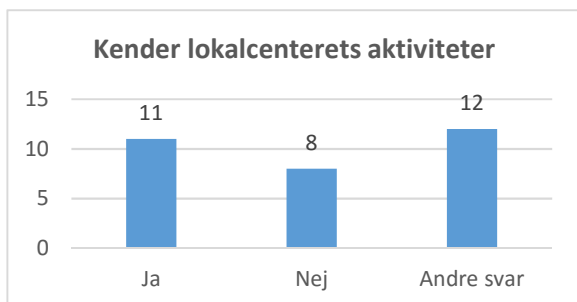


Figur 11 - "Hvor ofte spiser du sammen med andre, familie, venner, bekendte?"



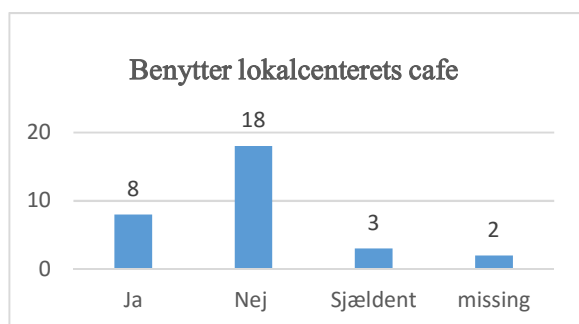
Figur 12 - borgernes svar på om de ønsker at deltage i det gode måltid

Da fællesspisningen i projekt *det gode måltid* ofte foregår på lokalcenteret, findes det relevant at se på hvordan borgerne svarer når de bliver spurgt til om de kender til lokalcenterets aktiviteter. Svarene viser sig at være nogenlunde ligeligt fordelt mellem ja, nej og andre svar/missing (figur 13). Der synes altså at være en mulighed for at udbrede kendskabet til lokalcenterets aktiviteter, hvis der ønskes at flere borgere skal benytte lokalcenteret.



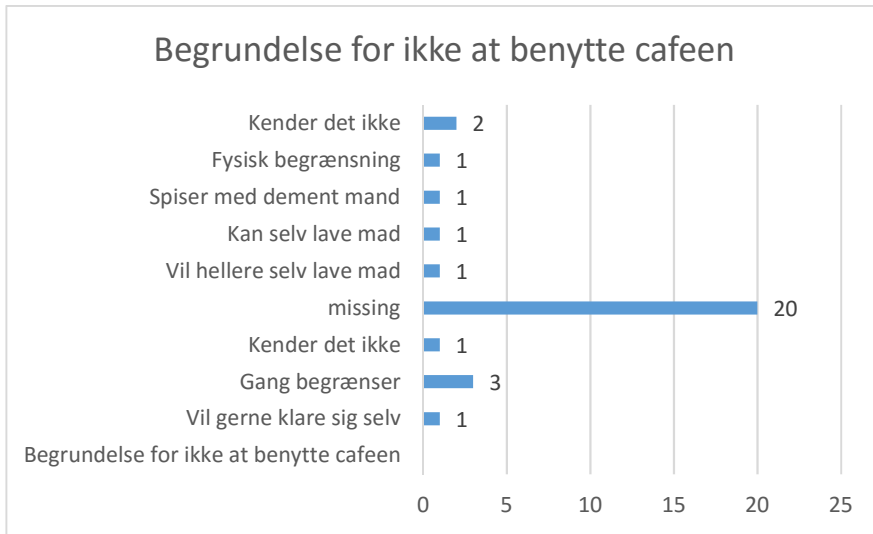
Figur 13 - Fordelingen af borgernes svar på spørgsmålet "Kender du lokalområdets aktiviteter"

Sammenlignes resultaterne med om borgerne bruger lokalcenterets cafe (figur 14) ses det, at kun 8 ud af 31 svarer ja, mens 18 svarer nej.



Figur 14 - borgernes svar på om de benytter lokalcenterets cafe

De argumenter borgerne giver i forhold til ikke at benytte lokalcenterets café fordeler sig bredt, med mange missing (figur 15). Dog ses det at "gang begrænser" og "fysisk begrænset" er argumenter der fremhæves, og dette understøtter de fund der er i litteratur studiet, hvor borgerne fremhæver tilgængelighed som vigtigt i forhold til at benytte lokale tilbud.



Figur 15 Borgernes begrundelse for ikke at benytte cafeen.

9 Diskussion af metode

I følgende afsnit diskuteres komplekse interventioner som ramme for dette projekt. Yderligere diskuteres projektets metodiske valg, herunder litteraturstudiet, data indsamlet af praksiskontakt, interessentanalysen og de semi-strukturerede interviews. Dette udføres for at kunne foretage en kritisk vurdering af de metodiske valg, samt hvordan disse bidrager for besvarelse af projektets problemformulering.

9.1 Komplekse interventioner som ramme

Med henblik på nærværende projekts ønske om at bidrage med forandringsforslag til *det gode måltid*, anses det som relevant at beskrive denne som en kompleks intervention. Det anses at være gavnligt for nærværende projekt, da komponenterne i en kompleks intervention, (beskrevet i afsnit (6.1), er med til at udfordre en forandring, hvis de ikke inddrages i udvikling, implementering og evaluering. Komponenterne social støtte, selve måltidet og de individuelle behov som ældre medicinske patienter har, inddrages derfor, som tidligere beskrevet, i en logisk model. Den logiske model bidrager til at give et overblik over årsags-virkningsforholdet i forandringsforslagene, hvori de forskellige niveauer indgår. Forandringsperspektivet synliggøres ved, at der udarbejdes en revideret udgave af den logiske model.

Med hensyn til forandringsperspektivet kan det diskuteres, hvorvidt alle relevante niveauer hvori forandringen finder sted, er medtaget. Som tidligere nævnt i afsnit 6.1 kan der i en kompleks intervention indgå forskellige niveauer. Forandringsperspektivet i nærværende projekt afdækkes i interessentanalysen på offentlig politik, lokalsamfund, institution og individ niveau. Hvis projektet også skulle have afdækket det interpersonelle og i højere grad individ niveauet, kunne der med fordel være foretaget interview af andre interessenter f.eks. plejepersonalet og borgerne selv. Således ville der i højere grad have været et borgerperspektiv i interessentanalysen. Som kompensation herfor, er studiet fra Aarhus Universitet (Bjerge et al. 2017) og data fra nærværende projekts praksiskontakt bragt i spil. Ligeledes indgår der i litteraturstudiet, studier der tager udgangspunkt i borgeren. Dog skal det overvejes, hvorvidt nærværende projekt opnår en dybdegående forståelse af ældres perspektiv, da metoderne disse studier har anvendt hovedsageligt er spørgeskemaer. Derudover anvender metoderne ofte en proxy person, der udfylder spørgeskemaet for borgeren, hvilket kan risikere at blive en tolkning og derved ikke ældres faktiske

svar. Der er derved risiko for, at der ikke opnås adgang til ældres livsverden, som kunne have givet en nuance til besvarelsen af problemformuleringen.

9.2 Litteraturstudiet

I det følgende afsnit bliver specialets litteraturstudie diskuteret, herunder den anvendte søgestrategi samt udvælgelse af litteratur. Litteraturstudiets kvalitet vurderes ud fra den interne og eksterne validitet samt reproducerbarhed.

Søgestrategi

Den usystematiske søgning har primært bidraget til projektets problemanalyse. Derudover er der herigennem fundet studiet fra Aarhus Universitet (Bjerge et al. 2017). Desuden har den usystematiske søgning bidraget med at finde relevante søgeord, der efterfølgende er anvendt i den systematiske søgning.

Den systematiske litteratursøgning er foretaget af alle tre gruppemedlemmer, for løbende at kunne diskutere valg af søgeord og blokke. I de indledende øvelser til den systematiske litteratursøgning forsøgte projektgruppen, at inkludere to blokke med kontrollerede søgeord der kunne dække intervention og forebyggelige indlæggelser. Ved disse søgninger fremkom der dog ikke resultater der var relevante for projektets problemformulering og derfor blev disse to blokke ikke inkluderet. Derved blev det valgt at have en høj *præcision* der mindsker støjen af ikke-relevante resultater (Buus et al. 2008). Ved et fokus på høj *præcision* kan dette føre til en mindre grad af *genfinding* (Buus et al. 2008), hvilket kan have gjort at ikke alle relevante studier blev fundet.

Det er forsøgt at gøre søgningen i de 7 databaser så identiske som muligt, for at kunne sikre en systematisk tilgang. Det har dog ikke været helt muligt, da de samme kontrollerede emneord ikke var tilgængelige i alle databaser. Denne udfordring har projektgruppen valgt at imødekomme ved at dække med fritekstsord, hvis der ikke var de samme kontrollerede emneord. På trods af at der blev tilstræbt *præcision* i søgningen, førte brugen af både kontrollerede emneord og fritekst til et stort antal hits herunder en del støj. Det afspejles i, at der ud af i alt 725 hits, kun var 25 relevante hits vurderet på titel og abstract. Denne tilgang synes dog nødvendig, for at kunne identificere relevant litteratur. Det kan derved udledes, at søgningen reelt kan ses mere som en *genfindings* søgning end en *præcision* søgning. Det synes dog at have været den rette søgestrategi, da det ses at

undersøgelser omkring sociale måltidstilbud for ældre er sparsomt. Dette fåtal af relevante studier kan tyde på, at sociale måltidstilbud er en relativ ny tilgang til forebyggelse.

Desuden kan oversættelsen af søgeord fra dansk til engelsk, have påvirket præcisionen (Rienecker & Stray Jørgensen 2013, s. 154). Dog blev dette forsøgt imødekommet ved at ordvalgene blev grundigt diskuteret, og afsøgt inden søgningerne blev foretaget. Sideløbende med den systematiske søgning, blev der i projektet foretaget kædesøgning, hvor relevante artikler blev gennemgået. Kædesøgningen havde til formål at undersøge, om den udvalgte litteratur henviste til litteratur, som ikke var fundet gennem den systematiske søgning (Buus et al. 2008). Da der gennem kædesøgningen kun blev fundet identificerede studier fra den systematiske søgning, kan det tyde på, at søgningen i nogen grad har været udtømmende. Gennemsigtigheden i forhold til litteratursøgningen er søgt øget ved at dokumentere søgningen i et søgebilag (bilag 3). På denne måde styrkes reproducerbarheden og projektets gyldighed, da søgebilaget gør det muligt at gentage den systematiske søgning (Frandsen et al. 2014).

Udvælgelse af litteratur

I første omgang af studiernes udvælgelse, er indhold i abstract og titel vurderet i forhold til den relevans litteraturen har for projektet ud fra opstillede inklusionskriterier og eksklusionskriterier (6.4.3). Det er derved muligt at relevante studier ikke er blevet medtaget. Dog vurderes det, at risikoen for dette er lille, da kriterierne for udvælgelse var nøje gennemgået, og gennemlæsning af abstract er foretaget af to af gruppens medlemmer. Resten af udvælgelsen er ligeledes foretaget af to af gruppes medlemmer uafhængigt af hinanden, og er efterfølgende diskuteret i fællesskab. Dette er med til at øge litteraturstudiets interne validitet. I forhold til overførbare blev studiets ophavsland nøje overvejet i udvælgelsen, da det vurderes, at der vil være lande, hvis kontekst adskiller sig fra en dansk kontekst, at det ikke vil være muligt at sammenligne med danske forhold. Et eksempel på dette var landbrugsområde i Thailand og Etiopien.

Vurdering af litteratur

De endeligt udvalgte studier gennemgik en kritisk vurdering. Vurderingen blev foretaget ved hjælp af validerede tjeklister, som derved er med til at øge den interne validitet af litteraturstudiet. Ved brug af tjeklisterne var det særligt studiernes metodebeskrivelse, og refleksion omkring begrænsninger der styrede projektgruppens vurdering. Hvis dette var opfyldt, vurderedes det at

studierne havde en høj intern validitet. Grundet den sparsomme litteratur på området var det dog gældende for nogle af studierne, at disse ikke ekskluderet til trods for mindre mangler.

Studiet fra Aarhus Universitet er, som tidligere nævnt, fundet gennem projektets ustrukturerede søgning. Denne blev ikke kvalitetsvurderet ud fra en tjekliste, da den er udformet som en rapport. Til trods herfor er studiets kvalitet forsøgt vurderet. Studiets metodologi er meget grundigt beskrevet. Der beskrives bl.a. hvordan data efter indtastning og validering, er blevet rensset ved at fjerne ugyldige besvarelser fra datasættet. Dette er med til at øge den interne validitet. Det vurderes af denne årsag, at data fra studiet har en høj kvalitet, og med fordel kan anvendes som det anvendes i nærværende projekt. Dog findes det relevant at nævne, at kun 17% af borgerne i studiet angiver, at de deltager i madfællesskaber (Bjerge et al. 2017). Der er altså mange, der ikke har prøvet at deltage og derfor udelukkende udtaler sig om, hvorfor de ikke vil deltage, ud fra hvordan de tror det er at deltage i et socialt måltidstilbud. Dette bør tages i betragtning i forhold til anvendelse af fundene.

9.3 Interessentanalyse som metode

Interessentanalysen benyttes til, at kunne identificere støttende samt modarbejdende spillere i forbindelse med forandringsforslag til *det gode måltid*, ved at de kan virke som fremmende faktorer eller en udfordringer. På trods af at interessentanalysen bidrager til en forståelse af de spillere som har en interesse i en politik, siger den ikke så meget om den kontekst som politikken skal implementeres i (Buse et al. 2006, p.182). På den anden side er komplekse interventioner, hvori konteksten er central, benyttet som ramme for projektet. Derved har projektet været opmærksom på kontekstens betydning. Data fra praksiskontakt samt spørgsmål om fremmende faktorer og udfordringer i interessentanalysen, er et forsøg på at få perspektiver fra konteksten i spil. Dette kan suppleres med, at diskussion af interessenternes magt, afspejler den organisatoriske struktur i kommunen og derved konteksten. Med henblik på komplekse intervention ville inddragelse af flere interessenter i interessentinterviewene således også have været en fordel, bl.a. inddragelse af de ældre selv. På trods af bestræbelse på at danne viden om konteksten, kan interessentanalysen ikke bidrage med udtømmende viden omkring konteksten. Der kunne derfor med fordel have været anvendt deltagerobservation. Deltagerobservation vil bl.a. kunne bidrage med en bedre forståelse

for konteksten (Szulevicz 2015), og dermed en bedre forståelse for rammerne for *det gode måltid*. Deltagerobservation kunne dog med fordel inddrages som fremtidig arbejde med problemstillingen.

I henhold til projektets videnskabsteoretiske forståelse, har hermeneutikken haft stor betydning for interessentanalysen. Da det forskrives, at der i en interessentanalyse skal afsøges information om interessenterne inden interviewene, er der i høj grad blevet formet en forforståelse ud fra denne informationen. På trods af at det forsøgt at søge udtømmende for information af interessant karakteristika, vides det ikke med sikkerhed, om dette er opnået, og ligeledes er det ikke alt information der er tilgængelig. Afsøgning af information som et metodisk greb har derved gjort, at gruppens forforståelse er blevet forstærket og kommet mere i spil i processen. Det risikeres derfor, at interviewernes åbenhed overfor interessenternes svar er blevet mindre i interviewsituationerne. Dog er der tilstræbt en horisontsammensmeltning mellem interessenternes og interviewerens forforståelse. Dertil formodes det, at der er givet plads til interessenterne og den viden de har bidraget med i interviewene.

9.4 Interview

9.4.1 Udarbejdelse af interviewguide

Til udførsel af de semi-strukturerede interviews, der skulle indgå i interessentanalysen, blev der udarbejdet en interviewguide. Interviewguiden blev, som tidligere nævnt, tilpasset til hver enkelte interessant, idet deres placering i kommunen og derved viden om *det gode måltid* varierede. Dog var det fælles for alle fire interviewguides, at interessentanalysens kategorier fungerede som temaer. Det blev bemærket, at informanternes svar gik i en anden retning end der umiddelbart var tiltænkt. Dette kan være resultatet af en ikke fyldestgørende interviewguide. Det var særligt gældende ved nærværende projekts målgruppe, ældre medicinske patienter, som ikke blev ordentligt belyst under interviewene. I stedet for at omhandle ældre medicinske patienter, gjaldt mange af informanternes svar borgere på plejehjem og i plejeboliger, samt problematikker med personalet. Det kan have været med til at give støj i empirien, som kunne have været undgået, hvis der i de fire interviewguides havde været fokus på ældre medicinske patienter i alle spørgsmålene.

En vigtig fase i interessentanalysen er, at have defineret forandringen og at denne skal være så konkret som mulig, da interessenterne ellers kan have svært ved at give feedback under interviewet. Ud fra det første interview stod det klart, at forandringen ikke var konkretiseret nok. Derfor blev der

foretaget en gruppediskussion, med det formål at konkretisere forandringsforslagene, som derefter blev skrevet ind i de tre andre interviewguides.

9.4.2 Eliteinterview

Med henblik på public policy niveau i forandringsperspektivet, var det et ønske at interviewe en interessant i en ledende stilling. Derfor blev chef for Folkesundhed Aarhus udvalgt som interessant. Idet interviewerens ikke før havde interviewet informanter i ledende stillinger, vurderes interviewet som et eliteinterview. Dette skal ikke forstås ud fra den ekspertviden interessenten har som en chef for Folkesundhed Aarhus, men nærmere at denne blev anset som en autoritet. Det har derved været med til at påvirke interviewsituationen, idet interviewerens i mindre grad stillede kritiske spørgsmål. Derudover kræver et eliteinterview noget andet af interviewerens som kan skabe nogle metodiske problematikker. I et eliteinterview skal interviewerens have et godt kendskab til emnet, mestre fagsproget og være fortrolig med informantens baggrund (Kvale & Brinkmann 2009 p.167). Der blev derfor afsøgt tilgængelig viden omkring ledelsesstrukturen, arbejdsopgaver og *det gode måltid*. Dog erkendes det, at en del af denne viden er en implicit forståelse, og derfor var det ikke alt som interviewerens kunne få kendskab til på forhånd. Det blev formodet at informantens fagsprog ville stemme overens med interviewerens. Dog opstod der under interviewet forvirring, hvis der blev brugt et kommunalt fagsprog omkring organisationen og stillingsbetegnelse. Derfor blev en del af interviewet brugt til, at informanten skulle forklare disse fagtermer. Dette var ikke fordelagtigt da det forstyrrede interview-flowet, som muligvis gjorde at interviewet blev mindre dybdegående. En anden vinkel af eliteinterviewet er, at informanten ofte vil være vant til at blive interviewet (Kvale & Brinkmann 2009 s. 167). Derfor kan informanten f.eks. have forberedt udtalelser som omhandler deres synspunkter (ibid.). Dette blev forsøgt undgået i interviewsituationen, ved at omformulere et spørgsmål eller gentage spørgsmålet, hvis interviewerens følte at svaret virkede indøvet.

9.4.3 Anonymitet af interessenterne

Alle fire informanter tilkendegav at de gerne ville citeres. Dette kan ifølge Kvale og Brinkmann skyldes, at informanter, der bruger deres tid og videregiver værdifuld information, gerne vil krediteres (Kvale & Brinkmann 2009 s. 92). Dog skal det overvejes om dette har lagt et filter over hvad informanterne sagde. Hvis det havde været tilfældet, at informanterne gerne ville anonymiseres, ville det problematisere udarbejdelsen af interessant matrixen, da bl.a. position og grad af indflydelse skal sættes i den enkelte interessents kontekst, for dermed at være med til at

vurdere interessenterne magt. En anonymisering ville ikke have givet mulighed for at vurdere den enkelte interessents styrke og heller ikke have været muligt at sammenligne denne styrke på tværs af interessenterne. I henhold til Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråds principper (Rendtorff 2003 s. 101), er det dog forsøgt at anonymisere interessenterne i så høj en grad som muligt. Derved har projektgruppen stræbt efter loyalitet overfor informanterne og ligeledes beskyttelse af deres integritet.

9.4.4 Den kvalitative analysestrategi

Som skrevet i metodeafsnittet, blev der udarbejdet en transskriptionsguide, for at sikre stringens i transskriptionerne. På trods af forsøg på stringens, forekom der variationer i den måde hvorpå transskriptionerne blev udført af de enkelte gruppemedlemmer. For at sikre reliabiliteten af transskriptionerne, kan de foretages af to personer uafhængigt af hinanden (Kvale & Brinkmann 2009b, p.206). I dette projekt blev transskriberingen foretaget af én person, hvorefter de andre i gruppen lyttede til interviewene, sideløbende med at transskriptionerne blev tjekket. Dermed er det forsøgt at sikre reliabiliteten af transskriptionerne.

I forbindelse med transskriptionen kan der opstå etiske problematikker (Kvale & Brinkmann 2009, p.209). Da informanternes ansvarsområder var væsentlig for interessentanalysen, har det ikke været muligt at gøre informanterne fuldstændig anonyme. Fortroligheden er dog forsøgt sikret ved ikke at nævne navne på informanterne. Fremstillingen af informanterne skal derudover også overvejes, da transskriptioner præget af gentagelser og usammenhængende udtalelser kan føre til stigmatisering af bestemte personer (ibid., p.210). Disse former for udtalelser f.eks. brugen af ”øhhh”, er derved blevet fjernet fra de anvendte citater i analysen. Dette har desuden medført en mere flydende skriftlig gengivelse af interviewene.

To af informanterne ønskede at se både transskription og analysen af interviewene. Dette har bidraget til en validering af de to informanternes udsagn. En af problematikkerne ved den hermeneutiske meningsfortolkning er hvorvidt den fortolkning, som er udledt, er den korrekte fortolkning (Kvale & Brinkmann 2009, p.235). Det antages dog at da analysen er baseret på kritisk common-sense fortolkning, har informanterne haft bedre mulighed for at genkende egne udsagn i fortolkning. I den teoretiske forståelse, anvendt i diskussion af empirien, kan informanterne dog have svært ved at finde sig selv i fortolkningerne, da fortolkningerne her er teoribaseret. Det kan derved være svært at få fortolkningerne i diskussionen af empirien valideret af den enkelte

informant. På den anden side er denne form for tolkning anvendelig til forskervalidering (Kvale & Brinkmann 2009, p.238), hvorfor brugen af teoretisk forståelse synes passende til dette projekt.

Idet forforståelsen har været med i analysen af interviewene, blev der gennem kritisk common-sense fortolkning og den videre teoretiske fortolkning, skabt en horisontsammensmeltning, hvor forforståelsen inden for problemfeltet rykker sig. Helhedsforståelsen udvides derved. Fortolkningsmetodikkerne har derved været med til at danne en ny forforståelse for ældre og sociale måltidstilbud samt de fremmede faktorer og udfordringer der kan ligge heri.

Det skal dog ikke udelukkes at gruppens forforståelse, har gjort at relevante aspekter er blevet overset. Idet forforståelse sætter præg på fortolkning, er der risiko for selektiv tolkning. Som Kvale og Brinkmann skriver i forbindelse med principperne i hermeneutisk meningsfortolkning, *"fortolkning af en tekst er ikke forudsætningsløst"* (Kvale & Brinkmann 2009, p.233). Forforståelse præger derved de spørgsmål der stilles til empirien (Kvale & Brinkmann 2009, p.233). Selektiv fortolkning er dog forsøgt undgået ved at eksplicitere forforståelsen.

9.5 Data fra praksiskontakt

9.5.1 Behandling af data

Ved gennemgang ved data fra praksiskontakt, blev det synligt at det var nødvendigt at foretage metodiske valg i databehandlingen. Derfor blev der overvejet hvorvidt data skulle behandles kvantitativt eller kvalitativt. Interviewguiden udarbejdet til indsamling af data lagde op til kvalitativ behandling, da det synes mange af spørgsmålene forsøgte at forstå borgerens perspektiv. Dog viste det sig at der ikke var tale om et interview der blev optaget, men nærmere at personalet læste spørgsmålene højt, hvorefter borgerens mundtlige svar blev nedskrevet, ofte kondenseret. Det kan derfor diskuteres, hvorvidt der blev opnået en rig beskrivelse af borgernes perspektiv. Dataindsamlingen betød derved at analysen af data blev foretaget kvantitativt.

De kvantitative data giver mulighed for både deskriptiv og analytisk behandling. Da det umiddelbart blev vurderet at data ikke kunne forklare en årsags-virkningsforhold, blev der valgt at foretage deskriptiv databehandling. Valget blev foretaget på baggrund af begrænsninger i data i forhold til stikprøvestørrelsen og antal missing. Med en stikprøve på 31 ældre, ville der være en stor risiko for type II fejl. I dette tilfælde ville nulhypotesen accepteres men hvor den i virkeligheden er falsk (Petrie & Sabin 2013 p.52). Derfor ville der være risiko for at eventuelle sammenhænge blev overset (ibid.). De mange missing ville derudover påvirke reliabiliteten af resultaterne (Petrie &

Sabin 2013 s. 18). Ligeledes, hvis der er flest missing i en bestemt variable, ville det øge risikoen for bias, idet de manglende svar kan påvirke tolkningen (ibid.). Derved ville der være risiko for type II fejl, samt type I fejl hvor nulhypotesen afvises, men hvor den i virkeligheden er sand (Petrie & Sabin 2013 s. 52), alt efter hvilke variable der er missing i. Problematikken med missing vil dog være gældende for både den deskriptive behandling og den analytiske. Derved er der risiko for at missing data påvirker reliabiliteten af den deskriptive analyse. Til trods for at missing påvirker begge databehandlinger, gjorde stikprøvestørrelsen det mere fordelagtigt at behandle data deskriptivt. Ved udarbejdelse af søjlediagrammer formidles data derved simpelt og opsummerende (Petrie & Sabin 2013 p.20), og anses derfor at kunne formidle karakteristika på *det gode måltids* deltagere.

9.5.2 Etiske overvejelser

Indsamling samt behandling af data fra praksiskontakt fordrer til etisk refleksion. Det formodes at forebyggelseskonsulenten har haft øje for borgerne. Således at det er forsøgt undgået borgerne lider unødigt psykisk og fysisk overlast (Rendtorff 2003 p.97). Herunder skal deltageres grundlæggende rettigheder beskyttes, da deres autonomi og værdighed potentielt kan blive krænket (Rendtorff 2003 p.97). Da borgerne ikke er umyndiggjort, anses de som autonome og har derfor rettigheder, som kan placeres i rettighedsetikken, der favner individets autonomi, rettigheder og krav på beskyttelse gennem formelle regler og principper (Brinkmann 2010 p.471). Det vurderes at forebyggelseskonsulentens profession netop har borgerens rettigheder som prioritet. Derudover har projektgruppen været bevidste om, det etiske ansvar hvori gruppen har forholdt sig til et af rettighedsetikkens imperativer; at mennesket har en uendelig værdighed, som altid skal respekteres (Rendtorff 2003 p.27). Det vurderes derved at indsamling og behandling af data har været etisk forsvarligt.

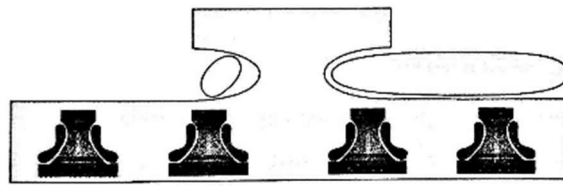
10 Diskussion af interessenternes magt

I følgende afsnit vil interessentanalysen diskuteres, med henblik på at vurdere de enkelte interessenters magt. Magten vurderes, som tidligere nævnt, af de ressourcer den enkelte interessent har til rådighed, samt i hvor høj grad interessenten er i stand til at mobilisere disse ressourcer (Glassman et al. 2000 p.15). I resultatet afsnittet betragtes interessentens bidrag til at svare til interessentens ressourcers, mens grad af indflydelse vurderes at være evnen til at mobilisere disse, derfor er det disse to temaer der diskuteres op mod hinanden. I diskussionen inddrages både de interessenter der er blevet interviewet, samt de interessenter som der er afsøgt information om. Dette udmunder i et samlet overblik over alle interessenters magt. Da det, som før nævnt, ikke har været muligt at finde information om plejecenterledere, sundhedschefen i Sundhed og Omsorg samt ældre, indgår disse ikke i denne diskussion.

