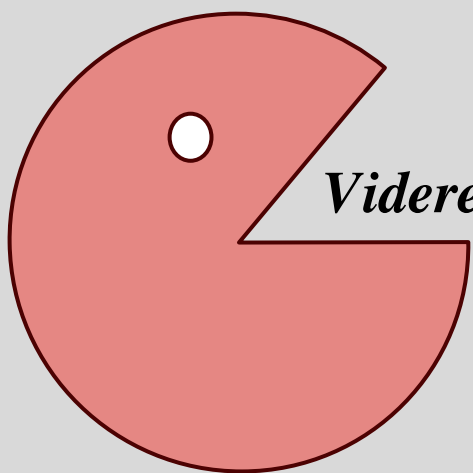




***Videreudvikling af “More2Eat“-Modellen
på Aalborg Universitetshospital***

*Kandidat i Folkesundhedsvidenskab
4. semester Aalborg Universitet*

*Vejleder: Mette Holst
Afleveringsdato: 01/06/23*

*Gruppenummer: 10307
Antal tegn: 233.303*

*Lise Christiansen - 20210508
Natasja Øhrgaard - 20184922*

Forord

Dette speciale er udarbejdet af Lise Christiansen og Natasja Øhrgaard i perioden 1 februar 2023 til 1 juni 2023 på Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet.

Specialegruppens medlemmer vil gerne rette tak til vejleder og bivejleder, professor og forskningsleder for Center for ernæring og Tarmsvigt, Mette Holst og (hvad er hun) Sabina Mikkelsen, for at udvise interesse og støtte gennem specialeskrivningen samt for bidrag til refleksion og faglig udvikling gennem vejledning. Samtidig vil specialegruppens medlemmer takke udviklingskoordinator Lotte Boa for hendes bidrag med viden om More2Eat-modellen.

Endvidere rettes tak til dét plejepersonale i Region Nordjylland, som har afsat tid til at stille op til interviews, det har været en stor hjælp.

God læselyst!

Lise & Natasja

Resumé

Titel: Videreudvikling af “More2Eat”-modellen på Aalborg Universitetshospital.

Baggrund: At være i ernæringsrisiko under en hospitalsindlæggelse kan være forbundet med individuelle og samfundsøkonomiske konsekvenser, men kan imødekommes ved implementering af god ernæringspraksis. På Aalborg Universitetshospital er der indført en ernæringsindsats i form af “More2Eat”-modellen, men modellen har, i sin nuværende form, endnu ikke formået at implementere god ernæringspraksis i tilstrækkelig grad.

Formål: At undersøge barrierer og facilitatorer forbundet med ernæringspraksis med henblik på at anvende den viden til at udvikle forandringsforslag, der kan medvirke til at videreudvikle “More2Eat”-modellen, således at ernæringspraksis implementeres på flere sengeafdelinger på Aalborg Universitetshospital.

Metode: Til at besvare problemformuleringen og de tilhørende forskningsspørgsmål udføres en systematisk litteratursøgning og kvalitative interviews. På baggrund heraf udføres to individuelle analyser. De fremanalyserede data syntetiseres herefter, efterfulgt af endnu en analyse og fortolkning, med inddragelse af self-determination theory og Edgar Scheins teori om organisationskultur. Til slut diskuteres de fremkomne resultater i forhold til den nuværende “More2Eat”-model, og hvor der på den baggrund udvikles forandringsforslag. Der tages afsæt i filosofisk hermeneutik som videnskabsteoretisk ramme.

Resultat: På baggrund af de anvendte metoder er følgende fem forandringsforslag fremkommet: *Større åbenhed vedrørende forskellighed i plejepersonalets individuelle kompetencer, Ledelsen skal motivere plejepersonalet til at deltage i afdelingens ernæringsteams, Fast plan for hvordan plejepersonalet skal prioritere under travlhed, Fokus på én ting af gangen og slutteligt Faste emner til dialog med afdelingernes ernæringsteams.*

Konklusion: Med afsæt i de fremkomne forandringsforslag fremgår det, at ledelsen har en stor betydning for implementeringen af god ernæringspraksis, hvorfor “More2Eat”-modellen i højere grad skal indtænke ledelsen i den videre udvikling af modellen.

Abstract

Title: Refinement of the “More2Eat”-model at Aalborg University Hospital.

Background: Being at nutritional risk during hospitalization can be associated with individual and socioeconomic consequences, but can be acceded to by implementing good nutritional practice. At Aalborg University Hospital a nutrition program, the “More2Eat”-model, has been implemented, but the model has yet not managed to improve good nutritional practices to a sufficient extent.

Aim: To investigate perceived barriers and facilitators associated with nutritional practice, and to use this knowledge to develop recommendations for change in regards to further development of the “More2Eat”-model, so that implementation of good nutritional practice can improve at Aalborg University Hospital.

Method: To answer the research question and the associated research questions a systematic literature study and qualitative interviews are carried out. Based on these two methods, two individual analyzes are carried out. The analyzed data is then synthesized, followed by another analysis and an interpretation, with application of self-determination theory and Edgar Schein’s theory of organizational culture. Finally the results are discussed in relation to the current “More2Eat”-model, from which the recommendations for change emanate. Philosophical hermeneutics is chosen as the theoretical framework.

Results: On the basis of the used methods the following five recommendations for change have been developed: *Greater openness regarding differences in the health care staff’s individual skills, Management should motivate the health care staff to participate in the hospital wards nutrition teams, Fixed plan for how the health care staff should prioritize when busy, Focus on one thing at a time* and finally *Fixed topics for dialogue with the hospital wards nutrition teams.*

Conclusion: Based on the recommendations for change it appears that management is of great importance for the implementation of good nutritional practice. Therefore the “More2Eat”-model must incorporate management to a greater extent as an essential factor in the further development of the model.

Indholdsfortegnelse

1. Initierende problem.....	1
2. Problemanalyse.....	2
2.1 Betydningen af tilstrækkelig ernæring under sygdom	2
2.2 Prævalensen af indlagte patienter i ernæringsrisiko	4
2.3 Eksisterende evidens og anbefalinger om god ernæringspraksis til patienter i ernæringsrisiko og brugen deraf.....	5
2.3.1 Effekten af god ernæringspraksis	5
2.3.2 Den nationale håndtering af ernæringspraksis og effekten deraf	6
2.3.3 Konkrete tiltag i god ernæringspraksis	8
2.4 Implementering af god ernæringspraksis og barrierer derved	10
2.4.1 Introduktion til implementering af sundhedsinterventioner	10
2.4.2 Barrierer på organisatorisk niveau	11
2.4.3 Barrierer på udbyderniveau	12
2.4.4 Barrierer på innovationsniveau	12
2.5 “More2Eat”-modellen	13
2.5.1 “More2Eat”-modellen og dens forandringspotentiale	13
1) Hvad ønskes det at opnå med “More2Eat”-modellen?	14
2) Hvad er indikatorerne for, at en forandring af praksis har medført en forbedring?	14
3) Hvilke aktiviteter indgår i “More2Eat”-modellen, og hvordan er modellen tiltænkt at forbedre implementeringen af ernæringspraksis?	15
2.5.2 “More2Eat”-modellen og dens effekt på implementeringen af god ernæringspraksis	16
3. Afgrænsning.....	17
4. Problemformulering.....	18
5. Metodeafsnit.....	19
5.1 MRC-modellen som ramme for videreudvikling af “More”Eat”-modellen.....	19
5.2 Foreløbig programteori.....	23
5.3 Videnskabsteoretisk position	26
5.3.1 Filosofisk hermeneutik	26
5.3.2 Den interne for forståelse i specialegruppen og dets betydning	27
5.4 Teoretisk referenceramme	28
5.4.1 Self-determination theory	29
5.4.2 Edgar Schein og tre niveauer af organisationskultur	30
5.5 Litteratursøgning	31
5.5.1 Indledende litteratursøgning	31
5.5.2 Systematisk litteratursøgning	32
5.6 Kvalitative interviews	38
5.6.1 Valg af interview som metode og rekruttering af informanter	38
5.6.2 Udarbejdelse af interviewguide	40
5.6.3 Gennemførelse af kvalitative interviews	41
5.6.4 Transskribering af interviews	42
5.6.5 Filosofisk hermeneutisk analysestrategi	42
5.6.6 Forskningsetiske overvejelser.....	44
6. Analyse og resultater	45
6.1 Den systematiske litteratursøgning	46
6.1.1 Præsentation og kvalitetsvurdering af udvalgte referencer	46
6.1.2 Analyse af resultaterne fra den systematiske litteratursøgning	56

6.2 Kvalitative interviews	59
6.2.1 Analyse af de kvalitative interviews	59
7. Syntese og fortolkning	75
7.1 Øget fokus på åbenhed omkring plejepersonalets individuelle kompetencer	76
7.2 Mere synlighed af ledelsens prioritering af ernæringspraksis	77
7.3 Ledelsen skal motivere plejepersonalet til at deltage i afdelingens ernæringsteam	78
7.4 Ledelsen prioriterer at have en ressourceperson	80
7.5 Fast plan for hvordan plejepersonalet skal prioritere under travlhed	81
7.6 Medarbejderinddragelse øger motivationen	83
7.7 Ressourcepersonens bidrag til facilitering af implementeringen af god ernæringspraksis	85
8. Diskussion af resultaterne fremkommet i afsnit 7 i forhold til den nuværende "More2Eat"-model	87
8.1 Øget fokus på og åbenhed omkring plejepersonalets individuelle kompetencer	87
8.2 Mere synlighed af ledelsens prioritering af ernæringspraksis	89
8.3 Ledelsen skal motivere plejepersonalet til at deltage i afdelingens ernæringsteam	89
8.4 Ledelsen prioriterer at have en ressourceperson	90
8.5 Fast plan for hvordan plejepersonalet skal prioritere under travlhed	90
8.6 Medarbejderinddragelse kan øge plejepersonalets motivation	92
8.7 Konkrete metoder som ressourcepersonen kan anvende til at implementere god ernæringspraksis	92
8.8.1 Sammenfatning af fremkomne forandringsforslag	94
8.8.2 Revideret programteori	95
8.8.3 Diskussion af de fremkomne forandringsforslag	97
10. Metodediskussion	98
10.1 Diskussion af valg af videnskabsteoretisk position	98
10.2 Diskussion af valg af teoretisk referenceramme	99
10.2.1 Motivationsteori SDT	99
10.2.2 Scheins teori om organisationskultur	100
10.2.3 Brugen af begge teoretiske referencerammer	100
10.3 Diskussion af systematiske litteratursøgning som metode	100
10.3.1 Søgestrategi	100
10.3.2 Udvælgelsen af studier	101
10.4 Diskussion af interview som metode	102
10.4.1 Rekruttering og brug af informanter	102
10.4.2 Interviewguide	104
10.4.3 Udførsel af interviews	105
10.4.4 Analyse af kvalitative individuelle interviews	106
11. Konklusion	106
12. Referenceliste	109

1. Initierende problem

Kroppen har brug for tilstrækkelig ernæring for at opretholde et godt helbred (Sundhedsstyrelsen, 2015). Hvis kroppen derfor ikke får tilstrækkeligt ernæring og samtidig den energi og de næringsstoffer, den har brug for, kan det medføre underernæring (Sundhedsstyrelsen, 2022a). Flere akutte og kroniske sygdomme kan lede til såkaldt sygdomsrelateret underernæring (Cederholm et al., 2017), og patienter, der er i risiko for dette, betegnes som værende i ernæringsrisiko (Sundhedsstyrelsen, 2022a). At være i ernæringsrisiko under sygdom er en tilstand forbundet med flere negative konsekvenser som for eksempel nedsat immunforsvar, nedsat lungefunktion, nedsat mobilisering, hjerteinsufficiens, øget infektionsrisiko, forsinket sårheling og forringet livskvalitet (Sundhedsstyrelsen, 2022a). Ydermere er tilstanden associeret med øget morbiditet og mortalitet, og forekommer som et globalt problem (Cederholm et al., 2017). Flere studier viser, at prævalensen af patienter i ernæringsrisiko er et hyppigt forekommende problem blandt voksne hospitalsindlagte patienter. Blandt andet viser et dansk tværsnitsstudie af Beck et al. (2021), at 65 procent af studiets inkluderede hospitalsindlagte patienter var i ernæringsrisiko, og i et studie af Mikkelsen et al. (2023) var 53 procent i ernæringsrisiko. Siden 1980, hvor ESPEN (det europæiske selskab for klinisk ernæring) blev stiftet, har der været et stigende fokus på klinisk ernæring (Rasmussen & Holst, 2022), også i Danmark. Til trods for dette stigende fokus er forekomsten af patienter i ernæringsrisiko dog fortsat et problem. I et systematisk review ses det, at prævalensen af patienter i ernæringsrisiko under en indlæggelse steg fra 36 procent ved indlæggelsens start til 51 procent ved udskrivelsen (Inciong et al., 2020), hvilket indikerer, at god ernæringspraksis ikke er implementeret i tilstrækkelig grad. Lignende tendens ses også i Danmark (Rasmussen et al., 2004; Mikkelsen et al., 2023), hvilket på Aalborg Universitetshospital har medvirket til udviklingen af en såkaldt "More2Eat"-model, som er en målrettet ernæringsindsats rettet mod hver enkelt sengeafdelings ernæringspraksis. Undervejs i implementeringen og anvendelsen af "More2Eat"-modellen ses dog divergerende resultater fra forskellige sengeafdelinger, som spænder fra høj grad af implementering af god ernæringspraksis, målt på blandt andet antallet af ernæringsscreeninger, til meget lav grad. Det vurderes derfor væsentligt at undersøge hvilke barrierer og facilitatorer, der har betydning for implementeringen af god ernæringspraksis.

2. Problemanalyse

I det følgende vil specialets problemområde blive udfoldet og fremanalyseret, herunder betydningen af ernæring under indlæggelse, forekomsten af patienter i ernæringsrisiko, samt viden om de eksisterende anbefalinger vedrørende implementering af god ernæringspraksis og effekten deraf. Herefter vil barrierer, der kan forekomme i forbindelse med implementering af god ernæringspraksis blive fremanalyseret, og slutteligt vil “More2Eat”-modellen blive afdækket, med henblik på at opnå viden om dens nuværende effekt på implementeringen af god ernæringspraksis.

2.1 Betydningen af tilstrækkelig ernæring under sygdom

Med dette afsnit ønskes det at belyse betydningen af at indtage tilstrækkelig ernæring under sygdom, herunder under hospitalsindlæggelse, samt konsekvenserne ved ikke at indtage tilstrækkelig ernæring.

Ifølge Sundhedsstyrelsen er en tilstrækkelig ernæring væsentligt for både at fremme og opretholde et godt helbred, god sundhed og trivsel, og ernæring betegnes som den mad og drikke et individ indtager (Sundhedsstyrelsen, 2015). Herigennem får kroppen sin energi og næringsstoffer, der fungerer som byggesten til kroppens organer, væv og funktioner såsom immunforsvar (Juul, 2022). Kosten, der indtages, er sammensat af forskellige næringsstoffer, herunder protein, kulhydrat, fedt, vitaminer og mineraler, men enkeltvis fødevarer indeholder ikke nødvendigvis alle de næringsstoffer, som individet har brug for, hvorfor det er vigtigt at spise varieret (Juul, 2021). Hvis kroppen ikke får den energi og de næringsstoffer den har brug for, kan det medføre underernæring, som er defineret som en tilstand, der netop skyldes utilstrækkeligt eller manglende kostindtag i forhold til det individuelle behov eller individets optagelse af den indtagne næring (Sundhedsstyrelsen, 2022a).

Ved akutte og kroniske sygdomme i de fleste organsystemer kan der, grundet en øget nedbrydning af celler, opstå en markant påvirkning af et individs fødeindtag og metabolisme, som kan lede til sygdomsrelateret underernæring (Cederholm et al., 2017). Sundhedsstyrelsen (2022a) anvender begrebet *ernæringsrisiko* i forbindelse med både patienter eller borgere, der er i risiko for sygdomsrelateret underernæring, og ved patienter eller borgere, der allerede har sygdomsrelateret underernæring. Termen *ernæringsrisiko* vil fremover i specialet blive

anvendt svarende til denne definition. At være i ernæringsrisiko under sygdom er en tilstand, der kan være forbundet med flere negative konsekvenser, som for eksempel nedsat immunforsvar, nedsat lungefunktion, nedsat mobilisering, hjerteinsufficiens, øget infektionsrisiko, langsom sårheling og forringet livskvalitet (Sundhedsstyrelsen, 2022a), og er desuden associeret med øget morbiditet og mortalitet (Cederholm et al., 2017). At være i ernæringsrisiko kan derfor betegnes som en alvorlig tilstand. I et kvantitativt studie, udført på baggrund af voksne hospitalsindlagte patienter, ses en signifikant sammenhæng mellem et energiindtag på mindre end 50 procent af det anbefalede og øget mortalitet (Holst et al., 2010), hvilket bekræfter ovenstående. Dette understøttes af Badosa et al. (2017) og Mikkelsen et al. (2023), hvoraf der i sidstnævnte også ses en større mortalitetsrisiko blandt voksne patienter i ernæringsrisiko, som ikke opnår minimum 75 procent af deres ernæringsbehov. Dette bekræfter de negative konsekvenser ved at være i ernæringsrisiko, samt vigtigheden af tilstrækkelig ernæring.

At være i ernæringsrisiko er endvidere forbundet med øget samfundsøkonomiske omkostninger blandt hospitalsindlagte voksne patienter, hvilket blandt andet ses i et prospektivt kohortestudie af Curtis et al. (2016). Studiet har undersøgt omkostningerne forbundet med at være i ernæringsrisiko blandt indlagte voksne patienter og har fundet, at de samlede omkostninger i gennemsnittet var 31-34 procent højere, og at patienter i ernæringsrisikos hospitalsophold var 18 procent længere sammenlignet med omkostningerne og længden på hospitalsophold for velernærede patienter (Curtis et al., 2016). Dette understøttes i et review af Samara et al. (2018), der tilføjer, at et større behandlingsbehov og flere genindlæggelser er årsager til de øget sundhedsudgifter. At være i ernæringsrisiko har derfor både negative individuelle konsekvenser, men også konsekvenser på samfundsøkonomisk niveau.

Således belyser ovenstående vigtigheden af at indtage tilstrækkelig og varieret ernæring under sygdom, grundet både fysiske og nedbrydende faktorer. Derudover er der, i særlig grad, både individuelle og samfundsøkonomiske konsekvenser forbundet ved at være i ernæringsrisiko under hospitalsindlæggelse, hvorfor dette speciale vil have fokus på ernæringsrisiko blandt voksne hospitalsindlagte patienter. Voksne hospitalsindlagte patienter vil fremover blot blive betegnet som *patienter*.

2.2 Prævalensen af indlagte patienter i ernæringsrisiko

Til at belyse problemets omfang vil prævalensen af patienter i ernæringsrisiko i det følgende afsnit blive fremanalyseret, samt i hvilken grad disse patienter identificeres og behandles.

Prævalensen af indlagte patienter i ernæringsrisiko strækker sig, ifølge et review af Bellanti et al. (2022), mellem 20 og 50 procent og er højest blandt ældre. Det vil sige, at en stor del af de patienter, der indlægges, allerede er i ernæringsrisiko på indlæggelsestidspunktet. Derudover viser et systematisk review af Inciong et al. (2020), at prævalensen af patienter i ernæringsrisiko, målt ud fra BMI, steg fra 36 procent ved indlæggelsens start til 51 procent ved udskrivelsen. Det betyder, at patienter også *efter* indlæggelsens start oplever et vægttab. I et studie af Rinninella et al. (2019) ses desuden, når der sammenlignes med patientens tilstand ved indlæggelsens start og ved udskrivelsestidspunktet, en reduktion i omkredsen af overarmen målt midt på overarmen, et fald i fedtfri masse (FFM) og et fald i fedtfri masse index (FFMI). Dette indikerer, at der er sket en reduktion af enten muskelvæv eller væske. Disse fund understøttes yderligere i et systematisk review, hvor det er fremkommet, at 10-65 procent af indlagte patienter oplever tilbagegang i deres ernæringstilstand i løbet af indlæggelsen (Cass & Charlton, 2022). Det vil hermed sige, at prævalensen af patienter i ernæringsrisiko ikke blot er et udbredt problem ved indlæggelsens start, men også er en tilstand, der kan opstå og forværres under indlæggelsen.