10.1 Interessenter in Aarhus Kommune

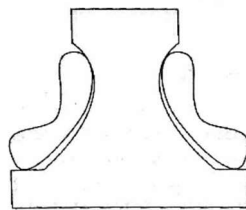
Chef for Folkesundhed Aarhus

I analysen er det kommet frem, at chef for Folkesundhed Aarhus bidrager med legitimitet ved at italesætte vigtigheden af et projekt, som *det gode måltid*. Dette anses også for at gælde for nærværende projekts forandringsforslag. Interessentens bidrag er således u håndgribeligt, og da det er en ressource hun nemt kan mobilisere, giver det hende samlet en høj grad af magt. Chef for Folkesundhed Aarhus kan bringe denne magt i spil i flere tilfælde. Hvis hun kan se, at det kan være fordelagtigt, at bibeholde projektet som det er, kan hun vælge ikke at bringe nærværende projekts forandringsforslag på banen. Hun kan også vælge at lægge projektet ned, såfremt det ikke har den ønskede effekt. Det vurderes dog, at den magt chef for Folkesundhed Aarhus har, ikke rækker til, at bevillige flere midler, foruden puljemidler, til et projekt som *det gode måltid*. Til dette vurderes det, at Magistratsafdelingen Sundhed og Omsorg, som en organisation, er for hierarkisk. Dette vurderes ud fra antagelsen om, at Aarhus Kommune er struktureret som *den divisionaliseret organisation*, hvis struktur ses i nedenstående figur (figur 16).



Figur 16 Den divisionaliseret organisationsstruktur (Jacobsen & Thorsvik 2014, p.93).

Denne organisations konfiguration består af adskillige divisioner eller afdelinger som er uafhængige af hinanden (Jacobsen & Thorsvik 2014 p.93). I forhold til Aarhus Kommune anses de forskellige magistrater som divisioner under den samme organisation. Hver division drives selvstændigt med divisionsledere, der tildeles beslutningskompetence og resultatansvar (ibid.). Da divisionerne kun er underlagt resultatkravene, er den interne struktur op til den enkelte division. Magistratsafdelingen Sundhed og Omsorg ses derved som en division med træk af *maskinbureaukratiet*, som ses i nedenstående figur (figur 17).



Figur 17 Maskinbureaukratiet (Jacobsen & Thorsvik 2014, p.88).

Særligt gældende for denne er den hierarkiske struktur, hvor det er klart defineret hvem der er overordnet og underordnet (Jacobsen & Thorsvik 2014 p.88). Det er således længere oppe i organisationen, at beslutninger angående finansielle midler tages og ansvaret ligger således ikke hos chef for Folkesundhed Aarhus. Derudover er det for *det gode måltid* særligt gældende, at midlerne til projektet er søgt via en pulje fra Sundhed- og Ældreministeriet. Skulle der søges yderligere midler, ift. nærværende projekts forandringsforslag, placeres den finansielle magt derved i staten og ikke i Aarhus Kommune.

Projektlederen

Med henblik på nærværende projekts forandringsforslag af *det gode måltid* ses projektlederen, som tidligere nævnt, for at være den interessent der er tættest på projektet. Hun bidrager med uhåndgribelige ressourcer i form af idéudvikling og initiativer. Derudover, da hun er tæt på

projektets udførsel, bidrager hun med erfaringer bl.a. til projektets evaluering og det vurderes, at hun hurtigt ville kunne mobilisere disse ressourcer, dog vurderes det, at ressourcerne rækker til at idéudvikle og ikke som før nævnt at tage beslutninger om hvorvidt forandringsforslag skal indføres. Dette bunder i den maskinbureaukratiske struktur af Aarhus Kommune, hvor det vil være op til projektlederens leder, om de skal gå videre med en idé. Det vurderes derfor, at projektlederen har en middel grad af magt. Dog ses det, at denne magt kan bringes i spil, da det tidligere er vurderet, at hun er støttende overfor nærværende projekts forandringsforslag. Det skal dog pointeres, at hendes magt i form af ressourcer som erfaring og evaluering, også ville kunne bruges, hvis hun vurderer, at et projekt ikke har den ønskede effekt. Det tænkes derfor, at der er et forbehold for den støttende position, og at denne kun vil være gældende, såfremt det vurderes at forandringsforslagene er bæredygtige.

Centraliseringen af beslutningskompetencen kan risikere at virke demotiverende for de ansatte (Jacobsen & Thorsvik 2014 p.89). Det kan dog argumenteres for, at der inden for Folkesundhed Aarhus, hvori projektlederen er ansat, er mekanismer, som vil være med til at arbejdet ikke bliver demotiverende. En mekanisme kunne f.eks. være, at projektlederen specialiserer sig i idéudvikling, med det formål at skulle forebygge forebyggelige indlæggelser af ældre. Specialiseringen kan rette den ansattes opmærksomhed mod specifikke arbejdsopgaver og løsningen af disse, samtidig med at den ansatte systematisk bliver skærmet mod forhold, som ikke anses relevant for opgaveløsningen (Jacobsen & Thorsvik 2014 p.141). Hvis dette er tilfældet i Folkesundhed Aarhus, skærmes projektlederen derved fra beslutninger, der skal tages på lederniveau, f.eks. at skulle prioritere projektidéer ud fra omkostningseffektivitet. Det resulterer i, at projektlederen ikke behøver at tænke på omkostningseffektivitet gennem projektudviklingen. Derved sikres der en kontinuerlig og initiativrig opgaveløsning fra projektlederen. Det formodes derfor fortsat, at projektlederen vil bruge sin magt til at fremme nærværende projekts forandringsforslag, ud fra hendes specialisering. Dog tyder det på, at projektlederen alligevel gør sig overvejelser omkring omkostninger i forbindelse med projektet, om end hun ikke tager de endelige beslutninger herom.

Rådmanden for Sundhed og Omsorg

En anden relevant interessant i Aarhus Kommune med en høj grad af magt, er rådmanden for magistratsafdelingen Sundhed og Omsorg. Hendes magt placeres i håndgribelige og uhåndgribelige ressourcer i form af folkevalgte stemmer, legitimitet og adgang til medierne og andre politiske

beslutningstagere. Ved afsøgt information om interessen ses det, at hun i høj grad anvender adgang til medierne som en ressource og herigennem får anliggender lagt offentligt ud. Da medierne fungerer som legitime spillere, der kan fremføre, forme og muligvis afgøre problematikker og offentlighedens meninger herom (Buse et al. 2006. p.76), anses rådmandens magt hermed for at være høj. Rådmanden kan derved ses som kanal for rekruttering af flere ældre til tilbuddet.

Rådmandens arbejdsområder handler om, at fremlægge anliggender om ældre for byrådet, samt at udføre byrådets beslutninger i sager der vedrører ældre (Borgmesterens Afdeling 2014). I den forbindelse er der fundet byrådsreferater, hvor rådmanden fremlægger et forslag om samkørsel med skolebørn og ældre. Interessen anses derved som en interesse med en høj grad af magt, der umiddelbart kunne være behjælpelig for nærværende projekts forandringsforslag. Dog er der i afsøgningen af information om rådmanden fundet, at hendes opmærksomhed primært går til ældre der bor i Aarhus Kommunes pleje- og ældreboliger og ikke de ældre som nærværende projekt omhandler, nemlig de ældre der bor i egen bolig. Rådmandens position ift. nærværende projekts bud på forandring er dermed usikker, idet målgruppen ikke indebærer ældre på plejehjem.

I analysen af interview, blev det fremanalyseret, at der synes at være en alliance mellem rådmanden og Ældrerådet. Dette er centralt, da alliancer kan påvirke hinanden og derved give magt til hinanden (Glassman et al. 2000 p.10). Repræsentanten for Ældrerådet udtaler bl.a. at Ældrerådet kan fremføre en problematik for rådmanden og rådmanden kan derefter hjælpe med at gøre problematikken politisk legitim.

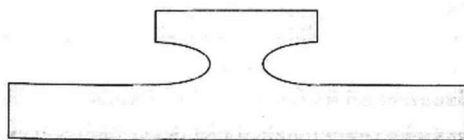
Ældrerådet som forvaltningsorgan

Ældrerådet er et folkevalgt- og forvaltningsorgan. De indgår derved som en selvstændig enhed i Aarhus Kommune, men er på samme tid ikke underlagt den hierarkiske struktur i organisationen, da de skal agere på vegne af ældre i civilsamfundet. De har derved en hvis grad af magt, idet de har en forbindelse til byrådet og politikerne. Det vurderes dog, at magten er en middel grad af magt, idet byrådet skal høre Ældrerådet om ældrepolitiske sager, men har ikke pligt til at følge deres råd. Men det pointeres af repræsentanten, at Ældrerådet kontakter medierne hvis de brænder for et emne der ikke bliver fulgt op på i byrådet. Derved bliver deres magt en høj grad af magt i forhold til at

opruste medierne. På samme måde som rådmanden, kan de således mobilisere medierne, hvis de føler at deres magt i byrådet ikke er nok.

Ældrerådet er, som nævnt tidligere, talerør for alle 60+ årige i Aarhus Kommune og burde derfor have interessen for alle ældre. Dog kommer det frem i analysen, at Ældrerådets enkelte medlemmers egen personlige interesser, har betydning for hvilke områder der prioriteres i Ældrerådet. Det er her set, at der er medlemmer, der særligt har interesse for de svageste ælde og de ældre der bor på plejehjem. Af denne årsag, synes det at være uvist om Ældrerådet vil være interesseret i at anvende deres magt til at fremme nærværende projekts forandrings forslag, da målgruppen her er ældre i egen bolig. Dog må det antages, at ældre i egen bolig også kan anes for at være svage og derfor alligevel kan have Ældrerådets interesse. Udover problematikken omkring projektets målgruppe, ses de forskellige udvalg i Ældrerådet som den operative kerne af organisationen, der er tildelt en del handlefrihed og frit kan udforme handleplaner. Dog ses det gennem analysen, at der er forskel på, hvordan udarbejdelsen af handlingsplaner foregår i de enkelte udvalg og hvordan kvaliteten af arbejdet er.

Det antages således, at hvis nærværende projekts forandringsforslag placeres i et af de udvalg der udarbejder handlingsplaner af høj kvalitet, så vil der være en større sandsynlighed for, at ledelsen prioriterer forslagene. Det må dog påpeges, at de enkelte råd har en vis magt, fordi udformningen af handlingsplaner har betydning. Dog vil det, i henhold til organisationsstrukturen altid være topledelsen, i form af Ældrerådets bestyrelse der tager den endelige beslutningen med prioritering af emner. Dette synes at afspejle en entreprenørorganisation, der med en enkel struktur består af topledelse og en operativ kerne (Jacobsen & Thorsvik 2014 p.87). Denne organisationsstruktur ses i nedenstående figur (figur 18).



Figur 18 *Entrepreneurorganisation* (Jacobsen & Thorsvik 2014, p.87).

Magten, i form af prioritering, placeres derved i bestyrelsen. Det særlige ved repræsentanten for Ældrerådet er, at han har mange års erfaring i forvaltningen i Sundhed og Omsorg. Derfor er der, igennem ham som privatperson, en høj grad af magt, da han fortsat har forbindelser på tværs af magistratens forskellige forvaltninger og han har igennem stærke alliancer med politikere osv., en høj grad af magt, idet ressourcen hurtigt kan mobiliseres.

Forebyggelseskonsulenter og SOSU-personale

På et mere praksisnært plan, er repræsentant for forebyggelseskonsulenterne og SOSU-personale placeret. I henhold til organisationsstrukturen for Sundhed & Omsorg er forebyggelseskonsulenterne og SOSU-personale placeret langt nede i hierarkiet. Det kunne derved umiddelbart antages, at de har en lille grad af magt, da de skal efterleve de nedskrevne regler, procedurer og love der styrer organisationen. Dog fremkommer det i analysen, at forebyggelseskonsulenterne har en høj grad af indflydelse i form af, at de har loven om forebyggende hjemmebesøg på deres side. Det vurderes derfor, at hvis forebyggelseskonsulenterne ikke vurderer at forandringstiltagene passer med deres arbejde, så har de magt i forhold til at kunne modsætte sig disse forandringer. Dog må det også formodes, at forebyggelseskonsulenternes leder har indblik i deres kerneopgaver og kan sortere i projektforslag ud fra dette. SOSU-personalet er, som tidligere nævnt den interessent der er tættest på borgeren, og det vurderes at personalet kan bidrage med at rekruttere til forandringsforslag. Dog vurderes det ikke, at personalet har en stor magt i forhold til, om nærværende projekts forandringsforslag gennemføres. Hvis personalet har en magt, ses det kun som værende igennem deres alliance med forebyggelseskonsulenterne, i forhold til hvorvidt de mener forandringsforslagene vil gavne borgerne. Hvis ledergruppen vælger at lade forebyggelseskonsulenternes og SOSU-personalets meninger og holdninger indgå i deres beslutninger, vil det afspejle, at der på det praksisnære niveau indgår træk af organisationsstrukturen, det professionelle bureaukrati. Heri er beslutninger uddelegeret til fagfolk og ingen andre end fagfolkene kan vurdere den bedste måde at udføre arbejdet på (Jacobsen & Thorsvik 2014 p.90). Ud fra dette, vises der stor tillid til fagfolkene, i form af beslutningskompetence, dette vil være med til at øge forebyggelseskonsulenterne og SOSU-personalets magt.

Den alliance, som repræsentanten antyder der er mellem forebyggelseskonsulenterne og SOSU-personale, er dermed med til at styrke deres magt i forhold til at påvirke beslutningstagere. Denne alliance kan tyde på en subkultur i organisationen, det vurderes dog, at subkulturen ikke udgør et problem, idet der er tale om enheder der arbejder forholdsvist uafhængigt af hinanden og herved er der mindre risiko for uoverensstemmelser og konflikter (Jacobsen & Thorsvik 2014 p.140). Problemer med en subkultur kan opstå, hvis subkulturen er en modkultur til den dominerende kultur i organisationen (ibid.). Det kan her diskuteres, om den kultur som forebyggelseskonsulenterne og SOSU-personale indgår i adskiller sig kulturen i Sundhed og Omsorg. Udgangspunktet for forebyggelseskonsulenterne og SOSU-personalets arbejde, synes at være det at ville det bedste for

borgerne. Dette synes at være i overensstemmelse med Sundhed og Omsorgs kultur, der også har som målsætning at arbejde ud fra borgerens ønsker. Dette er vigtigt at holde for øje, hvis man fortsat skal undgå konflikter mellem subkulturen og organisationen.

Frivillighedskoordinatoren

Gennem projektlederens og chef for Folkesundhed Aarhus udtalelse er det vurderet, at et projekt som *det gode måltid* skal være så effektivt som muligt. Dette indebærer at det skal være bæredygtigt, for at kunne indgå i den kommunale drift. For at dette bliver en mulighed, ses de frivillige som en vigtig ressource. Som et bindeled til de frivillige, der er en del af civilsamfundet, er frivillighedskoordinatoren. Interessentens ressource består som nævnt i analysen i, at koordinere frivillige til projekter som *det gode måltid*. Det formodes, at dette er en ressource, som hurtigt kan mobilisere, da dette indgår som en central del af deres arbejde. Derved antages, det at frivillighedskoordinatoren har en høj grad af magt. Da koordinatoren er med til at koble frivillige til projekter, skal de ligeledes have en bred viden om alle eksisterende tiltag i Aarhus Kommune. Det synes derved, at de er frit stillet ift. at anvende deres magt, ved at de frit kan vælge hvordan de fordeler den gratis arbejdskraft. Det kan dog diskuteres hvor meget spillerum frivillighedskoordinatoren reelt set har. Hvis der fortsat tages udgangspunkt i Sundhed og Omsorg som et maskinbureaukrati, vil der være en centraliseret beslutningskompetence. Dette betyder, at det ikke er op til frivillighedskoordinatoren hvordan hun skal fordele de frivillige eller hvor mange hun råder over. Disse beslutninger tages længere oppe i hierarkiet. Omvendt kan frivillighedskoordinatoren ses på samme måde som forebyggelseskonsulenterne og SOSU-personalet, som en del af et professionelt bureaukrati og på den måde vil beslutningskompetencen være uddelegeret til frivillighedskoordinatoren. Dog tænkes det at frivillighedskoordinatorens frihed består i, at hun kender de frivillige i Aarhus Kommune og på den måde har beslutningskompetence ved at hun vælger hvem der skal kobles på et projekt.

Praktiserende Læger

Som en selvstændig interessent og dog alligevel koblet på Aarhus Kommune, er de praktiserende læger. Deres ressource består i, at det er dem, der kan anbefale kommunale tilbud til borgere under en konsultation. De spiller derved en vigtig rolle i rekruttering til et projekt, som *det gode måltid*, hvis patienten passer til målgruppen. Det formodes, at dette er en ressource der hurtigt kan mobiliseres, da praktiserende læger, som tidligere nævnt, muligvis har en bred viden om eksisterende tiltag i Aarhus Kommune. Herved opnår de praktiserende læger en høj grad af magt i henhold til rekruttering til forebyggende tiltag og projekter i kommunen. Derudover er det særligt gældende for praktiserende læger, at deres magt vil blive anset som legitim, da den generelle opfattelse af praktiserende lægers meninger ses som ekspertise (Buse et al. 2006 p.178).

Dog må denne magt ses med forbehold, da magten beror på, at de praktiserende læger holder sig opdateret i de kommunale tilbud. Hvis dette ikke er tilfældet, kan det ikke forventes at praktiserende læger anvender deres magt støttende. Dette skal holdes for øje med henblik på forandringsforslagene, der ligger op til at praktiserende læger skal informeres, for at kunne være en interessent.

10.2 Interessenter i civilsamfundet

Det er ikke kun det offentlige der besidder magt på området omhandlende sociale måltidstilbud, men i lige så høj grad civilsamfundet. Dette er enstemmigt med det pluralistiske syn på magt, hvor det ses at magt er fordelt ud på hele samfundet (Buse et al. 2006 p.27). Der er altså derved intet individ eller gruppe som holder den absolutte magt (ibid.).

Ældrerådet, som et folkevalgt organ, har en forbindelse til civilsamfundet. Ud fra denne forbindelse bærer Ældrerådet præg af at være en interesseorganisation. Herunder kan de identificeres som en sektionsgruppe, hvis formål er at beskytte og fremme interesser fra deres medlemmer og den del af samfundet de repræsenterer (Buse et al. 2006 p.100). Som tidligere nævnt, repræsenterer Ældrerådet alle ældre over 60 år. Deres magt, i form af legitimitet, vurderes at være høj, idet de repræsenterer alle ældre. Dette beror på at Ældrerådet, som en sektions gruppe, ofte vil påvirke politikere. Dog afhænger deres evne til at påvirke af hvor vigtig politikernes mener sektions gruppens rolle er (Buse et al. 2006 p.104). Dette kan kobles på det førnævnte forbehold som byrådet har til Ældrerådet, det

at Ældrerådets opgave er at rådgive, men at politikerne ikke nødvendigvis skal følge deres anbefalinger.

En anden sektionsgruppe identificeret er Ældre Sagen. Denne organisation bidrager med legitimitet, adgang til medierne og, i et stort omfang, frivillige. De vil hurtigt være i stand til at mobilisere ressourcerne og har derved en høj grad af magt.

Ældresagens ressourcer består i det store antal frivillige de kan stille til rådighed. De frivillige ses som en vigtig interessent i civilsamfundet, og de spiller, som nævnt før, en rolle i bæredygtigheden af nærværende projekts forandringsforslag. I form af gratis arbejdskraft, har de frivillige en høj grad af magt i forhold til om forandringsforslagene kan implementeres i den kommunale drift. Idet frivillige ikke er en sammensluttet gruppe, kan de ikke identificeres som en organisation. Dog vil de frivillige som er knyttet til Ældre Sagen og Ældrerådet være en del af interesseorganisationerne. De frivillige der ikke er knyttet til en organisation kan dermed beskrives som en del af civilsamfundet. Således placeres de som den del af samfundet imellem den private sfære af familier og husstande og den statslige sfære (Buse et al. 2006 p.99). Ældre Sagens tilgang til civilsamfundet kan derved anvendes som ressource til at mobilisere frivillige til tilbuddet.

Ud fra ovenstående diskussion blev den endelige interessentmatrix udfyldt (figur 19).

Oplysninger indsamlet ved interview jf. fase 6

Organisation/ Person	Viden om projektet: Meget, noget, lidt	Interessentens position: Støttende, neutral, modarbejdende	Alliance	Interessentens bidrag til projektet	Interessentens grad af indflydelse
<i>Chef for Folkesundhed Aarhus</i>	Meget	Støttende, med forbehold for bæredygtighed		legitimitet	Høj
<i>Projektleder for det gode måltid</i>	Meget	Støttende, med forbehold for bæredygtighed		Arbejdstid, idéudvikling, erfaringer	Middel
<i>SOSU- personalet</i>	Vurderes at det kan være meget forskelligt fra person til person	Støttende	Forebyggelses konsulenter	Rekruttering	Høj
<i>Forebyggelses- konsulenter</i>	Vurderes høj, men kan variere fra konsulent til konsulent	Støttende med forbehold for kerneopgaver	SOSU- personalet	Projektkoordin ering, rekruttering	Høj
<i>Frivilligheds- koordinator</i>	Vurderes høj, men kan variere fra koordinator til koordinator	Støttende		Koordinering af frivillige	Middel
<i>Frivillige</i>	Lidt	Støttende		Arbejdskraft	Høj
<i>Praktiserende læger</i>	Variierende	Støttende		rekruttering	Høj
<i>Ældre Sagen</i>	Lidt	Støttende		Legitimitet, frivillige	Middel
<i>Rådmand for magistratsafdel ingen Sundhed og Omsorg</i>	Meget	Støttende	Ældre-rådet	legitimitet	Høj
<i>Ældrerådet</i>	Lidt	Støttende	Rådmanden	legitimitet	Middel
<i>De ældre borgere</i>	Ingen oplysninger	Ingen oplysninger		Ingen oplysninger	Ingen oplysninger

Figur 19 Den endelige interessent matrix.

11 Diskussion af resultater

I følgende diskuteres litteraturstudiets resultater, data fra praksiskontakt og de informationer der fremkom under interview til interessentanalysen, som ikke er diskuteret i magt diskussionen. Til dette anvendes Antonovskys teori om OAS, M3 modellen samt anden relevant litteratur. Diskussionen af resultater og den foregående diskussion af interessenternes magt skal føre til de forandringsforslag som vil indgå i nærværende projekts reviderede logiske model, og give bud på hvilke fremmede faktorer og udfordringer der er i forhold til konstruktion af et socialt måltidstilbud.

11.1 Vejen til det sociale måltid

Det ses i interessentanalysen, at transporten er central i forhold til, om *det gode måltid* kan lade sig gøre. Det formodes, at dette ligeledes er gældende for andre sociale måltidstilbud, hvor fællesspisningen er lokaliseret et sted, som kræver at ældre bliver transporteret dertil. Transporten har vist sig at give problemer, praktiske såvel som økonomiske. For at de ældre der deltager i *det gode måltid* kan blive transporteret, kræver det, at de er klar når de skal hentes. Det påpeges af repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne og chef for Folkesundhed Aarhus, at det i sig selv kan være udmattende for den ældre at komme ned til bussen. Derfor har flere ældre behov for en hjælpende hånd til at gøre sig klar til at komme ud af døren. Behovet for en hjælpende hånd kan afspejle en manglende tro på egne ressourcer. Ifølge Antonovsky er en mangel af troen på egne ressourcer mangel på *håndterbarhed* (Antonovsky 2000). Indtil videre har det været forebyggelseskonsulenten, som har imødekommet denne mangel på *håndterbarhed*, og dette anses ikke som værende bæredygtigt. Dog anerkendes det, at det ikke er sikkert, hvorvidt der er tale om mangel på *håndterbarhed*, men at behovet for assistance nærmere afspejler den ældres sundhedstilstand. Ifølge M3 modellen har den ældres sundhedstilstand, herunder fysisk funktion og sygdomstilstand, betydning for madindtaget (Keller et al. 2014). I dette tilfælde har sundhedstilstanden således betydning for vejen til det sociale måltid. Idet målgruppen kan være skrøbelig, anses tiden brugt på transport til måltidet, som betydende for deltagelse. Derved skal distancen mellem de ældre overvejes således transporttiden minimeres.

For at undgå, at forebyggelseskonsulenterne skal bruge ressourcer på at hjælpe borgerne ud af hjemmet, forslås det i nærværende projekt, at gøre mere brug af frivillige. Dog ville dette forslag kræve noget særligt af de frivillige, som kobles til projektet. Denne problematik understøttes af

projektlederen der udtaler, at det ikke er alle frivillige der har lyst til at skulle håndtere disse opgaver. Denne brug af frivillig vil således kræve at de frivillige har en OAS i forhold til målgruppen og tilbuddet.

I tråd hermed udtales det af repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne, at der bruges meget energi på at finde frivillige bl.a. til at køre busserne. Det ses derfor, at det ikke er alle frivillige som vil eller kan håndtere at blive koblet på sådan et projekt. Som en løsning til dette, tænkes det som en mulighed at inddrage frivillighedskoordinatoren, da det i diskussionen af magt er udledt, at denne har en høj grad af magt i forhold til, at koble frivillige på projekter. Dette kræver dog, at frivillighedskoordinatoren har det formodede kendskab til de frivillige i Aarhus Kommune og derfor ved hvilke frivillige, der ville kunne håndtere at hjælpe en borger ud af døren. Det ses således, at et forandringsforslag kunne være, at koble de 'rigtige' frivillige på projektet, således at disse ville kunne hjælpe den ældre med at blive klar. På den måde anses det at implementeringen ville blive bæredygtig.

Et alternativt forslag til brug af frivillige kunne være, kun at udbyde det sociale måltidstilbud til ældre, der selv ville kunne stå klar foran deres hjem. Dette ville kræve at den ældre har *håndterbarhed*. Denne giver, ifølge Antonovsky, troen på egne ressourcer (Antonovsky, 2000). Hvis dette alternative forandringsforslag vælges, er der risiko for at der opstår en utilsigtet negativ konsekvens, da det derved kun vil være de stærkeste ældre der får glæde af tilbuddet, og de svageste vil blive overset. Med henblik på ældre medicinske patienter formodes det, at de i højere grad end den generelle ældre befolkning er skrøbelige. Dermed risikeres det at målgruppen, som svage borgere, overses. Der ses derved en risiko for, at der opstår en ulighed blandt ældre i Aarhus Kommune.

En anden praktisk problematik der har vist sig i forbindelse med transporten, er anvendelse af lokalcenter busser. Repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne peger på, at denne form for transport ikke giver de ældre mulighed for, at kunne komme hjem når de selv har lyst til det. Repræsentanten udtaler at det nemt bliver ubekvemt for de ældre, idet der kan være uvished om, hvor længe de skal være afsted. Dette kan ifølge Antonovsky ses som en mangel på *håndterbarhed*. Denne mangel på *håndterbarhed* kan resultere i, at de ældre ikke har lyst til at deltage. Repræsentanten kommer selv med et forandringsforslag, der går på brug af flextransport, der vil give de ældre en højere grad af medbestemmelse og dermed en øgede OAS i forhold til tilbuddet. I

henhold til det pluralistiske syn på magt i samfundet, som nævnt i magt diskussionen, ses det derved at civilsamfundet tildeles en del af magten.

Det er uvist om dette forslag ville blive støttet af projektlederen og chef for Folkesundhed Aarhus, da flextransport giver en omkostning i højere grad end brug af lokalcenterets busser og derved ikke i samme grad ville kunne føre til bæredygtighed af implementeringen. Ligeledes er det uvist, om rådmanden vil anvende hendes magt til at støtte forslaget om flextransport. Grunden hertil er, at hendes forslag om samkørsel, fremsat under et byrådsmøde (Borgmesterens Afdeling 2017b), synes at have bæredygtighed i mente, i lige så høj en grad, som projektlederen og chef for Folkesundhed Aarhus' udgangspunkt. Det kan dog diskuteres om interessenterne ville gå på kompromis med bæredygtigheden, hvis forandringen betød, at flere ældre ville have lyst til at deltage. Det skal dog pointeres, at uanset om der gøres brug af flextransport eller lokalcenter busserne, er bæredygtigheden afhængig af, at det er muligt at finde de rigtige frivillige, der kan hjælpe de ældre med at blive klar og køre busserne.

Idet der ses en del problematikker i forbindelse med transport til *det gode måltid*, ses det nødvendigt at tænke alternativer. Hvis de forandringsforslag der er foreslået i ovenstående ikke er mulige, ses der et alternativ i at gøre brug af nærområdet, således at transporten, enten med flextransport eller lokalcenter busser, ikke er nødvendig. Derved kunne en anden beliggenhed for *det gode måltid* tænkes ind. En alternativ beliggenhed ville dog ikke ændre på, at de ældre skal kunne håndtere, at gøre sig klar til det sociale måltidstilbud. Hvorfor alternativet, i lige så høj grad som de andre forandringsforslag, kræver at den ældre har *håndterbarhed*. Desuden åbner denne tanke op for en anden problematik, i forhold til om målgruppen anser nærområdet som attraktivt, hvilket vil blive diskuteret i følgende afsnit.

11.2 Rammerne for måltidet

Titel på det sociale måltidstilbud

Generelt for sociale måltidstilbud, kan tilbuddets titel være en afgørende faktor for om ældre har lyst til at deltage (Timonen & O'Dwyer). Alene ud fra titlen kan det derved afgøres om ældre vil investere deres energi og engagement i et socialt måltidstilbud. Da *meningsfuldhed* er med til at afgøre om mennesket skal investere energi og engagement (Antonovsky 2000 p.36), synes titlen på et socialt måltidstilbud derfor at være med til at afgøre om ældre finder tilbuddet meningsfuldt.

Fundet i Timonen & O'Dwyer anses validt, idet de har en stærk intern validitet. Dog kan deres eksterne validitet diskuteres, idet deltagerne de ikke har opnået mætningspunktet for heterogenitet i de udvalgte deltagere. Det er derved usikkert om fundene er biased, med henblik på den eksterne validitet, hvis deltagerne er for homogene. Trods dette synes tilbuddets titlen at være en fremmede faktor for deltagelse, og bør derfor overvejes.

De fysiske rammer

Med afsæt i diskussionen af *vejen til det sociale måltid*, udledes det, at problematikken med transportudgifter kan undgås ved at placere tilbuddet i nærområdet, herunder brug af lokalcentre. Denne tanke støttes af Ældrerådet, der ser en mulighed i at dyrke lokalcentrene og holde liv i dem. Det formodes derved, at Ældrerådet ville anvende deres magt til at støtte et forandringsforslag, omhandlende mere brug af lokalcentrene. Det kan dog diskuteres om ældre, som en central interessent, også ville være støttende herfor. Denne tvivl opstår, da repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne udtaler, at mange ældre har en aversion mod lokalcentrene. Til trods herfor finder Andrew & Wilson, at beliggenhed og dermed tilgængeligheden, er en afgørende faktor for, at ældre ønsker at benytte det sociale måltidstilbud (Andrew & Wilson 2014). Idet *meningsfuldhed* ses som hvorvidt noget er værd at investere energi og engagere (Antonovsky 2000), kan det derved diskuteres hvorvidt de ældre ser brug af lokalcentre som meningsfuldt. At ændre ældres holdning til lokalcentre, vil være med til at give dem en følelse af *meningsfuldhed* i forhold til lokalcentre. Dette ses som en fremmede faktor, idet lokalcentrene ofte ligger i nærområdet og er dermed tilgængeligt. Det skal dog pointeres, at der er risiko for at Andrew & Wilsons fund er biased, idet informanterne var flittige brugere af caféen i nærområdet. På trods af, at der er risiko for at nærområdet dermed tillægges for stor betydning, anses beliggenhed fortsat som en fremmede faktor for benyttelse.

Lokalcenterets betydning forsøges også undersøgt i data fra praksiskontakt. Her svarer godt halvdelen, at de kender til lokalcenterets aktiviteter, men at de ikke gør brug af lokalcenterets café. Argumenter der dominerer når deltagerne spørges til, hvorfor de ikke benytter lokalcenterets café er, at deltagerne er gang begrænsende og føler sig fysisk begrænsede. Ligeledes ses det, at dårlig mobilitet er associeret med dårlig ernæringsstilstand og risiko for social isolation (Romero-Ortuno et al. 2011), hvorfor distance til lokalcentrene kan være en udfordring. Dette ses til trods for at lokalcentrene i Aarhus Kommune ifølge projektlederen, er placeret således, at distancen ikke burde være længere end 1 km væk. Det kan således føre til, at ældre der bor i egen bolig, stadig har behov

for transport for at kunne deltage i det sociale måltidstilbud, og omkostningerne til transport vil derved være ens uanset om tilbuddet er på lokalcentret eller en anden lokalitet.

Da der i nordiske lande stræbes efter, at ældre skal være så langt tid som muligt i eget hjem (Tomstad et al. 2013), synes det at skabe problemer for sociale måltidstilbud, da disse er afhængige af, at de ældre kan transportere sig til tilbuddet. Det kan derfor diskuteres, at hvis målet er, at ældre skal være i eget hjem, bør der være åbenhed for transport og derved også den omkostning dette vil medføre. Jf. diskussionen af transport, vil det gå imod chef for Folkesundhed Aarhus' indstilling til bæredygtighed.

En anden vinkel på, at de ældre ikke benytter sig af lokalcenterets aktiviteter, kunne ifølge Antonovsky være, at de ældre der kender til aktiviteterne, men som føler sig fysisk begrænsede, mangler *håndterbarhed* i forhold til deltagelse. Dermed ses der en manglende tro på egne ressourcer (Antonovsky 2000 pp.35-36) til at kunne håndtere begrænsninger, i forhold til at kunne deltage i det sociale måltidstilbud. Dog understreger repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne, at ældre er en heterogen gruppe, og derfor skal der tages afstand fra, at forsøge at få alle ældre ned til lokalcentrene, idet der vil være nogle ældre der ikke ønsker dette. Ved brug af lokalcentre i implementeringen af forandringsforslagene, skal det derfor tænkes ind, at det ikke er alle ældre der ønsker at deltage.

Et alternativt forandringsforslag for de ældre der ikke ønsker eller har mulighed for at deltage i et socialt måltidsbud er, at madudbringnings servicen udvides. I Timonen & O'Dwyer, der undersøger MOW, er der påvist at dette måltidstilbud har et socialt element i sig, da flere af modtageren oplever social støtte for udbringeren af maden. Dog er det ikke altid at det sociale element opstår, da det ses, at udbringerne ofte har for travlt til at snakke med de ældre. Når det sociale element ikke opstår, vil OAS ikke styrkes, da de vil mangle *modstandsressourcen* social støtte (Antonovsky 2000 p.144). Da det vurderes at det at modtage madservice i Aarhus Kommune, svarer til deltagelse i MOW, kunne et forandringsforslag til dette tilbud være, at ændre proceduren for udbringning af maden, således at der er tid til at samtale med de ældre. Ligeledes vil der være behov for at udbringeren har lyst til at samtale med de ældre. Dette forandringsforslag vil dog have det forbehold, at det kun er relevant for de ældre der er visiteret til mad. Forandringsforslaget samstemmer derfor ikke med forandringsforslaget der går på at udbrede målgruppen, som afdækkes i diskussionen *om rekruttering*.

Derudover ses der et forbehold ved alternativet, idet det kan udgøre en hygiejnerisiko. Frongillo et al. finder i deres studie af måltidstilbuddet MOW, en hygiejne risiko forbundet med opvarmning og opbevaring af maden der udbringes. I M3 modellen, indgår fødevarer hygiejne som en del af *måltidskvaliteten* (Keller et al. 2014). Manglende hygiejne kan derved, ifølge modellen, være med til at sænke måltidets kvalitet og dermed sænke ældres fødevarerindtag. Ifølge Antonovsky ses *håndterbarhed* som de ressourcer der står til rådighed (Antonovsky 2000 pp.35.36). Ældres mulige hygiejnisk uforsvarlig håndtering af maden kan derved afspejle at disse ældre kan mangle *håndterbarhed*. Ved deltagelse i et socialt måltidstilbud, vil maden blive tilberedt for de ældre og risiko for forkert hygiejne håndtering vil minimeres. Med tanke for den salutogentiske tilgang (Antonovsky 2000, p.31), anses det derved, at det sociale måltidstilbud kan bidrage til, at ældre undgår at bevæge sig mod sygdomspolen, når det gælder hygiejne risiko.

Lokalcentre som ramme for måltidet

Det kan tænkes, at den tidligere nævnte aversion mod lokalcentrene kan bunde i, at de ældre ikke finder dem attraktive. Også ifølge M3 modellen har måltidets omgivelser og spisepladserne betydning for madindtaget (Keller et al. 2014). Derfor findes det relevant at diskutere, om det er muligt at gøre lokalcentrene mere attraktive for de ældre. En del af at gøre lokalcentrene mere attraktive, kunne være at indrette disse, så de bliver mere hjemlige. Grunden herfor er at det ses at hjemlige og cafélignende omgivelser øger appetitten (Nijs et al. 2006; Vucea et al. 2014). Det vurderes at Nijs et al. har en svag intern validitet, da de mangler oplysninger om drop-outs, baggrundskarakteristika og studie-begrænsninger, og derfor står deres fund umiddelbart ikke så stærkt. Til trods herfor finder Vucea et al. lignende fund, med en stærk intern validitet, herunder en velbeskrevet metode, hvorfor fundene i Nijs et al. vurderes valide. Ifølge Antonovsky fungerer *meningsfuldhed* som en motivationsfaktor (Antonovsky 2000, p.36). Derfor kan det tænkes, at Antonovsky ville anskue det fysiske spisemiljø som værende ældres motivationsfaktor for at deltage i et socialt måltidstilbud og anses derfor at give ældre *meningsfuldhed*. Dette underbygges af M3 modellen, hvor en del af *måltidsoplevelsen* er stemningen (Keller et al. 2014). Dog omtaler Nijs et al. muligheden for en samtale protokol der kan understøtte samtalen omkring bordet. At det fysiske spisemiljø har betydning for de ældres oplevelse, støttes af repræsentanten for Ældrerådet, der udtaler, at det skal være hyggeligt, og at dette kan gøres ved brug af blomster, stearinlys osv. På trods af, at denne udsmykning umiddelbart kan ses som en lille udgift, udtaler projektlederen, at der allerede gøres forsøg på at udsmykke lokalcentrene, men at dette gøres med begrænsede ressourcer.

Det kan dog diskuteres, om brug af ressourcer til denne form for udsmykning er nødvendig for at fjerne ældres aversion mod lokalcentre. Dette vil dog gå imod projektlederen og chef for Folkesundhed Aarhus, som har det forbehold ved brug af deres magt, at forslaget skal være bæredygtigt. Der ses altså et muligt forandringsforslag der går på, at ændre de fysiske omgivelser på lokalcentrene for således at få flere ældre til at benytte disse.

I forbindelse med mere brug af lokalcentrene, ses det ifølge projektlederen, at lokalcentrenes åbningstider varierer meget. Det anses for grundlæggende, at de ældre har fri adgang til lokalcentrene, hvis det skal lykkes at fjerne aversionen mod dem. Dette antages på baggrund af Andrew & Wilsons fund der viser, at ældres glæde ved brug af café på lokalcenterets område, er afhængigt af, at denne cafe har forhold der minder om de forhold der ellers gør sig gældende for caféer, også i forhold til åbningstider (Andrew & Wilson 2014). Derved synes et oplagt forandringsforslag at være, at diskursen for lokalcentrene ændres, således at det bliver mere attraktivt for de ældre at bruge disse. Ligeledes vil brug af lokalcentrene kræve inddragelse af deres personale for at sikre at caféerne har kapacitet til at modtage deltagerne. Dette er et forhold som skal overvejes før en implementering kan finde sted.

Serveringsformer

Et andet aspekt i måltidssituationen er serveringsformen, som ligeledes er med til at påvirke den samlede måltidsoplevelse og derved appetitten (Keller et al. 2014). Det ses, at for ældre der modtager mad, er der en tendens til at det spises direkte af emballagen (Bjerge et al. 2017), samt at maden bliver set som en nødvendighed og ikke en nydelse (Timonen & O'Dwyer 2010), hvilket kan bevirke en forringet måltidsoplevelse og derved forringet appetit. Fundene i Bjerge et al. vurderes valide idet de har en stærk intern validitet, herunder en velbeskrevet metode. Ligeledes er fundene i Timonen & O'Dwyer som tidligere nævnt vurderet som valide. Også Nijs et al. finder, at måden hvorpå maden bliver serveret på i det sociale måltidstilbud, herunder familiy-style, har en betydning for, hvor meget mad den ældre spiser (Nijs et al. 2006). Det at serveringsformen har betydning for den ældres mad indtag, understøttes af M3 modellen. I modellen tænkes serveringsformen at svare til *måltidskvaliteten* og serveringsform ses derved som en fremmede faktor for spiselyst (Keller et al. 2014). Family-style måltiderne giver desuden de ældre mulighed for selv at kunne vælge maden, hvilket også i M3 modellen, betragtes som fremmede for madindtag. Det ses derved, at family-style måltider, har elementer af både *måltidskvalitet*, *adgang*

til måltidet og måltidsoplevelse, som ifølge M3 modellen kan forklare, hvorfor ældre der deltager i netop dette sociale måltidstilbud, oplever at spise mere.

Ifølge Antonovsky kan social støtte som en modstandsressource, være med til at øge OAS (Antonovsky 2000 p.145). Derfor kan forklaringen på at ældre oplever at spise mere ved family-style måltider være, at de oplever en øget OAS, når de benytter det sociale måltidstilbud. Dette primært gennem den sociale støtte de oplever gennem måltidet. Det vurderes derfor ud fra M3 modellen og Antonovskys teori om OAS, at tankegangen i family-style måltider, i forhold til serveringsformer, med fordel kan ses som et forandringsforslag. Det vurderes, at forslaget vil blive støttet af rådmanden, idet projektlederen udtaler, at rådmanden har et ønske om, at der skal dufte af mad fra køkkenerne. Hvilket antyder, at rådmanden ønsker at sætte fokus på selve måltidet.

Samtale facilitator

I *det gode måltid* stræbes det efter, at der under fællesspisningen opstår social interaktion mellem de deltagende. Dette er i henhold til M3 modellen en central del af den samlede måltidsoplevelse, som derved øger appetitten. (Keller et al. 2014). Det udtales på tværs af interessenterne, at der ikke altid opstår en interaktion under fællesspisningen. Dette kan med henblik på M3 modellen, skyldes de ældres *overskud til samtale* (ibid.). Derfor synes der at foreligge et forandringsforslag, med henblik på, at samtalen omkring bordet, kan hjælpes på vej af en facilitator. Hertil er det fundet, at en samtaleprotokol kan være til gavn (Nijs et al. 2006). Til dette udtaler projektlederen dog, at det risikeres at samtalen bliver for stileret. Med henblik på den førnævnte svage interne validitet i Nijs et al., tillægges der mere validitet til projektlederens praksiserfaring end fundet i Nijs et al.

En mere uformel måde at gribe det an på, ses af Ældrerådet, der taler om, at opsøgende værtinder kan være en mulighed. Disse skulle forsøge at få de ældre der sidder alene til at sætte sig sammen. Det bakkes op af Chef for Folkesundhed der udtaler, at der skal være en værtinde der byder velkommen. Det kan dog diskuteres hvem der skal besidde denne rolle. Forebyggelseskonsulenterne synes ikke at kunne besidde rollen, idet det ikke er en del af deres kerneopgaver. Ligeledes pointeres det af projektlederen, at der ikke er nok personaleressourcer på lokalcentrene til at besidde rollen. Ældrerådet tilføjer, at der skal flere frivillige på projektet, hvis dette skal realiseres. Med henblik på implementering af forandringsforslagene, synes det derved centralt, at der kobles en samtalefacilitator på fællesspisningen, hvor der ikke nødvendigvis skal gøres brug af en samtale protokol.

11.3 At spise med andre

Det er fundet i Bjerger et al. at mange ældre i Aarhus Kommune spiser alene (Bjerger et al. 2017). Dette er ligeledes tilfældet i data fra praksiskontakt. Dog vides det ikke, om dette er selvvalgt. Noget tyder dog på, at deltagerne i praksiskontaktens data gerne vil spise med andre, idet de fleste svare ja til at deltage i *det gode måltid*. Dette er til forskel fra Bjerger et. al., hvor der findes en tendens til, at ældre der bor alene ikke vil spise med andre (ibid.). Som tidligere nævnt har Bjerger et al. en stærk intern validitet, hvorfor det vurderes at disse fund anses mere valide, end data fra praksiskontakt, idet der i data er risiko for en svag intern validitet pga. en lille stikprøve og missing. Til trods for modstridende fund, anses det derfor mere validt, at ældre der bor alene ikke vil spise med andre.

Jf. Antonovsky kan sociale relationer ses som en *modstandsressource* (Antonovsky 2000 p.145) og sociale relationer kan få ældre til at spise og derved undgå underernæring (Keller 2006). Modsat kan sociale relationer som ikke er ønskede, lede til modstandsunderskud (Antonovsky 2000, p.144). Denne risiko ses hos Keller, hvor det findes, at de ældre der ikke har mulighed for støtte af børn eller ægtefælle, ses som særlig udsat og i risiko for underernæring (Keller, 2006). Det kan dog diskuteres hvorvidt dette er gældende for alle, idet det ikke kan udelukkes, at nogle ældre får social støtte i andre sammenhænge end måltidet. Dette understøttes af Bjerger et al. idet det ses, at mange ældre i Aarhus Kommune, i mindre grad har behov for at spise med andre (Bjerger et al. 2017). Jf. Antonovsky kan det manglende behov, ses som at ældre ikke finder det *meningsfuldt* at deltage. Det store antal ældre der ikke finder det *meningsfuldt* at deltage i et social måltidstilbud, tyder på, at hvis det ønskes at ældre skal deltage i sociale måltidstilbud, skal det gøres begribeligt, ved at pointere hvad et socialt måltidstilbud kan tilføre deres liv. *Begribeligheden* kan ifølge Antonovsky opstå ved at sætte stimuli i en sammenhæng der kan forklares (Antonovsky 2000 s. 35). Derved skal det forsøges at sætte et socialt måltidstilbud i en sammenhæng, så det derved kan forklares til ældre. Bjerger et al. ser, at mange af de deltagende i studiet, ikke har prøvet at deltage i sociale måltidstilbud (Bjerger et al. 2017). Dette tyder på at de kun udtaler sig, ud fra en følelse af, at det ikke vil være *meningsfuldt* for dem og det kunne tænkes, at de ville kunne se fordelene i at deltage, hvis de prøvede. Til dette ville det kræve at tilbuddet gøres meningsfuldt. Grunden herfor er at *meningsfuldhed*, ifølge Antonovsky, fungerer som en motivationsfaktor (Antonovsky 2000 pp.35-36). Det kan derfor tænkes, at hvis et forandringsforslag gøres begribeligt og meningsfuldt, kan det gøre at ældre vil prøve at deltage i et socialt måltidstilbud.

Forklaringen på hvorfor flere ældre ikke finder behov for at spise sammen, kan findes i, at de ældre er selektive i forhold til hvem de ønsker at spise sammen med. Bjerger et al. finder således, at ældre synes at have et forbehold mod at spise med andre ældre de ikke er bekendte med, plejepersonale eller frivillige (Bjerger et al. 2017). Den modsatte tendens findes hos Wikby & Fägerskiöld 2004, hvor det ses, at selvom de ældre skal spise sammen med nogle der er forskellige fra dem selv, fortrækker de det frem for at spise alene (Wikby & Fägerskiöld 2004). Dog finder både Bjerger et al. og Wikby & Fägerskiöld, at de ældre gerne vil spise sammen med familie og venner (Bjerger et al. 2017; Wikby & Fägerskiöld 2004). Jf. Antonovsky der ser *meningsfuldhed* som en motivationsfaktor (Antonovsky 2000 pp.35-36), tyder det på at ældre ville finde det meningsfuldt at deltage i fællesspisning, hvis dette kunne være sammen med familie og venner. *Samhørighed* med den man sidder med har ifølge M3 modellen betydning for madindtaget (Keller et al. 2014), hvilket stemmer overens med, at de ældre skal se det som meningsfuldt at spise sammen med dem de er i deres spisegruppe. Det kan dog diskuteres hvorvidt det er muligt at dette kan ske for alle ældre, idet det formodes, at der vil være ældre der hverken har familie eller venner i umiddelbar nærhed. Hvis situationen er denne, kunne det tænkes, at et alternativ forandringsforslag kunne være gruppesammensætningen til fællesspisningerne. Dette kunne gøres med henblik på, at sammensætte ældre ud fra fællesinteresser, da det formodes, at ældre i højere grad ville have lyst til at spise sammen med nogen hvem de har fællesinteresser med. Der påpeges dog af Repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne en problematik i forhold til dette, da hun fortæller at dette er forsøgt tidligere uden held.

Der kunne også foreligge en mulighed i, at de ældre sammensættes med frivillige med hvem de har fællesinteresser med, da det her forventes, at der kan opstå en højere grad af fortrolighed. Igen anses det som en mulighed at inddrage frivillighedskoordinatoren, idet det er belyst at hun vil have kendskab til de frivillige i Aarhus Kommune, jf. afsnit X magtdiskussion, og derved muligvis også deres interesser. Ved at de frivillige indgår i fællesspisningen kan der opstå en utilsigtet positiv konsekvens, idet det vurderes at de frivillige kan få samme glæde af *det gode måltid* som de ældre, gennem det sociale måltidstilbud få muligheden for, at bibeholde og måske forbedre deres ernæringsstilstand og få social støtte gennem samværet med de ældre og andre frivillige.

Dog betvivler projektlederen, at der kan opstå en fortrolighed mellem de ældre og fremmede eller frivillige, og at hvis dette skal ske, må det forventes, at der er tale om 4-5 fællesmåltider før det opstår. Det kan derfor være sværere at argumentere for en effekt af fællesspisning, hvis denne effekt ikke opstår med det samme. Mangel på en spontan effekt kan resultere i, at forandringsforslaget

ikke vil få støtte af chef for Folkesundhed Aarhus, der kunne have en forventning om, at bæredygtigheden skulle fremkomme med det samme. Tomstad et al, viser dog, at der er ældre der netop søger andre de har noget til fælles med (Tomstad et al. 2013), hvilket kunne tyde på, at der er ældre der er opsøgende i forhold at få nye bekendtskaber. Dette bekræfter igen, at der er tale om en meget heterogen målgruppe.

Det skal understreges, at for at forandringsforslaget skal have den ønskede effekt i forhold til at det sociale måltidstilbud mindsker risikoen for underernæring, vil det være vigtigt at de ældre oplever at der opstår en grad af fortrolighed. Denne fortrolighed anses for vigtig. Grunden hertil ville ifølge Berkman være at det ikke kan forventes at sociale relationer giver social støtte, da social støtte angiver kvaliteten i de sociale relationer (Berkman et al. 2000). Det anses af repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne, at fortroligheden kan hjælpes på vej, ved at de ældre hjælper hinanden og derved skaber nye relationer. Da ældre dog ofte er mere selektive i deres sociale relationer (Antonucci et al. 2014), tænkes at de ældre kun vil hjælpe hinanden hvis de kender hinanden. Det kan derfor være tilfældet, at ældre af sig selv, ikke har lyst til at starte nye relationer, hvis de allerede er mættet i relationer. Ligeledes kan det være tilfældet, at de deltagende i et socialt måltidsprogram, egentlig kun er deltagende for at kunne komme ud af døren og få en afveksling. Med henblik på en implementering af forandringsforslag der fortsat prioriterer social støtte i tilbuddet, skal der således være omtanke for at social interaktion muligvis ikke en prioritet hos de ældre.

11.4 Rekruttering

I *det gode måltid* er deltagerne rekrutteret ved, at der først er sendt et informationsbrev til målgruppen, efterfulgt af et besøg af en forebyggelseskonsulent. Det synes at denne rekrutteringsmetode har været afgørende for tilslutning til tilbuddet, på trods af at de ikke har haft den forventede tilslutning. Dette bekræftes af Timonen & O'Dwyer, hvor tilslutning skete gennem mundtlig præsentation af MOW (Timonen & O'Dwyer 2010). Ligeledes fandt Keller, at ernæringscreening var en afgørende faktor ved deltagelse i tilbuddet (Keller 2006), hvori mundtlig kommunikation indgår. Det ses derfor at rekruttering med fordel kan finde sted ved screening. Dette kan sættes i relation til Antonovskys *begribelighed*, hvori evnen til at sætte stimuli i en sammenhæng indgår (Antonovskiy 2000). Mundtlig formidling af tilbuddet synes derved at give de ældre øgede *begribelighed* til tilbuddet, hvorfor rekruttering fortsat bør ske via mundtlig kommunikation.

Repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne udtaler ligeledes, at hun ser en mulighed i at fastholde ældre i deltagelse af projektet, ved at foretage opfølgende telefonopkald. Hvis dette gøres, vil kommunikationen ændres fra skriftlig til mundtlig. Timonen & O'Dwyer og repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne ser muligheder i mundtlig kommunikation. Dette kan sammenholdes med, at mundtlig kommunikation i højere grad end skriftlig kommunikation, har evnen til at formidle rig information (Jacobsen & Thorsvik 2014, p.255). Den mundtlige kommunikation giver desuden en forventning om øjeblikkelig feedback fra modtageren af informationen (ibid., p.256). Dette betyder, at hvis ældre har spørgsmål angående tilbuddet, ville de kunne få svar med det samme, og derved gøre tilbuddet mere begribeligt for de ældre.

Yderligere ses det, at de der rekrutterer, gennem mundtlig kommunikation, i højere grad kunne formidle følelser (Jacobsen & Thorsvik 2014, p.256). Det kan derfor antages, at en passioneret rekrutteringsmedarbejder vil kunne udnytte det potentiale, der er i mundtlig kommunikation. Det kan dog diskuteres, om alle der rekrutterer har en passion for *det gode måltid* og ligeledes, om de har en indgående viden om *det gode måltid*, hvilket anses for vigtigt i forbindelse med mundtlig kommunikation. Derudover kan der opstå en utilsigtet negativ konsekvens i forhold til at de ældre kan føle sig utrygge hvis de ikke er bekendte med rekrutteringsmedarbejderen. Det kan derfor betvivles, om det er muligt at lade frivillige være rekrutteringsansvarlige, da det i interessentanalysen er udledt, at frivillige ikke står til ansvar for at skulle have kendskab til projekter i Aarhus Kommune. Denne problematik understøttes af repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne, der udtaler, at det ikke skal være frivillige der foretager de opfølgende opkald. Det menes derfor, at der i rekruttering med fordel kan tænkes mundtlig kontakt til de ældre, men at det skal overvejes nøje hvem der tager denne kontakt.

I litteraturstudiet finder Timonen & O'Dwyer, at måltidstilbuddet MOW har størst opbakning, når det tilbydes ved udskrivelse fra hospitalet (Timonen & O'Dwyer 2010). Ifølge Antonovsky, kan en indlæggelse anses som en *stressor* (Antonovsky 2000), og det formodes at når hospitalspersonalet tilbyder et socialt måltidstilbud, er de ældre i højere grad i stand til at mestre denne *stressor* når de kommer hjem efter indlæggelse. En effektiv mestring af en *stressor*, vil ifølge Antonovsky betyde, at der opstår en *modstandsressource*, så der kan forventes en retning mod sundhedspolen i kontinuummet (Antonovsky 2000). Således forventes det at ældre går mod sundhedspolen ved at de mestrer *stressoren*, når de tilbydes MOW. Denne fordel ved MOW, støttes yderligere af det sociale element, social støtte, som er fremanalyseret i litteraturstudiet (Timonen & O'Dwyer 2010). Den

sociale støtte påvises i sig selv som en *modstandsressource* (Antonovsky 2000), og ligeledes kan social støtte, formel og uformel, kombineret med et måltidstilbud, være med til at mindske underernæring blandt ældre (Keller 2006). Det betyder således, at et tilbud om MOW, kan øge sandsynlighed for, at ældre vedbliver på deres position på kontinuummet eller bevæger sig mod sundhedspolen, jf. Antonovsky.

Rekruttering til et socialt måltidstilbud, kunne således både med hensyn til tilslutning og med hensyn til effekt for den ældre, tilbydes mundtligt ved udskrivelse fra hospitalet og dermed være med til at forebygge fremtidige indlæggelser. Det skal dog pointeres, at målgruppen således vil være mere skrøbelig. Forandringsforslaget kan derfor ikke forvente at chef for Folkesundhed Aarhus vil anvende sin magt til at støtte det, da hun mener, at projektets sandsynlighed for effekt vil øges, hvis der rekrutteres en mindre skrøbelig målgruppe.