Prævalensen af patienter i ernæringsrisiko i danske kontekster er ligeledes blevet undersøgt. Et observationsstudie på Aalborg Universitetshospital af Holst et al. (2014), hvor 284 patienter var inkluderet, fandt blandt andet, at 48,8 procent deraf var i ernæringsrisiko. I et dansk tværsnitsstudie af Beck et al. (2021) blev 65 procent identificeret til at være i ernæringsrisiko, og blot 25 procent af dem fik dækket sit protein- og energibehov. I et follow-up studie af Mikkelsen et al. (2023) blev 53 procent af de inkluderede patienter vurderet til at være i ernæringsrisiko, hvoraf kun 49,7 procent af patienterne opnåede målet for energiindtag, og 30,8 procent målet for deres proteinbehov. Hermed ses det, at prævalensen af patienter i ernæringsrisiko i Danmark ligeledes er høj, samt at kun halvdelen eller færre af patienter i ernæringsrisiko får dækket deres ernæringsbehov under indlæggelsen, hvilket vurderes at bidrage til den fortsatte deroute for ernæringstilstanden under indlæggelsen.

Et dansk studie af Thomsen et al. (2023) finder desuden en signifikant forskel i prævalensen af patienter i ernæringsrisiko alt efter, hvilken sengeafdeling patienten er indlagt på. På geriatrisk sengeafdeling er 94 procent af de indlagte patienter for eksempel i ernæringsrisiko, hvorimod det “kun” er lidt over 50 procent på kardiologisk og neurologisk sengeafdeling (Thomsen et al., 2023). Her ses ingen forskel på prævalensen blandt mænd og kvinder, men det ses, at antallet af patienter i ernæringsrisiko stiger i takt med stigende alder (Thomsen et al., 2023), hvilket understøttes af, at prævalensen på geriatrisk netop er så høj. Det vil derfor sige, at nogle sengeafdelinger er mere eksponerede for at have patienter i ernæringsrisiko indlagt end andre.

På baggrund af ovenstående ses det, at prævalensen af indlagte patienter i ernæringsrisiko er et udbredt problem både internationalt såvel som nationalt, og som både forekommer ved indlæggelsens start og undervejs i indlæggelsen. Derudover ses det, at kun en mindre andel af patienter i ernæringsrisiko får dækket deres ernæringsbehov, hvilket kan forklare den førnævnte prævalens, samt at forekomsten af patienter i ernæringsrisiko varierer mellem forskellige sengeafdelinger og diagnoser. På baggrund heraf kan der argumenteres for, at den ernæringspraksis, der udføres på hospitaler, ikke i tilstrækkelig grad formår at imødekomme patienternes ernæringsbehov.

2.3 Eksisterende evidens og anbefalinger om god ernæringspraksis til patienter i ernæringsrisiko og brugen deraf

Da det tyder på, at håndteringen af ernæringspraksis i Danmark er utilstrækkelig, vil baggrunden for god ernæringspraksis i de kommende afsnit derfor blive belyst, herunder hvordan god ernæringspraksis håndteres nationalt samt hvem og hvilke konkrete arbejdsopgaver, der indgår.

2.3.1 Effekten af god ernæringspraksis

Flere studier har vist, at konsekvenserne ved at være i ernæringsrisiko kan mindskes med forskellige tiltag. For eksempel viser et RCT-studie af Schuetz et al. fra 2019, at der ved brugen af en rutinemæssig ernæringsindsats i form af ernæringsscreening efterfulgt af en individuel ernæringsbehandling, ses en signifikant lavere forskel i forekomsten af utilsigtede kliniske udfald i form af lavere mortalitet, lavere behov for indlæggelser på intensivt afsnit, færre genindlæggelser og mindre tilbagegang i funktionsniveau blandt patienter vurderet til at være i ernæringsrisiko. I et systematisk review af Gomes et al. (2019) er effekten ved forskellige

tiltag i en ernæringsindsats ligeledes blevet undersøgt, hvor det er fremkommet, at patienter, der modtager en intervention i form af enten råd om ernæring, servering af forskellige ernæringssupplementer, eller som modtager enteral ernæring, har en signifikant lavere dødelighed end blandt dem, hvor ingen intervention fandt sted. Heri ses også en lavere forekomst af genindlæggelser, et højere energi- og proteinindtag samt vægtøgning (Gomes et al., 2019).

2.3.2 Den nationale håndtering af ernæringspraksis og effekten deraf

Til at guide dansk plejepersonale i god ernæringspraksis blandt indlagte patienter udgav Sundhedsstyrelsen i 2003 den første målrettede vejledning, med det formål at forebygge og behandle patienter i ernæringsrisiko indlagt på landets sygehuse og konsekvenserne derved (Sundhedsstyrelsen, 2003). Sundhedsstyrelsen fungerer som den øverste sundhedsfaglige myndighed i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2022b), hvormed der på nationalt plan er taget stilling til, hvordan god ernæringspraksis på landets sygehuse skal foregå. Vejledningen er blevet revideret i 2022, og bygger blandt andet på ESPENs guidelines for god ernæringspraksis (Kondrup et al., 2003), og understøttes blandt andet af førnævnte studier af Schuetz et al. (2019) og Gomes et al. (2019) (Sundhedsstyrelsen, 2022a). Sundhedsstyrelsens vejledning er derfor baseret på den nyeste forskning på området. Vejledningen er en konkret beskrivelse af de arbejdsopgaver, der indgår i indsatsen overfor patienter i ernæringsrisiko, og består overordnet set af *opsporing*, *behandling* og *opfølgning* (Sundhedsstyrelsen, 2022a). Disse arbejdsopgaver vil blive nærmere beskrevet i afsnit 2.3.3. Det er dog op til de enkelte sengeafdelinger at beslutte, hvordan vejledningen skal implementeres (Sundhedsstyrelsen, 2022a). Hermed kan det siges, at vejledningen er en del af top-down strategi, hvor den øverste instans, Sundhedsstyrelsen, sætter rammen for målsætningerne, efterfulgt af en bottom-up strategi, hvor sengeafdelingerne selv har mulighed for at tilrettelægge arbejdsopgaverne i forhold til at opnå målsætningerne.

Ydermere blev der i Danmark i 2004 etableret en top-down strategi i form af den danske kvalitetsmodel (DDKM), som skulle fungere som et nationalt system til kvalitetsudvikling på tværs af alle sektorer i det danske sundhedsvæsen (IKAS - DDKM, u.å.), også vedrørende ernæring (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, 2008). Formålet med DDKM var blandt andet at sikre en løbende udvikling i kvaliteten af ernæringspraksis med henblik på at skabe et bedre og mere sammenhængende patientforløb samt at forebygge fejl og

utilsigtede hændelser (IKAS - DDKM, u.å.) ved at måle på kvalitetsindikatorer relateret til god ernæringspraksis, såsom hvorvidt der blev udført ernæringsscreeninger. Disse kvalitetsindikatorer bestod i praksis af målsætninger, også kaldet akkrediteringsstandarder for god kvalitet, som de enkelte behandlingssteder skulle leve op til (IKAS - DDKM, u.å.). Til at sikre at forskellige sengeafdelinger levede op til standarderne, blev der udført audits med en efterfølgende offentliggjort opgørelse over, i hvilken grad sengeafdelingerne efterlevede standarderne (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, 2008). At kvalitetssikre på denne måde blev udfaset igen i slutningen af 2015 på de danske offentlige sygehuse (IKAS - DDKM, u.å.), omend det er sparsomt belyst, hvad der ligger til grund for denne beslutning.

Holst et al. (2014) har i en dansk tværsnitsundersøgelse undersøgt udviklingen af implementering af god ernæringspraksis i en otte års periode, startende i 2004 hvor DDKM blev indført. Her sås blandt andet en signifikant stigning i antallet af ernæringsscreeninger (fra 40 til 76 procent), at der i højere grad blev lagt en ernæringsplan (fra 46 til 69 procent), samt at patienternes ernæringsindtag i højere grad blev monitoreret (fra 29 til 46 procent) (Holst et al., 2014). På baggrund heraf så det ud til, at god ernæringspraksis i tiltagende grad blev implementeret i praksis. Nyere studier har dog vist, at fremgangen af implementeringen ikke er fortsat. I det tidligere nævnte tværsnitsstudie af Beck et al. (2021) er prævalensen af patienter, der screenes for at være i ernæringsrisiko ligeledes blevet undersøgt, samt dækningen af deres ernæringsbehov. Studiet viste, at kun 42 procent af 197 inkluderede patienter blev screenet inden for de første 24 timer af indlæggelsen. 63 procent af dem viste sig at være i ernæringsrisiko, mens kun 23 procent opnåede 75 procent af deres energi- og proteinbehov. (Beck et al., 2021) I et andet dansk tværsnits- og observationsstudie af Thomsen et al. (2023) er antallet af ernæringsscreeninger ligeledes blevet undersøgt, hvor det er fremkommet, at kun 36 procent ud af 817 indlagte patienter blev ernæringsscreenet, hvilket er tilsvarende resultatet i studiet af Beck et al. (2021). Med udgangspunkt i disse nyere resultater ser det ud til, at der både har været tilbagegang i implementeringen, samt at graden af implementering af god ernæringspraksis er tilbage ved udgangspunktet fra 2004. Hermed tyder det på, at der, trods Sundhedsstyrelsens vejledning, findes omstændigheder relateret til implementeringen af god ernæringspraksis, som forhindrer implementeringen i at finde sted. Om DDKM har medvirket til en positiv effekt på den første positive udvikling er uvis, da det ikke er blevet undersøgt, om der er en sammenhæng.

2.3.3 Konkrete tiltag i god ernæringspraksis

Som beskrevet ovenfor indbefatter Sundhedsstyrelsens vejledning for god ernæringspraksis *opsporing*, *behandling* og *opfølgning* af patienter i ernæringsrisiko, og indbefatter flere forskellige arbejdsopgaver. Der kan desuden være flere aktører involveret i udførelsen af de konkrete arbejdsopgaver, herunder læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, diætister og fys- og ergoterapeuter (Sundhedsstyrelsen, 2022a), og der kan derfor argumenteres for, at god ernæringspraksis fordrer et tværfagligt samarbejde. Sygeplejersken er dog oftest den, der har den tætteste patientkontakt (Sundhedsstyrelsen, 2022a), og er ifølge Vasiloglou et al. (2019) en essentiel aktør i forhold til at forbedre og facilitere arbejdsopgaver relateret til god ernæringspraksis til indlagte patienter. På den baggrund kan det udledes, at sygeplejersken er den, der enten aktivt udfører de konkrete arbejdsopgaver, inddrager relevante aktører og/eller uddelegerer aktiviteter på de respektive sengeafdelinger. Sygeplejersken vurderes dermed at have et stort ansvar når det gælder implementeringen af god ernæringspraksis. Dette giver anledning til overvejelser om, hvorvidt dette ansvar kan forventes, og om det er kompatibelt med sygeplejerskens mange andre arbejdsopgaver, samt hvilken betydning det kan have for implementeringen af god ernæringspraksis. I det følgende vil begrebet *plejepersonalet* dog blive anvendt som en samlet betegnelse for dem, der indgår i de forskellige arbejdsopgaver.

Under det *opsporende* arbejde vurderes patientens ernæringsrisiko, hvorved patienter i risiko identificeres (Sundhedsstyrelsen, 2022a). Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning foregår det ved, at plejepersonalet, inden for de første 24 timer efter indlæggelse, udfører en såkaldt ernæringsscreening, hvis patienten vurderes til et indlæggelsesforløb på 48 timer eller derover. Ernæringsscreeningen på hospitalet foregår med redskabet NRS-2002¹ ud fra kategorierne ernæringstilstand (BMI, vægttab og kostindtag), sværhedsgrad af sygdom og alder. Patientens ernæringsrisiko vurderes ved, at værdien fra de forskellige kategorier lægges sammen i et pointsystem på mellem 0-7, hvor patienten karakteriseres som værende i ernæringsrisiko ved 3 point eller derover. (Sundhedsstyrelsen, 2022a) Hermed skal patienten ved start af indlæggelsen, uanset tilstand, vejes, måles og have stillet et spørgsmål om selv vurderet kostindtag inden for den seneste uge, i forhold til det, der er normalt for den enkelte. Hvis patienten ved den initierende ernæringsscreening ikke vurderes at være i ernæringsrisiko, skal opsporingen gentages efter syv dage, forudsat af, at patienten fortsat er indlagt, således at

¹ NRS-2002 (Nutritional Risk Screening-2002)

patienter, der kommer i ernæringsrisiko efter indlæggelsens start, identificeres (Sundhedsstyrelsen, 2022a). Hvis en patient vurderes at være i ernæringsrisiko, skal der iværksættes en *behandling* på baggrund af en nærmere udredning (Sundhedsstyrelsen, 2022a). Udredningen indebærer en grundig undersøgelse af årsagerne til, at patienten er i ernæringsrisiko, og en efterfølgende plan for, hvordan årsagerne skal imødekommes, og hvilken kost patienten skal have (Sundhedsstyrelsen, 2022a). Heri indgår servering af måltider samt at sørge for, at patienten er klar og velpositioneret til at indtage mad til måltiderne, enten på egen hånd eller med hjælp fra et personale (Holst et al., 2012). Når en behandlingsplan er blevet iværksat, skal der i det videre forløb laves en *opfølgning*, hvilket indebærer monitorering og evaluering af behandlingsplanen, som eksempelvis baseres på kostregistreringer, kontrolvejninger og beregninger på om patienten får dækket sit energibehov (Sundhedsstyrelsen, 2022a). Der er for eksempel en målsætning om, at patienter i ernæringsrisiko skal indtage minimum 75 procent af deres daglige energi- og proteinbehov. Opfølgningen indebærer desuden, at der tages kontakt til kommunen, egen læge eller lignende, hvis patienten fortsat er i ernæringsrisiko ved udskrivelsen. (Sundhedsstyrelsen, 2022a) Herudfra kan det udledes, at god ernæringspraksis er en multifacetteret proces bestående af mange typer arbejdsopgaver. Dette antages at kræve arbejdsgange, der giver plejepersonalet overblik over hvilke patienter, der er i ernæringsrisiko, hvilken behandling der skal iværksættes, samt giver overblik over hvem, der har ansvaret for de forskellige arbejdsopgaver. I et studie af Tangvik et al. (2012) ses det, at med implementering af en ernæringsstrategi steg antallet af ernæringsscreeninger, men ikke behandlingen af patienter, der var i ernæringsrisiko. Dette tyder på, at der findes faktorer, der hæmmer, at alle arbejdsopgaver relateret til god ernæringspraksis udføres. Det pointerer også, at det ikke er tilstrækkeligt at se på ét kvalitetsmål, som for eksempel antallet af ernæringsscreeninger, da det ikke er en garanti for, at patienten har modtaget relevant behandling. Det fremgår ikke af studiet hvilke årsager, der kan ligge bag, men en antagelse kan, som nævnt i ovenstående være, at der mangler en klar ansvarsfordeling, og/eller at der kan være forskel på, hvor let eller svær en arbejdsopgave vurderes at være for plejepersonalet, der skal udføre dem.

Ud fra et samlet afsnit 2.3 kan det først og fremmest udledes, at brug af Sundhedsstyrelsens vejledning i god ernæringspraksis kan have en positiv effekt på helbredstilstanden hos patienter i ernæringsrisiko. Derudover anvendes der, i Danmark, en blanding af en top-down og bottom-up strategi i forhold til at implementere god ernæringspraksis, men det er uvist, hvilken

betydning de forskellige strategier har for implementeringen af god ernæringspraksis. Slutteligt ses det, at god ernæringspraksis er en proces, der involverer flere aktører og består af mange arbejdsopgaver, og hvor udførelsen af én arbejdsopgave ikke nødvendigvis betyder at patienten i ernæringsrisiko har modtaget en tilstrækkelig behandling.

2.4 Implementering af god ernæringspraksis og barrierer derved

Som fremkommet i de forrige afsnit kan der være faktorer relateret til implementeringen af god ernæringspraksis, som kan forhindre implementeringen i at finde sted. Det vurderes derfor relevant at undersøge hvilke barrierer, der kan have betydning for plejepersonalets implementering af arbejdsopgaverne fra Sundhedsstyrelsens vejledning i god ernæringspraksis. For overskuelighedens skyld inddeles barriererne i tre forskellige niveauer, henholdsvis et organisatorisk- et udbyder- samt et innovationsniveau. Dette er inspireret af et systematisk review af Chaudoir et al. (2013), der har undersøgt faktorer af betydning ved implementering af en sundhedsintervention. Først i afsnittet vil der komme en kort introduktion til implementering af sundhedsinterventioner jf. Chaudoir et al. (2013) og de anvendte niveauer efterfulgt af en fremanalysering af barrierer.

2.4.1 Introduktion til implementering af sundhedsinterventioner

Implementering af sundhedsinterventioner er en kompleks proces, der kræver opmærksomhed rettet mod en lang række variabler, herunder de ovennævnte niveauer, som tillige skal ses som værende i konstant bevægelse og som hele tiden har indflydelse på, om implementeringen bliver en succes eller en fiasko (Chaudoir et al., 2013). Grundet niveauernes konstante bevægelse antages det tillige, at niveauerne kan påvirke hinanden, hvorfor det vurderes, at der bør skabes synlighed over barrierer på alle niveauerne. Der kan derfor forekomme overlap mellem niveauerne.

På det organisatoriske niveau indgår aspekter ved en organisation, hvori en intervention skal implementeres, såsom arbejdskultur og rutiner, ledelsesmåde og arbejdsstruktur (Chaudoir et al., 2013). I dette speciale anses en organisation som hver sin sengeafdeling, da det vurderes, at de ikke er sammenlignelige hvad angår ledelsesstil, kultur, ressourcer til rådighed og lignende. Udbyderniveauet vedrører aspekter forbundet med de aktører, der har kontakt med patienten med et formål om at implementere interventionen, såsom deres attitude overfor den forandring, der skal ske (Chaudoir et al., 2013). Aktørerne er førnævnte plejepersonale, der

udfører arbejdsopgaverne, og som indgår i implementeringen af god ernæringspraksis. Innovationsniveauet omfatter konstruktionen af de aktiviteter, der skal implementeres og hvordan disse passer ind i konteksten hvori de skal implementeres (Chaudoir et al., 2013). Det kan for eksempel dreje sig om udførelsen af ernæringsscreening, og om der er fordele eller ulemper forbundet ved selve proceduren.