Et forandringsforslag der kunne støtte chef for Folkesundhed i hendes antagelse om, at projektet ville få større effekt hvis der blev rekrutteret en mindre skrøbelig gruppe, kunne gå på, at der åbnes for, at ældre der ikke er visiteret til mad kunne deltage. Dette forandringsforslag beror sig på den antagelse, at alle ældre ville få glæde af et socialt måltidstilbud. Dog udtrykker repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne et forbehold mod dette, da hun siger, at det er vigtigt at se målgruppen som heterogen og at alle derfor ikke vil deltage. Som et eksempel på dette, påpeger hun, at mange ældre ikke har lyst til at spise med andre pga. den måde de spiser på. Tomstad et al. påpeget at dette også kan være grundet dårlig tandsundhed (Tomstad et al. 2013). Disse udfordringer ses som mulighed for at være gældende for alle ældre og er således ikke afhængigt af om de modtager mad eller ej.

Et skift i målgruppen kan afhænge af, om forebyggelseskonsulenterne og SOSU-personalet kan ændre den måde hvorpå de opsporer potentielle deltagere. Hvis målgruppen skal ændres, antages det, at personalet i højere grad skal være i stand til at opspore ældre der umiddelbart ikke er i risikogruppen. Det ses således, at det er ældre der har et højt funktionsniveau og ellers klare sig godt, der skal rekrutteres. I den forbindelse ses det, at Ældre Sagen i deres arbejde med at opspore ensomhed (Ældre Sagen Aarhus 2017), kan inddrages. Det skal dog pointeres, at selvom det vurderes at Ældresagen og deres frivillige kan bidrage hertil, kan det som tidligere nævnt diskuteres hvorvidt frivillige skal anvendes i rekrutteringsøjemed.

11.5 Udbredelse af kendskabet til *det gode måltid*

Den manglende rekruttering kan således skyldes, at der er rekrutteret forkert, men det kan også bunde i manglende information. For at kunne vurdere om den ældre har lyst til at deltage, ses det som en nødvendighed, at de har kendskab til projektet. Chef for Folkesundhed Aarhus påpeger, at Aarhus Kommune har et projekt, der netop forsøger at øge dette kendskab. Projekt Genlyd er en hjemmeside der viser eksisterende kommunale tilbud, som ældre kan deltage i (Sundhed og Omsorg 2017). At opnå kendskab til projektet via denne hjemmeside, forudsætter dog at ældre i første omgang får kendskab til hjemmesiden. Det kan her diskuteres, om der er behov for at inddrage interessenter som kunne fungere som bindeled til civilsamfundet, hvori de ældre er placeret.

Ældre Sagen og Ældrerådet er identificeret som en sektionsgruppe. Disse har til formål at beskytte og fremme deres medlemmers interesser (Buse et al. 2006, p.100), og derfor vil det netop være i Ældre Sagens og Ældrerådets interesse at fremme den ældres behov. Der ses derved en fordel i, at sektionsgrupperne er med til at formidle kommunale tilbud. Dog ses det at begge sektionsgrupper har deres egne projekter og det antages derfor, at der er en risiko for, at formidling af henholdsvis kommunale og egen tilbud ikke sker ligeligt, og det derfor ikke vil give den ønskede effekt til de kommunale tilbud. Ved at anvende sektionsgrupper som formidlere af kommunale tilbud, risikeres det at der opstår en utilsigtet negativ konsekvens, ved at disse tilbud underkendes.

Således kunne det tænkes, at andre interessenter kunne øge tilslutningen til sociale måltidstilbud, hvis disse har kendskab til projekterne. I den forbindelse findes det, at SOSU-personalet, forebyggelseskonsulenterne og praktiserende læger ville kunne bringes i spil. Dette forandringsforslag vil dog kræve en opmærksomhed på, om disse interessenter har tilstrækkelig viden. Der tænkes dog, at der er en risiko for, at denne viden ikke er til stede, da magistratsafdelingen Sundhed og Omsorg, jf. magt diskussion, er hierarkisk. Hertil er magistratsafdelingen vurderet som et maskinbureaukrati. Magistratsbureaukratiet er netop kendetegnet hierarkisk (Jacobsen & Thorsvik 2014, p.88). Der er her en risiko for, at information går tabt i den hierarkiske opbygning (ibid.). Derved risikeres det, at information om projekter som *det gode måltid*, aldrig når ned i hierarkiet til forebyggelseskonsulenterne og SOSU-personalet. Ligeledes ses der en problematik i, at skulle øge praktiserende lægers kendskab til kommunale tilbud. Idet det vurderes at praktiserende læger ikke direkte er en del af den hierarkiske struktur i Aarhus Kommune, kan det ikke automatisk forventes at informationen ender hos dem. Derfor bør det nytænkes, hvordan informationsstrømmen kommer ud til praktiserende læger. Det formodes derfor, at hvis et forandringsforslag i forhold til at anvende forebyggelseskonsulenter, SOSU-

personale og læger med henblik på rekruttering, skulle realiseres, ville det være nødvendigt, at projektlederen ville kunne anvende hendes magt i form af idéudvikling.

Med henblik på at implementere forandringsforslagene kan det derved ikke automatisk forventes, at målgruppen får kendskab herom. Derfor skal der være omtanke for at sætte de interessenter i spil, der kan bruge deres magt til at formidle kendskabet.

11.6 Mere end at spise

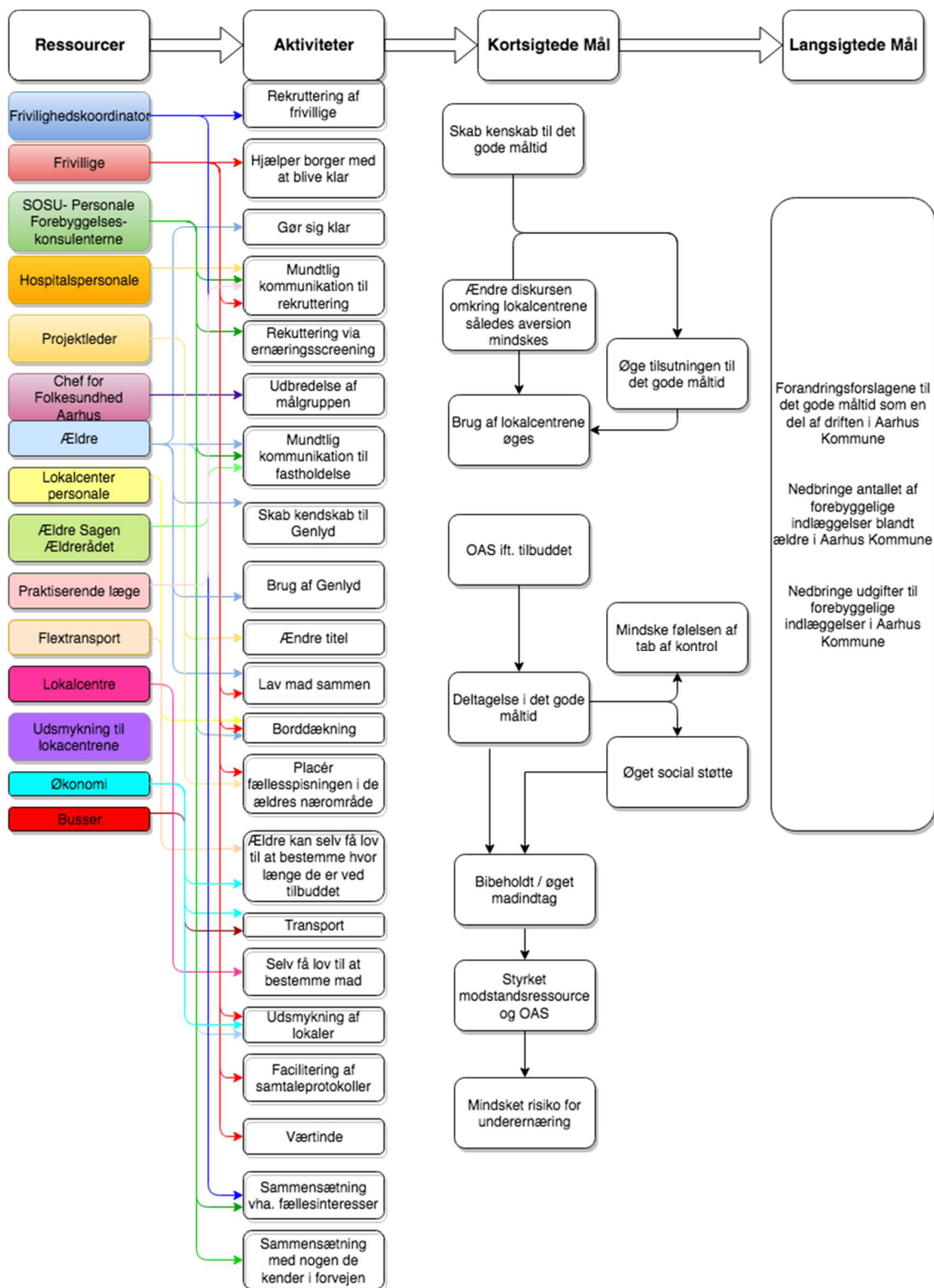
Af diskussionen *at spise med andre* fremgår det, at der blandt ældre er forbehold for at ville deltage i et socialt måltidstilbud, og gennem interessentanalysen ses det, at det kunne være relevant at have fokus på mere end det at spise. Dette understøttes af repræsentanten for forebyggelseskonsulenterne, der udtaler at en form for nudging, hvor måltidet 'skjules', synes at virke. Nudging forstås som at 'puffe' blidt til en person i en bestemt retning, således at de træffer et bestemt valg (Vallgård et al. 2014, p.146). Det at sætte fokus på andet end det at spise, kan derved opnå, at ældre 'puffes' til at deltage i et socialt måltidsprogram. Et eksempel på nudging, som foreslås af chef for Folkesundhed Aarhus, kunne være at ældre mødes og laver maden sammen. Dette understøttes af Wikby & Fägerskiöld, der finder, at det at forberede og spise mad sammen er en social begivenhed for de fleste mennesker (Wikby & Fägerskiöld 2004). Modstridende til dette, finder Bjerge et al. at ældre ikke finder det attraktivt at deltage i madlavningskurser (Bjerge et al. 2017). Wikby & Fägerskiöld har ved informant karakteristika, etiske overvejelser og en stærk metode beskrivelse en høj intern validitet. Ligeledes er det tidligere nævnt at Bjerge et al. har en høj intern validitet. Derfor anses de modstridende fund ligeligt valide. Derudover da Wikby & Fägerskiöld er et kvalitativt studie og Bjerge et al. er et kvantitativt studie, bidrager de forskellige metodologier til en nuancering, som kommer til udtryk i deres fund.

Dog støttes et forslag om større inddragelse af de ældre i projektet, både af projektlederen og repræsentanten for forebyggelseskonsulenten, der ser det som en mulighed, at lade de ældre være med til at dække bord, stryge duge eller pynte op i lokalcentret. Ved at de ældre i højere grad inddrages i projektet, forventes det, ifølge Antonovsky, at de oplever større *begribelighed* og dermed opnår øget OAS. *Begribelighed* opstår ved at kunne sætte tilbuddet i en sammenhæng der kan forklares (Antonovsky 2000 p.35). Inddragelsen anses derfor som det der gør at de ældre kan sætte tilbuddet i en sammenhæng. Det kan dog diskuteres, om det for alle ældre er en løsning at skulle lave maden selv og hjælpe med diverse forberedelser i forbindelse med måltidet. Da det

tænkes at nogen af de ældre har et så lavt funktionsniveau, vurderes det at de ikke vil kunne handle herefter. Forandringsforslag synes derved at have den utilsigtede negative konsekvens, at den del af de ældre, med lavest funktionsniveau udelukkes for deltagelse og at der derved kan opstå ulighed blandt ældre i Aarhus Kommune.

Kvinder anses for at være en gruppe, der vil kunne finde det begribeligt at deltage mere aktivt i tilbuddet. Dette vurderes ud fra Timonen & O'Dwyer der finder, at særligt kvinder der modtager MOW, har svært ved at acceptere, at de ikke længere selv kan lave mad (Timonen & O'Dwyer 2010), hvilket understøttes af projektlederen. Derfor, ifølge Antonovsky, vil de have svært ved at finde *meningsfuldhed* i det måltid de modtager. *Meningsfuldheden* er ifølge Antonovsky en motivationsfaktor (Antonovsky 2000 pp. 35-36). Kvinderne mangler derfor motivation til at sige ja til at modtage måltider. Det kan tyde på, at kvinderne oplever det at de ikke længere kan lave mad, som en *stressor*. En *stressor* er ifølge Antonovsky som krav der ikke umiddelbart er en respons på (Antonovsky 2000 p.26). Derfor vil det være vigtigt, at kvinderne lærer at mestre denne *stressor*. Hvis en *stressor* ikke mestres, er der risiko for at mennesket bevæger sig mod sygdomspolen (Antonovsky 2000 p.12). Dette kunne muligvis ændres, hvis kvinderne oplever, at deltage i madlavningen, i stedet for at modtage maden. På den måde vil de kunne bibeholde deres evne til at lave mad. Kvindernes OAS vil således styrkes, og risikoen for bevægelse sig mod sygdomspolen mindskes.

Ud fra ovenstående fund, er forandringsforslagene med deres tilhørende ressourcer og mål illustreret i nedstående revideret logiske model (figur 20).



Figur 20. Den reviderede logiske model.

I resourcekolonnen ses de ressourcer, som forandringsforslagene er tilknyttet, herunder interessenterne. I aktivitetskolonnen ses forandringsforslagene og hvilken ressource, som er tilknyttet hvert forslag. I kolonnen med de kortsigtede mål ses de ønskede virkninger af forslagene for den ældre medicinske patient på kortsigt. De langsigtede mål skal ses som den ønskede virkning, af at flere ældre ønsker og får muligheden for at deltage i det gode måltid.

12 Diskussion af teori

Teori er blot en generalisering af virkeligheden, hvorfor det kan være nødvendigt, at diskutere og kritisere de anvendte teorier i en opgave (Rienacker & Jørgensen 2014, p.240).

Aaron Antonovskys teori om OAS blev i projektet anvendt som en styrende teoretisk forståelse i diskussionen af resultater, for at kunne vurdere hvorledes begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed kan styrke ældres OAS gennem forandringsforslagene.

Oprindeligt antog Antonosky, at menneskers OAS forblev stabil og vedvarede gennem voksenlivet (Antonovsky 1996). Idet projektets målgruppe er ældre, kunne brugen af teorien derved synes uaktuel. Gennem et systematisk review omhandlende validiteten af Aaron Antonoskys teori, findes det dog, at OAS godt kan tilegnes gennem voksenlivet. Desuden ses det, at OAS har en tendens til at stige med alderen (Eriksson & Lindström 2005). Det kan dermed tolkes, at de ældre burde kunne opnå en OAS af *det gode måltid*.

Som udledt, ses deltagelse i et socialt måltidstilbud som *modstandsressource*. Teorien kan herigennem kritiseres, idet den lægger op til, at de ældre som ikke kan eller ikke ønsker at deltage derved er i *modstandsunderskud*. Der bliver her lavet antagelser omkring deres evne til at modstå *stressorer*, uden at kunne forsvarer disse. Gruppen der ikke føler et behov eller ikke har mulighed for at deltage, bliver derved pålagt et tab, som muligvis ikke er der. Som diskuteret, ses målgruppen for *det gode måltid* som heterogen. Derved kan et ønske om ikke at deltage skyldes, at de får social støtte i andre sammenhænge og derved ikke har behov for mere. Brugen af teorien har derved været med til, at tillægge det sociale måltidstilbud en stor betydning ift hvad der bidrager til ældres modstandsressourcer.

Brugen af OAS er dog ikke fastlagt en specifik mestringsstrategi (Lindström & Eriksson 2006), hvorfor teorien synes særligt anvendelig i projektet. Dette gør teorien fleksibel ift. at kunne tilrette den til nærværende strategi. De mange forandringsforslag kan ses som strategier til at opnå mestring af sygdom, heri underernæring. Teorien anses derved som anvendelig, ift. at kunne udlede, hvorledes forandringsforslagene kan bidrage til en OAS for de ældre.

Idet M3 modellen er udviklet på baggrund af måltidstilbud som komplekse intervention, findes teorien relevant for nærværende projekt. Forfatterne skriver dog selv, at det ikke er alle komponenterne i modellen, som er stærk videnskabeligt bevist. Dette udledes da der er få studier, som inddrager alle niveauer samlet i modellen (Keller et al. 2014). Dette har desuden bevirket, at der ikke med sikkerhed kan drages konklusioner om, hvilken komponent der har størst betydning for effekten, hvis alle 3 komponenter optræder sammen (Keller et al. 2014). Yderligere ses det, at de studier modellen bygget på, er udført i forhold til forhold, hvor konteksten ikke kan ændres. Et eksempel på dette kunne være, studiet er foretaget hvor konteksten er borgere med demens (Keller et al. 2014). Det kan derfor diskuteres, hvorvidt samme konklusioner kan gøres i en kontekst hvor der ikke synes at være faste rammer, idet konteksten, både i form af en heterogen målgruppe og forskellige lokalisationer for det sociale måltidstilbud.

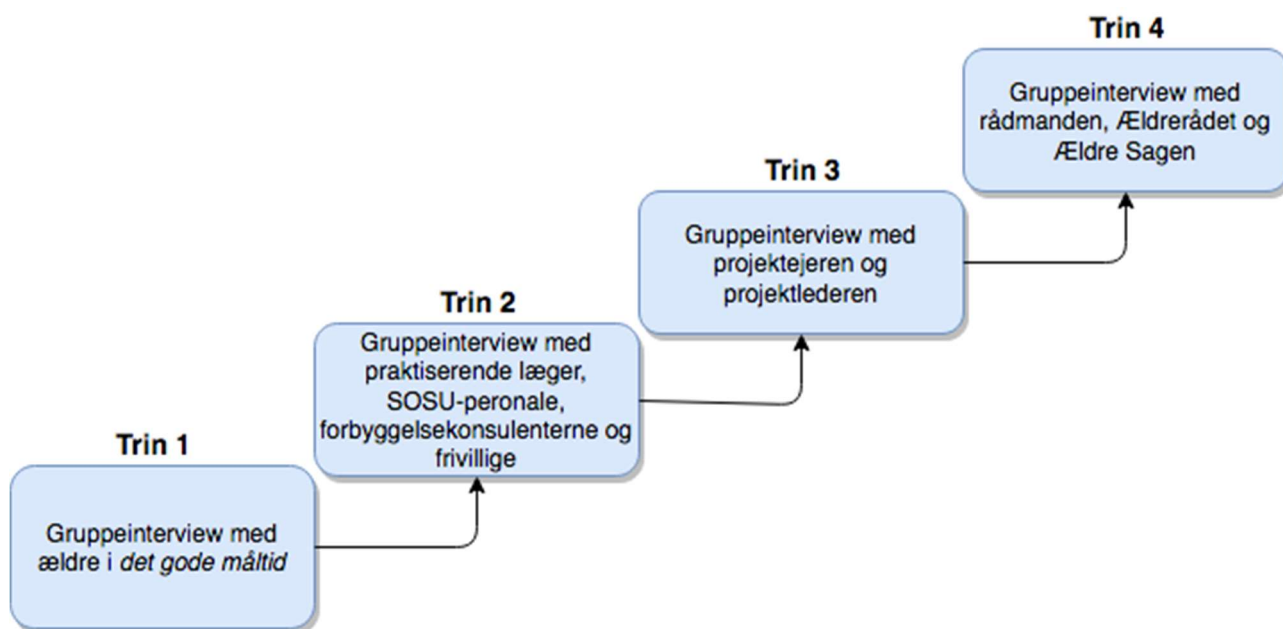
13 Evaluering af forandringen af *det gode måltid*

BIKVA står for **B**rugerinddragelse **I** **K**VAlitetsvurdering. Brugere af en indsats er således central i evalueringen, hvor brugerne i *det gode måltid* er ældre. Da målgruppen anses som heterogen, hvor der kan være varierende funktionsniveau samtidig med, at de kan være selektiv overfor hvilke tilbud de ønsker at benytte sig af, synes deres bedømmelse af tiltaget værdifuldt. På baggrund af dette anses brug af BIKVA-modellen, som et passende evalueringsværktøj.

Evalueringen er en bottom-up og læringsorienteret evalueringsproces, idet der tages udgangspunkt i brugeren i evalueringen. Formålet med evalueringen er derved at tage udgangspunkt i en vurdering af indsatsen ud fra brugerens egne oplevelser. Disse oplevelser deles derefter med de relevante interessenter, hvori interessenter vurderer brugernes problemstillinger samt den positiv og negativ kritik. Formålet er derudover, at evaluering skal føre den en løbende dialog og handling, således indsatsen kan udvikles (Krogstrup 2003, p.11). Brugere er i denne indsats ældre i Aarhus Kommune, som deltager *det gode måltid*, hvori forandringsforslagene er implementeret.

Interessenterne vurderes at være de samme interessenter, som blev identificeret i interessentanalysen, hvorfor disse aktører vil blive involveret i evalueringen af *det gode måltid*.

Evalueringen består af fire trin, som illustreres i nedenstående figur (figur 21).



Figur 21. De fire trin i projektets BIKVA-model evaluering.

I nedenstående kobles evalueringen af *det gode måltid* på de fire trin i BIKVA-modellen.

Trin 1: Der foretages først et gruppeinterview med brugerne, hvori deres subjektive vurderinger om kvaliteten af indsatsen vurderes med positiv og negativ kritik (Krogstrup 2003, p.11). Det skal her holdes for øje, at der brugerne imellem, vil være nogle der ikke giver ærlig feedback, hvis måltidet i måltidstilbuddet ikke lever op til deres forventninger. Dette baseres på Timonen og O'Dwyer der påviser, at det er svært at få ærlig feedback om maden i MOW, hvis tilbuddet samtidigt er billigt (Timonen & O'Dwyer 2010).

Trin 2: Der foretages derefter et gruppeinterview med frontmedarbejderne, hvor de bliver præsenteret for brugernes udsagn og vurdering af indsatsen, med henblik på at debattere hvorfor brugerne har de meninger de har. Dette gøres gennem en refleksion over deres egen praksis (Krogstrup 2003, p.12). Frontmedarbejderne vil herved være praktiserende læger, SOSU-personalet og forebyggelseskonsulenterne i forbindelse med rekruttering af de ældre til tilbuddet. Derudover ses de frivillige som frontmedarbejdere, da tilbuddet hovedsageligt vil blive drevet af de frivillige.

Trin 3: Vurderingerne fra frontmedarbejderne og brugerne præsenteres derefter for forvaltningsledelsen, hvor forvaltningsledelsen, gennem et gruppeinterview, debatterer grunden til disse vurderinger (Krogstrup 2003, p.12). Forvaltningsledelse ses her som projektlederen og projektejeren.

Trin 4: Til sidst bliver det politiske niveau præsenteret for forvaltningsledelsen, frontmedarbejdernes og brugernes udsagn, hvor grunden til aktørernes udsagn diskuteres (Krogstrup 2003, p.12). På det politiske niveau ses rådmanden fra magistratsafdelingen Sundhed og Omsorg, Ældrerådet og Ældre Sagen.

Ovenstående trin har dermed til formål at sikre en overensstemmelse mellem brugernes problemopfattelse og indsatsen på de forskellige niveauer i kommunen (Krogstrup 2003, p.12).

14 Konklusion

Formålet med dette projekt har været, at undersøge hvordan Aarhus Kommunes sociale måltidstilbud til ældre, *det gode måltid*, kan forandres således flere ældre får mulighed for og ønsker at benytte sig af dette tilbud. Tilbuddet understøtter korrekt ernæring og mulighed for social støtte, og kan dermed være en del af forebyggelsen af forebyggelige indlæggelser af ældre medicinske patienter i Aarhus Kommune.

De fremmede faktorer og udfordringer der findes i nærværende projekt, anvendes i de forandringsforslag som præsenteres i denne konklusion. De forskellige fremmede faktorer og udfordringer har gjort, at der fremkommer flere forskellige forandringsforslag til *det gode måltid*. Det ses derfor, at forandringen kan implementeres i forskellige retninger. Det vurderes, at det er forskelligt hvor bærende de forskellige forslag vil være for forandringen, og det anerkendes, at ikke alle forslag kan stå alene.

For at flere ældre ønsker eller har mulighed for at deltage i *det gode måltid* findes det, at afstanden til et socialt måltidstilbud pga. de ældres gang besvær og fysiske begrænsninger, er afgørende. Derudover vurderes det, at rammerne for måltidet, herunder fysiske omgivelser, stemning og servering har en betydning for de ældres ønske om at deltage.

Det konkluderes desuden, at fokus i *det gode måltid* med fordel kan ændres, således at det ikke nødvendigvis er maden der er omdrejningspunktet for tilbuddet, men at denne nærmere bliver en bonus. Yderligere er det fundet, at den eksisterende målgruppe for *det gode måltid* med fordel kan udbredes, for at flere ældre således kan have glæde af tilbuddet. Dette ville kunne bidrage til, at ældre med et højere funktionsniveau ville kunne indgå i målgruppen, og at en svækket tilstand pga. underernæring således forebygges.

Yderligere ses det, at mundtlig kommunikation er et centralt aspekt i *det gode måltid*, både i forhold til at øge tilslutningen, men også i forhold til at udvalgte interessenter får mulighed for at udbrede kendskabet til *det gode måltid*.

Det vurderes at ovennævnte forandringsforslag med fordel kan implementeres, dog vurderes det, at der bør tages visse forbehold. For det første skal målgruppen skal ses som en heterogen gruppe, der har forskellige ønsker, krav og funktionsniveauer. Det findes derfor centralt at erkende, at ældre har forskellige behov, og der skal tages hensyn til den enkelte borger.

Desuden udledes det at bæredygtighed, hvor der ikke er et behov for at tilføre yderligere ressourcer er afgørende for, om *det gode måltid* kan implementeres i Aarhus Kommunes sundhedspolitik. Det er usikkert hvorvidt alle forandringsforslag kan implementeres, hvis der skal tages hensyn til dette, men det konkluderes, at få ressourcer ville kunne gøre en stor forskel for ældre medicinske patienters ønske om og mulighed for at deltage i et socialt måltidstilbud. Ligeledes ses frivillige som et bærende element for mange af forandringsforslagene, hvorfor det kræver, at der er frivillige der ønsker at deltage. Samtidig erkendes det, at det ikke er alle dele af forandringsforslagene som frivillige bør eller vil indgå i.

I implementeringen af dette projekts forandringsforslag, anbefales det at inddragelse af de udpegede interessenter overvejes, som bidrag til realisering af forslagene. Det anbefales derudover, at der udføres en BIKVA-evaluering af forslagene, således at brugerne inddrages.

Det konkluderes således, at en forandring af *det gode måltid* ud fra forandringsforslagene, omtanke for forbeholdene, inddragelse af udvalgte interessenter samt evaluering, vil være med til at flere ældre ønsker eller har mulighed for at deltage i et socialt måltidstilbud og derved mindsker deres risiko for underernæring. Hvis disse anbefalinger følges, formodes det at forebyggelige indlæggelser blandt ældre medicinske patienter på lang sigt forebygges.

15 Referenceliste

- American Psychological Association, 2016. PsycINFO. Available at:
<http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/psycinfo-printable-fact-sheet.pdf>.
- Andrew, A. & Wilson, L.H., 2014. A café on the premises of an aged care facility: more than just froth? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(3), pp.219–226.
- Antonovsky, A., 2000. *Helbredets mysterium : at tåle stress og forblive rask*, Kbh.: Hans Reitzel.
- Antonovsky, A., 1996. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), pp.11–18.
- Antonucci, T.C., Ajrouch, K.J. & Birditt, K.S., 2014. The convoy model: explaining social relations from a multidisciplinary perspective. *The Gerontologist*, 54(1), pp.82–92.
- Beck, A.M., 2013. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen, februar 2013 Vaerkøjer til systematisk identifikation af ernæringstilstand (underernæring). , pp.1–24.
- Berkman, L.F. et al., 2000. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), pp.843–857.
- Birkler, J., 2005. *Videnskabsteori - en grundbog* 1.udgave. C. Fandt, ed., Munksgaard.
- Bjerge, H.H. et al., 2017. Meninger Om Mad Og Måltider. *Aarhus Universitet*.
- Blakely, T., Hales, S. & Woodward, A., 2004. Assessing the distribution of health risks by socioeconomic position at national and local levels. *World Health Organization*, (10), pp.1–40.
- Borgmesterens Afdeling, 2017a. Frivillige lades ikke længere i stikken. *Aarhus Kommune*. Available at: <https://www.aarhus.dk/da/omkommunen/nyheder/2017/Marts/Frivillige-lades-ikke-laengere-i-stikken.aspx> [Accessed April 5, 2017].
- Borgmesterens Afdeling, 2014. Magistratsstyret i Aarhus Kommune. Available at: <https://www.aarhus.dk/da/politik/Saadan-styres-Aarhus/Magistratsstyret-i-Aarhus-Kommune.aspx> [Accessed May 27, 2017].
- Borgmesterens Afdeling, 2017b. Sag 15: Forslag fra DF om ny samkørselsordning for skoleelever og ældre i Aarhus. *Aarhus Kommune*. Available at: <https://www.aarhus.dk/da/politik/Byraadet/Byraadsmoeder/Tidligere-moeder/2017/2017-02-22/Referat-9a26/Forslag-fra-DF-om-ny-samkoerselsordning-f.aspx> [Accessed April 5, 2017].
- Bridges, J., Flatley, M. & Meyer, J., 2010. Older people's and relatives' experiences in acute care settings: Systematic review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 47(1), pp.89–107.
- Brinkmann, S., 2010. Etik i en kvalitativ verden. In *Kvalitative metoder, en grundbog*. Latvia:

- Livonia Print, pp. 463–479.
- Buse, K., Mays, N. & Walt, G., 2006. Making Health Policy Understanding Public Health.
- Buus, N. et al., 2008. Litteratursøgning i praksis. *Sygeplejersken*, 10, pp.2–8.
- Byrd-Bredbenner, C. et al., 2009. *Wardlaw's Perspectives in Nutrition* 8th ed., New York: McGraw-Hill.
- Carlsson, M. et al., 2013. Poor nutritional status is associated with urinary tract infection among older people living in residential care facilities. *The journal of nutrition, health & aging*, 17(2), pp.186–191.
- Cederholm, T. et al., 2016. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, pp.1–16.
- Christensen, A.I. et al., 2013. Funktionsniveau blandt 60-årige og derover. Resultater fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2013. , p.9.
- Christensen, U. et al., 2014. Addressing Social Inequality in Aging by the Danish Occupational Social Class Measurement. *Journal of Aging and Health*, 26(1), pp.106–127.
- Craig, P. et al., 2008. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337.
- Danmark Statistik, 2015. Indlæggelser efter køn, akut/ikke-akut, diagnose, alder og tid. Available at: <http://www.dst.dk/da> [Accessed 25 March, 2017].
- Danske Ældreråd, Lov om Ældreråd. *Danske Ældreråd*. Available at: <http://danske-aeldreraad.dk/aeldreradvalg/lov-om-aeldrerad/> [Accessed May 29, 2017].
- EBSCOhost, 2016. Cinahl. Available at: <https://www.ebscohost.com/academic/cinahl-plus-with-full-text> [Accessed November 11, 2016].
- Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2015. *Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser*, København.
- Enheden for Brugerundersøgelser, 2007. *Pårørendes forventninger og behov for medinddragelse i patienters indlæggelsesforløb*, København: Region Hovedstaden. Available at: http://patientoplevelser.dk/sites/patientoplevelser.dk/files/dokumenter/artikel/paaroerende_rapport.pdf.
- Eriksson, M. & Lindström, B., 2005. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*, 59(6), pp.460–6.
- Folkesundhed Aarhus, 2017. *Udvikling af rammer for det gode måltid for ældre i Aarhus Kommune 2017*,

- Frongillo, E.A. et al., 2010. Adequacy of and satisfaction with delivery and use of home-delivered meals. *Journal of nutrition for the elderly*, 29(2), pp.211–26.
- Glassman, A. et al., 2000. TOOLS SERIES Guidelines for Conducting a Stakeholder Analysis. , 15(3), pp.263–278.
- Hallgren, J. et al., 2016. Factors associated with hospitalization risk among community living middle aged and older persons: Results from the Swedish Adoption/Twin Study of Aging (SATSA). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 66, pp.102–108.
- Hirose, T. et al., 2014. Accumulation of geriatric conditions is associated with poor nutritional status in dependent older people living in the community and in nursing homes. *Geriatrics & gerontology international*, 14(1), pp.198–205.
- Højlund, M., 2012. Hvad er Folkesundhed Aarhus? *Lokalavisen Aarhus*. Available at: <http://aarhus.lokalavisen.dk/hvad-er-folkesundhed-aarhus-/20121105/artikler/710309384/1449> [Accessed April 5, 2017].
- Høyer, K., 2007. Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? In S. Vallgård & L. Koch, eds. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. KBH: Munksgaard, pp. 17–41.
- Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J., 2014. *Hvordan organisationer fungerer : en indføring i organisation og ledelse* 3rd ed., Kbh.: Hans Reitzel.
- Juul, S. & Pedersen, K.B., 2012. *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori : en indføring*, Kbh.: Hans Reitzel.
- Jørvang, T., Frivilligt arbejde. *Ældresagen Aarhus*. Available at: <https://kommunesider.aeldresagen.dk/2/aarhus/aarhus/lokal-indflydelse/Sider/default.aspx> [Accessed April 5, 2017].
- Karolinska Institutet, Sök artiklar i SveMed+. Available at: <https://svemedplus.kib.ki.se> [Accessed April 27, 2017].
- Keller, H. et al., 2014. Making the Most of Mealtimes (M3): Grounding Mealtime Interventions With a Conceptual Model. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(3), pp.158–161.
- Keller, H.H., 2006. Meal Programs Improve Nutritional Risk: A Longitudinal Analysis of Community-Living Seniors. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(7), pp.1042–1048.
- Kim, H.J. et al., 2015. Relationship between serum vitamin D concentrations and clinical outcome of community-acquired pneumonia. *The international journal of tuberculosis and lung*

disease : the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease, 19(6), pp.729–734.

- Kommunernes Landsforening et al., 2013. Effektiv kommunal forebyggelse - med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. , (April).
- Kost & Ernæringsforbundet & Arla Foods, 2014. Underernæring. , pp.1–36.
- Krogstrup, H.K., 2003. Opskrift på BIKVA-Modellen. In *Nye Veje i Evaluering*. Viborg: Nørhaven Book, pp. 11–31.
- Kvale, S. & Brinkmann, S., 2009a. *Interview: Introduktion til et håndværk* 2.udgave., København: Hans Reitzels Forlag.
- Launsø, L., Olsen, L. & Riper, O., 2011. *Forskning om og med mennesker - Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning* 6. udgave., København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk.
- Lindström, B. & Eriksson, M., 2006. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21(3), pp.238–244.
- Link, B.G. & Phelan, J., 1995. Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of health and social behavior*, (1995), pp.80–94.
- Madsen, A.-M., Frivillige skaber liv og aktivitet på lokalcentrene. *Frivilligcenter Aarhus*. Available at: <http://www.frivilligcenteraarhus.dk/kommune/inspiration/41-kommune/218-frivillige-skaber-liv-og-aktivitet-pa-lokalcentrene> [Accessed April 5, 2017].
- Madsen, L.K. et al., 2016. Fælles indsats halverer antal genindlæggelser. *Fag & Forskning: Sygeplejefaglige artikler*, (3), pp.62–66.
- McLeroy, K., Bibeaus, D., Steckler, A., Glanz, K., 1988. An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), pp.351–70.
- Mortazavi, H., Peyrovi, H. & Joolae, S., 2015. How Do Family Caregivers of Older People Give Up Caregiving? *International journal of community based nursing and midwifery*, 3(3), pp.187–97.
- Mowe, M., Bohmer, T. & Kindt, E., 1994. Reduced nutritional status in an elderly population ((greater than) 70 y) is probable before disease and possibly contributes to the development of disease. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 59(2), p.317.
- Mål- og Økonomistyring, 2016. *Status for investeringsmodellen for reduktion af forebyggelige indlæggelser i 2016 – Status efter første halvår 2016.*, Aarhus.
- Navne, H., 2017. Klaus Høyer. *Uddannelses- og Forskningsministeriet*. Available at:

<http://ufm.dk/forskning-og-innovation/forskningsformidling/eliteforsk/prismodtagere/prismodtagere-2017/eliteforsk-priserne-2017/klaus-hoyer> [Accessed May 24, 2017].

Nielsen, D. et al., 2017. Oral health care behavior and frailty-related factors in a care-dependent older population. *Journal of Dentistry*, (March), pp.1–9.

Nijs, K.A.N.D. et al., 2006. Effect Of Family Style Mealtimes On Quality Of Life, Physical Performance, And Body Weight Of Nursing Home Residents: Cluster Randomised Controlled Trial. *BMJ: British Medical Journal*, 332(7551), pp.1180–1183.

Odler, B. et al., 2015. Vitamin D deficiency is associated with impaired disease control in asthma-COPD overlap syndrome patients. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 10, pp.2017–25.

Pedersen, K.M., 2013. *Sundhedsøkonomi*, København: Munksgaard.

Petrie, A. & Sabin, C., 2013. Medical statistics at a glance. , p.157 s. Available at: <https://nota.dk/bibliotek/bogid/608268>.

ProQuest, 2016. Sociological Abstracts. Available at:

<http://search.proquest.com.zorac.aub.aau.dk/socabs/socialsciences/fromDatabasesLayer?accountid=8144> [Accessed November 11, 2016].

Redaktionen, 2015. Praktiserende læger bedst til de ældre patienter. *Medicinsk Tidsskrift*. Available at: <http://medicinsktidsskrift.dk/samfund/59-praktiserende-laeger-bedst-til-de-aeldre-patienter.html> [Accessed April 5, 2017].

Rendtorff, J.D., 2003. *Videnskabsetik*, Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Rienacker, L. & Jørgensen, P.S., 2014. *Den gode opgave* 4th ed., Frederiksberg C: Narayana Press.

Romero-Ortuno, R. et al., 2011. Psychosocial and functional correlates of nutrition among community-dwelling older adults in Ireland. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 15(7), pp.527–531.

Rose, G., 2001. Sick individuals and sick populations. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(10), pp.990–996.

Socialstyrelsen, 2013. *MÅLTIDER OG ERNÆRING TIL ÆLDRE I HJEMMEPLEJEN*, Odense.

Sommer, C., 2015. Det effektive sygehus presser kommunerne. *Sygeplejersken*, pp.16–21.

Available at: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2015-9/det-effektive-sygehus-presser-kommunerne>.

Sundhed.dk, 2015. Gastroenteritis, viral - Lægehåndbogen på sundhed.dk. Available at:

- <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/mave-tarm/tilstande-og-sygdomme/tarminfektioner/gastroenteritis-viral/> [Accessed April 28, 2017].
- Sundhed og Omsorg, 2016. Forebyggende hjemmebesøg. *Aarhus Kommune*. Available at: <https://www.aarhus.dk/da/borger/aeldre/Hjaelp-og-pleje/Forebyggende-hjemmebesoeg.aspx> [Accessed April 5, 2017].
- Sundhed og Omsorg, 2017. Genlyd. *Aarhus Kommune*. Available at: <http://www.aarhus.dk/genlyd> [Accessed June 2, 2017].
- Sundheds- og Ældreministeriet et al., 2016. *Fælles plan for udmøntning af den nationale handlingsplan for en styrket indsats for den ældre medicinske patient*,
- Sundheds- og Ældreministeriet, 2016. Styrket Indsats for Den Ældre Medicinske Patient National Handlingsplan 2016. , p.52.
- Sundhedsdatastyrelsen, 2016a. *Indblik i Sundhedsvæsenets resultater*, Available at: <http://www.sum.dk>.
- Sundhedsdatastyrelsen, 2016b. Ældre Medicinske Patienters Kontakt Med Det Regionale Sundhedsvæsen Og Den Kommunale Pleje. , (april).
- Sundhedsstyrelsen, 2015. *Forebyggelse på ældreområdet - håndbog til kommunerne*,
- Sundhedsstyrelsen, 2000. Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2001 - 4. Registrering af diagnoser.
- Sundhedsstyrelsen, 2015. Sundhedsaftaler 2015-2018.
- Suzuki, T. et al., 2008. Low serum 25-hydroxyvitamin D levels associated with falls among Japanese community-dwelling elderly. *Journal of bone and mineral research : the official journal of the American Society for Bone and Mineral Research*, 23(8), pp.1309–17.
- Szulevicz, T., 2015. Deltagerobservation. In S. Brinkmann & L. Tanggaard, eds. *Kvalitative metoder : en grundbog*. Latvia: Hans Reitzels Forlag, pp. 81–96.
- Takahashi, P.Y. et al., 2016. A novel housing-based socioeconomic measure predicts hospitalisation and multiple chronic conditions in a community population. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(3), pp.286–291.
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S., 2010. Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. In S. Brinkmann & L. Tanggaard, eds. *Kvalitative metoder, en grundbog*. Hans Reitzels Forlag, pp. 29–53.
- The Joanna Briggs Institute, 2011. *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2011 Edition*, Adelaide.

- Timonen, V. & O'Dwyer, C., 2010. "It is nice to see someone coming in": exploring the social objectives of Meals-on-Wheels. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 29(3), pp.399–410.
- Tomstad, S.T. et al., 2013. Nutritional self-care in two older Norwegian males: A case study. *Clinical Interventions in Aging*, 8(4898), pp.609–620.
- United Nations Development Programme, 2016. *Human Development Report 2016*, New York.
- Ussing, H.A. & Hansen, S., *Projektforløbet – Fra start til slut*, Aalborg.
- Vallgård, Signild, Koch, L., 2012. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* 4th ed., Kbh.: Munksgaard Danmark.
- Vallgård, S., 2009. Sundhedspolitik i de skandinaviske lande. In *Folkesundhed: i et kritisk perspektiv*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, pp. 166–187.
- Vallgård, S., Diderichsen, F. & Jørgensen, T., 2014. *Sygdomsforebyggelse*, København: Munksgaard.
- Vrangbæk, K. & Sørensen, L.M., 2013. Does municipal co-financing reduce hospitalisation rates in Denmark? *Scandinavian journal of public health*, 41(6), pp.616–22.
- Vucea, V., Keller, H.H. & Ducak, K., 2014. Interventions for Improving Mealtime Experiences in Long-Term Care. *Journal of Nutrition in Gerontology & Geriatrics*, 33(4), p.249–324 76p.
- W.K. Kellogg Foundation, 2004. *Logic Model Development Guide*, Michigan.
- Wham, C., Carr, R. & Heller, F., 2011. Country of origin predicts nutrition risk among community living older people. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 15(4), pp.253–258.
- Wikby, K. & Fägerskiöld, A., 2004. The willingness to eat: An investigation of appetite among elderly people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), pp.120–127.
- Ældre Sagen, 2017. Vores mål og strategier. Available at: <https://www.aeldresagen.dk/om-aeldresagen/aeldresagen/vores-maal-og-strategier> [Accessed April 24, 2017].
- Ældre Sagen Aarhus, 2017. Årsmødet torsdag den 23. marts 2017. *Ældre Sagen Aarhus*. Available at: <https://kommunesider.aeldresagen.dk/2/aarhus/aarhus/lokal-indflydelse/Sider/default.aspx> [Accessed April 5, 2017].
- Ældrerådet, Om Ældrerådet - Ældrerådet i Aarhus Kommune. Available at: <http://www.aeldreraadaarhus.dk/om-aeldreraadet/> [Accessed April 30, 2017a].
- Ældrerådet, Ældrerådets funktion - Ældrerådet i Aarhus Kommune. Available at: <http://www.aeldreraadaarhus.dk/om-aeldreraadet/aeldreraadets-funktion/> [Accessed May 1, 2017b].

Østergaard, L.G. & Maindahl, H.T., 2016. Komplekse interventioner og rehabilitering. In *Rehabilitering - en gundbog*. Gads Forlag, pp. 199–208.

Aarhus Kommune, *Akut-teamet*, Aarhus C.

Aarhus kommune, Eksempler på konkrete indsatser i Aarhus kommunes sunhedspolitik.

Aarhus Kommune, 2014a. Forebyggelse. *Aarhus Kommune*. Available at:

https://www.aarhus.dk/sitecore/content/Subsites/OmraadeSyd/Home/Tilbud/Forebyggelse.aspx?sc_lang=da [Accessed April 5, 2017].

Aarhus Kommune, 2015. *Spisevenner og madborgerskab*, Aarhus.

Aarhus Kommune, 2014b. Ældrerådmand flytter på plejehjem. Available at:

<http://www.denoffentlige.dk/aeldreraadmand-flytter-paa-plejehjem> [Accessed April 20, 2017].

Aarhus Kommune Analyseenhed, 2017. *Audit*, Aarhus.

Bilag

Bilag 1. Projektbeskrivelse af *det gode måltid*

Bilag 2. Spørgeguide anvendt af praksiskontakt

Bilag 3. Søgebilag

Bilag 4. Udfyldte tjeklister

Bilag 5. Interviewguides

Bilag 6. Samtykkeerklæringer

Bilag 7. Transskriptionsguide

Bilag 8. Eksempel på kategorisering

Bilag 9. Litteraturstudie matrix

Bilag 10 Samarbejdsaftale med praksiskontakt

Bilag 11 Informationsbrev til *det gode måltid*

Bilag 1. Projektbeskrivelse af *det gode måltid*

Se næste side.



Udvilking af rammer for det gode måltid for ældre i Aarhus Kommune 2017

PIXI





Indhold

1. Implementeringsgrundlag	4
1.1 Problemforståelse	4
1.2 Formål	4
1.5 Inklusionskriterier	6
1.6 Eksklusionskriterier	6
<i>Interview:</i>	6
<i>Måling:</i>	6
<i>Test:</i>	6
1.9 Organisatorisk og ledelsesmæssig forankring	6
1.10 Kompetencer og ressourcer	7
1.11 Økonomi	7
2. Faglige antagelser, mulige indikatorer og opmærksomhedspunkter	8
2.1 Den ældre borger	8
2.2 Fællesskabets betydning	8
2.3 Fysiologi	8
2.4 Interventionen	8
3. Indsatsbeskrivelse	9
3.1 Spor 1 - Organisationsanalyse	9
3.2 Spor 2 - Behovsanalyse	9
6. Reference	10





1. Implementeringsgrundlag

1.1 Problemforståelse

På landsplan er det anslået, at mere end hver anden ældre har et body mass index (BMI) under det ideelle på 18,5. Vægttab og lav vægt har alvorlige konsekvenser for den enkelte ældre, i det risikoen for tidlige indlæggelser, genindlæggelser og død øges. Ifølge Sundhedsstyrelsen er der evidens for at sunde mad- og måltidsvaner, i samspil med blandt andet fysik aktivitet, har stor betydning for at fremme og bevare et godt helbred og for at forebygge underernæring, overvægt samt livsstilrelaterede sygdomme som hjerte-karsygdomme, type 2 diabetes, visse kræftformer, knogleskørhed, muskel- og skeletsygdomme samt tabt funktionsevne. Derfor vil indsatsen tage intuitivt til at mindske begrænsningerne for borgerne i at kunne deltage, og give borgerne tilbud om enten at deltage i måltidsfællesskaber hjemme – inspireret af spisevenner, eller komme på en madudflugt til en af lokalcentrenes cafeer.

Projektet "Udvikling af bedre rammer for måltidet for ældre" tilsigter ud over at lave tiltag der **inkludere borgere i måltidsfællesskabet, at undersøge hvordan personalet kan øge sin opmærksomhed på borgere som er i særlige risiko for at opleve begrænsninger, der forhindrer dem i at deltage i fællesskabet.** Dette bliver med afsæt i at gøre en status på, hvordan det går med at lave ernæringscreeninger i område Marselisborg og Chrstiansbjerg.

Folkesundhed Aarhus har desuden et mål om at levere et vigtigt dokumentationsbidrag til det eksisterende videns grundlag. Resultaterne er dels baseret på praksisbaret erfaring og forskningsbaseret viden.

1.2 Formål

Projektets formål kan inddeles i tre underinddelinger, som står beskrevet nedenfor:

- Overordnet formål: At nedbring antallet af indlæggelser og genindlæggelser grundet underernæring, blandt ældre over 65 år.
- Det nære formål: At undersøge fællesskabets betydning for borgerens appetit
- Det konkrete formål: At undersøge praksis inden for følgende 3 områder; videns generering på tværs, rammerne for det gode måltid og gruppens betydning for appetitten. Dette er uddybet nedenfor.

1. Videns generering på tværs

- Hvordan fungere brobygningen mellem faggrupperne? (Ledelsen – Ernæringsassistenter, sosu-personalet, sygeplejesker og diætisten)
- Hvordan dokumenteres og anvendes viden fra undervisning dagligdagen? (Transfer)
- Er screeningen og opfølgning tilstrækkelig og systematisk nok ift. tidlig opsporing?

2. Rammerne for det gode måltid

- Tilfredshed med "Det Danske Madhus".





- Stemning, anretning, smag, struktur, personalets betydning for appetitten
- Måltidet og omgivelserne – hvad betyder det?

3. Gruppens betydning for appetitten

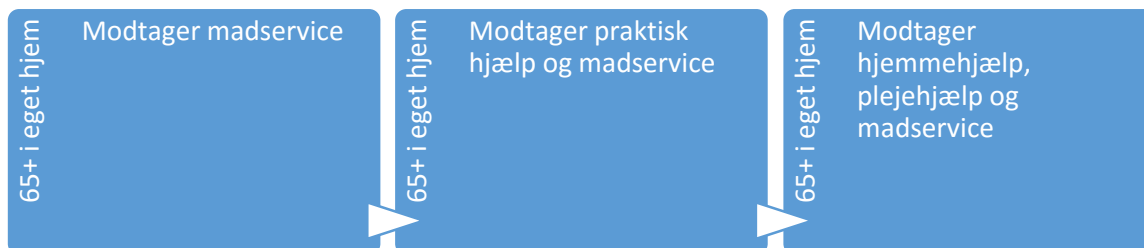
- Hvordan skabes gruppedynamikken og hvilken betydning har den for deltagernes fastholdelse?
- Hvilke udsagn giver borgerne om deres motivation til at deltage i måltidsfællesskabet
- Udsagn om manglende motivation for deltagelse i madfællesskabet
- Formelle og uformelle gruppedannelser i cafelivet
- Eksperiment: Hvad betyder det for oplevelsen og fastholdelsen i projektet, at man er i en gruppe med andre, med samme diagnose for fællesskabets udvikling undervejs?

1.3 Målgruppen

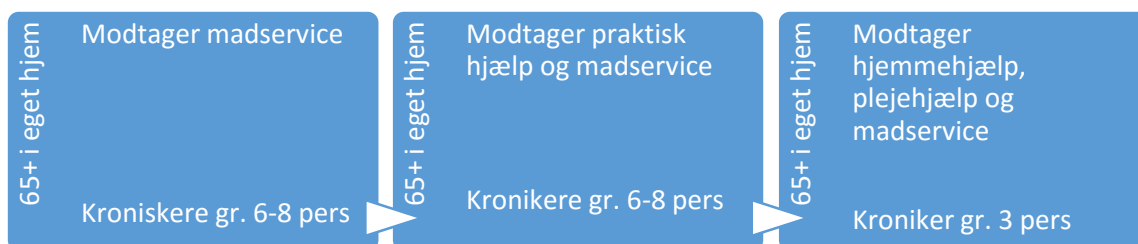
Målgruppen er afgrænset til de ældre, som bor i eget hjem og som modtager madservice og praktisk hjælp. Fra de to udvalgte lokalområder er det anslået at der i alt bor 253 borgere, som inkluderes i projektet. Den tiltænkte målgruppe kan inddeles i 3 undergrupperinger.

Disse undergrupper er illustreret i modellen nedenfor;

a. Målgrupperne i "Det gode måltid"



b. Målgruppe eksperimentet i "Det gode måltid"



Projektet ønsker at undersøge, hvilken betydning det har for gruppe dynamikken og fællesskabsfølelsen, at man har en fælles kanonisk lidelse, ift. at opnå kemi, dynamik, fastholdelse, stemning, og samtaletemaer. Dette er inspireret fra konceptet om mødre grupper.

1.3 Teser til afprøvning

- I hvilken grad måltiderne har betydning for de ældres livskvalitet og trivsel?





- Er indsatserne og rammerne tilpasset tilstrækkeligt efter den enkeltes ældres behov og ønsker? Og,
- Er der tydelige retningslinjer, ansvarsfordelingen og vidensdeling blandt faggrupperne om særlige udsatte ældre, ift. ernæring og ensomhed?

... og, **Refleksion over**

- Hvilken værdi skal vi skabe, med hvilke tiltag og for hvem?
- Hvad står i vejen for at "producere" sunde og raske borgere, med lang levetid og høj livskvalitet?

1.4 Inklusionskriterier

- Alle borgere over 65 år i eget hjem, der bor i plejebolig og modtager hjemmehjælp og madservice
- Enlige og samlevende
- Borgere, der ofte spiser alene

1.5 Eksklusionskriterier (Ikke definitive)

- Misbrugere
- Demente, Alzheimers, el.
- BMI <15

1.6 Metode

Interview:

- Fokusgruppeinterview
- Observationer
- Casestudier interviews med borgere og fagpersonalet

Måling:

- Selvvurderet helbredsundersøgelse,
- Behovsvurderingsskema (Dallund-skalaen)
- Kvalitative interviews,
- Funktionstest i TUG og BMI måling

Test:

De ældre vil få målt deres BMI og lave en "Timed up to go" (TUG) test på den baggrund, at vi gerne vil se på om deltagelse i måltidsfællesskaber har betydning for de ældres ernæringsindtag og om det giver et fysiologisk udslag.

1.7 Organisatorisk og ledelsesmæssig forankring

Indsatsen er forankret i sundhedsudviklingen, under Folkesundhed Aarhus.

I projektet "Det gode måltid for ældre borgere i Aarhus" vil vi, via nye tværgående samarbejdskonstellationer og tilgange, videreudvikle på de sociale rammer omkring "det gode





måltid" for kommunens ældre. Det betyder, at projektindsatsen vil bygge på relevante erfaringer og anbefalinger samt på vores visioner om at være en "Kærlig Kommune" med et omfavnende fællesskab og et velfungerende velfærdssamfund. Den udviklingsmæssige del af "Det gode måltid for ældre borgere i Aarhus" tilsigtede at frembringe fornyede fællesskaber omkring måltidsoplevelsen. Det er derfor en vigtig grundsten i projektet at styrke sammenskabelsen mellem målgrupper på tværs af kommunens frivillige.

1.8 Kompetencer og ressourcer

Folkesundhed Aarhus har bred erfaring med ernæring på ældreområdet. En klar organisering og kompetencefordeling er afgørende for projektets succes. "Det gode måltid for ældre borgere i Aarhus" vil danne følgende projektorganisering: En styregruppe, en projektgruppe samt en interessentgruppe. Hvert halve år underrettes sundhedschef, Annemarie S. Zacho Broe.

Styregruppen er overordnet ansvarlig for projektets fremdrift og træffer de nødvendige strategiske beslutninger om projektets retning ud fra godkendte projektansøgninger til Ministeriet.

Styregruppen består af følgende personer;

Vibeke Brønnum, Folkesundhedschef Tina Porsmose Jensen, Viceområdechef i Område Marselisborg og leder af Ernæringsklyngen Anker Thuesen, Områdeleder Christiansbjerg Mie Reihs Hegnar, Projektleder for projektet
--

Projektgruppen: er ansvarlige for gennemførelsen af projektet. Projektgruppen består af følgende personer;

Mie Reihs Hegnar, Projektleder 2 Forebyggelseskonsulenter 2 frivilligkoordinatorer 2 Diætister 1 Antropolog 2 kandidatstuderende ved Aarhus Universitet, Institut for Folkesundhed

1.9 Økonomi

Der er bevilliget 750.000 kr. til projektet.

Medfinansiering tilsvaret 50 % af bevillingen, er på 375.000 kr.?

Projektets totale budget er; 1.125.000 kr.

Ressourcerne til indsatsen i personaletimer er anslået til følgende pr. uge i 18 måneder:

- Projektleder: Til projektstyring, facilitering, registrering og evaluering. 22 timer pr. uge à 350 kr. i 18 mdr. (Anslået 18,5 timer à 350 kr. i 18 måneder. = 524,475 kr.)
- Medarbejdere: 2 Tværgående forebyggelseskonsulenter som projektmedarbejdere, tilknyttet område Christiansbjerg og til dels område Marselis. 15 timer pr. uge à 350 kr. i 18 mdr. = 425.250 kr.