2.4.2 Barrierer på organisatorisk niveau

Som tidligere beskrevet er god ernæringspraksis multifacetteret med mange arbejdsopgaver, og er ifølge Volkert (2013) en tidskrævende proces, som ikke er mulig uden tilstedeværelsen af kvalificeret personale i tilstrækkeligt antal. Det antages derfor, at det kan skabe udfordringer for implementeringen af god ernæringspraksis, hvis der ikke er tilstrækkeligt med tid og personale, hvilket desuden antages at være et organisatorisk anliggende. At manglende tid er en barriere i forhold til at implementere god ernæringspraksis, fremkommer af et norsk follow-up studie baseret på en tværsnitsundersøgelse af Fjeldstad et al. (2018), hvor der er set på udviklingen af implementeringen af god ernæringspraksis fra 2004 til 2014. Heri ses det, at tid som barriere, i perioden 2004 til 2014, er forblevet uændret (Fjeldstad et al., 2018). Manglende uddelegering af ansvarsområder og manglende struktur af arbejdsopgaverne relateret til ernæringspraksis fremhæves ligeledes i studier som værende barrierer for implementering af god ernæringspraksis (Holst et al., 2009; Ross et al., 2011; Fjeldstad et al., 2018). Det tyder derfor på, at hvis personalet ikke har tilstrækkelig tid til rådighed, og hvis der ikke er en struktur over, hvem og hvordan de forskellige arbejdsopgaver skal udføres, kan dette være en barriere for implementeringen af god ernæringspraksis. I et tværsnitsstudie af Tangvik et al. (2012) fremkom det, som beskrevet tidligere, at implementering af en ernæringsstrategi medførte flere screeninger, men at der kun blev iværksat og udført en behandling hos 53 procent af dem, der blev vurderet til at være i ernæringsrisiko. Hvad der ligger til grund for denne diskrepans er ikke undersøgt i studiet, men det diskuteres deri, hvorvidt det kan skyldes manglende kommunikation mellem plejepersonalet, der udfører ernæringsscreeningen og plejepersonalet, der skal igangsætte og udføre behandlingen deraf. Dette vurderes at være i tråd med, at manglende struktur af ernæringsrelaterede arbejdsopgaver kan være en barriere for implementering af god ernæringspraksis. I et systematisk review er det ligeledes fundet, at konkurrerende opgaver, afdelingskultur samt manglende udstyr kan være barrierer for, om sygeplejerskerne udfører ernæringsscreening på indlagte patienter (Green & James, 2013). Særlig arbejdskulturen blev fremhævet som en nøglefaktor med stor betydning for, hvorvidt

der blev udført ernæringsscreening. Det beskrives, at plejepersonalets evner til at udføre sine arbejdsopgaver, er påvirket af det miljø de er omgivet af, og derigennem at en ændring af organisationens kultur kan være med til at reducere barrierer for udførsel af ernæringsscreening og dermed gøre det lettere for plejepersonalet at udføre. (Green & James, 2013)

På baggrund af ovenstående tyder det derfor på, at der kan være flere årsager på organisatorisk niveau til, at forskellige arbejdsopgaver relateret til implementeringen af god ernæringspraksis ikke udføres, såsom manglende tid og personale samt manglende struktur for hvem og hvordan ernæringspraksis skal udføres. Desuden ses det, at en organisations kultur kan have indflydelse på plejepersonalets evner til at udføre sit arbejde, omend det ikke beskrives nærmere hvad en sådan kultur indebærer.

2.4.3 Barrierer på udbyderniveau

I et tværsnitsstudie af Boaz et al. (2013) blev det fundet, at sygeplejersker rangerer arbejdsopgaver relateret til ernæring lavere end andre sygeplejefaglige opgaver, såsom at give medicin eller at udføre sårpleje. Hermed tyder det på, at sygeplejersker foretager en prioritering af arbejdsopgaverne, hvilket ligeledes antages, gør sig gældende blandt al plejepersonalet. En forklaring kan, ifølge Hiesmayr et al. (2019) være, at der under en hospitalsindlæggelse ikke ses en her og nu effekt af god ernæringspraksis. I relation hertil er det fremkommet i et kvalitativt studie, at plejepersonalet ikke altid genkender patienter i ernæringsrisiko, da mange forbinder dette med at være undervægtig, og i forlængelse heraf oplever denne manglende genkendelse som en barriere for at udføre god ernæringspraksis (Eide et al., 2014). Herudfra tyder det på, at hvis både behovet for og effekten af ernæringspraksis er usynlig, kan dette være en barriere for implementeringen af god ernæringspraksis. Hvis dette er tilfældet, kan det desuden tyde på, at plejepersonalet, der skal udføre vejledningen for god ernæringspraksis, ikke har tilstrækkelig viden om patienter i ernæringsrisiko. Dette er i tråd med et fund fremkommet i studiet af Green & James (2013), som viste, at plejepersonalets viden og kompetencer kan være barrierer for, om der udføres ernæringsscreening på indlagte patienter.

2.4.4 Barrierer på innovationsniveau

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning *Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer* fra 2019 har en implementering størst succes, hvis den planlægges med udgangspunkt i viden om den kontekst, hvori implementeringen skal foregå. Heri kan for eksempel undersøges, hvilke

måder praksis minder om eller afviger fra den praksis, der ønskes implementeret, således at der kan laves en analyse af hvilke aktiviteter, der kan være hæmmende eller fremmende for processen (Sundhedsstyrelsen, 2019). Hvis forskellen mellem den igangværende praksis og en ny vejledning er lille, vil der øjensynligt ses færre barrierer, og omvendt flere barrierer hvis afvigelsen er stor (Sundhedsstyrelsen, 2019). Der kan derfor argumenteres for, at når der tilføres ændringer i praksis, skal ændringerne, i så høj grad som muligt, passe ind i rutinen med de aktiviteter, der i forvejen udføres.

Ud fra et samlet afsnit 2.4 kan det hermed udledes, at en række faktorer kan fungere som barrierer for implementeringen af god ernæringspraksis. For at forbedre implementeringen af god ernæringspraksis vurderes det afgørende at få brudt disse barrierer. Tillige er det ikke tilstrækkeligt kun at forsøge at bryde barriererne på ét niveau, da alle niveauerne vurderes at have en betydning for implementeringen af god ernæringspraksis.

2.5 “More2Eat”-modellen

Som det er fremkommet i flere af de ovenstående afsnit, er udfordringen med implementeringen af god ernæringspraksis ikke et nyt problem. Det vil dermed sige, at trods viden om barriererne er implementeringen af god ernæringspraksis endnu ikke lykkedes. I et forsøg på at skærpe sengeafdelingernes fokus på god ernæringspraksis og hermed forbedre implementeringen er der på Aalborg Universitetshospital tilbage i 2010 blevet udviklet og implementeret en såkaldt “More2Eat”-model (Vidensgenererende mailkorrespondance, marts 2023). “More2Eat”-modellen er en kvalitetsudviklingsmodel, der har til formål at give alle sengeafdelingerne de bedste forudsætninger for en konstant udvikling og implementering af god ernæringspraksis ved at forsøge at imødekomme de barrierer som plejepersonalet på forskellige sengeafdelinger oplever. I dette afsnit vil formålet med “More2Eat”-modellen først blive udfoldet, efterfulgt af en fremanalysering af hvordan modellen i sin nuværende form skaber forandring af ernæringspraksis. Derefter følger en gennemgang af, hvorvidt “More2Eat”-modellen har forbedret plejepersonalets implementering af god ernæringspraksis.

2.5.1 “More2Eat”-modellen og dens forandringspotentiale

Til at fremstille hvordan “More2Eat”-modellen forsøger at skabe forandring af ernæringspraksis, tages der, som inspiration, udgangspunkt i *forbedringsmodellen*, som er en

model, der kan anvendes, når der ønskes at skabe forandringer og forbedringer i praksis (Sundhedsstyrelsen, 2020). I dette afsnit vil forbedringsmodellen blive anvendt til at fremstille “More2Eat”-modellens forandringspotentiale, som skal forstås som de antagelser, der ligger bag, hvordan modellen er tiltænkt at forbedre implementeringen af ernæringspraksis.

Forbedringsmodellen er todelt, hvoraf den første del består af tre nøglespørgsmål, som kan anvendes til at identificere antagelser om, hvilke aktiviteter, der skaber forandring i praksis (Sundhedsstyrelsen, 2020). Det er desuden den del, der vil blive taget udgangspunkt i, hvorfor den anden del ikke vil blive beskrevet nærmere. De tre nøglespørgsmål er 1) *Hvad ønsker vi at opnå?*, 2) *Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?* og 3) *Hvilke forandringer er iværksat for at skabe forandringer?* (Sundhedsstyrelsen, 2020). Besvarelsen af de tre nøglespørgsmål baseres på flere vidensgenererende samtaler og mailkorrespondancer med to ansatte fra Aalborg Universitetshospital, herunder udviklingskoordinator for ernæring og professor og forskningsleder for Center for ernæring og Tarmsvigt, som begge er ansvarlige for udviklingen og implementeringen af “More2Eat”-modellen, samt på baggrund af skriftligt materiale, der indgår i “More2Eat”-modellen.

1) Hvad ønskes det at opnå med “More2Eat”-modellen?

Ifølge udviklingskoordinator og forskningsleder for ernæring ved Aalborg Universitetshospital er det overordnede formål med “More2Eat”-modellen at give sengeafdelingerne på Aalborg Universitetshospital de bedste forudsætninger for at udvikle og implementere god ernæringspraksis med henblik på at mindske de negative konsekvenser, der er forbundet med at være i ernæringsrisiko (Vidensgenererende samtaler, marts 2023).

2) Hvad er indikatorerne for, at en forandring af praksis har medført en forbedring?

Til at vurdere om “More2Eat”-modellen har medført en forbedring af sengeafdelingernes ernæringspraksis, gøres der i modellen brug af ni overordnede kvalitetsindikatorer, som er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning i god ernæringspraksis. Disse kvalitetsindikatorer er, som betegnelsen hentyder, indikatorer for succes med at implementere god ernæringspraksis. Antagelsen er, at jo flere af disse kvalitetsindikatorer sengeafdelingerne opfylder, jo tættere på at implementere god ernæringspraksis er sengeafdelingerne. Disse kvalitetsindikator er 1) at mindst 80 procent af indlagte patienter ernæringsscreenes, 2) at

patienterne vejes inden for de første 24 timer efter indlæggelsen, 3) at patienter i ernæringsrisiko opnår 75 procent af sit protein- og energibehovet, 4) at patienter i ernæringsrisiko kostregistreres i maksimalt en til to dage, 5) at patienten i ernæringsrisiko involveres i ernæringsindsatsen, 6) at kosten tilpasses patienten i ernæringsrisiko, 7) at der skal være et samarbejde med en diætist, 8) at der lægges en plan for patientens ernæring ved udskrivelsen og 9) at ernæringsindsatsen skal organiseres på alle sengeafdelinger i en sådan grad, at alle sengeafdelinger har et ernæringsteam, som er ansvarlige for at holde møder med udviklingskoordinatoren for ernæring. Kvalitetsindikatorerne kan ses i *bilag 8*, hvor de indgår som en del af “More2Eat”-modellens arbejdsredskaber til anvendelse på sengeafdelingerne.

3) Hvilke aktiviteter indgår i “More2Eat”-modellen, og hvordan er modellen tiltænkt at forbedre implementeringen af ernæringspraksis?

“More2Eat”-modellen er overordnet set en målrettet indsats rettet mod hver enkelt sengeafdeling på Aalborg Universitetshospital, som i praksis består af at udviklingskoordinatoren for ernæring fra Aalborg Universitetshospital på skift holder samtaler med hospitalets sengeafdelinger og det plejepersonale, der indgår i afdelingernes ernæringsteams (Vidensgenererende møde med udviklingskoordinator for ernæring, 07-02-2023). Herefter er meningen, at sengeafdelingernes ernæringsteams skal videregive relevant information til det resterende plejepersonale, der ikke er en del af ernæringsteamet (Vidensgenererende samtale, marts 2023). Samtalerne er i høj grad centreret omkring de ni ovenstående beskrevne kvalitetsindikatorer, og hvordan sengeafdelingerne skal opnå dem, og der lægges herved op til, at afdelingerne skal udarbejde en handleplan for hver enkelt kvalitetsindikator. Hver enkelt sengeafdeling har desuden mulighed for medbestemmelse i forhold til hvilken målsætning, der skal være ved den enkelte kvalitetsindikator (Vidensgenererende mailkorrespondance, marts 2023). For sengeafdelinger, der kun i lav grad ernæringsscreener deres patienter, kan det for eksempel ske ved, at der sættes en kvalitetsindikator på 30 procent frem for 80 procent, eller at diætisten minimum én gang om måneden skal involveres i undervisning til personalet eller lignende. Det vil altså sige, at trods Sundhedsstyrelsens top-down tilgang med en fastlagt rammesætning for god ernæringspraksis, gives der her mulighed for at imødekomme sengeafdelingens behov og ressourcer med en bottom-up tilgang med mulighed for individuel justering af kvalitetsindikatorerne (Vidensgenererende samtale, marts 2023). Samtalerne gentages ideelt set hvert halve år, hvor samtalerne fungerer som opfølgningssamtaler med udgangspunkt i tidligere fastsatte

kvalitetsindikatorer. Her følges der op på, i hvilken grad de fastsatte kvalitetsindikatorer er blevet opfyldt, og på eventuelle barrierer eller facilitatorer derved, samt der gives mulighed for at revidere målsætningerne (Vidensgenererende samtale, marts 2023). Antagelsen er, at denne bottom-up tilgang, med løbende individuelle samtaler med sengeafdelingerne, herunder at de får nogle konkrete mål for, om de har forbedret ernæringspraksis, har en motiverende effekt på sengeafdelingernes ernæringspraksis (Vidensgenererende samtale, marts 2023). Det vurderes også at "More2Eat"-modellen kan bistå sengeafdelingerne med at imødekomme de barrierer ved implementeringen, de måtte opleve. Derudover er samtalerne også en måde at stille en ekspert til rådighed som sparringspartner til at hjælpe de enkelte sengeafdelinger til for eksempel at opnå en overordnet større viden om ernæring og dets betydning eller til at bidrage med undervisning eller projekter og lignende (Vidensgenererende møde med udviklingskoordinator for ernæring, 07-02-2023). Endvidere antages det også, at have en positiv indvirkning på sengeafdelingernes motivation, at Ernæringsudvalget, som udviklingskoordinator for ernæring er repræsentant for, viser en interesse for sengeafdelingernes ernæringspraksis (Vidensgenererende samtale, marts 2023). Ud over de nævnte samtaler udføres der med mellemrum audits, hvori der laves en opgørelse og sammenligning af alle sengeafdelingers resultater med udgangspunkt i kvalitetsindikatorerne (Vidensgenererende møde med udviklingskoordinator for ernæring, 07-02-2023). Her er det ikke muligt for de enkelte sengeafdelinger at se resultaterne fra andre sengeafdelinger, men giver sengeafdelingerne mulighed for at se egen udvikling vedrørende egne målsætninger, samt indblik i, hvad der skal til for at opnå top-down målsætningerne (Vidensgenererende samtale, marts 2023). Disse audits formodes tillige at have en positiv effekt på sengeafdelingens motivation (Vidensgenererende samtale, marts 2023).

Ud fra gennemgangen af de aktiviteter, der indgår i "More2Eat"-modellen samt antagelserne bag, hvad der medfører forandring, kan det udledes, at "More2Eat"-modellen i dens nuværende form ved hjælp af flere forskellige aktiviteter forsøger at yde en overordnet hjælp til sengeafdelingerne med at opnå de ni kvalitetsindikatorer, samt forsøger at imødekomme de barrierer, som sengeafdelingerne oplever i den forbindelse.

2.5.2 "More2Eat"-modellen og dens effekt på implementeringen af god ernæringspraksis

Da der som nævnt udføres audits som en del af "More2Eat"-modellen, vurderes det, at resultaterne derfra kan ses som en afspejling af "More2Eat"-modellens effekt på

implementeringen af god ernæringspraksis. Ved en “More2Eat”-kvalitetsaudit fra 2018, foretaget på 17 sengeafdelinger, blev andelen af patienter, der blev ernæringsscreenet, målt (*bilag 9.1*). I forlængelse heraf er disse resultater blevet sammenlignet med audits fra både 2015 og 2017, som viste en stigning i gennemsnittet af antal ernæringsscreeninger fra henholdsvis 33 procent i 2015, 67 procent i 2017, og slutteligt 83 procent i 2018 (*bilag 9.3*). Herudfra så det ud til, at brugen af “More2Eat”-modellen havde bidraget til en forbedring af ernæringspraksis blandt plejepersonalet. Der var dog 5 ud af de 17 sengeafdelinger (29,41 procent) fra auditten i 2018, som ikke nåede målsætningen på 80 procent, men som trods alt opnåede en screeningsprocent på minimum 50 (*bilag 9.1*). I en nyere audit fra 2021 derimod, hvor ti yderligere sengeafdelinger er blevet inkluderet, ses det, at 22 ud af 27 (81,4 procent) sengeafdelinger ikke opnåede målsætningen for ernæringsscreening, samt at 11 ud af de 27 sengeafdelinger (40,74 procent) ernæringsscreenede færre end 50 procent af patienterne (*bilag 9.2*). Herudfra ser det ud til, at der er sket en tilbagegang i implementeringen af god ernæringspraksis efter indførelsen af “More2Eat”-modellen. Hvad der ligger til grund derfor fremkommer ikke, men det kan tyde på, at der er aspekter ved “More2Eat”-modellen, som ikke formår at imødekomme alle barrierer relateret til implementeringen af god ernæringspraksis på Aalborg Universitetshospital.

På baggrund af et samlet afsnit 2.5 kan det udledes, at selvom “More2Eat”-modellen forsøger at imødekomme barrierer, samt har fokus på at øge motivationen på sengeafdelingerne, er det ikke lykkedes at implementere god ernæringspraksis på alle Aalborg Universitetshospital sengeafdelinger. Det tyder derfor på, at “More2Eat”-modellen, i sin nuværende form ikke formår at forbedre ernæringspraksis på alle sengeafdelinger, hvilket skaber en undren over, hvilke barrierer der ellers ligger til grund herfor, og hvordan disse kan imødekommes.

3. Afgrænsning

Der kan være alvorlige konsekvenser forbundet med at være i ernæringsrisiko for voksne under et indlæggelsesforløb, herunder både individuelle og samfundsøkonomiske, hvor der ved de individuelle konsekvenser både ses nedsat mortalitet og morbiditet. Ved at implementere Sundhedsstyrelsens vejledning i god ernæringspraksis (2022a) er der evidens for, at

konsekvenserne forbundet med at være i ernæringsrisiko kan mindskes. Det har dog vist sig udfordrende at få implementeret god ernæringspraksis, hvorfor der på Aalborg Universitetshospital er blevet indført en mere målrettet indsats i form af "More2Eat"-modellen i et forsøg på at øge implementeringen af ernæringspraksis. "More2Eat"-modellen har dog, i sin nuværende form, ikke formået at implementere god ernæringspraksis ligeligt blandt sengeafdelingerne, hvilket har medført en undren over hvilke barrierer og facilitatorer, der ligger til grund for denne forskel, samt hvordan disse barrierer kan imødekommes. Dette speciale vil derfor undersøge hvilke barrierer og facilitatorer, der har betydning for implementering af god ernæringspraksis med henblik på kunne komme med forslag til, hvordan "More2Eat"-modellen kan videreudvikles, således at den kan bidrage til forbedring af ernæringspraksis på flest mulige sengeafdelinger.

4. Problemformulering

Dette speciales problemanalyse og den efterfølgende problemafgrænsning leder frem til følgende problemformulering:

Hvilke forandringsforslag kan medvirke til at videreudvikle "More2Eat"-udviklingsmodellen, således flere sengeafdelinger implementerer god ernæringspraksis?

Til at besvare problemformuleringen er der udarbejdet følgende tre forskningsspørgsmål:

- 1) *Hvilken viden eksisterer der i forhold til facilitatorer og barrierer relateret til implementering af god ernæringspraksis på sengeafdelinger i en hospitalskontekst?*
- 2) *Hvilke facilitatorer og barrierer opleves blandt plejepersonalet på sengeafdelinger i forhold til implementering af god ernæringspraksis, og i forhold til anvendelsen af "More2Eat"-modellen i dens nuværende form?*
- 3) *Hvilke faktorer har betydning for implementeringen af god ernæringspraksis på danske sengeafdelinger på baggrund af den fremkomne viden om barrierer og facilitatorer?*

Forskningsspørgsmål 1 vil blive afdækket gennem en systematisk litteratursøgning, og forskningsspørgsmål 2 vil blive besvaret på baggrund af kvalitative individuelle interviews

med plejepersonale på forskellige sengeafsnit. Efterfølgende vil forskningsspørgsmål 3 blive besvaret ud fra en syntese og fortolkning af resultaterne fra forskningsspørgsmål 1 og 2 sammenholdt med udvalgte teoretiske referencerammer. Til at besvare den overordnede problemformulering vil resultaterne fremkommet i besvarelsen af forskningsspørgsmål 3 blive diskuteret i forhold til den nuværende “More2Eat”-model, hvorved der vil blive udviklet forandringsforslag, der kan anvendes til at videreudvikle “More2Eat”-modellen.

5. Metodeafsnit

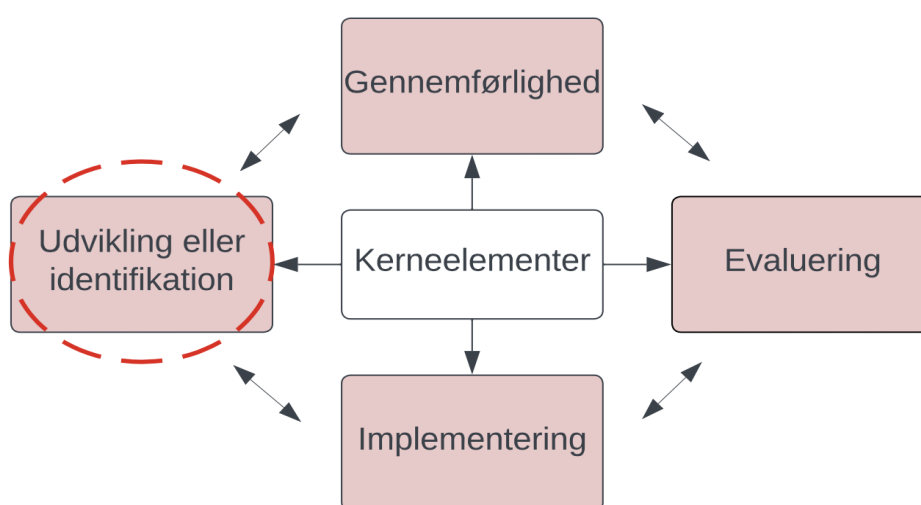
Formålet med dette afsnit er at præsentere og argumentere for den metodologiske fremgangsmåde, der anvendes til at besvare problemformuleringen. MRC-modellen vil først blive beskrevet, da den anvendes som den overordnede ramme for opbygningen af udarbejdelsen af specialet. Herefter beskrives og illustreres en programteori over faktorer, fremkommet i problemanalysen, der antages at have betydning for implementeringen af god ernæringspraksis. Efterfølgende vil specialets videnskabsteoretiske position samt valg af teoretisk referenceramme blive præsenteret og argumenteret for, efterfulgt af en gennemgang af valg af metoder, herunder systematisk litteratursøgning og kvalitative interviews, og brugen deraf.

5.1 MRC-modellen som ramme for videreudvikling af “More2Eat”-modellen

Som det er fremkommet i problemanalysen, er implementering af god ernæringspraksis udfordrende, og der er mange faktorer på spil, som har indflydelse på, hvordan implementering lykkes, hvorfor det vurderes at være en kompleks problemstilling. Komplekse problemer står typisk overfor en kompleks intervention (Krogstrup, 2016), hvorfor det blev vurderet relevant at tage udgangspunkt i Medical Research Council-modellen (MRC-modellen).

MRC-modellen er en teoretisk guide i hvilke aspekter, der bør tages højde for i arbejdet med komplekse interventioner. Dette speciale ønskede en struktureret og systematisk tilgang til videreudviklingsprocessen af “More2Eat”-modellen, hvorved det blev vurderet at kunne opnås ved brug af MRC-modellen. Ydermere blev det vurderet, at anvendelsen heraf kunne være med til at skabe transparens for læseren i forhold til hvordan specialet er blevet udarbejdet. MRC-modellen opdeler kompleks interventionsforskning i fire overordnede faser, herunder *udvikling*

eller identifikation af intervention, gennemførlighed, evaluering og implementering, og der kan tages afsæt i faserne i modellen uafhængigt af hinanden (Skivington et al., 2021). Der indgår seks kerneelementer, som bør revideres gennem alle fire faser bestående af henholdsvis kontekst, raffinering og test af programteori, inddragelse af interessenter, identificering af usikkerheder, raffinering af intervention og økonomiske overvejelser (Skivington et al., 2021). I Figur 1 ses en illustration af MRC- planlægningsmodellen.



Figur 1: De fire faser i MRC-modellen (modificeret ud fra Skivington et al. (2021))

Eftersom “More2Eat”-modellen var og fortsat er under udvikling, blev fokus i dette speciale videreudvikling, hvorfor der blev taget udgangspunkt i fasen *udvikling eller identifikation* fra MRC-modellen. Når der er tale om udviklingsfasen kan der med fordel tages udgangspunkt i *INDEX-guidance*, som er en mere detaljeret guide til udvikling af interventioner som består af 11 trin frem for de kun seks kerneelementer i MRC-planlægningsmodellen (O’Cathain et al., 2019). *INDEX-guidance* blev derfor valgt på grund af dens større detaljegrad, og anvendelsen af de 11 trin er fremstillet i *tabel 1*. Et nøgleprincip for interventionsudvikling er desuden, at processen er dynamisk og iterativ (O’Cathain et al., 2019). På baggrund deraf er trinnene i *INDEX-guidance* ikke nødvendigvis blevet anvendt i den angivne rækkefølge, og af og til er trinnene gentaget og har overlappet hinanden. Ydermere skal alle trin i *INDEX-guidance* ikke nødvendigvis adresseres, men beror på en kvalificeret vurdering af trinets relevans for den givne interventionsudvikling (O’Cathain et al., 2019). I *tabel 1* er der derfor kun beskrevet de trin, der var relevante for specialet.

INDEX-guidance	Beskrivelse af, hvordan INDEX-guidance benyttes i videreudviklingen af "More2Eat"-modellen
Identificering af problemet og planlægning af udviklingsprocessen.	Problemet er blevet identificeret gennem problemanalysen, som både bygger på indledende litteratursøgninger, vidensgenererende samtaler og mailkorrespondancer med udviklingskoordinatoren for ernæring og professor og forskningsleder for Center for ernæring og Tarmsvigt på Aalborg Universitetshospital, samt på baggrund af skriftligt materiale der indgår i "More2Eat"-modelle. Denne proces har været iterativ. Til at planlægge specialeprocessen, og for at sikre en optimal anvendelse af tid og ressourcer, blev der, ved specialets start, udarbejdet et tidsstyringsskema, som er anvendt til at strukturere arbejdsprocessen.
Inddragelse af interessenter der er relevante for udviklingsprocessen	Gentagne gange, undervejs i hele processen, er relevante interessenter blevet inddraget, herunder forskningsleder ved Center for Ernæring og Tarmsvigt samt udviklingskoordinator for ernæring og medudvikler af "More2Eat"-modellen.
Opbygning af en arbejdsgruppe og etablering af beslutningsprocesser	Arbejdsgruppen bestod af specialets to medlemmer, som fælles og i tæt samarbejde med specialets vejledere, har indgået i beslutningsprocesserne. Der er desuden udarbejdet en intern samarbejdsaftale mellem specialegruppens to medlemmer, samt en samarbejdsaftale mellem specialegruppen og dets vejledere imellem i begyndelsen af specialeprocessen.
Gennemgang af eksisterende evidens	Dette punkt indgår under punktet " <i>Identificering af problemet og planlægning af udviklingsprocessen</i> ".
Inddragelse af teori i	For at opnå en dybere og mere kvalificeret forståelse af

udviklingsprocessen	specialets problemområde, er resultaterne fra den systematiske litteratursøgning og de kvalitative interviews blevet sammenfattet, hvorefter specialets valgte teoretiske referencerammer er blevet inddraget. Dette var med henblik på at nuancere forståelsen af specialets resultater.
Opbygning af programteori	I nærværende speciale er der først blevet opbygget en foreløbig programteori, som blev udarbejdet på baggrund af indholdet i problemanalysen. Denne programteori illustrerede de foreløbige faktorer, der viste sig at have betydning for implementeringen af god ernæringspraksis. Den foreløbige programteori er blevet revideret på baggrund af en analyse og fortolkning af resultaterne, der er fremkommet på baggrund af den systematiske litteratursøgning, de kvalitative interviews, samt inddragelse af teoretiske referencerammer. Denne logiske model illustrerer hermed hvordan "More2Eat"-modellen kan videreudvikles med det formål at kunne forbedre implementeringen af god ernæringspraksis.
Indsamling af data	Indsamling af data er foregået via en systematisk litteratursøgning samt via kvalitative individuelle interviews. I den systematiske litteratursøgning er eksisterende evidens blevet gennemgået med henblik på at opnå viden om barrierer og facilitatorer relateret til implementering af god ernæringspraksis. De kvalitative interviews er blevet foretaget med plejepersonale fra sengeafdelinger på hospitaler i Region Nordjylland, og som på forskellig vis har haft erfaring med implementering af god ernæringspraksis.
En forståelse af den kontekst, som interventionen skal	Problemanalysen og de indsamlede data har sammen bidraget med en forståelse af den kontekst, som

implementeres i	“More2Eat”-model skal implementeres i.
En forståelse af facilitatorer og barrierer i forhold til fremtidig implementering af interventionen	Gennem både problemanalysen, vidensgenererende samtaler, den systematiske litteratursøgning samt kvalitative interviews er facilitatorer og barrierer, der har betydning for implementering af god ernæringspraksis, blevet afdækket.
Interventionen skal designes og forfines	På baggrund af syntesen og fortolkning af resultaterne fra den systematiske litteratursøgning og de kvalitative interviews er den indledende programteori blevet revideret.
Afslutning af udviklingsfasen	Der findes ikke et fast kriterium for hvornår en udviklingsfase er tilendebragt, men de frembragte resultater og måden hvorpå de er fremkommet, kan give en pejling om, hvorvidt der skal gås videre til en eventuel evaluerings- eller gennemførlighedsfase (O’Cathain et al., 2019). Grundet specialets tidsbegrænsning er det videre forløb, herunder at vurdere anvendeligheden af de fem fremkomne forandringsforslag, overladt til rette vedkommende. Det anbefales dog at de testes og evalueres, inden de implementeres som en del af “More2Eat”-modellen.

Tabel 1: Oversigt over hvordan INDEX-guidance anvendes i dette speciale

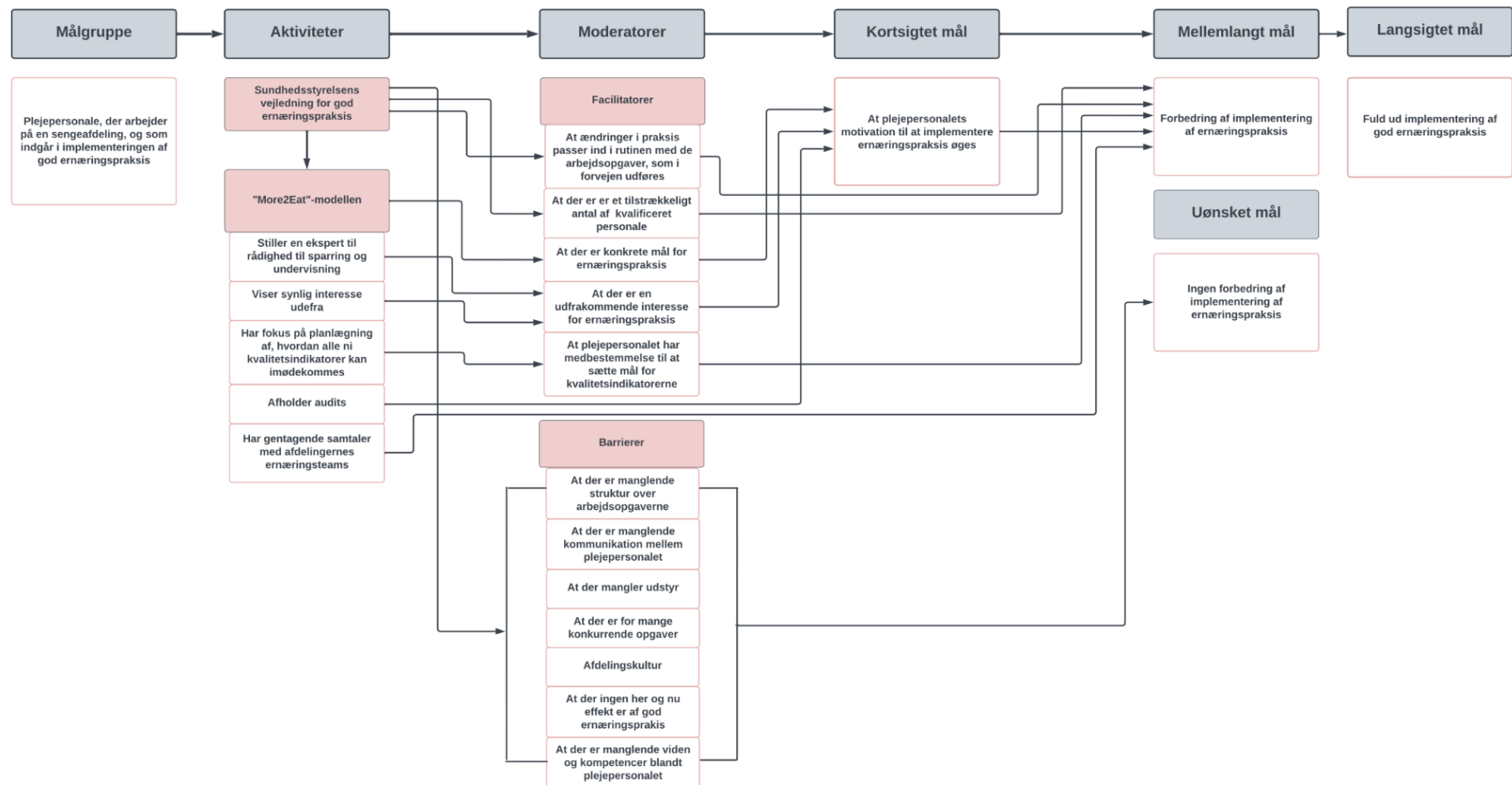
5.2 Foreløbig programteori

Ifølge Skivington et al. (2021) bør der, uanset hvilken fase af MRC-modellen, der arbejdes i, indgå en programteori. En programteori er en illustrativ beskrivelse af, hvordan en intervention forventes at lede til en given effekt, og under hvilke forhold. Den illustrerer nøglekomponenter ved en intervention, og hvordan de interagerer, herunder mekanismerne eller moderatorerne derved samt aspekter ved konteksten, som forventes at påvirke disse mekanismer eller moderatorer. En sådan programteori bør løbende revideres og testes. (Skivington et al., 2021)

Der er derfor, på baggrund af specialets problemanalyse, blevet udarbejdet en programteori, der illustrerer de foreløbige faktorer, der har vist sig at have betydning for implementeringen af god ernæringspraksis, eksempelvis de aktiviteter der indgår i “More2Eat”-modellen. Denne programteori er illustreret og beskrevet senere i nærværende afsnit og kan ses i *figur 2*. Som det fremgår med udgangspunkt i Skivington et al. (2021), skal en programteori, som nævnt, løbende revideres. Programteorien vil derfor, i afsnit 8.8.2, blive revideret på baggrund af specialets fremkomne resultater. I revideringen vil det fremgå, hvordan “More2Eat”-modellen kan videreudvikles, i form af tilføjelse af forslag til nye aktiviteter, og de moderatorer der er forbundet derved. samt hvilke facilitatorer og mekanismer videreudviklingen medfører.

Figur 2 indeholder følgende elementer: *Målgruppe, aktiviteter, moderatorer samt kortsigtet-mellemlangt og langsigtet mål.* *Målgruppen* i nærværende speciale svarer til det plejepersonale, der arbejder på en sengeafdeling, og som indgår i implementeringen af god ernæringspraksis. *Aktiviteter* refererer til de arbejdsopgaver, der indgår i Sundhedsstyrelsens vejledning for god ernæringspraksis, og som “More2Eat”-modellen også forsøger at opnå. Herunder refereres der tillige til de særlige aktiviteter, der indgår som en del af “More2Eat”-modellen. *Moderatorer* svarer til faktorer, der kan fungere som henholdsvis en facilitator eller barriere for implementeringen af god ernæringspraksis, og som udspringer på baggrund af aktiviteterne. Det kortsigtet mål svarer til faktorer som det forventes at aktiviteten kan påvirke inden for en kort tidshorisont, hvilket, i dette speciale, vurderes til at være, at plejepersonalet motiveres til at implementere ernæringspraksis. Det mellemlange mål svarer til, at der gradvist over en kort årrække sker en forbedring af implementeringen af god ernæringspraksis, som til sidst fører til en fuld implementering af god ernæringspraksis, svarende til det langsigtede mål.

Som det kan ses i *figur 2*, er der pile mellem elementerne i programteorien, hvilket illustrerer, at der er en sammenhæng mellem elementerne. For eksempel illustrerer pilen mellem aktiviteter og moderatorer, at aktiviteterne fører til moderatorer, enten i form af facilitatorer eller barrierer, som til sidst ender ud i enten det kortsigtet, mellemlange eller langsigtet mål. Der forekommer ikke pile mellem alle elementerne, hvilket skyldes, at der, i problemanalysen, ikke nødvendigvis er fremkommet en kobling mellem aktiviteterne, moderatorerne og det kortsigtet mål. I nogle tilfælde fører aktiviteten enten direkte til det kortsigtede eller det mellemlange mål. Ingen pile fører direkte til det langsigtede mål, men det er medtaget, da det er den overordnede hensigt med både Sundhedsstyrelsens vejledning for god ernæringspraksis og med “More2Eat”-modellen.



Figur 2: Foreløbig programteori

5.3 Videnskabsteoretisk position

Ifølge Juul & Pedersen (2012) handler videnskabsteori om, hvordan der skabes viden gennem videnskaben, og om hvilken slags viden, der kan leveres. I dette afsnit vil valget af videnskabsteoretisk position, *filosofisk hermeneutik*, blive uddybet og argumenteret for, herunder hvilken betydning dette valg har i forhold til, hvordan der skabes viden samt hvilken viden, der skabes. Ydermere vil der blive redegjort for specialegruppens interne forforståelse samt dets betydning for specialets generering af data og resultater.

5.3.1 Filosofisk hermeneutik

Filosofisk hermeneutik søger overordnet en fortolkende forståelse af, hvorfor mennesker handler, som de gør (Juul & Pedersen, 2012). Da dette speciale har eftersøgt viden om, hvordan adfærd blandt plejepersonale kan forandres, vurderes det at være i tråd med den filosofiske hermeneutik.

Ifølge Dahlager & Fredslund (2016) er det ontologiske ståsted inden for filosofisk hermeneutik, at forståelse og fortolkning af virkeligheden skabes i interaktionen mellem individer eller tekst, og at sandheden derfor er subjektiv. Individets forståelse af sig selv i den verden, det omgives af, er ikke umiddelbart observerbart eller synligt, men er indlejret i dets handlinger og måde at kommunikere på, hvorfor fortolkning er nødvendig (Juul, kap. 4, 2012). Det betyder derfor, at den viden, der er fremkommet i specialet, er blevet påvirket af specialegruppens fortolkning af den viden, der er fremkommet på baggrund af de inddragede datakilder, samt af specialegruppens forforståelse. Når der findes én fortolkning sted, vil den derfor altid kunne overgå af andre mulige fortolkninger (Juul, 2012), hvilket betyder, at den viden, der er fremkommet i dette speciale, ikke kan blive betragtet som endegyldig.

Det epistemologiske ståsted inden for filosofisk hermeneutik er derimod, at forforståelse er en betingelse for, at der kan erkendes og opnås viden (Dahlager & Fredslund, 2016). Forforståelse defineres, i en forskningsmæssig sammenhæng, som den verden, forskeren er født ind i (Juul, 2012), som dets faglige perspektiv og antagelser baseret på erfaringer eller teori, og er altid til stede og med til at præge ny forståelse (Dahlager & Fredslund, 2016). Specialegruppens egen forforståelse har derfor været en integreret del af dette speciale, og har, som beskrevet i ovenstående, haft indflydelse på den viden, der er fremkommet gennem processen. Ifølge Gadamer kan og bør en forsker ikke forsøge at tilsidesætte egen forforståelse, da det ikke er

muligt at vide hvilket forskningsspørgsmål, der skal stilles uden viden om det fænomen, der skal undersøges (Dahlager & Fredslund, 2016). Forinden forskeren indgår i dialog med et individ eller en tekst, skal forskeren derfor vedkende og eksplicitere sin egen forforståelse, således den kan sættes i spil i mødet med et andet menneske (Juul, 2012). I dialogen er det desuden vigtigt som forsker at forholde sig åben over for det, der udspringer af mødet med den anden og være villig til at få en ny forståelse (Juul, 2012).