Øvrige udgifter:

- Transport af projektdeltagerne (offentlig transport): 18.180 kr. (estimeret)
- Transport af projektdeltagerne (drift/frivilliges busser eller kommunale busser): 39.000 kr.
- Materiale anskaffelse: 20.000 kr.
- Kommunikation – rekruttering til projektet samt formidling af resultater: 20.000 kr. (estimeret)
- Workshops / kompetenceudvikling mv.: 50.000 kr. (estimeret)

2. Faglige antagelser, mulige indikatorer og opmærksomhedspunkter

De faglige antagelser indikerer de virkningssammenhænge, som forventes på baggrund af indsatsens aktiviteter. Antagelserne knytter sig an til fire aspekter; *den ældre borger, fællesskabets betydning, fysiologi samt interventionen.*

2.1 Den ældre borger

Hvis det viser sig, at borgeren er i risiko for at komme i dårlig ernæringstilstand, på baggrund af deltagelse i måltidsfællesskabet, bevilges der ekstra timer til en klinisk diætist.

2.2 Fællesskabets betydning

Aarhus Kommune har en specifik målsætning om, at færre borgere har oplevelsen af at føle sig ensomme. Projektet "Det gode måltid for ældre i Aarhus Kommune" skal arbejde målrettet mod at flere ældre borgere deltager i et måltidsfællesskab, frem for at spise alene. Vi har endvidere en supplerende målsætning om, at flere borgere skal kende til de aktiviteter, der foregår i lokalområderne. Anvendelse af *behovsvurderingsskema* (Dallund-skalaen) kan bidrage til at afdække borgerens behov og give dem øget klarhed over problemstillinger og løsningsmuligheder (Bilag 1).

2.3 Fysiologi

Et målrettet ernæringsforløb skal øge den ældres trivsel og dermed også den ældres mentale og fysiologiske formåen. Projektet antager at måltidsfællesskabet at borgerne oplever glæde og tilknytning ved at deltage i et måltidsfællesskab, og at det vil medvirke til øget appetit og at BMI stiger efter afsluttet projektperiode.

2.4 Interventionen

Projektet antager at deltage i et måltidsfællesskab eller at få besøg af en spiseven, vil gøre at hverdagen opleves mere positiv og indholdsrig. Derudover kan initiativet bevirke, at der sker vaneændringer i forhold f.eks. at spise mere og på faste tidspunkter, øge lysten til at være mere social opsøgende og få mere mod på at være fysisk aktiv, som følge af oplevet trivsel og mestring af hverdagen (Engelund, 2011).

Gennem deltagelse, i et fællesskab, enten som frivillig eller som borger i projektet, er de ældre sammen om et meningsfuldt indhold. Derfor vil projektet udforske fællesskabets betydning for de ældres forståelse af, hvad social interaktion spiller af rolle for egen sundhed og trivsel. (Illeris, 2013). Gennem et tillidsvækkende miljø, med fokus på at skabe en god gruppedynamik, åbnes der op for dialog og erfaringsudveksling (Engelund, 2011).



3. Indsatsbeskrivelse

Projektet vil, som beskrevet i formålet, arbejde med to indsatsområder. En strukturel indsats og en borgerrettet indsats. Disse to indsatsområder kører parallelt i projektperioden og betegnes i dette skriv som spor 1 og spor 2. Nedenfor er sporene beskrevet og illustreret i en simpel oversigtsmodel. I afsnit 3.1 og 3.2 er indsatsernes analysebegrundelse nærmere uddybet.

3.1 Spor 1 - Organisationsanalyse

Da ernæringsområdet involverer mange forskellige faggrupper, og dermed kan virke kompleks ift. eksempelvis dokumentation, overlevering, opfølgning på undervisning osv. vil projektet prøve undersøge feltet og komme med bud på, hvorledes disse "gaps" mindskes i en travl hverdag.

Processen fokuserer på, hvordan ledelsen og frontpersonalet sammen forandrer de strukturer, der ikke effektivt sikrer en god opfølgning af borgere, som er i ernæringsrisiko. Derfor kortlægges ved projektstart styrker og svagheder i plejeområderne til kvalitetsforbedring

Som udgangspunkt skal interviews hjælpe til at få gøre det klart, hvordan personalet oplever proceduren med at ernæringscreenene og hvordan opmærksomheden på borgeren bliver fulgt op derefter.

3.2 Spor 2 - Behovsanalyse

For at finde frem til en form, som virker interessant og motiverende for de ældre og giver dem incitament for at deltage, vil vi eksperimentere med et bredt spektrum af rekrutteringstiltag og rammeformer for at mødes i et måltidsfællesskab. Først og fremmest ved at spørge de ældre, hvad de kunne ønske sig at få ud af at deltage i et måltidsfællesskab og på hvilke præmisser samt vil du gerne have besøg, af hvem, hvorhenne og hvor tit?

Via en invitation og mund til mund i teamene, rekrutteres borgeren til projektet

Borgerne har mulighed for at takke ja til et af følgende 2 tilbud. Disse to tilbud er beskrevet nedenfor;

1. Gode måltidsoplevelser i hjemmet

Målgruppen som takker ja til dette tilbudet, er de ældre borgere i eget hjem, der enten modtager praktisk hjælp, pleje og madservice eller blot madservice. Målgruppen foretrækker muligvis at blive i eget hjem og modtager en brevininvitation eller snakker med forebyggelseskonsulenten om tilbuddene. I dette tilbud kan man vælge enten at få besøg eller besøge andre, som bor i samme område som en selv. Man kan mødes hos hinanden på skift, spiser frokost eller kage og kaffe. Det handler om at få talt sammen og være sammen. Alle medbringer selv sin egen mad.

2. Gode måltidsoplevelser uden for hjemmet

Målgruppen som takker ja til dette tilbud, er ældre borgere i eget hjem, der enten modtager praktisk hjælp, pleje og madservice eller blot madservice. Målgruppen har her mere lyst til at komme ud blandt andre og modtager en brevininvitation om at blive hentet og ugentligt kørt på "madudflugt". Man høre også om tilbuddet gennem forebyggelseskonsulenten. Der vil være forskellige destinationer for måltidsudflugterne, eks. til lokalcentrenes cafeer, frivillighusene i Aarhus eller til en spisested uden for byen. Borgernes ønsker til spisestederne vil i høj grad blive hørt. Transporten er gratis, men



maden er selvbetalende. De konkrete ture arrangeres og koordineres i tæt samarbejde med frivillige aktører, der ligeledes varetager transport, organisering mv. omkring tiltaget. Den kommunale frivilligkoordinator medvirker til koordineringen.

4. Reference

Claus Sehested, H. S. (2009). *Lean Innovation*. København K: Børsens Forlag.

Cramp, F & Byron-Daniel, J 2012, Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults (Review), The Cochrane Library, nr. 11.

Engelund, G 2011, I balance med kronisk sygdom. Gentofte. Steno Center for Sundhedsfremme.

Glanz, K et al. 1996, Health behaviour and Health education. Jossey-Bass Publishers, San Fransisco.

Henrik w Bendic, k. B. (2007). *Lean Light*. København K: Børsens Forlag.

Illeriis, K 2013, Læring. Roskilde Universitetsforlag, Roskilde.

Prochaska, JO, Redding, CA, & Evers, KE 2008, The Transtheoretical Model and Stages of Change. In Glanz, K, Rimer, BK & Viswanath, K, (Eds.), Health behavior and health education: Theory, research and practice. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.

Claus Sehested, H. S. (2009). *Lean Innovation*. København K: Børsens Forlag.

Henrik w Bendic, k. B. (2007). *Lean Light*. København K: Børsens Forlag.

Socialstyrelsen. (maj, 2013). *National handleplan for Måltider og Ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen*. Socialstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. (2016). *Kompetanceudvikling for medarbejdere og ledere af plejeboliger*. København S: Sundhedsstyrelsen.

Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: Hegland Trykkeri A/S, Flekkefjord.



Bilag 2. Spørgeguide anvendt af praksiskontakt

Navn:

Dato:

Temaer	Forskningsspørgsmål	Svar
Socialt behov	Hvor ofte spiser du sammen med andre, familie, venner, bekendte? <ul style="list-style-type: none">- Hvis ofte – hvor ofte og hvem spiser du med?- Hvis sjældent – har du lyst til at spise sammen med andre eller foretrækker du at spise alene?	
Lyst til at deltagelse i måltidsfællesskabet	Benytter du dig af lokalcenteret cafe? <ul style="list-style-type: none">- Hvis ja – hvor ofte og mødes du og spiser sammen med nogle?- Hvis nej/sjældent, hvorfor benytter du ikke lokalcenterets cafe? Spiser du sammen med dine naboer indimellem? <ul style="list-style-type: none">- Hvis ja – hvor ofte mødes I spiser sammen og hvordan aftaler I at mødes?- Hvis nej/sjældent? – har du lyst til at spise sammen med andre eller foretrækker du at spise alene?	
Ikke eller mindre lyst til at deltage	Er der noget som forhindre dig at	

i måltidsfællesskabet	spise sammen med andre? Hvor kunne gøre, at du fik mere lyst til at spise sammen med andre?	
Appetit	Har du en god appetit? Oplever du at du spiser mere når du hygger dig sammen med andre ved et måltid?	
Socialt liv	Kender du til lokalområdets aktiviteter? Og fra hvor henter du din information om lokalcenterets aktiviteter? Hvor ofte deltager du i lokalcenterets aktiviteter?	

Bilag 3. Søgebilag

Projektets systematiske litteratursøgning, herunder søgningsprocessen og udvælgelsesprocessen, belyses i søgebilaget. Dette gøres for at sikre konsistens i søgningen og for at andre kan reproducere søgningen (Frandsen et al. 2014).

Problemformulering:

Hvordan kan Aarhus Kommunes sociale måltidstilbud til ældre, *det gode måltid*, forandres således at flere får mulighed for og ønsker at benytte sig af et tilbud, der både kan understøtte korrekt ernæring og mulighed for social støtte og dermed forebygge forebyggelige indlæggelser af ældre medicinske patienter?

Forskningsspørgsmål:

1. Hvordan kan social støtte integreres i et måltidstilbud rettet mod ældre?
2. Hvilke fremmede faktorer og udfordringer er der i forhold til udarbejdelse af et socialt måltids tilbud, der henvender sig til ældre medicinske patienter og ligeledes ældre generelt?

Projektets systematiske søgning har bidraget til besvarelse af forskningsspørgsmål 1

Ud fra forskningsspørgsmål 1 er der, med inspiration fra Joanna Briggs PICO-model, udarbejdet søgeblokke:

Blok 1	Blok 2	Blok 3
Ældre	Social støtte	Måltid

Forklaring til de anvendte blokke:

Ældre: er med til at afgrænse søgningen til en specifik målgruppe, således at søgningens resultater kan overføres til projektets målgruppe, hvorfor denne udgør blok 1.

Social støtte: fungerer som et element i det der udgør et socialt måltidstilbud, idet det er fremvist i problemanalysen at social støtte er med til at øge appetit, hvorfor denne udgør blok 2.

Måltid: fungerer som det andet element i det der udgør et socialt måltidstilbud, hvorfor denne udgør blok 3.

Udvalgte databaser

Der er i alt udvalgt 8 databaser.

Database	Begrundelse for valg af database
Bibliotek.dk	Blev udvalgt, da den vil afdække eventuel tilgængelig litteratur i en dansk kontekst
SveMed+	Blev udvalgt da den afdækker relevant litteratur i en skandinavisk kontekst
PsycINFO	Blev udvalgt, da den kendetegnes ved at indeholde sundhedsvidenskabelig og psykologisk litteratur
Embase	Blev udvalgt, da det er en database med europæisk litteratur med særligt fokus på medicin
Cochrane	Blev udvalgt da det er en sundhedsvidenskabelig database med systematiske reviews
Sociological Abstracts	Blev udvalgt da den afdækker relevant samfundsfaglig og sociologisk litteratur
Pubmed	Blev udvalgt da det er verdens største database inden for alle områder i medicin
Cinahl	Blev udvalgt da den indeholder sygeplejefaglig og anden sundhedsfaglig litteratur og størstedelen af artiklerne er peer-reviewed

Anvendte søgetermer i den systematiske søgning

Det blev forsøgt at være stringent ved at bruge de samme kontrollerede søgetermer på tværs af databaserne. Hvis dette ikke var muligt blev der søgt med de tilsvarende termer i fritext. Pga. store antal hits, blev der i nogle af databaserne brugt filterfunktioner.

	Blok 1	Blok 2	Blok 3
Database	Social støtte	Måltid	Ældre
PsycInfo	<p>MeSH</p> <p>Interpersonal Relationships Social Capital Social Environments Social Support</p> <p>Fritekst</p> <p>“Social Relation*” “Social Network”</p> <p>Resultater med ”OR”: 7380</p>	<p>MeSH</p> <p>Food Food Intake Food Preparation</p> <p>Resultater med “OR”: 25075</p>	<p>Limit: Aged 65 & Over</p>
Svedmed	<p>MeSH</p> <p>social Capital social Support Interpersonal relations Social environment</p> <p>Fritekst</p> <p>“Social network” “Social relation*”</p> <p>Resultater med “OR”: 9657</p>	<p>MeSH</p> <p>Meals Food Food intake</p> <p>Fritekst</p> <p>“Mealtimes” “Food” “Food preparation”</p> <p>Resultater med “OR”: 4517</p>	<p>MeSH</p> <p>Aged Aged, 80 and over</p> <p>Fritekst</p> <p>Elderly</p> <p>Resultater med “OR”: 16651</p>
Cochrane	<p>Mesh</p> <p>Social support Social environment Interpersonal relations Social Capital</p>	<p>Mesh</p> <p>Meals Food Eating</p>	<p>Mesh</p> <p>Aged Aged, 80 and over</p>

	<p>Fritekst Social relation* Social network*</p> <p>Resultater med "OR": 9542</p>	<p>Fritekst Mealtimes Food preparation</p> <p>Resultater med "OR": 28.810</p>	<p>Resultater med "OR": 1067</p>
Embase	<p>Emtree Social support Social Enviroment Human Relation Social Capital</p> <p>Fritekst "Social network" "Social relation*"</p> <p>Resultater med "OR": 206.176</p>	<p>Emtree Meal Mealtimes Food</p> <p>Fritekst "Food intake" "Food preparation"</p> <p>Resultater med "OR": 941.708</p>	<p>Emtree Aged Very Elderly</p> <p>Fritekst Elderly Senior Citizen</p> <p>Resultater med "OR": 3.596.754</p>
Cinahl	<p>Mesh Social environment Interpersonal relations Social capital</p> <p>Fritekst "Social Support" "Social network" "Social relation"</p> <p>Resultater med "OR": 40.453</p>	<p>Mesh Food Meals</p> <p>Fritekst "Food" "Food intake" "Mealtime" "Food preparation"</p> <p>Resultater med "OR": 70.504</p>	<p>Mesh Aged Aged, 80 and over Aged, Hospitalized Frail Elderly</p> <p>Resultat med "OR": 390.201</p>
Pubmed	<p>Mesh</p>	<p>Mesh</p>	<p>Mesh</p>

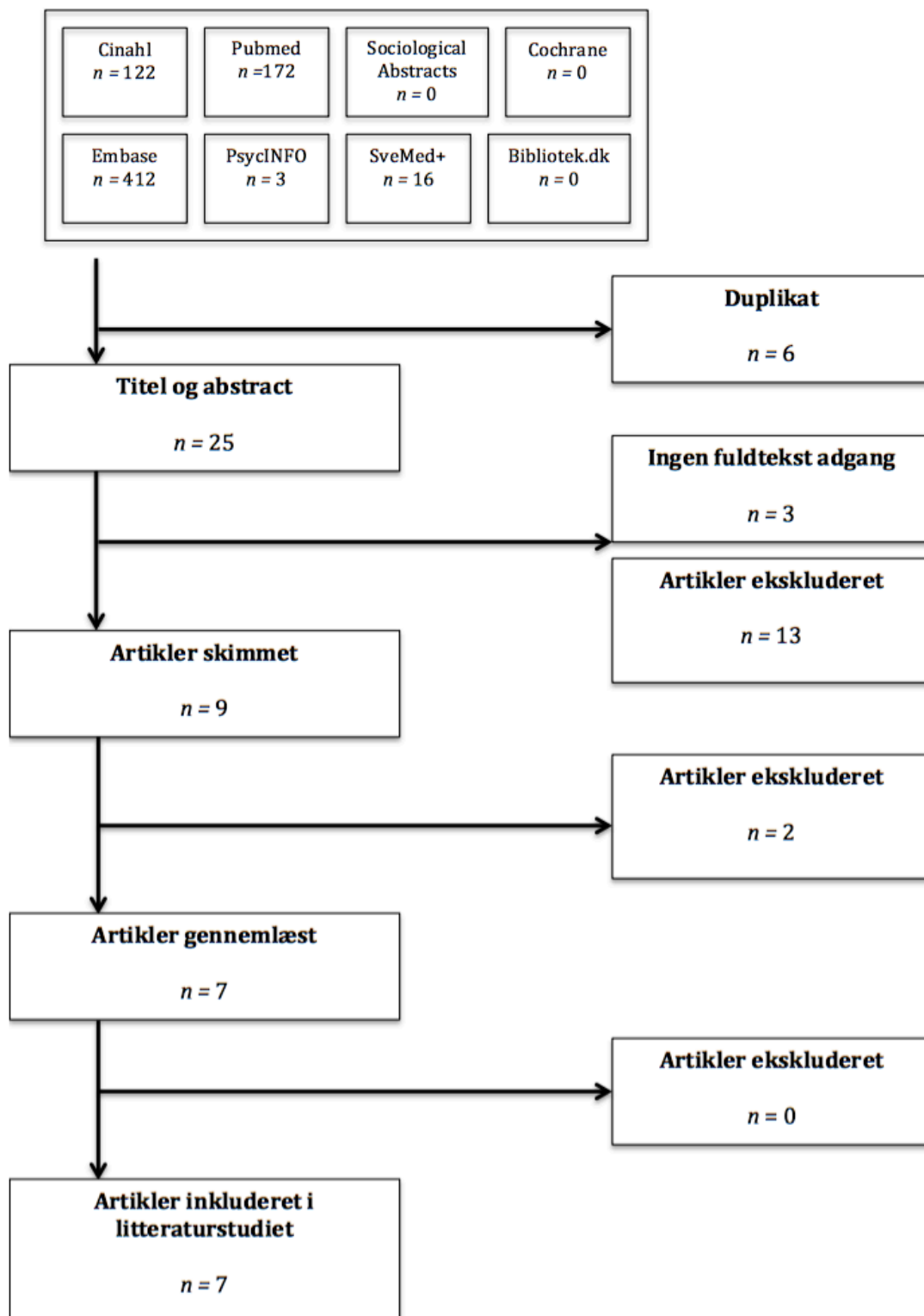
Social support	Meals	Aged
Social Environment	Food	Aged, 80 and over
Interpersonal relations		
Social capital		
Fritekst	Fritekst	Fritekst
“social network”	“Mealtimes”	Elderly
“Social relation*”	“Food preparation”	
	“Food intake”	
Resultater med “OR”:	Resultater med “OR”:	Resultater med
376.225	561.122	“OR”:
		4.606.672

Resultater af kombinationssøgning:

	Kombination	Antal Hits	Relevante
Bibliotek.dk	Blok 1 + Blok 2 + Blok 3	0	0
Sociological Abstracts	Blok 1 + Blok 2 + Blok 3	0	0
	Blok 1 + Blok 2	0	0
PsycINFO	Blok 1 + Blok 2 + Blok 3	3	0
	Blok 1 + Blok 2	30	0
SvedMed+	Blok 1 + Blok 2 + Blok 3	16	0
Cochrane	Blok 1 + Blok 2 + Blok 3	0	0
	Blok 1 + Blok 2	1	0
	Blok 1 + Blok 3	0	0
	Blok 2 + Blok 3	1	0
Embase	Blok 1 + Blok 2 + Blok 3 + limits age = aged,	412	5

	very elderly, study types = human, publication types = article publication years = 2000-2017		
Cinahl	Blok 1 + Blok 2 + Blok 3 + limits Source Types = Academic Journals, Language = english, danish, swedish	122	1
Pubmed	Blok 1 + Blok 2 + Blok 3 + limits Ages = 65+ years, 80 and over: 80+ years, ArticleTypes = Journal Article, Language = english, danish, swedish, norwegian, Publication dates = 10 years, Species = Humans	172	2

Udvælgelse af artikler fremgår i nedenstående flowchart:



Der blev opstillet følgende kriterier til udvælgelse af artikler til litteraturstudiet:

Inklusionskriterier

Faktorer der kan være fremmende eller hæmmende for at ældre deltager i måltidsinterventioner

Måltids interventioner

Eksklusionskriterier

Vægttabs-interventioner (herunder motion og øget frugt- og grøntsags indtag)

Fødevarer usikkerhed

Borgere der er hjemløse

Borgere med psykisk sygdom

Borgere med overvægt

Borgere med HIV/AIDS

Borgere med demens

Lande, herunder Thailand, Etiopien, Syd Afrika, Mellemøsten

Tandsundhed

Undersøgelse af redskaber til opsporing af underernæring

Dato og identifikation:

Søgningerne blev udført af projektgruppens medlemmer marts 2017.

Veronica Hellum Andersen

Trine Hartmann Grosen

Hanne Sophie Rasmussen

Bilag 4. Udfyldte tjeklister

(Timonen & O'Dwyer 2010)

COREQ (CONsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A. **Topic**

Domain 1: Research team and reflexivity

Personal characteristics

Interviewer/facilitator

Item No. **Guide Questions/Description**

1 Which author/s conducted the interview or focus group?
N/A

Credentials

2 What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD
N/A

Occupation

3 What was their occupation at the time of the study?
direktør for social policy and ageing research centre ved trinity college

Gender

4 Was the researcher male or female?
forfatterne er kvinder

Experience and training

5 What experience or training did the researcher have?
N/A

Relationship with participants

Relationship established

6 Was a relationship established prior to study commencement?
det virker det ikke som om

Participant knowledge of the interviewer

7 What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research
N/A

Interviewer characteristics

8 What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic
N/A

Domain 2: Study design

Theoretical framework

Methodological orientation and Theory

9 What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis
framework approach og udført af forfatterne

Participant selection

Sampling

10 How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball
non-probability sample. udvalgt efter maksimal heterogenitet

Method of approach

11 How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email
gennem meal on whee I organisationer samt sedler ved kirker

Sample size

12 How many participants were in the study?
66

Non-participation

13 How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Det skriver de ikke, men det virker ikke som der er nogen der dropper ud

Setting

Setting of data collection

14 Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace
N/A

Presence of non-participants

15 Was anyone else present besides the participants and researchers?
N/A

Description of sample

16 What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date
vi ved kun at de er White Irish og at det er en heterogen gruppe

Data collection

Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested? Ja, pilot testet
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many? Nej, kun ét inerview
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data? Audio recording
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group? N/A
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group? 45 minutter lange interviews
Data saturation	22	Was data saturation discussed? Ja, det siger at der bør foretages endnu flere undersøgelser, da modtagere af meals on wheels er en meget heterogen gruppe. – Så mætningspunktet er ikke helt mødt.
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or N/A – går ud fra spejlkriteriet ikke blev testet idet de ikke skriver noget om det.
Domain 3: analysis and findings		
<i>Data analysis</i>		
Number of data coders	24	How many data coders coded the data? Ja - forfatterne
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree? n/a
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data? Nej – tror først det er efter
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data? n/a
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings? n/a
<i>Reporting</i>		
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number Ja og ja
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings? ja
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings? ja
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes? ja

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

(Andrew & Wilson 2014)

COREQ (CONsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A. **Topic**

Domain 1: Research team and reflexivity

Personal characteristics

Interviewer/facilitator

Item No. Guide Questions/Description

Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group? n/a
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD,

		MD n/a
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study? n/a
Gender	4	Was the researcher male or female? female
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have? <experienced clinical occupa- tional therapist and lecturer in the field of aged care and this professional socialization collegial supervision
<i>Relationship with participants</i>		
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement? nej
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research n/a
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic n/a
Domain 2: Study design <i>Theoretical framework</i> Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis Konkret Metodologisk vinkel bliver Ikke nævnt. theory- generated codes (from the literature review) and in-vivo codes (from real-life data)
<i>Participant selection</i> Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball Udvalgt af manageren på cafeen, var kunder der kom tit på cafeen
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email Der blev sendt et brev til dem
Sample size	12	How many participants were in the study? 11 beboere, 9 familiemedlemmer/venner
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons? 32 beboere og 20 familiemedlemmer/venner blev inviteret
<i>Setting</i> Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace Beboere - eget hjem eller hvis de ville et andet privat sted. Venner/familie også et privat sted inden for faciliteterne
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers? nej
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date Kun 2 mandlige beboere med, og 9 kvinder 2 boede i semi-supervised boligere 7 på plejehjem 2 på hospitalet
<i>Data collection</i> Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested? Semistruktureret interview- det siges ikke om interviewet er blevet pilottestet.
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many? nej
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?

Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group? Ja data optages n/a
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group? n/a
Data saturation	22	Was data saturation discussed? nej
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction? n/a

Domain 3: analysis and findings

Data analysis

Number of data coders	24	How many data coders coded the data? n/a
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree? nej
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data? Fandt frem til 5 temaer gennem kodning
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data? In-vivo was used to manage data
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings? Til sidst i interviewet blev forskerens fund opsummeret til informanterne, hvor de havde mulighed for at komme med feedback
<i>Reporting</i>		
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number Ja, citater fra informanterne blev brugt, MEN uden tal .
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings? ja
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings? ja
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes? ja

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

(Tomstad et al. 2013)

COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A. **Topic**

Domain 1: Research team and reflexivity

Personal characteristics

	Item No.	Guide Questions/Description
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group? udført af den første forfatter. Solvej T Tomsted
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD N/A
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study? departement og social work and health services, center for caring research -southern norway
Gender	4	Was the researcher male or female? female

Experience and training	5	What experience or training did the researcher have? arbejder ved forskningscenter. Antager at hun har erfaring
<i>Relationship with participants</i> Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement? n/a
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research n/A
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic n/a
Domain 2: Study design <i>Theoretical framework</i> Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis Content analysis
<i>Participant selection</i> Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball purposive. rekutteret ved hjælp fra local home care services og opfyldte inklusionskriterierne
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email Det angives ikke
Sample size	12	How many participants were in the study? 2
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons? Ingen dropouts
<i>Setting</i> Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace De blev interviewet i eget hjem
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers? n/a
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date beskrivelse af deltagere på side 612
<i>Data collection</i> Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested? n/a
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many? De blev interviewet to gange – både før og efter interventionen
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data? Audio recording
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group? Fremgår ikke
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group? 40 minutter
Data saturation	22	Was data saturation discussed? Nej – hvorvidt nåede mætningspunktet blev ikke diskuteret.
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or n/a
Domain 3: analysis and findings <i>Data analysis</i> Number of data coders	24	How many data coders coded the data? 1 – første forfatter
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree? Nej

Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data? temaer kom fra data
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data? n/a
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings? n/a
<i>Reporting</i>		
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number n/a
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings? ja ift spørgeskema. Men det er svært at vide ud fra interview da citater ikke var angivet
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings? ja
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes? ja

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

(Vucea et al. 2014)

PRISMA – meta-analyses + systematic reviews

Title 1 Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.

SCOPING REVIEW

ABSTRACT

Structured summary 2 Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.

Der er en summary MEN ikke strukteret

INTRODUCTION

Rationale 3 Describe the rationale for the review in the context of what is already known.

JA

Objectives 4 Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).

Har et klart formal med reviewet

METHODS

Protocol and registration 5 Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.

Ingen review protocol

Eligibility criteria 6 Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.

JA

Information sources 7 Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.

JA

Search 8 Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.

NEJ

Study selection 9 State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).

JA - Er beskrevet

Data collection process 10 Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.

Ja – alle designs var medtaget, og duplicates taget højde for

Data items 11 List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.

Ja- det har de gjort

Risk of bias in individual studies 12 Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.

Nej- snakker ikke bias

Summary measures 13

State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).

Går meget ud fra p-værdier. Snakker ikke så meget om det andre værdier

Synthesis of results 14

Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency

(e.g., I²) for each meta-analysis.

Har ikke kombineret resultater da det er et review

Risk of bias across studies 15 Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).

Nej - Snakker generelt ikke bias

Additional analyses 16 Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.

Nej – men heller ikke relevant

RESULTS

Study selection 17 Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.

JA – og har lavet flowdiagram

Study characteristics 18 For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.

JA – studiepopulation er beskrevet for hver – MEN ikke PICOS. Dog er de udvalgte ord præsenteret.