Når der opstår ny forståelse i mødet med et individ eller en tekst, er der inden for filosofisk hermeneutik tale om horisontsammensmeltning (Dahlager & Fredslund, 2016). Horisontsammensmeltning foregår i den hermeneutiske cirkel, hvorved både forskerens og individets horisont forandres i dialogen med hinanden (Juul, 2012). Her udspringer en ny fælles helhedsforståelse på baggrund af to forskellige enkeltdelte i form af meningshorisonter, og forskeren er ikke blot en neutral observatør (Juul, 2012). Det er også i den forbindelse, at fortolkning foregår, og som har indflydelse på hvilken ny erkendelse, der udspringer (Juul & Pedersen, 2012). I dette speciale betyder det derfor, at specialegruppens medlemmers forforståelse er blevet en del af det fænomen, der er blevet undersøgt, og som ligeledes har haft en indvirkning på specialets fremkomne resultater.

I udarbejdelsen af dette speciale er der undervejs opnået nye forståelser i kraft af horisontsammensmeltninger og fortolkninger af specialets omdrejningspunkt. Dette er opstået under udarbejdelsen af problemanalysen og den efterfølgende problemformulering, i den systematiske litteratursøgning og i de kvalitative interviews, samt i den efterfølgende analyse og fortolkning af resultaterne. Specialet har således opnået ny viden løbende gennem specialeprocessen, som har bidraget til nye forforståelser og forståelser af problemet.

5.3.2 Den interne forforståelse i specialegruppen og dets betydning

Ifølge Dahlager & Fredslund (2016) bør en forsker forholde sig til den forforståelse, der tages med ind i forskningsprocessen. Dette kan gøres ved at bevidstgøre og eksplicitere egen forforståelse i relation til omdrejningspunktet for ens forskning, og dannes blandt andet ud fra ens faglige perspektiv (Dahlager & Fredslund, 2016). Med dette afsnit har specialegruppen forsøgt at imødekomme dette.

Specialgruppens forforståelse er udsprunget på baggrund af meget forskellige erfaringsgrundlag, hvoraf det ene specialemedlem har en teoretisk baggrund fra en uddannelse i idræt, og den anden en baggrund i sygepleje med flerårig praksiserfaring, herunder erfaring

med at udføre ernæringspraksis. Til at opnå et internt fælles forståelsesgrundlag har udarbejdelsen af problemanalysen været nyttig, men det har tillige været nødvendig med en vedvarende tæt dialog gennem hele specialeprocessen. Det er dog blevet vurderet, at det ikke har været muligt at imødekomme alle interne forskelle. En fordel ved så forskellige erfaringsgrundlag kan imidlertid være, at gruppemedlemmet med mindst sygeplejeerfaring har kunnet se perspektiver, som har været usynlige for den anden grundet en risiko for at have mere fastlåst i antagelserne om, hvad der gør sig gældende i forbindelse med implementering af god ernæringspraksis.

Fælles for specialegruppens medlemmer har været, at der, ved begyndelsen af specialeprocessen, ikke var fuld bevidsthed om problemets omfang, hvorfor begge specialemedlemmers forforståelse er blevet præget af problemanalysen. En forforståelse har dog været, at manglende implementering af god ernæringspraksis skyldes manglende ressourcer i form af personale, og at uanset hvor meget "More2Eat"-modellen udvikles, så vil den ikke kunne imødekomme dette problem. Heri ligger en fordom om, at der pålægges sundhedsvæsenet flere og flere arbejdsopgaver, uden at det anerkendes eller italesættes, hvor mange ressourcer disse arbejdsopgaver kræver. Hermed udspringer yderligere en fordom om, at problemet med utilstrækkelig implementering af god ernæringspraksis i højere grad skyldes strukturelle årsager end årsager relateret til plejepersonalet, der skal implementere ernæringspraksis.

5.4 Teoretisk referenceramme

I følgende afsnit vil valg af teoretiske referencerammer blive præsenteret og begrundet. Som det er fremkommet på baggrund af problemanalysen, kan det være vanskeligt at motivere plejepersonalet til at implementere god ernæringspraksis. Derfor er der taget afsæt i en motivationsteori, kaldet *self-determination theory* (SDT), som omhandler tre psykologiske behov, der kan påvirke individets motivation. Denne er blevet anvendt med henblik på at skabe indsigt og forståelse for hvilke faktorer i sengeafdelingernes nuværende arbejdsstruktur, der kan have en indvirkning på plejepersonalets motivation til at implementere god ernæringspraksis. Derudover er det, på baggrund af problemanalysen, fremkommet, at kulturen på en arbejdsplads kan have en stor betydning for implementeringen af god ernæringspraksis, hvorfor Edgar Scheins tre niveauer af organisationskultur er blevet valgt som teoretisk referenceramme. Formålet hermed er at øge forståelsen af den kontekst, herunder kulturen, hvori implementeringen af god ernæringspraksis foregår. Begge teorier skal bidrage med at

åbne op for nye fortolkninger af den indsamlede data fra den systematiske litteratursøgning og de kvalitative interviews.

5.4.1 Self-determination theory

Oftest er mennesket et nysgerrigt, vitalt og selvmotiveret væsen (Ryan & Deci, 2000). Når det er det mest, er mennesket inspireret til at lære nye færdigheder og til at anvende disse. Omvendt kan mennesker også opleve, at deres engagement formindskes eller slet ikke er der, og derfor afviser personlig vækst og ansvar. Med Self-Determination Theory (SDT) ses individets indre motivation som værende afhængig af tre basale og psykologiske behov. Disse behov indbefatter *autonomi*, *kompetencer* og *tilhørsforhold*, og hvis alle behov opfyldes, kan det øge sandsynligheden for, at der skabes en indre motivation i mennesket. (Ryan & Deci, 2000) Ved at analysere og diskutere, om plejepersonalet får opfyldt disse behov på deres arbejdsplads, kan der derved opnås en større indsigt i potentielle faktorer, der kan fremme plejepersonalets motivation for implementering af god ernæringspraksis.

Autonomi er menneskets mulighed for at have medbestemmelse over de aktiviteter, han eller hun indgår i, og motivationen vil stige i takt med stigende medbestemmelse (Ryan & Deci, 2000). Dette aspekt er anvendt til at belyse og diskutere plejepersonalets mulighed for autonomi, og dets betydning for deres motivation for at implementere god ernæringspraksis. Kompetencer handler om menneskets egen forståelse af egne kompetencer og hvorvidt disse stemmer overens med de krav, mennesket stilles over for (Ryan & Deci, 2000). Jo mere mennesket føler, at egne kompetencer er tilstrækkelige, desto større er sandsynligheden for følelsen af succes, og herigennem også en større sandsynlighed for at opleve en større indre motivation (Ryan & Deci, 2000). Dette aspekt er derfor anvendt til at diskutere, om plejepersonalet oplever at have de tilstrækkelige kompetencer, og denne faktors betydning for implementeringen af god ernæringspraksis. Ved tilhørsforhold er der tale om menneskets relation til en social kontekst og de individer, der indgår i konteksten, hvori en særlig aktivitet udføres, da mennesket har et grundlæggende behov for at høre til (Ryan & Deci, 2000). Hvis behovet for tilhørsforhold imødekommes, øges sandsynligheden for, at motivationen stiger hos det enkelte menneske (Ryan & Deci, 2000). Inddragelse af dette aspekt har derfor bidraget med indsigt i konceptet tilhørsforhold og dets betydning for implementeringen af god ernæringspraksis.

5.4.2 Edgar Schein og tre niveauer af organisationskultur

Ifølge Schein er organisationskultur ofte usynlig og ubevidst, men kan kortlægges og synliggøres ved at anskue kulturen på tre niveauer (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Disse tre niveauer påvirker hinanden gensidigt, og udgøres af *grundlæggende antagelser*, *værdier og normer*, og *artefakter*. For eksempel har de grundlæggende antagelser indflydelse på de værdier og normer, der er i en organisation, og kan derigennem skabe artefakter. Omvendt kan artefakter være medvirkende til at forme og forstærke værdier og normer, som herigennem har indflydelse på de grundlæggende antagelser. (Jacobsen & Thorsvik, 2013) Som beskrevet i problemanalysen er der forskel på, i hvilken grad forskellige sengeafdelinger implementerer god ernæringspraksis, og det antages, at denne forskel kan afspejles i forskellige afdelingskulturer på sengeafdelingerne. Hver sengeafdeling skal derfor ses som havende hver sin kultur, hvori disse tre niveauer indgår i forskellige grader, og det antages, at visse sengeafdelinger har en mere fremmede kultur for implementeringen af god ernæringspraksis end andre. Ved at have inddraget disse tre niveauer antages det at kunne bidrage med viden om hvilke former for arbejdskultur, der har en faciliterende effekt på implementeringen af god ernæringspraksis.

Grundlæggende antagelser er en gruppes fælles opfattelser eller meninger, integreret som en fælles sandhed, og som er vanskelig at ændre på (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Disse grundlæggende antagelser er ofte nogle, som den enkelte ikke er bevidst om og derfor blot tager for givet, samt stiltiende giver videre til nye individer, der indtræder i gruppen. Disse kan derfor være vanskelige at afdække. Grundlæggende antagelser omfatter for eksempel en fælles holdning til ledelsen eller gruppens holdning til enten passiv eller aktiv adfærd. De omfatter, at sandheder fremkommer ved, at der lyttes til eksperter, eller ved at gruppen finder deres egen sandhed. Om der er en konkurrencementalitet, eller om der vægtes samarbejde. Om andre mennesker opfattes som grundlæggende gode eller onde eller som determineret af deres omgivelser. Og slutteligt om hvordan konflikter opfattes internt i gruppen. For eksempel om det er bedst at være enige, eller om uenighed ses som en konstruktiv debat. (Jacobsen & Thorsvik, 2013)

Værdier vedrører en fremhævelse af, hvad der er ønskeligt, og hvad der vil blive værdsat, og afspejler ofte de grundlæggende antagelser (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Hvis en grundlæggende antagelse er, at mennesket grundlæggende er dovent, kan en værdi være, at

styring og kontrol er vejen frem. Værdierne er dermed også en implicit afspejling af, hvilke værdier der betragtes som dårlige. Normer er derimod bestemte principper eller såkaldte uskrevne regler eller begrænsninger, som gruppen forventes at følge, og kan, hvis de ikke følges, medføre sanktioner. Hvis værdier og normer skal skilles ad, kan det siges, at værdierne er abstrakte idealer, og normerne kommer til udtryk via handling. (Jacobsen & Thorsvik, 2013)

Artefakter defineres som noget observerbart, der udtrykker den underliggende kultur beskrevet som de grundlæggende antagelser, værdier og normer (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Artefakter er symboler, der formidler viden om den underliggende kultur, men skal undergå en fortolkning for at kunne virke som et symbol. Artefakter kan være indlejret i dét, mennesket siger, og være underlagt humor og slang. De kan være indlejret i menneskets adfærd eller i kropssproget, samt i måden, der udtrykkes følelser, og i hvorvidt disse følelser accepteres. Slutteligt kan artefakter være udtrykt i fysiske genstande, såsom udformningen af bygninger, indretning, udsmykning, skriftligt materiale, brug af uniformer og lignende. (Jacobsen & Thorsvik, 2013)

5.5 Litteratursøgning

I dette afsnit vil der blive præsenteret to litteratursøgninger. Den første er den indledende litteratursøgning, som blev anvendt til at opnå forståelse for problemet, og den anden er den systematiske litteratursøgning, som blev anvendt til at besvare forskningsspørgsmål 1.

5.5.1 Indledende litteratursøgning

Til at afdække specialets problemfelt blev der foretaget indledende litteratursøgninger. For at belyse problemet, skal der, ifølge Rienecker & Jørgensen (2017), i den indledende søgning, søges bredt. Derfor blev der søgt i databaserne PubMed, Embase, Medline og Google Scholar, med det formål at skabe et overblik over litteratur, som kunne bidrage til at belyse problemfeltet. Når der fremkom litteratur, der var relevant, blev der, hvis muligt, søgt efter yderligere litteratur med funktionen "cited by". Dette gav mulighed for at udforske, om litteratur, der havde anvendt samme litteratur, var relevant at inddrage. Derudover blev der udført søgninger i Google, som blandt andet var anvendelige til at identificere relevante rapporter udgivet af Sundhedsstyrelsen.

5.5.2 Systematisk litteratursøgning

Til at besvare forskningsspørgsmål 1: *Hvilken viden eksisterer der i forhold til facilitatorer og barrierer relateret til implementering af god ernæringspraksis på en sengeafdeling i en hospitalskontekst?* er der foretaget en systematisk litteratursøgning. I det følgende vil der blive redegjort og argumenteret for de valg, der blev foretaget i forbindelse med udarbejdelsen af denne søgning, herunder valg af databaser, søgeblokkenes indhold, in-og eksklusionskriterier og valg af metode til kvalitetsvurdering af udvalgte artikler.

5.5.2.1 Valg af databaser

I udarbejdelsen af den systematiske litteratursøgning var første skridt at udvælge databaser. Databaser opstiller referencer indenfor et specifikt emneområde, og litteraturen for hver database indkredser dens akademiske fokus (Buus et al., 2008). På baggrund heraf blev der udvalgt fire databaser, som blev vurderet relevante i forhold til forskningsspørgsmål 1, og disse blev desuden diskuteret i samråd med en forskningsbibliotekar med henblik på at sikre, at relevante databaser ikke blev overset. De valgte databaser var PubMed, Embase, ProQuest og CHINAL, og deres akademiske fokus er præsenteret i *tabel 2*.

Database	Akademisk fokus
PubMed	Dækker over sundhed, biomedicin, adfærd og psykologi (Lund et al., 2014)
Embase	Dækker over emner som folkesundhed, sundhed, psykiatri mm. (Lund et al., 2014)
ProQuest	Dækker litteratur inden for felterne humaniora, samfundsvidenskab, naturvidenskab og medicin (Aalborg Universitetsbibliotek, 2022)
CINAHL	Dækker over sygeplejefaglige områder (Lund et al., 2014)

Tabel 2: De anvendte databasers akademiske fokus

PubMed blev valgt på grund af dets fokus på adfærd, da omdrejningspunktet i specialet er at forstå plejepersonalets adfærd i forbindelse med ernæringspraksis. Ydermere dækker den over mere end 35 millioner referencer (Aalborg Universitetsbibliotek, 2022a). Embase blev valgt på grund af dets fokus på folkesundhed, da en årsag til at forbedre implementeringen af god ernæringspraksis blandt andet er at undgå forværring af indlagte patienters helbredstilstand,

hvilket vurderes at være til gavn for alle i den danske befolkning, der indlægges på hospitaler. Embase er desuden en af de største databaser indenfor medicin/biomedicin og andre relaterede områder, og inkluderer databasen MEDLINE (Aalborg Universitetsbibliotek, 2022b). ProQuest blev valgt på grund af dets brede dækning af fokusområder, og der er søgt i alle dets databaser. Bredden af fokusområder vurderes at mindske sandsynligheden for at overse relevante referencer. Slutteligt blev CINAHL valgt, da det er den database, der indeholder flest sygeplejefaglige referencer (Aalborg Universitetsbibliotek, 2022c).

5.5.2.2 Søgeblokke

Den systematiske litteratursøgning blev udformet som en bloksøgning. Ifølge Buus et al. (2008) er dette en effektiv måde at udføre databasesøgninger på. Der blev søgt i fem blokke, som overordnet blev inddelt i *målgruppen*, *interesseområde 1*, *interesseområde 2*, *kontekst* og *udfald*. Målgruppen omhandler sundhedspersonale eller sygeplejersker og lignende. Interesseområde 1 refererer til former for implementering og interesseområde 2 til former for ernæringspraksis. Konteksten refererer til hospitalsvæsenet, og udfaldet til forandringer eller forbedringer.

I blokkene blev der anvendt både kontrollerede emneord og fritekstord. Kontrollerede emneord er ord, som hver enkelt reference er blevet tildelt af en udbyder (Buus et al., 2008), og sikrer, ifølge Rienecker & Stray Jørgensen (2017), at de referencer, der søges frem, omhandler det, der blev søgt viden om. Kontrollerede emneord varierer dog fra database til database (Buus et al., 2008). Derfor blev der, forinden den endelige søgning, foretaget flere søgninger i hver database for at få et større kendskab til hver enkelt databases kontrollerede emneord, hvilket bidrog til at identificere emneord fra én database, som ikke fremkom i de andre. Fritekstord er "naturlige" ord, der kan beskrive en given problemstilling og anvendes til at søge referencer, der ikke er indekseret med et kontrolleret emneord (Buus et al., 2008). Tillige er brugen deraf med til at udvide søgningen (Buus et al., 2008). Derudover blev der i dette speciale anvendt frasesøgning og trunkering i forbindelse med fritekstsøgningen. Ved trunkering inkluderes flere variationer af det valgte ord (Buus et al., 2008), og ved frasesøgning sikres det, at søgeord, der indeholder mere end ét ord, søges sammenhængende (Rienecker & Stray Jørgensen, 2017).

Da specialegruppen vurderede, at der var identificeret tilstrækkelige ord, blev disse ført ind i en overordnet skabelon over søgeblokkene, som blev udgangspunktet for de endelige søgninger i de fire databaser. At tage udgangspunkt i en skabelon medvirker til at bevare overblikket

under søgningen og fungerer samtidig som dokumentation for søgningen (Buus et al., 2008). *Tabel 3* viser et udsnit af skabelonen for bloksøgningen, som blev anvendt ved søgningen i alle databaser. Den fulde skabelon kan ses i *bilag 1.1*. Ved de endelige søgninger blev der søgt på alle ordene fra skabelonen, både som kontrolleret emneord og som fritekstord. I den forbindelse blev der anvendt de boolske operatører OR og AND. OR angiver at referencerne skal indeholde minimum ét af ordene fra den samlede blok (Lund et al., 2014), og blev anvendt mellem hvert enkelt søgeord fra hver enkelt blok, herunder både emneord og fritekstord. AND sikrer, at de fremsøgte referencer indeholder ord fra samtlige blokke (Lund et al., 2014), og blev brugt mellem hver enkelt blok. De endelige søgninger blev alle udført d. 22/03-23 og kan ses i *bilag 1.2-1.5*. Opbygningen af de endelige søgninger varierede mellem databaserne grundet forskellig opbygning af databaserne og deres søgefunktioner, men indeholder de nødvendige informationer til, at søgningerne kan gentages.

Målgruppen	Interesseområde 1	Interesseområde 2	Kontekst	Udfald
Nurses	Implementation	Nutritional programming	Hospital service	Change
Nursing staff	Implementation science	Dietary intervention	Organizations	Behavioral changes
Health care personnel	Systems implementation	Hospital food service	General hospitals	Increase motivation”
Health care professional	Program implementation	Hospital malnutrition	Organizational structure	Improvement
Health care assistants	Implementation strategies	Nutrition policy	Hospitals	Improving nutritional care

Tabel 3: Udsnit af skabelonen for bloksøgningen

5.5.2.3 In- og eksklusionskriterier

Ifølge Buus et al. (2008) er det hensigtsmæssigt at formulere tydelige in- og eksklusionskriterier, når der udvælges relevante referencer. Derfor blev der, i forbindelse med udvælgelsen af referencer, opstillet in- og eksklusionskriterier med henblik på at sikre en stringent og ensrettet udvælgelsesproces, samt sikre, at de mest relevante artikler til at besvare forskningsspørgsmålet, blev inkluderet. For eksempel blev referencer omhandlende implementering af god ernæringspraksis på intensivafdelinger ekskluderet, da det blev

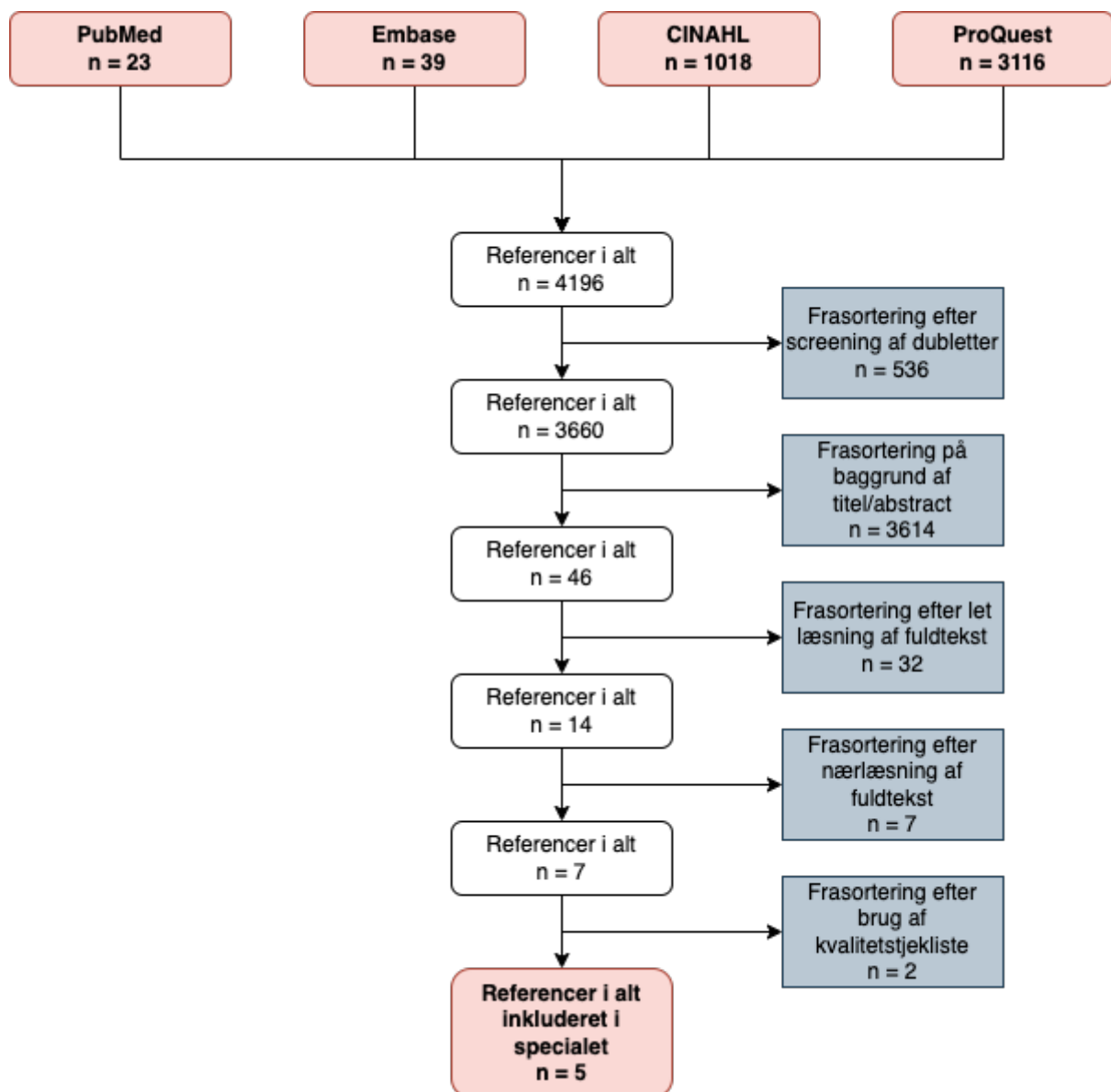
vurderet, at en sådan kontekst ikke var sammenlignelig med konteksten på en sengeafdeling. De opstillede in-og eksklusionskriterier kan ses i *tabel 4*.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Hospitalskontekst	Ernæring til indlagte børn
Kirurgiske og medicinske sengeafdelinger	Intensivafdelinger som kontekst
Skal omhandle håndteringen af ernæring til indlagte patienter	Studier publiceret før år 2000
Skal omhandle barrierer og/eller facilitatorer i forbindelse med at udføre ernæringspraksis	
Artiklen kan læses på engelsk eller dansk	

Tabel 4: In- og eksklusionskriterier anvendt til at udvælge referencer

5.5.2.4 Udvælgelsesprocessen

Udvælgelsen af referencer foregik i tæt samarbejde mellem specialegruppens medlemmer, hvor eventuelle tvivlsspørgsmål og uoverensstemmelse blev drøftet indtil opnåelse af konsensus. Ovenstående in- og eksklusionskriterier blev anvendt gennem hele udvælgelsesprocessen. På baggrund af søgningerne blev der samlet set, efter fjernelse af dubletter, fremsøgt i alt 3.660 referencer. Efterfølgende blev der læst titel og/eller abstract, hvilket resulterede i en frasortering af 3.614 referencer, hvilket efterlod 46. Ved de 46 referencer blev der foretaget en let læsning af fuldteksten, hvilket efterlod 14 referencer til nærlæsning af fuldteksten. Disse 14 referencer blev nærlæst, hvilket i første omgang efterlod syv referencer til inklusion, hvoraf to dog blev ekskluderet senere i forbindelse med kvalitetsvurderingen. Dette efterlod i alt fem referencer til inklusion. *Figur 3* viser udvælgelsesprocessen.



Figur 3: Flowchart over udvælgelsen af referencer

5.5.2.5 Kvalitetsvurdering af artikler

Når de systematiske søgninger er fuldført, og relevante referencer opfylder de udvalgte in- og eksklusionskriterier, skal kvaliteten, ifølge Lund et al. (2014), af udvalgte referencer vurderes. Årsagen til dette er, at der kan være stor variation i kvaliteten af forskningsartikler, hvilket derfor vil kunne påvirke de resultater, der fremkommer af ens egen forskning (Markussen, 2004). Til formålet kan der for eksempel anvendes anerkendte tjeklister (Lund et al., 2014). Forskellige studiedesigns forbindes med forskellige kvalitetskriterier, og vurderes derfor med forskellige tjeklister (Lund et al., 2014). I forbindelse med den systematiske litteratursøgning fremkom to kvalitative studier (Laur et al., 2017; Chapman et al., 2015), ét systematisk review (Mastnak et al., 2022), ét mixed-method studie hvor fokus var på den kvalitative del (Lassen

et al., 2008) og ét såkaldt delphi-studie (Cate et al., 2022). Til de to kvalitative studier og til det systematiske review blev der anvendt tjeklister fra Joanna Briggs Institute (JBI). Til mixed-method studiet blev tjeklisten “Mixed Methods appraisal tool” anvendt. Til Delphi-studiet var det ikke muligt at finde en konkret tjekliste, men i en artikel af Nasa et al. (2021) indgik en oversigt over fokusområder, der bør tages højde for i vurderingen af Delphi-studiers kvalitet. Med udgangspunkt i ovenstående tjeklister samt studiet af Nasa et al. (2021) blev kvaliteten af de inddragede studier dermed vurderet. De fulde kvalitetsvurderinger kan ses i *bilag 3*.

I afsnit 6.1.1.2 - 6.1.1.6 fremkommer en overordnet præsentation af disse kvalitetsvurderinger, hvor der, til slut i hvert afsnit, er givet en samlet vurdering af kvaliteten af hver af de inkluderede studier. Til at bestemme den samlede vurdering er der både fremkommet en vurdering af selve kvaliteten af studiet samt en vurdering af studiets anvendelighed i dette speciale. I den forbindelse er der anvendt kvalitetsbegreber, som er tilpasset studiernes design, hvilket derfor har betydet, at der forekommer forskellige begreber med samme betydning.

Ved de to kvalitative studier blev der gjort brug af kvalitetsbegreber passende til kvalitative studier. Centrale kvalitetsbegreber her er troværdighed, overførbarhed og stringens (Kitto et al., 2008). Troværdighed refererer til, hvorvidt studiets resultater er godt præsenteret og meningsfulde. Overførbarhed refererer til, hvorvidt de fundne resultater i studiet kan anvendes i andre sammenhænge end den kontekst, som undersøgelsen er udført i. Stringens refererer til, hvorvidt der er en transparent beskrivelse af studiets udførelse af forskningen, herunder fremgangsmåde, metodiske valg, dataindsamling og analyse. (Kitto et al., 2008) Tillige blev det vurderet, at mixed-method studiet også skulle høre under en kvalitativ kvalitetsvurdering, grundet at der, i dette studie, kun blev anvendt resultater fra den kvalitative del. Derfor blev ovennævnte kvalitetsbegreber ligeledes anvendt i mixed-method studiet.

Det har ikke været muligt at finde specifikke kvalitetsbegreber til at vurdere kvaliteten af Delphi-studiet. Det blev derfor valgt, at delphi-studiet kunne inddrages under de kvalitative kvalitetsbegreber, da det var muligt at drage nogle sammenhænge hertil. Hertil blev begrebet generaliserbarhed anvendt, da dette kvalitetsbegreb blev anvendt af studiets forskere, og refererer, ifølge Launsø et al. (2017), til, hvorvidt resultaterne kan generaliseres til andre sammenhænge.

Ved det systematiske litteraturreview blev der taget udgangspunkt i kvalitetsbegreberne validitet og reproducerbarhed, da disse begreber, ifølge Frandsen et al. (2014), anses som værende centrale i denne type studie (Frandsen et al., 2014). Her bør der desuden skelnes mellem intern og ekstern validitet, hvor intern validitet refererer til, hvorvidt forskeren måler det tilsigtede, hvilket også kan betegnes som studiets gyldighed, og hvor den eksterne validitet refererer til, hvorvidt studiet kan generaliseres til andre kontekster (Launsø et al., 2017). Reproducerbarhed refererer til, hvorvidt der er konsistens i søgningen, således at den kan reproducere (Frandsen et al., 2014).

5.5.2.6 Analysestrategi

Analysen af resultaterne fra den systematiske litteratursøgning blev udført med inspiration fra Dahlager og Fredslunds filosofisk hermeneutiske analysestrategi (se afsnit 5.6.5). Det har betydet, at der, efter grundig gennemlæsning af studiernes resultater, blev udvalgt meningsbærende enheder, efterfulgt af tildeling af et overordnet tema. Efter gennemlæsning af alle temaerne blev det vurderet, om der var sammenhæng mellem de meningsbærende enheder og de udvalgte temaer, og samtidig blev flere temaer slået sammen. De endelige temaer, som var relevante for at besvare problemformuleringen, er præsenteret i resultatafsnittet, hvor de blev sammensat som en helhed på tværs af de inddragede studier.

5.6 Kvalitative interviews

Formålet med de kvalitative interviews var at besvare forskningsspørgsmål 2: *Hvilke facilitatorer og barrierer opleves blandt plejepersonalet på danske sengeafdelinger i forhold til implementering af god ernæringspraksis, og hvilke facilitatorer og barrierer opleves i forhold til anvendelsen af "More2Eat"-modellen i dens nuværende form?* I følgende afsnit vil den metodiske fremgangsmåde i udarbejdelsen af de kvalitative interviews blive beskrevet og argumenteret for.

5.6.1 Valg af interview som metode og rekruttering af informanter

Med de kvalitative interviews var ønsket at udføre en dybdegående undersøgelse af plejepersonalets oplevelser med implementering af god ernæringspraksis, hvorfor det blev valgt at udføre individuelle interviews. Ifølge Kvale & Brinkmann (2009) er omdrejningspunktet i kvalitative interviews at forstå betydningen af udvalgte temaer fra informantens daglige livsverden, og er en enestående mulighed for at få et indblik i en andens

livsverden. At udføre kvalitative interviews er en aktiv proces, hvor informanten sammen med interviewerens skaber viden (Kvale & Brinkmann, 2009), hvilket er i tråd med den valgte filosofiske hermeneutiske tilgang, hvor forskerens forforståelse sammen med informantens forståelse får en ny forståelse til at opstå.

Da de kvalitative interviews skulle anvendes til at frembringe viden om specialets problemområde, blev det vurderet relevant at søge informanter med en særlig viden og erfaring i implementering af god ernæringspraksis. Hermed er der tale om *purposeful sampling*, som betyder, at der udvælges informanter, som kan bidrage med mest mulig indsigt i det område, der har interesse (Merriam & Tisdell, 2016). Rekrutteringen af informanter til de kvalitative interviews foregik derfor med hjælp fra specialegruppens vejleder, som tillige er forskningsleder for Center for Ernæring og Tarmsvigt, samt udviklingskonsulenten inden for ernæring, som begge arbejder med at implementere god ernæringspraksis, og som derfor blev vurderet til at have et godt netværk til relevante informanter. Sammen udarbejdede de en invitation på mail, der blev sendt rundt til alle matrikler hørende under Aalborg Universitetshospital, med henvendelse til plejepersonale med en særlig relation til ernæringspraksis. En særlig relation er for eksempel at være en del af en sengeafdelings ernæringsteam. Derudover blev der, under et ernæringssymposium afholdt i marts 2023 på Aalborg Universitetshospital, gjort opmærksom på nærværende speciale med opfordring om at melde sig som informant. Tilsammen medførte dette, at fem personer i første omgang meldte sig som informanter, hvoraf én meldte fra kort forinden det planlagte interview på grund af manglende tid. Der indgik derfor sammenlagt fire informanter. I *tabel 5* kan der ses en oversigt over deltagerne. Forud for interviewene blev der udarbejdet en samtykkeerklæring til godkendelse, som alle informanterne fik tilsendt via mail. Samtykkeerklæringen kan ses i *bilag 7*.

Kvalitative interviews				
Pseudonym	Charlotte	Anette	Susanne	Stine
Alder	40	45	39	31
Køn	Kvinde	Kvinde	Kvinde	Kvinde
Uddannelse	Sygeplejerske	Social- og sundhedsassistent	Sygeplejerske med en sundhedsfaglig kandidatuddannelse	Sygeplejerske

Anciennitet på nuværende sengeafdeling (ansættelse)	16 år	21 år	6 år	7 år
Anciennitet (uddannelse)	2007	2002	2011	2015
Erfaring med ernæringspraksis	Tovholder på ernæringspraksis siden 2014	Har indgået i sengeafdelingens ernæringsteam siden 2018-2019	Ledende oversygeplejerske siden januar 2023, og tidligere udviklingssygeplejerske	Indgår ikke i sengeafdelingens ernæringsteam

Tabel 5: Oversigt over udvalgte informanter, som indgår i de kvalitative interviews

5.6.2 Udarbejdelse af interviewguide

I dette speciale blev der udarbejdet en interviewguide på baggrund af problemanalysen og den foreløbige programteori, hvorfra de mest relevante perspektiver blev udvalgt. Ifølge Tanggaard & Brinkmann (2015) kan et interview være alt fra rimeligt ustruktureret med få planlagte spørgsmål, til stramt struktureret med mange styrende spørgsmål. Valget derom beror på, hvad det enkelte forskningsprojekt kræver (Tanggaard & Brinkmann, 2015). Da specialet har taget udgangspunkt i et filosofisk-hermeneutisk perspektiv, skal spørgsmålene, ifølge Dahlager & Fredslund (2016), stilles så åbne, at de tillader informanterne at svare forskelligt på det samme spørgsmål, men samtidig begrænses til det valgte interesseområde. På den baggrund er der valgt en semistruktureret interviewguide. Åbenhed er inden for hermeneutikken fundamentalt i forhold til at opnå forståelse og opnås netop ved at stille spørgsmål samt ved at indgå i dialog (Dahlager & Fredslund, 2016). Herved er der ydermere givet plads til, at nye perspektiver kan komme frem, som ikke på forhånd var tænkt på. I disse situationer bør intervieweren forsøge at dykke dybere ned i de nye perspektiver, der fremkommer, da det derigennem er muligt at sætte for forståelsen på spil. (Dahlager & Fredslund, 2016) Spørgsmålene blev derfor udformet med fokus på et bestemt tema, som i dette tilfælde er implementeringen af god ernæringspraksis, men hvor det blev overladt til informanten at fremhæve den essens, der blev fundet relevant. Interviewguiden består derfor af en række spørgsmål, som overordnet set relaterer sig til implementeringen af god ernæringspraksis, men som giver informanten mulighed for at bidrage med nuancer af fænomenet, som informanten selv vurderer relevant. Derudover er der anvendt forskellige typer af spørgsmål, som ifølge Merriam & Tisdell (2016) kan karakteriseres som henholdsvis *baggrundsspørgsmål*, *oplevelses-* og *adfærdsspørgsmål*,

meningsspørgsmål og *vidensspørgsmål*. Som indledning i interviewguiden blev der valgt baggrundsspørgsmål, hvor hovedspørgsmålet var: *“Kan du indledningsvist fortælle os lidt om dig selv og din arbejdsbaggrund?”*. Herefter et vidensspørgsmål i form af: *“Hvad er dit kendskab til vejledningen for ernæringspraksis?”*, efterfulgt af et oplevelses- og adfærdsspørgsmål: *“Hvad er din erfaring med at bruge den?”*. Baggrundsspørgsmålene gav mulighed for at få en større forståelse af informantens kontekst, og de resterende bidrog på forskellig vis med forskellige nuancer af informantens viden, erfaringer og oplevelser med at udføre ernæringspraksis. Spørgsmålene blev derudover udformet i et alment hverdagsprog, således at de var lette forståelige for informanterne. Inden anvendelsen af interviewguiden blev der desuden blevet foretaget et pilotinterview, da det, ifølge Merriam & Tisdell (2016), er en måde, hvorpå interviewer kan øve sig på det kommende interview. Under et pilotinterview kan det opdages, om spørgsmålene er meningsgivende, om spørgsmålene skal omskrives, om spørgsmålene bidrager med brugbar viden, samt kan medføre forslag til spørgsmål, der ikke var tænkt på til at starte med (Merriam & Tisdell, 2016). Interviewguiden kan ses i *bilag 4*.

5.6.2.1 Pilotinterview

Pilotinterviewet blev udført blandt en bekendt og tidligere kollega til et af specialegruppens medlemmer. Vedkommende er uddannet sygeplejerske siden 2007 og cand.cur siden 2021, og har flere års erfaring fra både sengeafsnit og fra en intensivafdeling, og senest som udviklingssygeplejerske på et hospice i Region Nordjylland. Pilotinterviewet bidrog med ændringer i form af omskrivning af spørgsmål, således at de gav mere mening, samt reduktion af spørgsmål, der mindede for meget om hinanden. Begge medlemmer i specialegruppen deltog i pilotinterviewet og reflekterede og rettede efterfølgende indholdet og opbygningen af interviewguiden i fællesskab.

5.6.3 Gennemførelse af kvalitative interviews

I forbindelse med specialet blev der i alt afholdt fire interviews, hvoraf tre af dem blev afholdt som et fysisk møde, og ét af dem online via Microsoft Teams. Specialegruppens medlemmer foretrak fysiske møder, men lod beslutningen være op til informanterne, således at deres behov og ønsker blev tilgodeset. Ifølge Merriam & Tisdell (2016) kan et online møde dog sammenlignes med et interview, der foregår ansigt til ansigt, da det herved er muligt at se hinanden samt at aflæse ansigtsudtryk. Det vurderes derfor ikke, at udbyttet af interviewet, der er foregået via Microsoft Teams, er blevet forringet. Begge specialegruppens medlemmer deltog i alle interviewene for at sikre en ensartet overordnet viden om de emner, der fremkom

under interviewene. Interviewene tog afsæt i interviewguiden, og der blev afsat 45-60 minutter til hvert interview, som alle bestod af en kort briefing, brug af interviewguiden og slutteligt en kort debriefing. Briefingen bestod af en kort opsummering af interviewets formål og dets måde at foregå på, samt en mundtlig og skriftlig bekræftelse på, at informanten var indforstået med indholdet i samtykkeerklæringen. Én af specialegruppens medlemmer stod primært for interviewene, mens den anden tog noter. Inden afslutningen af selve interviewet kunne notetageren stille uddybende spørgsmål, hvis det blev fundet relevant. Debriefingen gav mulighed for at informanten kunne uddybe emner eller komme med tilføjelser samt give feedback på, hvordan det havde været at deltage. Alle interviews blev optaget på lydfil, da det ifølge Merriam & Tisdell (2016) sikrer, at der ikke går information tabt til den videre analyse. Endvidere giver det, ifølge Kvale & Brinkmann (2009), interviewerens mulighed for at koncentrere sig om emner og dynamikken undervejs i interviewet.