Risk of bias within studies 19 Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).

Nej

Results of individual studies 20 For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.

A) Ja – udfyldt matrix for hvert studie

Synthesis of results 21 Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.

Nej – men ikke relevant da det er et review

Risk of bias across studies 22 Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).

Nej

Additional analysis 23 Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).

Der bliver ikke lavet analyse på artiklerne

DISCUSSION

Summary of evidence 24 Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).

Ja – det gør de

Limitations 25 Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).

Diskutere limitations kort ift udvælgelse af literature MEN diskutere ikke bias

Conclusions 26 Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.

Har et afsnit til sidst der hedder ”take away point”

FUNDING

Funding 27 Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role

of funders for the
systematic review.

Ingen information om funding

(Nijs et al. 2006)

PRISMA – meta-analyses + systematic reviews

Title 1 Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.

SCOPING REVIEW

ABSTRACT

Structured summary 2 Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.

Der er en summary MEN ikke strukteret

INTRODUCTION

Rationale 3 Describe the rationale for the review in the context of what is already known.

JA

Objectives 4 Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).

Har et klart formal med reviewet

METHODS

Protocol and registration 5 Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.

Ingen review protocol

Eligibility criteria 6 Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.

JA

Information sources 7 Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.

JA

Search 8 Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.

NEJ

Study selection 9 State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).

JA - Er beskrevet

Data collection process 10 Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.

Ja – alle designs var medtaget, og duplicates taget højde for

Data items 11 List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.

Ja- det har de gjort

Risk of bias in individual studies 12 Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.

Nej- snakker ikke bias

Summary measures 13

State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).

Går meget ud fra p-værdier. Snakker ikke så meget om det andre værdier

Synthesis of results 14

Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency

(e.g., I²) for each meta-analysis.

Har ikke kombineret resultater da det ere n review

Risk of bias across studies 15 Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).

Nej - Snakker generelt ikke bias

Additional analyses 16 Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.

Nej – men heller ikke relevant

RESULTS

Study selection 17 Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.

JA – og har lavet flowdiagram

Study characteristics 18 For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.

JA – studiepopulation er beskrevet for hver – MEN ikke PICOS. Dog er de udvalgte ord præsenteret.

Risk of bias within studies 19 Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).

Nej

Results of individual studies 20 For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.

A) Ja – udfyldt matrix for hvert studie

Synthesis of results 21 Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.

Nej – men ikke relevant da det er et review

Risk of bias across studies 22 Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).

Nej

Additional analysis 23 Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).

Der bliver ikke lavet analyse på artiklerne

DISCUSSION

Summary of evidence 24 Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).

Ja – det gør de

Limitations 25 Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).

Diskutere limitations kort ift udvælgelse af literature MEN diskutere ikke bias

Conclusions 26 Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.

Har et afsnit til sidst der hedder ”take away point”

FUNDING

Funding 27 Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.

Ingen information om funding

(Keller 2006)

STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies

	Item No	Recommendation
+ Title and abstract	1	(a) Indicate the study’s design with a commonly used term in the title or the abstract

(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found

+ Introduction		
+ Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
+ Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
+ Methods		
+ Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
+ Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
+ Participants	6	<p>(a) <i>Cohort study</i>—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up</p> <p><i>Case-control study</i>—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls</p> <p><i>Cross-sectional study</i>—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants</p> <p>(b) <i>Cohort study</i>—For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed</p> <p><i>Case-control study</i>—For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case</p>
+ Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
+ Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
+ Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
+ Study size	10	Explain how the study size was arrived at
+ Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
+ Statistical methods	12	<p>+ (a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding</p> <p>+ (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions</p> <p>+ (c) Explain how missing data were addressed</p> <p>+ (d) <i>Cohort study</i>—If applicable, explain how loss to follow-up was addressed</p> <p><i>Case-control study</i>—If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed</p> <p><i>Cross-sectional study</i>—If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy</p> <p>(e) Describe any sensitivity analyses</p>

Continued on next page

Results		
+ Participants	13*	+ (a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed + (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
+ Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest (c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)
+ Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time <i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure <i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures
+ Main results – giver ikke ujusteret estimator. Kun justeret.	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
+ Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
+ Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
+ Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
+ Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

(Frongillo et al. 2010)

STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies

	Item No	Recommendation
+ Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
+ Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
+ Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
+ Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
+ Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
+ Participants	6	(a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls + Cross-sectional study —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants (b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case
+ Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
+ Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
+ Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed + Cross-sectional study —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses

Continued on next page

Results

+ Participants ingen flowdiagram	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	+ (a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest (c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)
+ Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time <i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure + <i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures
Main results Ingen justering. Ikke 95% CI med std. Error og p-værdi	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
+ Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations Snakker kun bias ift selection. Men at de føler de undgik det via tilfældig samling	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
+ Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

Bilag 5. Interviewguides

Interviewguide - Konsulent for klyngesamarbejdet forebyggende hjemmebesøg

Tema	Hovedspørgsmål	Opfølgende spørgsmål
<p>Briefing:</p> <p>Vi er igang med at skrive speciale om forebyggelse af forebyggelige indlæggelser af ældre medicinske patienter gennem et socialt måltidstilbud. Derfor er vi interesseret i at komme i snak med de spillere der er i Aarhus Kommune på området, ligesom dig. Interviewet idag skal bruges til en interessentanalyse på projektet 'det gode måltid' udarbejdet i folkesundhed Aarhus. Projektet gode rammer for ældres måltid, ved at transportere dem til et lokale med fællesspisning. De ældre der rekrutteres er dem der allerede modtager måltider fra kommunen. I vores interessentanalyse er målet at finde frem til hvilke potentialer og udfordringer, der kan være med til at øge deltagelsen i det her sociale måltidstilbud.</p> <p>Før vi kan starte, skal jeg høre dig, om du har det ok med at du ikke bliver anonym i vores speciale? altså at vi må bruge dine citater i vores projekt? ja/nej, derefter give samtykkeerklæring. Det du siger ja til er</p> <ul style="list-style-type: none"> • vi videregiver ingen personlige forhold om dig • interviewet bliver optaget og så transskriberet. Det er kun os der har adgang til det og optagelsen slettes. Hvis ikke anonymiseret, giver du tilladelse til at vi bruger citater med navn. • Hvis du ønsker adgang til analyse/transskription kan du godt det. • specialet kommer til at ligge i universitetets arkiv og på den måde offentlig. • Du kan få en kopi af opgaven når den er færdig, hvis du ønsker det. 		
<p>****start optagelse****</p>		
	Hvad er din stilling i Aarhus kommune	
Interessentens position	hvad er din baggrund for den stilling du har?	
	Kan du beskrive dine ansvarsområder/ arbejdsopgaver i Aarhus kommune?	Hvad brænder du særligt for i dit arbejde?
Bidrag til projektet/interessentens grad af indflydelse	Når nogen kommer fra andre steder i Aarhus kommune med nye ideer til projekter, hvad kunne din rolle være?	<p>Vi ved godt du ikke repræsenterer alle spillere på lokalområderne, men hvordan bliver nye ideer til projekter generelt håndteret/mødt på lokalområde-niveau?</p> <p>Hvem fra Aarhus Kommune kommer typisk med projektforslag? Hvilket niveau?</p> <p>Har du selv mulighed for at komme med idéer?</p>
Bekymringer/Overvejelser	Hvad har betydning for at et projekt bliver til et vedvarende del af kommunens sundhedspolitik?	Hvis du har været inde over et projekt, som du synes har effekt, hvad kan du gøre for at det bliver et vedvarende tiltag? Hvis du har været inde over et projekt,

		<p>som ikke har effekt, hvad kan du gøre for, at projektet bliver lukket ned?</p> <p>Hvilke økonomiske overvejelser har du med sådan en beslutning?</p> <p>Hvor meget synes du økonomien fylder generelt ift om projekter bliver til tiltag?</p>
Interessentens egne ord om projektet	Har du hørt om projekt jeg fortalte om til at starte med?	**HVIS HUN HAR HØRT OM DET** Hvordan har du hørt om det?
	<p>** hvis hun ikke har hørt om det, så opsummer lige projektet igen**</p> <p>Ud fra det jeg har fortalt om projektet, hvad er dine umiddelbare tanker om projektet så?</p>	For at projekt <i>Det gode måltid</i> kan lykkes, hvori ser du udfordringer og potentiale?
<p>*Her forklares om specialet forandringsforslag</p> <p>Vi har i vores speciale undersøgt hvad der kunne supplere det gode måltid, for at at gøre projektet endnu mere succesfuldt.. Vi har fundet frem til 2 veje:</p> <p>Den ene er fokus på rekruttering, hvor vi ser en fordel i at udbrede projektet så det ikke kun er de borgere der modtager måltider fra kommunen, men også dem der ikke gør.</p>		
	Hvad er dine umiddelbare tanker?	<p>Tanker omkring den udbredte målgruppe?</p> <p>Hvordan kunne du forestille dig at de forebyggende hjemmebesøg kunne komme i spil her?</p> <p>Tanker omkring et økonomisk aspekt?</p>
<p>Den anden vej er, at vi i vores litteraturstudie har fundet frem til følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At omgivelserne eller rammen for hvor ældre fællesspiser har stor betydning, så derfor foreslår vi at der er fokus på indretningen af lokalerne, så det mere kommer til at ligne cafeer. • Stedet for fællesspisning skal være tilgængelig + i nærområdet • At der er en der faciliterer samtale, evt. med en samtaleprotokol • At ældre faktisk hellere vil spise alene end spise sammen med fremmede, så overveje hvem man kobler sammen 		
	<p>Hvad er dine umiddelbare tanker?</p> <p>*** husk at spørge dette til hvert punkt***</p>	<p>Hvordan kunne du forestille dig at de forebyggende hjemmebesøg kunne komme i spil her?</p> <p>Tanker omkring et økonomisk aspekt?</p>
	Hvad ville din rolle være hvis det vi foreslår skal med?	
<p>Debriefing:</p> <p>Har du noget mere du gerne vil fortælle, som du ikke føler vi kom omkring?</p>		

Nu er interviewet færdigt, tænker du stadig at det er ok at du ikke er anonym? tænker du umiddelbart at du gerne vil se transskription og analyse?

Tak fordi du gerne ville være med.

Interviewguide – Repræsentant for Ældrerådet

Tema	Hovedspørgsmål	Opfølgende spørgsmål
<p>Briefing: Vi er igang med at skrive speciale om forebyggelse af forebyggelige indlæggelser af ældre medicinske patienter gennem et socialt måltidstilbud. Derfor er vi interesseret i at komme i snak med de spillere der er i Aarhus Kommune på området, ligesom dig. Interviewet idag skal bruges til en interessentanalyse på et projekt 'det gode måltid', som vil skabe gode rammer for ældres måltid, ved at transportere dem til et lokale med fællesspisning. De ældre der rekrutteres er dem der allerede modtager måltider fra kommunen. I vores interessentanalyse er målet at finde frem til hvilke potentialer og udfordringer, der kan være med til at øge deltagelsen i det her sociale måltidstilbud. Før vi kan starte, skal jeg høre dig, om du gerne vil være anonym eller om vi gerne må skrive din stilling til dine citater - altså vi bruger ikke dit navn. ja/nej, derefter give samtykkeerklæring.</p>		
<p>***start optagelse***</p>		
<p>Interessentens position/ Grad af indflydelse</p>	<p>Hvor lang tid har du siddet i ældrerådet?</p>	
	<p>Hvad er din baggrund for at være med i ældrerådet?</p>	
	<p>Kan du beskrive ældre rådets funktion i Aarhus Kommune?</p>	
	<p>Har du nogle særlige interesseområder inden for ældrepolitikken aarhus?</p>	
	<p>Jeres vision er bl.a. At aarhus skal være den bedste kommune at være ældre i - Hvordan er I med til at sikre det?</p>	<p>Hvordan sikrer I at ældre borgere i aarhus bliver hørt? Hvordan mener du at de svageste ældre i aarhus bliver hørt?</p>
<p>Bidrag til projektet håndgribelige/ikke håndgribelige ressourcer</p>	<p>Hvor involveret er ældrerådet når forslag til nye indsatser/projekter/tiltag skal indgå i den aarhusianske sundhedspolitik?</p>	<p>Hvad kendetegner projekter som ældrerådet gerne vil støtte op om? Har ældrerådet nogle særlige krav til forslag til projekter? Har I nogle prioriteringer med de indsatser I støtter op om? Hvis ja: hvis i prioriterer, hvilke parametre prioriterer I så ud fra? Spiller økonomien en rolle?</p>
	<p>Der står I jeres lovgivning at I skal formidle synspunkter mellem borgerne og byrådet om lokalpolitiske spørgsmål, hvordan gør I det?</p>	
	<p>Sker det at ældrerådet selv kommer med forslag til byrådet?</p>	

Bekymringer/Overvejelser	Ud fra dine erfaringer, hvad har så betydning for om et projekt med fokus på ældre bliver en vedvarende del af den aarhusianske sundhedspolitik?	hvor meget fylder økonomien
	Ud fra dine erfaringer, hvordan påvirker økonomiske besparelser ældrepolitikken i aarhus kommune?	
Interessentens grad af indflydelse	Generelt, med alle de projekter eller tiltag der er i aarhus, hvor ofte deltager i så i styregruppemøder til disse projekter eller tiltag?	
Alliancer	En del af en interessentanalyse er at undersøge hvilke samarbejdspartnere der er mellem interessenter. Hvilke samarbejdspartnere har I?	Civilsamfundet? Det offentlige? Kommunalt? Frivillige? Ældre sagen?
Interessentens egne ord om projektet	Kender du til projekt <i>det gode måltid</i> som har fokus på at mødes omkring et måltid samtidig med at de ældre får mulighed for at få transport til fællesspisning. Hvad tænker du om det?	Dine egne ord. Hvad bidrager projektet med?
	For at projektet <i>Det gode måltid</i> kan lykkes, hvori ser du udfordringer og potentiale?	I de andre interviews vi har udført, er det enstemmigt at transporten er en udfordring ift at få de ældre ud af døren. Hvad er dine tanker om dette?
<p>*Her forklares om specialets forandringsforslag</p> <p>Vi har i vores speciale fundet nye ideer til projekt <i>det gode måltid</i>. Vi har fundet frem flere.</p> <p>Den første er fokus på rekruttering, hvor vi ser en fordel i at udbrede projektet så det ikke kun er de borgere der modtager måltider fra kommunen, men også dem der ikke gør.</p> <p>Hvad er dine umiddelbare tanker? Kan du se nogle udfordringer i den udbredte målgruppe?</p> <p>Den anden er, at vi har fundet at omgivelserne eller rammen for hvor ældre fællesspisning har stor betydning, så derfor foreslår vi at der er fokus på indretningen af lokalerne, så det mere kommer til at ligne cafeer.</p> <p>Hvad er dine umiddelbare tanker?</p> <p>Den tredje er, at adgang til fællesspisningen har betydning. Altså hvor langt væk det ligger eller at man re-tænker fællesspisning hvor det måske kan være med en nabo i stedet.</p> <p>Hvad tænker du om det?</p> <p>Den fjerde er, at der i fællesspisningen kan indgå samtaleprotokoller? Altså at der er en der faciliterer samtalen eller en værtinde.</p> <p>Hvad tænker du?</p>		

Debriefing:

Har du noget mere du gerne vil fortælle, som du ikke føler vi kom omkring?

Nu er interviewet færdigt, tænker du stadig at det er ok at du ikke er anonym? tænker du umiddelbart at du gerne vil se transskription og analyse?

Tak fordi du gerne ville være med.

Interviewguide – Projektleder for *det gode måltid*

Tema	Hovedspørgsmål	Opfølgende spørgsmål
<p>Briefing: Vi er igang med at skrive speciale om forebyggelse af forebyggelige indlæggelser af ældre medicinske patienter gennem et socialt måltidstilbud. Derfor er vi interesseret i at komme i snak med de spillere der er i Aarhus Kommune på området, ligesom dig. Interviewet idag skal bruges til en interessentanalyse på projektet 'det gode måltid'. I vores interessentanalyse er målet at finde frem til hvilke potentialer og udfordringer, der kan der kan være med til at øge deltagelsen i det her sociale måltidstilbud. Før vi kan starte, skal jeg høre dig, om du har det ok med at du ikke bliver anonym i vores speciale? altså at vi må bruge dine citater i vores projekt? ja/nej, derefter give samtykkeerklæring. Det du siger ja til er</p> <ul style="list-style-type: none"> • vi videregiver ingen personlige forhold om dig • interviewet bliver optaget og så transskriberet. Det er kun os der har adgang til det og optagelsen slettes. Hvis ikke anonymiseret, giver du tilladelse til at vi bruger citater med navn. • Hvis du ønsker adgang til analyse/transskription kan du godt det. • specialet kommer til at ligge i universitetets arkiv og på den måde offentlig. • Du kan få en kopi af opgaven når den er færdig, hvis du ønsker det. 		
<p>***start optagelse***</p>		
<p>Interessentens position</p>	<p>Du er projektleder for <i>det gode måltid</i> i folkesundhed Aarhus, hvad er din baggrund for at arbejde her?</p>	
	<p>Kan du beskrive dine ansvarsområder i Folkesundhed Aarhus?</p>	
	<p>Hvad er dine personlige interesseområder inden for folkesundhed?</p>	
<p>Bidrag til projektet/interessentens grad af indflydelse</p>	<p>Nu er du projektleder for det gode måltid. Hvis du har tanker om et nyt projekt, hvad er din rolle når nye tiltag skal sættes igang her i folkesundhed Aarhus?</p>	<p>Hvem går videre med de ideer eller projekter? sætter det igang? Har du selv mulighed for at komme med idéer?</p>
<p>Bekymringer/Overvejelser</p>	<p>Hvad har betydning for at et projekt i folkesundhed aarhus bliver til et vedvarende del af kommunens sundhedspolitik?</p>	<p>Hvis du har gang i et projekt, som du synes har effekt, hvad kan du gøre for at det bliver et vedvarende tiltag? Hvis du har gang i et projekt, som ikke har effekt, hvad kan du gøre for, at projektet bliver lukket ned? Hvilke økonomiske overvejelser har du med sådan en beslutning?</p>

		Hvor meget synes du økonomien fylder generelt ift om projekter bliver til tiltag?
Interessentens egne ord om projektet	Hvad var baggrunden for at starte projekt <i>det gode måltid</i> op?	***Både hendes egne tanker og folkesundheds aarhus' tanker ift baggrunden for projektet. *** Hvad er dine umiddelbare tanker med projektet? Dine egne ord. Hvad bidrager projektet med?
	For at projekt <i>Det gode måltid</i> kan lykkes, hvori ser du udfordringer og potentiale?	
<p>*Her forklares om specialet forandringsforslag</p> <p>Vi har i vores speciale undersøgt hvad der kunne supplere det gode måltid, for at gøre projektet endnu mere succesfuldt.. Vi har fundet frem til 2 veje:</p> <p>Den ene er fokus på rekruttering, hvor vi ser en fordel i at udbrede projektet så det ikke kun er de borgere der modtager måltider fra kommunen, men også dem der ikke gør.</p>		
	Hvad er dine umiddelbare tanker?	Tanker omkring den udbredte målgruppe? Tanker omkring et økonomisk aspekt?
<p>Den anden vej er, at vi i vores litteraturstudie har fundet frem til følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At omgivelserne eller rammen for hvor ældre fællesspiser har stor betydning, så derfor foreslår vi at der er fokus på indretningen af lokalerne, så det mere kommer til at ligne cafeer. • Stedet for fællesspisning skal være tilgængelig + i nærområdet • At der er en der faciliterer samtale, evt. med en samtaleprotokol • At ældre faktisk hellere vil spise alene end spise sammen med fremmede, så overveje hvem man kobler sammen 		
	Hvad er dine umiddelbare tanker? *** husk at spørge dette til hvert punkt***	Tanker omkring et økonomisk aspekt?
	Hvad ville din rolle være hvis det vi foreslår skal med?	
<p>Debriefing: Har du noget mere du gerne vil fortælle, som du ikke føler vi kom omkring?</p> <p>Nu er interviewet færdigt, tænker du stadig at det er ok at du ikke er anonym? tænker du umiddelbart at du gerne vil se transskription og analyse?</p> <p>Tak fordi du gerne ville være med.</p>		

Interviewguide chef for Folkesundhed Aarhus

Tema	Hovedspørgsmål	Opfølgende spørgsmål
<p>Briefing: Vi er igang med at skrive speciale om forebyggelse af forebyggelige indlæggelser af ældre medicinske patienter gennem et socialt måltidstilbud. Derfor er vi interesseret i at komme i snak med de spillere der er i Aarhus Kommune på området, ligesom dig. Interviewet idag skal bruges til en interessentanalyse på projekt 'det gode måltid', som jo handler om at skabe gode rammer for ældres måltid. Til at starte med vil vi egentlig bare gerne høre om din arbejdsstilling, ansvarsområder osv. Derefter vil vi gerne snakke om det vi vil bidrage med i projekt <i>det gode måltid</i> og hvad du tænker om det. Før vi kan starte, skal jeg høre dig, om du har det ok med at du ikke bliver anonym i vores speciale? altså at vi må bruge dine citater i vores projekt? ja/nej, derefter give samtykkeerklæring. Det du siger ja til er</p> <ul style="list-style-type: none"> • vi videregiver ingen personlige forhold om dig • interviewet bliver optaget og så transskriberet. Det er kun os der har adgang til det og optagelsen slettes. Hvis ikke anonymiseret, giver du tilladelse til at vi bruger citater med navn. • Hvis du ønsker adgang til analyse/transskription kan du godt det. • specialet kommer til at ligge i universitetets arkiv og på den måde offentlig. • Du kan få en kopi af opgaven når den er færdig, hvis du ønsker det. 		
<p>****start optagelse****</p>		
Interessentens position	Kan du beskrive dine ansvarsområder i Aarhus Kommune?	
	Hvad er dine interesseområder inden for folkesundhed aarhus?	
Bidrag til projektet	Hvad er din rolle når nye tiltag skal sættes i værk i folkesundhed aarhus?	
Bekymringer/Overvejelser	Hvad har betydning for at et projekt i folkesundhed aarhus bliver til et vedvarende del af kommunens tiltag? så det har x antal leveår	hvor meget fylder økonomien
Interessentens grad af indflydelse	Hvordan er det at nye idéer eller projekter bliver bragt på banen?	Hvem går videre med de ideer eller projekter, sætter det igang? Når der skal tages beslutninger omkring projekt, hvad er din rolle?
	Hvad har du at sige når der skal tages en beslutning om nye projekter?	Hvilke økonomiske overvejelser har du med sådan en beslutning?
Interessentens egne ord om projektet	Vi kan se du er en del af styregruppen ved projektet det gode måltid. Hvad var baggrunden for at starte projektet op?	Hvad er dine umiddelbare tanker med projektet? Dine egne ord. Hvad bidrager projektet med?

	For at projektet <i>Det gode måltid</i> kan lykkes, hvori ser du udfordringer og potentiale?	
<p>*Her forklares om specialet forandringsforslag</p> <p>Vi har i vores speciale undersøgt hvad der kunne supplere det gode måltid, for at at gøre projektet endnu mere succesfuldt.. Vi har fundet frem til 2 veje:</p> <p>Den ene er fokus på rekruttering, hvor vi ser en fordel i at udbrede projektet så det ikke kun er de borgere der modtager måltider fra kommunen, men også dem der ikke gør.</p> <p>Den anden vej er, at vi i vores litteraturstudie har fundet at omgivelserne eller rammen for hvor ældre fællesspiser har stor betydning, så derfor foreslår vi at der er fokus på indretningen af lokalerne, så det mere kommer til at ligne cafeer.</p> <p>Derudover er tilgængeligheden vigtig, herunder at der kan udbydes transport.</p>		
	Hvad er dine umiddelbare tanker?	<p>Tanker omkring den udbredte målgruppe?</p> <p>Tanker omkring et økonomisk aspekt?</p>
	Hvad ville din rolle være hvis det vi foreslår skal med?	
<p>Debriefing:</p> <p>Har du noget mere du gerne vil fortælle, som du ikke føler vi kom omkring?</p> <p>Nu er interviewet færdigt, tænker du stadig at det er ok at du ikke er anonym? tænker du umiddelbart at du gerne vil se transskription og analyse?</p> <p>Tak fordi du gerne ville være med.</p>		

Samtykkeerklæring A

Vedr. Speciale omhandlende forebyggelse af indlæggelser af ældre medicinske patienter gennem et socialt måltidstilbud.

v/Aalborg Universitet Folkesundhedsvidenskab, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Niels Jernes Vej 14, 9220 Aalborg.

1. Den viden, som de studerende erhverver om personlige forhold, må ikke udnyttes eller videregives til tredje person (vejleder og censor er undtaget).
2. Interviewet vil indgå i en analyse i et speciale. Interviewet vil blive lydoptaget, og efter afsluttet projekt vil lydfilen blive slettet. Lydoptagelse vil blive transskriberet, og anvendes kun af projektgruppen.
3. De udarbejdede data er anonymiseret, så ingen konkrete personer kan identificeres. Anonymiseringen er foretaget således, at data kan anvendes som udgangspunkt for forskellige analyser. Denne aftale forpligter undertegnede personer at sikre, at uvedkommende ikke får adgang til data. Data må opbevares på undertegnede personers egne pc'er i forbindelse med det konkrete projektføreløb. Efter afslutningen af det respektive projekt er alle undertegnede forpligtede til at slette samtlige data. Undertegnede personer er selv ansvarlige for forsvarlig sletning af data. Nedenstående deltager kan ikke gøres ansvarlig for materiale og konklusioner udarbejdet på baggrund af interviewet.
3. Såfremt det ønskes kan der gives adgang til transskription og analyse af data frem til 23.5.2017
4. De indsamlede data vil bidrage til de studerendes speciale til Skolen for Medicin og Sundhedsteknologi til brug for bedømmelse til eksamen. Denne rapport vil indgå i universitetets arkiv. Nedenstående deltager er berettiget til at modtage en kopi af den endelige projektrapport, hvis det ønskes.

Studerende:

Dato: 11. maj 2017

Navne: _____

Deltager i interviewet erklærer med sin underskrift at samtykke i at deltage i interviewet i forbindelse med gennemførelsen af ovennævnte forskningsprojekt og at være informeret om indholdet i denne samtykkeerklæring.

Dato: 11. maj 2017

Navn: _____

Samtykkeerklæring B

Vedr. Speciale omhandlende forebyggelse af forebyggelige indlæggelser af ældre medicinske patienter gennem et socialt måltidstilbud.

v/Aalborg Universitet Folkesundhedsvidenskab, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet,
Niels Jernes Vej 14, 9220 Aalborg.

Jeg er informeret og indforstået med:

1. Den viden, som de studerende erhverver om personlige forhold, må ikke udnyttes eller videregives til tredje person (vejleder og censor er undtaget).
2. Interviewet vil indgå i en analyse i et speciale. Interviewet vil blive lydoptaget, og efter afsluttet projekt vil lydfilen blive slettet. Lydoptagelse vil blive transskriberet, og anvendes kun af projektgruppen.
3. Data fra interviewet vil IKKE blive anonymiseret. Dvs. der gives tilladelse til, at citater fra interviewet, med stilling tilknyttet, kan benyttes i specialet.
4. Såfremt det ønskes kan der gives adgang til transskription og analyse af data frem til 23.5.2017.
5. De indsamlede data vil bidrage til de studerendes speciale til Skolen for Medicin og Sundhedsteknologi til brug for bedømmelse til eksamen. Denne rapport vil indgå i universitetets arkiv. Nedenstående deltager er berettiget til at modtage en kopi af den endelige projektrapport, hvis det ønskes.

Studerende:

Dato: 11. maj 2017

Navn: _____

Deltager i interviewet erklærer med sin underskrift at samtykke i at deltage i interviewet i forbindelse med gennemførelsen af ovennævnte forskningsprojekt og at være informeret om indholdet i denne samtykkeerklæring.

Dato: 11. maj 2017

Navn: _____

Bilag 7. Transskriptionsguide

... pause

(.) kunstpause (f.eks. midt i en sætning)

:: et ord bliver strukket ud "::^o" efter ord/udsagn

ORD udsagn der bliver sagt med særlig kraftigt tonehøjde

Ord en eller anden betoning i det

(øhh) – de skal med

() – man kan ikke høre hvad der bliver sagt

(()) – vores beskrivelser fx hvis vi gætter hvad det sidste ord er eller kropssprog

[] Hvis der er en der er i gang med at snakke og den anden kommer med en bemærkning til det der bliver sagt.