5.6.4 Transskribering af interviews

Efter endt interview blev interviewene transskriberet på skrift af specialets ene medlem med afsæt i den optagede lydfil. Der findes ikke en universel transskriberingsmetode (Kvale & Brinkmann, 2009), hvorfor der i nærværende speciale blev foretaget valg, som, af specialegruppens medlemmer, blev vurderet passende. For eksempel blev det vurderet, at udtalelser som “øhh”, latter, suk eller lignende kunne udelades, da interessen var på informanternes konkrete oplevelser og erfaringer, og ikke i deres sproglige stil eller sociale samspil. I *bilag 5* ses en beskrivelse af de retningslinjer, der blev vedtaget i forbindelse med transskriberingerne i en såkaldt transskriberingsguide. Denne blev desuden udformet for at sikre ensartethed i transskriberingerne.

5.6.5 Filosofisk hermeneutisk analysestrategi

Til at analysere de transskriberede interviews blev Dahlager & Fredslunds udlægning af en hermeneutisk analysestrategi anvendt. Analysestrategien består af fire trin, herunder helhedsindtryk, identificering af meningsbærende enheder, operationalisering og rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning (Dahlager & Fredslund, 2016). Ved brug af denne analysestrategi sker der en dekontekstualisering og en rekontekstualisering. Dekontekstualisering sker ved, at dele af materialet hives ud af helheden, hvor rekontekstualiseringen sker ved, at materialet sættes sammen igen på en ny måde (Dahlager & Fredslund, 2016). Specialets anvendelsen af de fire trin er beskrevet i *tabel 6*. Til at skabe

overblik over datamaterialet undervejs i analyseprocessen blev programmet NVivo 11 anvendt, da det muliggjorde organisering og systematisering af data.

Hermeneutisk analysestrategi jf. Dahlager & Fredslund (2016)	Anvendelse af den hermeneutiske analysestrategi i nærværende speciale
Trin 1: Helhedsindtrykket dannes så fordomsfrit som muligt.	Der blev dannet et helhedsindtryk af dataene fra interviewene både under selve interviewet og efterfølgende under transskriberingerne. Det blev forsøgt af specialegruppens medlemmer at være så fordomsfri som muligt.
Trin 2: Identificering af meningsbærende enheder, ved at fokusere på hvad teksten siger, men uden at lede efter en dybere mening. Disse enheder tildeles et tema.	Begge medlemmer i specialegruppen foretog hver for sig en grundig gennemlæsning af transskriberingerne, hvorunder der blev identificeret meningsbærende enheder, som efterfølgende blev tildelt et tema. Et tema blev ofte angivet ved hjælp af spørgsmålet: "hvad bliver der sagt"? Alt transskriberet tekst fik, så vidt muligt, tildelt et tema vel vidende at der derved ville forekomme temaer der ikke nødvendigvis ville være relevante. Det gav mulighed for at opdage temaer, der ikke var forventede og foregik derved så fordomsfrit som muligt.
Trin 3: Gennemgang samt operationalisering af temaer, som er fundet i trin to.	De fundne temaer fra trin to blev, i fællesskab af specialegruppens medlemmer, gennemgået og sammenlignet, og det blev drøftet, om der var sammenhæng mellem de meningsbærende enheder og de valgte temaer. I samme proces var der fokus på, om der var temaer, der kunne forenes, og om der var behov for yderligere undertemaer. I dette trin blev NVivo 11 anvendt.
Trin 4: Rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning. Her stilles spørgsmålstejn ved, hvordan materialet	I dette trin blev temaer relevante for besvarelsen af problemformuleringen kondenseret på en ny måde på tværs af de forskellige interviews, ved hjælp af analyse og fortolkning. I stedet for at se på en masse enkeltdele blev de sammensat som en helhed. Under analysen og fortolkningen af de

kan være med til at besvare problemformuleringen. Der ses efter relationer mellem temaerne med henblik på at se problemstillingen i dens helhed og i dens kontekst.	indsamlede data, satte specialegruppens medlemmer deres egen forforståelse på spil. Forforståelsen er yderligere blevet sat på spil i forsøget på at se de nye temaer i den kontekst, hvor projektets problemstilling foregår, som er sengeafdelinger på Aalborg Universitetshospital. Dette trin er foregået i afsnit 6.2.1. Til trods for at denne analysestrategi umiddelbart er rettet mod de data, der indsamles i den kvalitative metode, blev dette analysetrin også anvendt i afsnit 7 og 8, hvori der indgår data fra den systematiske litteratursøgning, samt inddrages teoretiske referencerammer.
---	---

Tabel 6: Gennemgang af de fire trin fra Dahlager & Fredslunds (2016) hermeneutiske analysestrategi

5.6.6 Forskningsetiske overvejelser

Ifølge Kvale & Brinkmann (2009) kan der, i forbindelse med kvalitativ forskning, opstå et spændingsfelt imellem hensyntagen til etiske forhold vedrørende udforskningen af andre menneskers oplevelser, og forskerens ønske om at besvare sit forskningsspørgsmål. I forbindelse med kvalitative interviews bør der, som udgangspunkt, tages stilling til fire traditionelle etiske forhold, herunder *informeret samtykke*, *fortrolighed*, *konsekvenser* og *forskerens rolle* (Kvale & Brinkmann, 2009). Disse etiske forhold vil blive gennemgået i følgende afsnit, samt hvordan de er håndteret i specialet.

Ved *informeret samtykke* skal informanten informeres om formålet med de kvalitative interviews, opbevaring og håndtering af data, samt om retten til at kunne trække sig fra projektet (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette blev gjort ved først at udarbejde en skriftlig *informeret samtykkeerklæring* (se bilag 7) med oplysninger om ovenstående, samt oplysninger om hvor informanten kan rette henvendelse, hvis informanten ønsker at klage. Alle informanter blev bedt om at gennemlæse og efterfølgende underskrive samtykkeerklæringen.

Fortrolighed omhandler, at informanterne ikke kan identificeres ud fra de data, der indgår som en del af undersøgelsen, eller på anden vis får afsløret sin identitet (Kvale & Brinkmann, 2009). For at tage højde for fortroligheden blev informanternes data, der fremgår i specialet anonymiseret, og deres navne pseudonymiseret. Ved brug af citater er det udelukkende kendt for specialegruppens medlemmer, hvem der er informant. Dette blev informanterne desuden

informeret om i den informerede samtykkeerklæring. Efter at alle interviewene var optaget og transskriberet, blev lydfileerne desuden slettet.

Som forsker bør der reflekteres over mulige konsekvenser forbundet med den undersøgelse der udføres, herunder både fordele og ulemper. Alt efter emnets karakter, er det vigtigt, at interviewer er opmærksom på mulige overskridelser af informantens grænser (Kvale & Brinkmann, 2009). I forbindelse med dette speciale blev det vurderet, at det var en ulempe, at der kunne være risiko for at støde informanterne på deres faglighed, hvis de opfattede interviewspørgsmålene som en kritik af deres ernæringspraksis. Der blev derfor, i interviewguiden, lagt vægt på at stille spørgsmål, der ikke var dømmende, men i stedet forstående og anerkendende, uanset hvilken erfaring informanten havde med implementering af god ernæringspraksis. Ud over dette, sås der umiddelbart ikke andre ulemper forbundet med at deltage end at informanterne skulle afsætte tid til at deltage. En fordel kunne til gengæld være at specialets resultater, beroende på blandt andet disse kvalitative interviews, på længere sigt medfører en forbedring af ernæringspraksis, og dermed er med til at forbedre helbredstilstanden for indlagte patienter i fremtiden.

Slutteligt har forskerens rolle en betydning for de etiske beslutninger, der tages i forbindelse med kvalitative interviews, da forskeren selv er et redskab i interviewene, og har råderetten over den endelige udlægning af de resultater, der fremlægges (Kvale & Brinkmann, 2009). For at resultaterne, der er blevet fremlagt i afsnit 6.2, blev så valide som muligt, blev informanterne undervejs i interviewene bedt om at bekræfte eller revidere deres oplevelser og erfaringer for at undgå fejlfortolkninger. Derudover blev der i afsnit 5.3.2 redegjort for specialets interne forforståelser, som vurderes at være med til at højne gennemsigtigheden i forhold til hvordan specialets resultater er fremkommet.

6. Analyse og resultater

I det følgende vil resultaterne på baggrund af den systematiske litteratursøgning og de kvalitative interviews blive fremanalyseret og præsenteret hver for sig. Forinden fremstillingen af resultaterne fra den systematiske litteratursøgning, vil der først komme en præsentation og herunder en kvalitetsvurdering af de udvalgte referencer. Denne præsentation kan ses i *tabel 7-11*.

6.1 Den systematiske litteratursøgning

6.1.1 Præsentation og kvalitetsvurdering af udvalgte referencer

6.1.1.2 Effect of changed organization of nutritional care of Danish medical inpatients

Titel, forfatter, årstal og land	Titel: Effect of changed organization of nutritional care of Danish medical inpatients Forfatter: Lassen, K. O.; Grinderslev, E. og Nyholm, R. Årstal: 2008 Land: Danmark
Formål	Formålet med dette studie var at implementere og evaluere en organisationsmodel, som har en klar ansvars- og kompetencefordeling i ernæringspraksis, med det formål at forbedre kvaliteten af den ernæringsmæssige pleje og derigennem fjerne faktorer, der hæmmer god ernæringspraksis.
Studiepopulation, design og metode	Studiepopulation: Fagpersoner, inklusiv ernærings- og sundhedsassistenter samt patienter fra tre medicinske sengeafdelinger med speciale i lunge-, mave-, og leversygdomme samt endokrinologi på Bispebjerg Hospital. Studiedesign: Studiet er et mixed-method studie, men kun den kvalitative del af studiet er fundet relevant i forhold til at indgå i dette speciale. Metode: Dataindsamlingen indebærer følgende: interviews af patienter og fagpersoner før interventionen, uddannelse af social- og sundhedsassistenter til at blive ernærings- og sundhedsassistenter og interviews med patienter og fagpersoner under interventionen.
Resultater af relevans	Der er fundet en stor forskel på patienternes oplevelse af ernæringspraksis på sengeafdelinger, som har en ernærings- og sundhedsassistent sammenlignet med sengeafdelinger, som ikke har. Efter implementeringen af ernærings- og sundhedsassistenter er det øvrige personale blevet mere opmærksomme på vigtigheden af ernæringspraksis.
Konklusion og relevans	At have ernærings- og sundhedsassistenter på sengeafdelingerne styrker fokus

	og højner kvaliteten af god ernæringspraksis til patienter i ernæringsrisiko.
Kvalitet	Troværdighed: Det styrker troværdigheden af studiets resultater, at resultaterne præsenteres med tydelige overskrifter, som angiver temaer i analysen. Der indgår citater i resultatafsnittet, men i citaterne fremgår ikke informanternes karakteristika, hvilket vurderes at påvirke troværdigheden. I diskussionen understøttes resultaterne fra studiet med resultater fra andre studier, hvilket øger troværdigheden. Overførbarhed: Studiet foregik i en dansk kontekst på tre medicinske sengeafdelinger på Bispebjerg Hospital i København, hvilket vurderes at styrke overførbarheden til dette speciale kontekst. Stringens: Formålet med undersøgelsen givet et godt indblik i, hvad der ønskes undersøgt, hvilket styrker stringensen. Generelt vurderes den metodiske stringens at være god, da både rekruttering og dataindsamlingen fremstår transparent. Dog svækker det stringensen, at der er ikke angivet et klart forskningsspørgsmål og der er ikke angivet en videnskabsteoretisk position. Derudover er der ikke redegjort for den anvendte analysestrategi samt hvordan den er anvendt, hvilket ligeledes vurderes at svække stringensen.
Vurdering	Middel kvalitet

Tabel 7: Skematisk overblik over studiet af Lassen et al. (2008)

6.1.1.3 Changing nutrition care practices in hospital: a thematic analysis of hospital

Titel, forfatter, årstal og land	Titel: Changing nutrition care practices in hospital: a thematic analysis of hospital staff perspectives. Forfatter: Laur, Celia; Valaitis, Renata; Bell, Jack og Keller, Heather Årstal: 2017 Land: Canada
---	---

Formål	Formålet med denne undersøgelse var at øge forståelsen af, hvad der kræves for at få implementeret forbedringer i ernæringspraksis på hospitaler.
Studiepopulation, studiedesign og metode	Studiepopulation: Der indgik 133 deltagere, herunder sygeplejersker, læger, servicemedarbejdere, diætister og ledelsen med indsigt i ernæringspraksis på fem forskellige hospitaler. Studiedesign: Kvalitativt studie. Metode: På hvert hospital blev der udført to fokusgruppelinterviews med 4-15 deltagere per gruppe, samt 5-14 individuelle interviews. Dette foregik over to dage på hvert hospital.
Resultater af relevans	Sygeplejerskerne blev spurgt, hvad deres enhed klarede sig godt med i forhold til ernæringspraksis, samt hvilke forbedringer, der var nødvendige. Det fremgik, at der var et behov for mere faste rutiner, et behov for at beskytte måltidsseancerne, samt et behov for at sikre, at mad var tilgængeligt for patienterne. Derudover blev det fremhævet, at en af de største drivkræfter for ernæringspraksis er, at ernæringspraksis har en synlig effekt på patienten. Når der skal ske en forandring, blev det fundet, at det både kræver tid og en række strategier. Eksempler herpå er uddannelse, tilstedeværelsen af ressourcepersoner, at være et team med god kommunikation og et godt samarbejde, feedback samt engagement.
Konklusion	Hospitalspersonalet har brug for en årsag til at ændre ernæringspraksis, hvor det i høj grad driver personalet, når forandringen opleves som en fordel for patienten. Alle relevante interessenter skal involveres for at integrere denne forandring. Diætister kan afhjælpe denne forandringsproces ved at arbejde i tværfaglige teams, hvor der kan blive ydet mere omfattende ernæringspraksis på tværs af faggrupper. I disse teams kræver det stærke relationer med god kommunikation og samarbejde for at ændre praksis.
Kvalitet	Troværdighed: Resultaterne præsenteres med tydelige overskrifter, som angiver temaer

	og undertemaer i analysen, og der er en tabel med en oversigt over fremkomne temaer. Derudover indgår der citater i resultatafsnittet, hvor der fremgår relevant information om deltagernes karakteristika. I diskussionen understøttes resultaterne fra studiet med resultater fra andre studier. Ovenstående styrker troværdigheden af resultaterne. Overførbarhed: Denne undersøgelse foregik på fem hospitaler i Canada, hvilket vurderes at styrke overførbarheden, da det formodes, at canadiske hospitaler kan være delvist overførbare til danske sygehuse. Stringens: Der er ikke angivet et klart forskningsspørgsmål og der er ikke angivet en videnskabsteoretisk position, hvilket svækker transparensen i studiet. Dog har studiet en god kongruens mellem formålet med undersøgelsen, metoden og analysen, hvilket styrker stringensen. Udførelsen af interviews fremstår tydeligt, hvor interviewguiden er illustreret i en tabel, og interviewpersonernes kompetencer og relevans for deltagelse i interviewene fremgår. Derudover fremgår det, at det kun er én forsker, som står for alle interviews og denne forsker ikke har kendskab til interviewpersonerne. Samme forsker står for analysen, hvor der fremgår en beskrivelse af kodningsprocessen samt fremanalyserede temaer. Det fremkommer, at undersøgelsen har opnået etisk godkendelse, samt at deltagerne har givet informeret samtykke. Ovenstående vurderes at styrke stringensen i studiet.
Vurdering	Høj kvalitet

Tabel 8: Skematisk overblik over studiet af Laur et al. (2017)

6.1.1.4 Improving nutritional care: innovation and good practice

Titel, forfatter, årstal og land	Titel: Improving nutritional care: innovation and good practice Forfatter: Chapman, Carol; Barker, Mary og Lawrence, Wendy Årstal: 2015 Land: England
---	---

Formål	Formålet med dette studie var at identificere systematiske problemer, som påvirker gennemførelse af ernæringscreening og at identificere strategier til at forbedre ernæringspraksis.
Studiepopulation, studiedesign og metode	Studiepopulation: Til undersøgelsen blev der rekrutteret personale, der arbejdede på et undervisningshospital med 2000 senge i Storbritannien. Studiedesign: Kvalitativt studie. Metode: Der blev udført ni fokusgruppeinterviews, hvor der blev udvalgt personale som var involveret i ernæringscreening og ernæringspraksis. Der blev afholdt fire fokusgruppeinterviews med sygeplejersker, tre med læger og to med diætister.
Resultater af relevans	Der fremkom tre strategier til at igangsætte og opretholde effektiv ernæringspraksis: 1) etablering af rutiner til at sikre, at ernæringscreening blev udført efter behov, 2) reorganisering og strømlining af aspekter ved ernæringspraksis med henblik på at fremme god ernæringspraksis og 3) udvikling af innovative metoder.
Konklusion	- Der skal findes alternative måder til at vurdere kvaliteten af ernæringspraksis. - Der skal bruges specifikke sygeplejersker til at håndtere god ernæringspraksis. - Der skal afholdes konsultationer med diætister og afdelingsledere. - Der skal kommunikeres med patienterne om deres spisevaner. - Måltiderne skal gøres mere fleksible, således det er muligt at få familie og venner til at være på sengeafdelingen under måltiderne.
Kvalitet	Troværdighed: Der er en grundig beskrivelse af dataindsamlingsmetoden samt rekrutteringen af deltagere. Resultaterne præsenteres med tydelige overskrifter, som angiver strategier til at igangsætte og opretholde god ernæringspraksis, som er udsprunget på baggrund af fundne temaer præsenteret i en tabel. I resultatafsnittet præsenteres strategierne med brug af citater, hvor det efter hvert citat fremkommer, hvilket

	fokusgruppeinterview, citatet er fra. I diskussionen af resultaterne inddrages også relevante resultater fra andre studier. Ovenstående vurderes at styrke troværdigheden. Overførbarhed: Studiet er udført i England, hvilket formodes at styrke overførbarheden til dette speciale, da det vurderes, at det engelske sundhedsvæsen har visse lighedspunkter med det danske sundhedsvæsen. Det vides dog ikke, hvorvidt arbejdsfordelingen på sengeafdelinger i England er sammenlignelig med arbejdsfordelingen i Danmark. Stringens: Der vurderes at være en god overensstemmelse mellem studiets forskningsmetodologi og forskningsspørgsmål, dataindsamling, analysestrategi, samt fortolkning af resultater. Undersøgelsen benytter kritisk teori som ramme for undersøgelsen, hvilket fremgår tydeligt i studiet. Ydermere er fremgangsmåden i forbindelse transskriberingen, kodningen og udvælgelse af temaer velbeskrevet, og er gennemlæst og udført af flere medlemmer. Det fremkommer, at studiet har opnået forskningsetisk komité's godkendelse gennem NHS etiske udvalg. Alt dette vurderes at styrke studiets transparens. Det svækker dog studiets transparens, at det ikke fremkommer, hvorvidt forskeren spiller en rolle i forskningsprocessen, samt at det ikke fremkommer, hvorvidt forskerens rolle har indflydelse på dataindsamlingen. Konklusionen opsummerer resultaterne fra analysen, samt giver en række anbefalinger til plejepersonalet, hvilket styrker transparensen.
Vurdering	Høj kvalitet

Tabel 9: Skematisk overblik over studiet af Chapman et al. (2015)

6.1.1.5 Factors for effective identification of patients at nutritional risk in clinical practice

Titel, forfatter, årstal og land	Titel: Factors for effective identification of patients at nutritional risk in clinical practice: Thematic analysis of qualitative research Forfatter: Mastnak Mlakar, Denis; Kozjek Rotovnik, Nada og Salviy
---	---