Bilag 8. Eksempel på kategorisering

Bidrag (håndgribelige og uhåndgribelige ressourcer)

CF: Chef for folkesundhed Aarhus

FB: Repræsentant for forebyggelseskonsulenterne

PL: Projektleder

ÆR: Repræsentant for Ældrerådet

H: Ja, okay, så hvad så er det så dig der tager kontakt til lokalområderne?

CF: Ja

CF: at sikre at det går den rigtige vej men selvfølgelig også at der er kvalitet i projektet og sikre at der er fremdrift i det og de rigtige ressourcer bliver sat af til det

CF: Som projektejer

CF: bane vejen for det også ude i organisationen det er en væsentlig del, og oversætte måske også, oversætte til de andre interessenter, det er et stort arbejde

CF: Jo det kan man jo godt sige, fordi hvordan er det de kan sætte det ind i deres kontekst fordi nogle gange så projektledere og det det er jo også det der er svært, så sidder man og ser et projekt men hvordan sætter man et projekt ind i en større kontekst og hvordan får man de rigtige medspillere ind i projektet og det tænker jeg også som projektejer at jeg har et stort arbejde der

FB: fordi vi synes man skal koordinere og supplere hinanden i projekterne i stedet for at vi kører for meget parallelløb. For så forstyrre vi borgerne, vi forstyrre medarbejderne hele tiden, så skal vi sørge for at koordinere det vi kan. [V: mmm] mmm men vi kan, vi har:: en:: vi bliver bedre og bedre til at samarbejde og til ,at få vores relationer på plads.

FB: Så vil vi gerne (.) når vi er ude ved folk, hvis vi finder nogen der vil være med til at facilitere eller nogen der gerne vil være chauffør, så det den måde vi kan støtte på i stedet for.

FB: ja, frivillige i det omfang man kan bruge frivillige.

PL: Ca. jeg har ca. 22 timer afsat til ældreområdet

PL: men det er ca. halvdelen af min arbejdstid der går med det her ældre projekt

PL: i hvor høj grad kan civilsamfundet blive en aktive interessent og medspiller i det og der er vi meget interesseret i at få mest muligt gjort til aarhusianerne opdrag kan man sige fordi det er der vi kan mærke det er der det kan bære det at sætte projekter i søen og have en kæmpe portefolie som skal have en masse økonomiske tilskud det er meget meget omkostningstungt for os så enten skal man have nogen eksterne interessenter som har nogen ressourcer de kan spytte i eller også skal man have fat i civilsamfundet og det at få civile til at arbejde sig ind og gøre det til et ejerskab at man lokalt forankret en indsats f.eks. som giver

mening det er jo guld værd for os at vi simpelthen kan få aktiveret at folk får en fornemmelse af at Aarhus er en by der er værd at bo i og som de synes de kan være med til at løfte

V: mm når du så siger aktivere civilsamfundet tænker du så også i forhold til frivillighed

PL: ja det er bl.a frivillighed det kan også være lokalt i foreninger og øhh aktører ude ja ...det kan være rigtig bredt

PL:til at kører busserne ved mod at give dem et måltid mad eller hvad det nu kunne være og så gør man det på den måde bæredygtigt

PL: når det er styrelsen har valgt at sige at de gerne vil udløse en pulje penge til borgere som modtager madservice og som bor i eget hjem så er vi faktisk begrænsede til det

V: - ja og og så gå ud i områderne og sige er det her noget vi skal arbejde med, måske også på direktionsmøde

ÆR: Øhhh. .det er et forvaltningsorgan, sjovt nok, samtidigt er det et fo- folkevalgt organ og det er lidt specielt at man både er et forvaltningsorgan og et folkevalgt organ

ÆR:.. og så kan vi jo så tage fat i og gøre det til en generel sag ud af det, (og) kontakte forvaltningen

ÆR: Øh så vi er sådan en slags, vi skal være, og det skal vi også være i henhold til lovgivningen er ældrerådet et bindeled mellem øhm borgere og byrådet men primært vi skal vi sige politisk altså ældrepolitiske spørgsmål og ikke så meget i enkeltsager.. men du kan jo hurtigt få en enkelt sag drejet til at være et mere politisk spørgsmål ik'os så det

ÆR: Og så gør vi så det at vi typisk laver sådan et brev og det i populistisk form så man læser det til folket, så kan vi jo for eksempel lave læsere i aviserne og slutte af med at skrive vi har henvendt os til byrådet omkring det altså for at give sådan lidt ekstra pres på for så ved vi så er der nogle aviser der der kontakter byråds medlemmerne hvad mener du egentlig om det og så gælder det jo om at få dem til at vende sig

Bilag 9. Litteraturstudie matrix

Titel, forfatter, årstal, land	Formål, design, population	Måltidsprogram	Resultater	Styrker/svagheder
<p>'It is nice to see someone coming in': exploring the social objectives of Meals-on-Wheels.</p> <p>(Timonen & O'Dwyer 2010)</p> <p>Irland</p>	<p>Evaluering af tre sociale formål ved meal on wheels gennem interview med 66 Irske meals-on-wheels modtagere</p> <p>Individuelt interview – 45 minutter</p> <p>66 meals on wheel modtagere fra 13 forskellige service providers</p> <p>60% kvinder, M age=78,5 år</p> <p>81% boede alene</p> <p>60% urban (>5.000), 40% rural (<5.000)</p> <p>15% gift</p> <p>Mændene: 54% aldrig gift, 25% enker</p> <p>Kvinderne: 29% aldrig gift, 58% enker</p> <p>-rekrutteret gennem meals on wheels organisationer og andre kanaler bl.a. Kirker</p> <p>-brugte quote sampling for at sikre heterogenitet</p>	<p>De sociale dimensioner af meals on wheels:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. MOW er med til at give de ældre en social kontekst hvor de kan spise deres måltid og dermed er med til at minimere den emotionelle stress af at tilberede og spise alene 2. stimulere interesse for mad og regulering af måltider 3. hjælper modtagere at udvikle en acceptering af meal-on-wheels (barrier for tiltag- vil ikke føle sig som en charity case) 	<p>-for de fleste sås MOW som et socialt element i deres hverdag. Både mænd og kvinder savnet selskab til måltiderne.</p> <p>- for nogen var MOW med til at minimere denne ensomhed</p> <p>-nogen mente at det sociale var en vigtig del and servicen, andre mente det var knapt så vigtigt</p> <p>-indikationer på at MOW ikke ligger særlig meget vægt på det sociale element</p> <p>Fremmende faktorer:</p> <p>-de fleste sagde de fik tilbudt tiltaget ved udskrivelse fra hospital</p> <p>Hæmmende faktorer:</p> <p>-25% havde ikke mulighed for at lave deres egen mad pga helbredet. (og derfor modtog de MOW)</p> <p>-chaufføren er typisk ikke særlig lang tid hos hver modtager</p> <p>-de fleste så måltidet som en nødvendighed og ikke som noget der skulle nydes</p> <p>-specielt kvinderne havde svært ved at acceptere at de ikke selv længere havde evnen til at lave egen mad fra bunden</p> <p>-udfordring: maden kunne komme med en afvigelse på 1.5 time (nogen gang kl 11 , andre gange kl 14)</p> <p>-på trods af at mange følte maden var kedelig, ville de ikke klage da de synes det var for billigt til at de kunne klage - men nogen var villig til at betale mere, hvis de kunne få bedre mad</p>	<p>Styrker:</p> <p>Deltagerne citater blev anvendt i resultat afsnittet. Klare temaer blev præsenteret samt mindre temaer blev diskuteret i diskussionsafsnittet. Udvalgt deltagere for maks heterogenitet</p> <p>Relativ stor population</p> <p>Pilottestet interview</p> <p>Præsenterer klare temaer som bliver diskuteret</p> <p>Svagheder:</p> <p>Spejlkriteriet ikke testet</p> <p>De nævner selv at måtningspunktet ikke er mødt ift. at kunne nå ud til denne heterogene gruppe.</p>

			-det at kalde det et tilbud til "ældre mennesker" gjorde at de følte sig mindre selvstændig	
<p>Adequacy of and satisfaction with delivery and use of home-delivered meals(Frongillo, Isaacman, Horan, Wethington, & Pillemer, 2010)</p> <p>USA</p>	<p>Undersøge tilstrækkelighed og tilfredshed med levering og brug af måltider (varme og frosne) for ældre. + undersøge determinanter for måltidstfredshed</p> <p>(Telefon) survey</p> <p>1505 de fleste var over 60år (kun 0,5% under 60, 11,1% mellem 60 og 69, resten ældre)</p>	<p>Older American Acts (måltids levering ugedage) og Citymeals-on-wheels (weekend og helligdage – non-profit organisation) Hjemmeleveret måltider i hverdagene, varme og kolde. Enten 5 varme retter en gang om dagen eller 5 frosne retter leveret 2 gange om ugen. Fik også mad til weekenderne og helligdage for en sikkerhedsskyld</p> <p>Survey: Spurgte ind til demografi, finansielle status, fysisk og mentale helbred, uformel sociale netværk, brug af formelle tjenester, hvor længe de har været med i programmet, typer af mad de får, brug af måltidet, relation og interaktion med chauffør, interaktion med mad bureau, religion og kulturel kompatibilitet</p>	<p>Analyse Der blev udført regressionsanalyse, for at undersøge hvilke faktorer der påvirker tilfredshed med hjemmeleveret måltider. Bl.a. med uformel støtte. De finder at der er mere tilfredshed med maden hvis man bl.a. har uformel støtte.</p> <p>Barrier: stor udskiftning i brugere. Kun 17,7% med i mere end 3 år. studiet finder 'kun' at deltagere som ikke længere havde lyst til at modtage hjemmeleveret måltider var fordi de enten havde mindre brug eller lyst for/til maden + mindre tilfredshed med madens kvalitet og variation 82,5% havde evnen til at åbne kasser med ekstra mad – 20% spise ikke det ekstra mad fordi de allerede havde nok En substantiel minoritet håndterede ikke maden forsvarligt fx ved at lade den varme mad stå ude inden spisning eller ikke varmede maden tilstrækkeligt op inden spisning Mødet med chafføren vigtigt element for at hindre social isolation</p>	<p>Strobe: 13/22</p> <p>Syrker: Stor population</p> <p>Svagheder: Ingen limitations-afsnit, diskuterer ikke ekstern validitet, ingen hensyn til konfoundere i regressionsanalyse samt ingen beskrivelse af hvordan variableerne blev håndteret i analysen Ingen information om det er valideret spørgeskemaer → intern validitet derfor lav -Spurgte 20 i pilot studie hvor der ikke sås nogen problematik i at få fat i de ældre eller fulføre interviewet (men siger ikke noget om validiteten af spørgeskemaet)</p>
<p>Meal Programs Improve Nutritional Risk: A Longitudinal Analysis of Community-Living Seniors</p> <p>(Keller, 2006)</p> <p>Canada</p>	<p>Undersøge effekt af formel og uformel støtte på måltider og indkøb ift. ernæringsrisiko blandt ældre Cohort study -face to face interview ved baseline. Telefon interview ved 18-måneders follow-up via SCREEN spørgeskema</p>	<p>Flere forskellige måltids leverandører, som enten betegnes som Meals on Wheels eller meals with socialization</p> <p>Ingen detaljer om programmerne</p> <p>Spørgeskema: 15 item Seniors in the community: Risk Evaluation for Eating and Nutrition</p>	<p>Lineær regression baseret på deskriptiv og bivariante analyser. Deltagere i meals on wheels og meals with socialization var i mindre risiko for at have nutritional risk end dem der ikke modtog måltider. Tendens til at formal support og frequent (daglig) uformel støtte ved måltid gav mindre</p>	<p>Strobe: 20/22</p> <p>Syrker: Validerede spørgeskema De bringer selv limitations på banen, herunder antal interviewere + "Finally, this sample is potentially biased because participants were volunteers who were cognitively well and</p>

	<p>367 ved baseline. 263 ved follow up. (70% var en del af et måltidsprogram ved baseline) M age= 78,7 +/- 8,0 år</p>	<p>(SCREEN) – mulig score på 60</p>	<p>ernæringsrisiko ved follow-up. Kun meals on wheels der er signifikant. (Højere SCREEN scores → mindre risiko for underernæring). Meals on wheels havde et 1,6 højere SCREEN score ved follow-up end ved baseline Fremmende/hæmmende faktorer Kvinder, alene boende, lav indkomst, lav uddannelse, dårligt/middel selvvurderet helbred, depression, utilfredshed med livet, dårligt/middel syn → højere ernæringsrisiko</p> <ul style="list-style-type: none"> - ægtefælle var den der var mest almindelig at få hjælp fra mht. måltid og indkøb - Døtre mere involveret i måltidsstøtte end andre familiemedlemmer - Screening kan være med til at gøre ældre opmærksom på ernæringsrisiko og dermed være mere tilbøjelig for at tage i mod måltidsprogrammer 	<p>had survived for 18 months, despite being vulnerable.”</p> <p>Svagheder: Men kan ikke umiddelbart se at de stratificerer for køn?! Skulle måske være gjort når 76% er kvinder.</p> <p>Ved ikke hvor mange af dem ved 18 måneder, der var en del af et måltidsprogram. Et problem at dem der ikke modtog måltidstilbud var i undertal – 70% modtog måltid.</p>
<p>Effect of family style mealtime on quality of life, physical performance and body weight of nursing home residents: a cluster randomised controlled trial</p> <p>(Nijs, de Graaf, Kok, & van Staveren, 2006)</p>	<p>At undersøge effekten af family style mealtime ift. til forebyggelse af nedgang i QoL, fysisk udholdenhed og kropsvægt ved beboere på plejehjem med kronisk somatiske sygdomme</p> <p><i>Case kontrol studie – 6 mdr.</i></p>	<p>Der blev lavet baseline målinger vha. mini nutritional assessment. Opdeling i 3 kategorier: fejlnæret, i risiko for fejlnæring og godt ernæret. <i>Interventionsgruppen</i> fik måltider hvor fokus var på borddækning, food services (hvor maden blev serveret og valg af mad), personale-</p>	<p>I forhold til QoL fandt man signifikant forskel mellem grupperne. I interventionsgruppen var den konstant men den faldt i kontrolgruppen. Der ses det samme ved fysisk funktion. Det gør sig også gældende i forhold til kropsvægt og energiindtag.</p>	<p>Styrke: regressionsanalyse med mulige confoundere</p> <p>Svagheder: Der bliver ikke oplyst hvorfor dem der dropper ud ikke længere vil deltage de har ingen limitations afsnit med ingen karakteristika af deltagerne</p>

<i>Holland</i>	282 ældre på 5 forskellige plejehjem, hvor 178 gennemførte programmet (95 i interventionsgruppen og 83 i kontrolgruppen). Demens var et eksklusionskriterie	protokol, med råd til at snakke med beboerne under måltidet, balanced seating arrangements, og så var der ingen aktiviteter under måltidet. <i>Kontrolgruppen</i> fik individuelt, pre-servert mad og som de skulle vælge to uger forud.		
Interventions for improving mealtime experiences in long-term care (Vucea, Keller, & Ducak, 2014)	En kortlægning af litteratur på måltidsinterventioner på plejehjem, uanset outcome-measure, studiedesign eller tidsramme	De opdeler programmerne. 4/58 omhandler brug af social støtte Mealtime style: her bruger de det hollandske Nijs som vi også har med, med familystyle mealtime. + bulk-style service, restaurant-style service (s. 311) Social/verbal/behavioral (s. 301): 4 studier der alle bruger struktureret samtale protocol intervention. Fokus på det sociale ved at spise og i selve måltidsoplevelsen. Ved brug af verbal og social interaktion som fx ved at smile (Beattie et. al.), cueing for self-feeding (Van Ort et. al.), opstarte samtaleemner i en morgenmadsklub setting (Pietro og Boczko), eller reminiscens (Cleary et al.).	Mealtime style (s. 311): bulk-style service, restaurant-style service og family-style service øgede alle helbred og nutritional status hos deltagerne Social og verbal interaktion: Beattie et al: interventionen reducerede at deltagere forlod spisestuen og øgede tiden man sad ved bordet med de andre beboere, men ingen forandring i kropsvægt eller mad og væske indtagelse. Van Ort et al: fandt ingen forskel i vægtændring mellem dem der var med i interventionen og dem der ikke var. Men de beboere der deltog fik mere mad og væske, afviste mad i mindre grad og viste mere self-feeding end dem der ikke deltog. Pietro and Boczko: beboere der deltog i Morgenmadsklub havde signifikant ($p < 0,05$) mere psychosocial interaction, procedural hukommelse og krydskommunikation samtaler. Cleary et al: forhøjet madindtag med reminiscens, dog ikke signifikant	PRISMA: 15/27 opfyldt Styrker: Reviewet. Der er flowchart med + beskrevet metode til udvælgelse af studierne (inklusion, eksklusion), søgestrategi. Svagheder: For alle 4 studier (s. 305): små stikprøver og en kort tidsperiode formodes at være grunden til at der ikke blev fundet nogle ændringer i ernæringsstatus. Nogle limitations diskuteret: inklusions og eksklusions kriterierne har gjort nogle relevante studie muligvis er blevet fravalgt. Der var ikke nogen ekspertgrupper til at overvåge konsistensen og nøjagtigheden i udvælgelsen. Der ikke er meget litteratur på området.
Canada	Literatur review - Scoping review (bredere term end systematisk review)			
A café on the premises of an aged care facility: more than just froth	Undersøge værdien af en cafe på et område hvor der også er plejefaciliteter for	Café I et område hvor der var faciliteter for ældre Interviewet evaluerede	5 temaer ud fra interview: 1. et sted at tage hen 2. et sted at skabe relationer 3. "opportunities for	Styrker: Informanternes karakteristika oplyst, hvor man ser at der er flere kvinder, hvilket

<p>(Andrew & Wilson, 2014)</p> <p><i>New Zealand</i></p>	<p>ældre og deres familie og venner.</p> <p>Semistruktureret individuelle interview studie</p> <p>11 beboere og 9 familie/venner</p>	<p>brugen af denne cafe.</p>	<p>being and doing”,</p> <p>4. En følelse af at være normal</p> <p>5. En følelse af identitet</p> <p>Beboerne føler de har et sted at tage besøgene med, venner og familie. Det er et mødested, både for beboerne og for venner og familie udefra. Et sted til en udflugt</p> <p>Indretningen af cafeen betyder noget og det betyder noget at den passer til Årstiden. Den sociale atmosfære bliver værdsat. Beboerne siger selv at det er et sted man kan skabe nye relationer</p> <p>Beboerne er glade for at man selv kan vælge hvad man ønsker at spise, drikke osv.</p> <p>Når beboerne bruger cafeen bliver de også holdt i kontakt med andre aktiviteter.</p> <p>Deltagelse i sociale relationer kan forstærke beboernes identitet og social being.</p> <p>Cafeens beliggenhed skal nøje overvejes, det er vigtigt for beboerne at det er nemt at komme til også hvis man sidder i kørestol.</p>	<p>forfatterne mener afspejler den kønsfordeling der eksisterer på plejehjem hvor der er flere kvinder</p> <p>Skriftlig og mundtlig samtykke</p> <p>Intern validitet ved at informantens udtalelser opsummeres til slut i interviewet, hvor informanten kunne af- eller bekræfte (Spejkriteriet).</p> <p>Limitations er med Svaghed: der er blevet brugt en gatekeeper til rekruttering af informanterne..</p> <p>Mulig selektionsbias, da de udvalgte informanter var flittige brugere af caféen og satte derfor sandsynligvis større pris på caféen.</p>
<p>Nutritional self-care in two older Norwegian males: A case study</p> <p>(Tomstad, Söderhamn, Espnes, & Söderhamn, 2013)</p> <p>Norge</p>	<p>Evaluerer effekten af en ernæringsintervention ved at sammenligne selvvurderet helbred, oplevelsen af sammenhæng, self-care evne and ernæringsrisiko blandt 2 hjemmeboende ældre mænd, før, under og efter intervention</p>	<p>Intervention:</p> <p>En study cirkel til at støtte op om nutritional self-care</p> <p>- 3 møder med en sygeplejerske, sygehjælper og en køkkenleder som facilitator til møderne - over 6 måneder. De professionelle var instrueret i hvad de skulle undervise af første og anden forfatter til artiklen. Møderne var baseret på deltagernes daglige mad og måltidsoplevelser. Hvert møde varede 1,5 time</p>	<p>Andrew (start halvfjerserne): Boede alene i en lejlighed, fik hjælp af familien, havde hjemmepleje og hjælpe i hjemmet</p> <p>Før intervention: ikke tilfreds med livet, ikke aktiv</p> <p>Efter intervention: mere tilfreds med livet og aktiv - bedre appetit, større portioner, spiste mindre med andre, øgede træning, spise vanskeligheder pga dårlig tandsundhed.</p>	<p>Styrker:</p> <p>Ingen dropsouts – men de var også kun to deltagere</p> <p>Kan bidrage med fremmende og hæmmende faktorer ift. en måltidsintervention</p> <p>Svaghed:</p> <p>Hvorledes de to mænd blev rekrutteret angives ikke</p> <p>Det angives ikke om interviewguiden var pilottestet</p> <p>Der blev ikke anvendt citater i præsentationen af resultaterne – dog</p>

		<p>inklusive et måltid, hvor der blev gennemgået forskellige ernærings temaer, blandt andet det at tilberede attraktiv mad.</p> <p>Evaluerings: Nutritional Form for the Elderly (NUFFE) - 15 spørgsmål med 0 til 2 som svarmulighed og mulig score på 30 hvor 0 er bedst, the Self-care Ability Scale for the Elderly (SASE) 5 point likert skala med 17 items maks score på 85 jo højere jo bedre self-care evne, Appraisal of Self-care Agency scale (ASA) 5 point likert skala med 24 items 120 er det højeste score jo højere score jo højere self-care agency, Sense of Coherence (SOC) scale 7 svarmuligheder højeste score er 203 jo højere score jo højere oplevelse af sammenhæng, og sundhedsrelaterede spørgsmål (spørgeskemaer udfyldt før, under og efter intervention)</p> <p>Kvalitative interviews før og efter intervention på ca. 40 minutter</p> <p>Data indsamlet af første forfatter</p>	<p>Han havde evnen til selv at lave mad. Ville helst spise alene omkring måltiderne pga han dårlige tandsundhed. Men tog ofte hen til local centeret for at drikke kaffe og snakke folk og møde nye mennesker. Han havde mulighed for at få en sundhedshjælper til at handle for ham, hvis han var hemmede i det. OG han kunne ringe efter aftensmad på lokalcenteret hvis han var syg.</p> <p>Ben (slut halvfjernerne): Boede alene i en lejlighed. Fik ikke hjælp af familien men fik hjælp af hjemmeplejen og hjælp i hjemmet Var tilfreds med livet, havde en godt selvvurderet helbred og var aktiv før, under og efter interventionen. MEN han oplevede dårligere helbred efter interventionen og var der ved lidt mindre aktiv efter interventionen. Fik en følelse af ensomhed efter konen døde, da de plejede at tilberede maden sammen. Han begyndte at hjælpe til ved plejecenteret efter konens død. Han spiste aftensmad hver dag ved lokalcenteret, hvor han var meget til. Han havde også mulighed for at få mad leveret til</p>	<p>vides det, at interviewene er blevet lydoptaget, transskriberet og kodet.</p>
--	--	---	--	--

			<p>lejligheden,hvis han havde en dårlig dag. Havde evnen til at gå til madbutikken. Han synes ikke han helbredsproblemer gik ud over hans appetit</p> <p>Det sociale: han synes det var vigtigt at have kontakt til andre mennesker. Han kunne ikke lide at spise alene. Ved at spise ved sundhedscenteret mødte han nye folk og også nogen som havde sammenlignelige oplevelser som ham. Kirken var også et stor del af hans sociale netværk. Han var glad for studiecirklen men ville gerne have haft et skriftligt kommendium med de temaer der blev diskuteret</p> <p>De konkludere at studiecirklen var med til at stimulere tanker, engagement og viden omkring ernæringsmæssig selvpleje.</p>	
--	--	--	--	--



Samarbejdsaftale

Mellem: Aalborg Universitet
Institut for Medicin og Sundhedsteknologi
Faggruppen for Folkesundhed og Epidemiologi
Niels Jernesvej 14
9220 Aalborg

Og Projektleder XX
Projekt *Udvikling af bedre rammer for det gode måltid for ældre*
Folkesundhed Aarhus
Frichssparken 36 G
8230 Aarhus C

Ovennævnte parter har indgået følgende aftale i forbindelse med et afgangsprøveprojekt på 12. sem. Folkesundhedsvidenskab, AAU. Projektet er gennemført af: Trine Hartmann Grosen, Veronica Hellum Andersen og Hanne Sophie Rasmussen

- 1. Projektets forløbelige titel:** Forebyggelse af forebyggelige indlæggelser af ældre medicinske patienter- en måltidsintervention med fokus på social støtte
- 2. Projektets formål:** Udarbejde et forandringsforslag til det eksisterende tilbud projekt *Udvikling af bedre rammer for det gode måltid for ældre* i Folkesundhed Aarhus.

3. Aftalegrundlaget

- 3.1. Den viden, som de studerende erhverver om interne forhold, herunder drift, anlæg, metoder og speciel knowhow vedrørende projektets faglige område, og som er markeret som fortrolige, må ikke udnyttes eller videregives til tredje person - vejleder og censor undtaget.
- 3.2. De bearbejdede data er anonymiseret, så ingen konkrete personer kan identificeres. Anonymiseringen er foretaget således, at data kan anvendes som udgangspunkt for forskellige analyser. Nærværende aftale forpligter undertegnede studerende at sikre, at uvedkommende ikke får adgang til data. Efter afslutningen af projektet er alle undertegnede studerende forpligtet til at slette samtlige person-identificerbare data. Undertegnede studerende er selv ansvarlige for forsvarlig sletning af data. Projektleder XX kan ikke gøres ansvarlig for materiale og konklusioner udarbejdet på baggrund af udleverede data.
- 3.3. De indsamlede data vil indgå i projektet til Skolen for Medicin og Sundhedsteknologi til brug for bedømmelse til eksamen. Denne rapport vil indgå i universitetets arkiv. Herudover kan data danne grundlag for conferencebidrag og artikler i relevante tidsskrifter. Projektleder XX er berettiget til at modtage en kopi af projektet, hvis det ønskes.
- 3.4. Der modtages ikke honorar fra hverken Aalborg Universitet eller andre samarbejdspartnere i anledning af samarbejdet.

4. Mulighed for præsentation af projektets resultater
 - a. Under forudsætning af at projektet findes i en kvalitet som vil gøre det relevant at give et oplæg for Folkesundhed Aarhus, kan dette aftales efter afslutning af projektet d. 07.06.2017
 - b. Tidligste fremførelse af resultaterne kan ske fra start juli 2017

5. Brug af resultater og indsamlet materiale
 - a. Såfremt praksiskontakt ønsker at bruge resultater fra projektet, kan det aftales med projektgruppen.

AAU:

Dato Navn

Dato Navn

Dato Navn

Dato Navn

Dato Navn

Projektleder XX, Folkesundhed Aarhus

Dato Navn

Bilag 11 Informationsbrev til *det gode måltid*

Se næste side.

”

Vi husker ikke dage, vi husker specielle øjeblikke
– Cesare Pavese

“



Indbydelse fra Sundhed og Omsorg

Kære _____

Vi vil gerne invitere dig til et hyggeligt samvær med andre fra dit lokalområde. Grib øjeblikket - kom alene eller sammen med din ægtefælle!

Tilbud 1

Har du lyst til at spise sammen med andre fra samme område som dig?

Man mødes hos hinanden på skift og spiser sin medbragte frokost.

Det er rigtig dejligt at kunne snakke med andre, være sammen og hygge sig.

I kan sammen planlægge og bestemme, hvor og hvornår I har lyst til at mødes.

Tilbud 2

Har du lyst til at komme mere ud blandt andre? Sammen med ca. 6-8 ældre

fra samme lokalområde, kan du en gang ugentligt blive hentet og kørt på

”madudflugt” til en af lokalcentrenes mange caféer. Du skal selv betale for din mad. Til gengæld er transporten gratis. Madudflugten giver dig mulighed for at få morsomme oplevelser, nye bekendtskaber og hyggeligt samvær.

Både forebyggelseskonsulenten og hjemmeplejen vil gerne hjælpe dig, hvis du har spørgsmål eller gerne vil tilmelde dig ét af tilbuddene.

Kontaktperson: Lina Engen, forebyggelseskonsulent tlf. 87133163