	Skela, Birgita Årstal: 2022 Land: Slovenien
Formål	Formålet med studiet var at identificere faktorer, som sundhedsprofessionelle anser som værende vigtigst for effektivt at kunne identificere patienter i ernæringsrisiko og deres ernæringsbehandling.
Studiepopulation, studiedesign og metode	Studiepopulation: Der blev søgt i databaserne PubMed, CINAHL og ProQuest. Studiedesign: Systematisk review af kvalitativ forskning. Metode: PICO blev brugt til søgestrategien samt de boolske operatører OR og AND. Der fremkom 1010 artikler, hvoraf 51 af dem var dubletter. 37 artikler blev udvalgt til fuld læsning, hvoraf 7 artikler blev udvalgt.
Resultater af relevans	Resultaterne, på baggrund af analysen, blev grupperet i fem temaer: 1) uklar organisationsstruktur, 2) dårlig struktur af ernæringspraksis, 3) manglende kontinuitet, 4) mangel på viden og færdigheder hos de sundhedsprofessionelle og 5) mangel på tid og ressourcer.
Konklusion	De mest væsentlige barrierer for effektiv ernæringsscreening og ernæringspraksis til indlagte patienter blev relateret til dårlig organisering af ernæringspraksis samt sundhedspersonalets manglende viden om klinisk ernæring. For at forbedre ernæringspraksis skal ledelsen være med til at fremme og muliggøre den faglige og organisatoriske etablering af ernæringspraksis.
Kvalitet	Validitet: Formålet med undersøgelsen stemmer overens med den opstillede søgestrategi, herunder søgeordene i PICO. Derudover beskrives udvælgelsesprocessen grundigt, herunder at der kun blev inkluderet kvalitativ forskning af god kvalitet. Der ses også en tydelig sammenhæng mellem undersøgelsens formål og resultatafsnittet, hvor der blev identificeret nøgelfaktorer omhandlende sundhedsprofessionelles vurderinger af, hvad der er effektiv

	identifikation af patienter i ernæringsrisiko. Ovenstående vurderes at styrke studiets interne validitet. Det er ikke muligt at vurdere studiets eksterne validitet i forhold til en dansk kontekst, da det ikke fremkommer, hvilket land de inkluderede studier kommer fra. Reproducerbarhed Der fremkommer en tydelig beskrivelse af fremgangsmåden i artiklen, hvor der både fremkommer brugte databaser, de anvendte søgeord i PICO, brugen af boolske operatorer, udvælgelsesprocessen og kvalitetsvurdering af udvalgte artikler. Derudover illustreres både et søgetræ samt en oversigt over udvalgte artikler. Alt dette vurderes at øge reproducerbarheden i studiet. Der fremkommer dog kun overordnede søgeord og ikke søgeord tilpasset til hver database, hvilket sænker reducerbarheden, og det vil dermed være udfordrende at lave en identisk søgning, da der ofte ikke er de samme emneord i alle databaser. Derudover er det ikke fremkommet, hvorvidt den kritiske vurdering er udført af flere anmeldere, hvorved udvælgelsen af artikler potentielt kan være påvirket af subjektivitet.
Vurdering	Middel kvalitet

Tabel 10: Skematisk overblik over studiet af Mastnak et al. (2022)

6.1.1.6 Factors Influencing Nurses' Behavior in Nutritional Care for Community-Dwelling Older Adults Before, During, and After Hospitalization

Titel, forfatter, årstal og land	Titel: Factors Influencing Nurses' Behavior in Nutritional Care for Community-Dwelling Older Adults Before, During, and After Hospitalization Forfatter: Cate, Debbie; J. Schuurmans, Marieke; Eijk. V, Jorna; Bell. J, Jack; Schoonhoven, Lisette og G. A. Ettema, Roelof Årstal: 2022 Land: Holland
Formål	Formålet med denne undersøgelse var at opnå ekspertkonsensus om faktorer, der påvirker hospitals- og hjemmesygeplejerskernes adfærd, og

	som er modificerbare og mulige at påvirke med henblik på at optimere ernæringspraksis til ældre borgere og patienter både under og efter indlæggelse.
Studiepopulation, studiedesign og metode	Studiepopulation: Panelet bestod af henholdsvis 26 hollandske plejepersonale og akademikere, der arbejder i Holland, og akademikere med andre nationaliteter, som arbejdede i andre lande end Holland. Studiedesign: Delphi-studie. Metode: For at få identificeret faktorer, der påvirker sygeplejerskers nuværende adfærd i ernæringspraksis, blev der udført seks undersøgelser. Resultaterne fra disse undersøgelser blev præsenteret for delphi-panelet gennem to runder, hvor der blev søgt at nå enighed om faktorer, der påvirker sygeplejerskernes adfærd med henblik på at ændre denne for at optimere ernæringspraksis.
Resultater af relevans	På baggrund af de to delphi-runder er der fremkommet fire overordnet temaer, som er udledt på baggrund af kommentarer fra eksperterne. De fire temaer er: 1) sygeplejeaktiviteter i ernæringspraksis, 2) sygeplejerskernes rolle i ernæringspraksis, 3) uddannelse og træning og 4) ernæringspraksis på tværs af komplekse sammenhænge.
Konklusion	Delphi-panelet fastslog faktorer såsom viden, prioritering, motivation til rutinemæssigt brug af retningslinjer og screeningsværktøjer, kendskab til risikofaktorer, inddragelse af uformelle plejepersoner og motivation til at følge uddannelse og træning, som mulige faktorer at påvirke med henblik på at optimere ernæringspraksis for ældre voksne før, under og efter indlæggelse.
Kvalitet	Troværdighed: Resultaterne præsenteres med tydelige overskrifter, som udspringer af fundne temaer på baggrund af konsensus blandt ekspertpanelet. Der blev kun præsenteret de temaer, som er fremkommet på baggrund af konsensus i ekspertpanelet ud fra runde et og to. I resultatafsnittet præsenteres de fremkomne temaer med brug af citater, hvor det efter hvert citat

	fremkommer, hvem i ekspertpanelet, som udtrykte sig. I diskussionen af resultaterne inddrages også relevante resultater fra andre studier. Ovenstående vurderes at styrke troværdigheden. Overførbarhed og generaliserbarhed Det vurderes at styrke overførbarheden, at størstedelen af ekspertpanelet er sundhedsprofessionelle i Holland, da det danske og hollandske sundhedssystem har flere lighedspunkter. Derfor vurderes resultaterne i studiet at være nogenlunde overførbart til en dansk kontekst. For at kunne generalisere skal panelet have passende størrelse, forskelligartet repræsentation af medlemmer samt være præget af en geografisk fordeling. Det fremkom, at panelet var en heterogen gruppe bestående af 26 medlemmer, hvilket styrker generaliserbarheden. Eftersom disse eksperter hovedsageligt var nøglepersoner, der arbejder i sammenhæng med hollandsk sundhedspleje, havde det muligvis set anderledes ud, hvis der blev inddraget eksperter fra andre lande. Derfor er det svært at generalisere. Stringens Der er en god overensstemmelse mellem studiets formål, dataindsamlingen, analysestrategien, samt fortolkningen af resultaterne. Det fremkommer, at der er udført seks forberedende undersøgelser, og alle er beskrevet detaljeret i en tabel i bilag. Det er ligeledes beskrevet tydeligt, hvordan delphi-panelet er indhentet, samt der er lavet inklusionskriterier for panelet. Det er tydeligt beskrevet, at der var flere delphi-runder for at sikre, at der blev opnået konsensus, samt der er en beskrivelse af, hvad de to runder omhandlede. Der er også en beskrivelse af, at der både blev udført kvantitativ- og kvalitativ analyse på henholdsvis spørgeskemaerne og kommentarerne fra eksperterne. Der er indhentet etisk godkendelse, og forskerne har givet samtykke ved hver runde. Alt ovenstående vurderes at styrke stringensen.
Vurdering	Middel-høj kvalitet

Tabel 11: Skematisk overblik over studiet af Cate et al. (2022)

6.1.2 Analyse af resultaterne fra den systematiske litteratursøgning

6.1.2.1 At have en ressourceperson og en klar fordeling af roller kan forbedre implementeringen af god ernæringspraksis

I studierne af Chapman et al. (2015) og Mastnak et al. (2022) fremkom det, at mangel på tid og personale var de to vigtigste barrierer for implementering af god ernæringspraksis. I studiet af Lassen et al. (2008) blev det fundet, at det er en facilitator for god ernæringspraksis, hvis der ansættes en ernærings- og sundhedsassistent² til at håndtere ernæringspraksis på sengeafdelingerne, da der herved opleves et mindre pres og bedre tid til at udføre andre vigtige opgaver. Dette blev understøttet i studierne af Mastnak et al. (2022), Chapman et al. (2015) og Laur et al. (2017), hvori der dog var tale om ansættelse af en diætist, frem for en ernærings- og sundhedsassistent. Heri fremgik det ligeledes, at diætisten blev betragtet som en sparringspartner. På baggrund heraf tyder det på, at med en ressourceperson på sengeafdelingerne, der i særlig grad har ansvaret for ernæringspraksis, kan det mindske presset på det resterende plejepersonale og derved være med til at øge implementeringen af god ernæringspraksis.

Derudover fremkom det, at plejepersonalet ofte føler stor usikkerhed omkring deres rolle vedrørende ernæringspraksis, og derfor undlader arbejdsopgaver relateret dertil (Cate et al., 2022; Mastnak et al., 2022). Flere studier påpegede, at en større ansvars- og kompetencefordeling kunne imødekomme denne usikkerhed, og kunne imødekommes ved for eksempel at nedsætte et tværfagligt team på hver sengeafdeling med ansvar for ernæringspraksis (Mastnak et al., 2022; Chapman et al., 2015; Laur et al., 2017). Det tyder dermed på, at en klar rollefordeling over hvem, der udfører ernæringspraksis, kan være en facilitator for implementeringen af god ernæringspraksis. Der kan dog argumenteres for, at ved brug af en ressourceperson, fratages det resterende plejepersonale et elementært ansvarsområde. At have helt faste ressourcepersoner til at håndtere ernæringspraksis fremkom i studierne af Cate et al. (2022), Mastnak et al. (2022), Chapman et al. (2015) og Laur et al. (2017) netop som værende kontraindiceret, da holdningen blandt plejepersonalet var, at alt plejepersonale bør involveres i ernæringspraksis, da dette anses som et grundlæggende element i plejen. Dilemmaet ved at have én fast ressourceperson til at håndtere ernæringspraksis kan

² I studiet af Lassen et al. (2008) defineres en ernærings- og sundhedsassistent som en social- og sundhedsassistent, som har fået efteruddannelse i ernæring.

derfor være at det fratager det resterende plejepersonale ansvaret for ernæringspraksis, men omvendt samtidig frigiver mere tid til plejepersonalet til andre opgaver. Denne problematik bør derfor indgå i overvejelserne, og det kan overvejes om brugen af et tværfagligt team kan være et alternativ.

Studiet af Laur et al. (2017) fandt, at det er nyttigt at inddrage andre relevante personer i implementeringen af god ernæringspraksis, herunder ledelsen, madservice, venner, familie og frivillige. Det kan for eksempel mindske presset på plejepersonalet, hvis familie, venner eller frivillige involveres i måltiderne (Laur et al., 2017; Chapman et al., 2015). Desuden påpeges det, at det er en relativ enkel og omkostningsfri intervention (Laur et al., 2017).

Ud fra ovenstående kan det udledes, at en klar rollefordeling over, hvem der udfører arbejdsopgaverne relateret til ernæringspraksis, kan facilitere implementeringen af god ernæringspraksis. Det kan for eksempel ske ved at have en særlig ressourceperson til rådighed, eksempelvis i form af en diætist, eller ved at nedsætte tværfaglige teams. Ydermere fremkommer involvering af venner, familie samt frivillige som facilitatorer for ernæringspraksis, hvilket desuden har den fordel at være enkel og omkostningsfri.

6.1.2.2 Manglende kompetencer er en barriere for implementeringen af god ernæringspraksis

Studierne af Cate et al. (2022) og Mastnak et al. (2022) viste, at utilstrækkelige kompetencer, blandt plejepersonalet, til at identificere og behandle patienter i ernæringsrisiko var en barriere for at implementere god ernæringspraksis. Uddannelse og undervisning blev fremhævet som væsentlige faktorer i forhold til at imødekomme denne barriere ved at bidrage med kompetencer til at udføre god ernæringspraksis (Cate et al., 2022; Mastnak et al., 2022).

I forlængelse heraf blev vigtigheden af at udføre praktisk undervisning i at ernæringsscreene fremhævet, da det blev vurderet at kunne facilitere selve implementeringen af ernæringsscreening (Mastnak et al., 2022). Sidstnævnte fremhævedes ligeledes i studiet af Chapman et al. (2015), hvor det blev fundet, at forbedringer i praksis ofte var forbundet med undervisning om ernæringsscreeningens betydning, herunder hvordan ernæringsscreening foregår, samt hvorfor det er et vigtigt element i ernæringspraksis. Sidstnævnte fremgik ligeledes at være et væsentligt undervisningspunkt i studiet af Laur et al. (2017).

I studiet af Laur et al. (2017) blev uddannelse ligeledes fremhævet som en vigtig facilitator i implementeringen af god ernæringspraksis, men fokus i undervisningen afveg fra ovenstående. Fokusset med undervisningen var her at styrke plejepersonalets kommunikations- og samarbejdsevner samt at gøre plejepersonalet bevidste om, hvorfor forbedring af ernæringspraksis var vigtig. Grunden til netop dette fokus var, at dårligt engagement og dårlig kommunikation ofte blev set som en barriere for at kunne vedligeholde implementeringen af god ernæringspraksis. (Laur et al., 2017)

Herudfra kan det udledes, at der forekommer forskellige behov blandt plejepersonalet i forhold til, hvilke kompetencer de har behov for. Fælles er det dog, at hvis plejepersonalet får de kompetencer, de har behov for til at kunne udføre ernæringspraksis, kan det facilitere til implementeringen heraf.

6.1.2.3 Fast plan for arbejdsopgaver relateret til ernæringspraksis kan forbedre implementeringen af god ernæringspraksis

I studiet af Mastnak et al. (2022) blev det fundet, at der var større sandsynlighed for at ernæringspraksis blev implementeret, hvis der var en fast plan vedrørende arbejdsopgaverne relateret til ernæringspraksis. I henhold til udførelsen af ernæringsscreening fremkom det, at en manglende fast plan førte til manglende kommunikation og manglende eller unøjagtig dokumentation, som i den sidste ende førte til, at ernæringsscreening ikke blev udført (Mastnak et al., 2022). Det kan herudfra udledes, at hvis sengeafdelingen ikke sørger for at have en fast plan for udførelsen af ernæringspraksis, kan det være en barriere for implementeringen af god ernæringspraksis.

Derudover fremkom det, at ernæringspraksis ofte blev betragtet som en form for ikke-medicinsk pleje og behandling, hvor akutte behov blev prioriteret højere end patientens ernæringsbehandling (Mastnak et al., 2022). Der kan argumenteres for, at hvis der ikke findes en fast plan vedrørende ernæringspraksis, kan det signalere til plejepersonalet, at ernæringspraksis er et område, der kan nedprioriteres, når det er nødvendigt. Mere faste planer for ernæringspraksis vurderes derfor at kunne facilitere, at ernæringspraksis i højere grad prioriteres.

Ud fra ovenstående kan det udledes, at med en fast plan for, hvordan ernæringspraksis skal udføres, kan det øge sandsynligheden for, at arbejdsopgaverne relateret til ernæringspraksis i

højere grad udføres, og i mindre grad nedprioriteres, hvorved implementeringen af god ernæringspraksis vil blive forbedret.

6.1.2.4 Én forandring af gangen

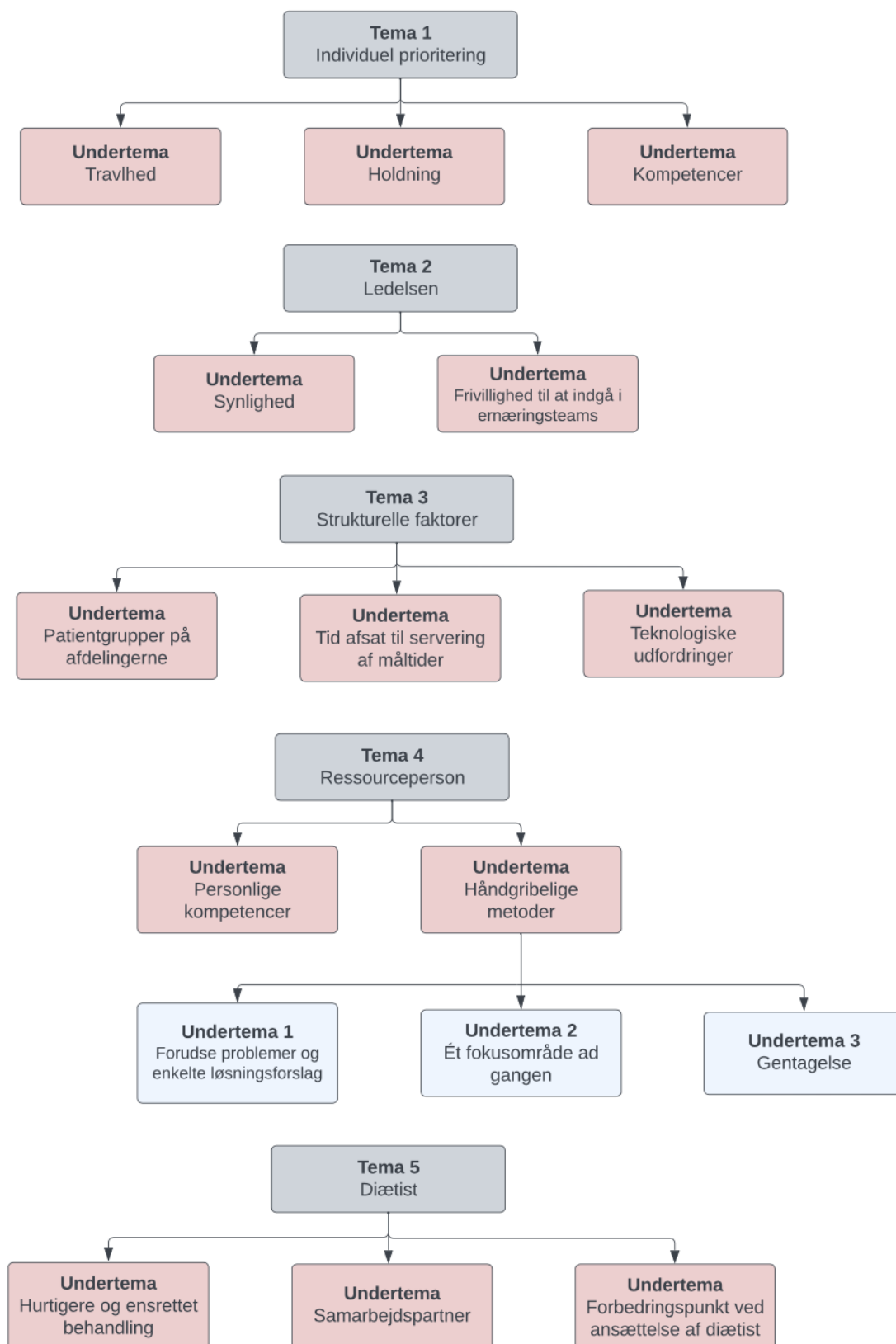
Hvis ønsket er, at plejepersonalet skal implementere arbejdsopgaverne, der indgår som en del af ernæringspraksis, blev det i studiet af Laur et al. (2017) fundet, at der skal tages udgangspunkt i én bestemt arbejdsopgave af gangen efterfulgt af en simpel plan. Der skal efterfølgende kunne ses tydelige resultater som bevis på, hvorvidt forandringen har haft effekt (Laur et al., 2017). Ved kun at fokusere på én bestemt arbejdsopgave relateret til ernæringspraksis kan implementeringen af god ernæringspraksis foregå i små skridt, hvormed den enkelte arbejdsopgave gradvist inkorporeres i den daglige arbejdsrutine. Ved denne fremgangsmåde blev plejepersonalet mere komfortable og dygtige inden for enkelte arbejdsopgaver i ernæringspraksis. (Laur et al., 2017)

Det vil hermed sige, at for at facilitere implementeringen af god ernæringspraksis, skal der kun være fokus på én arbejdsopgave, relateret til ernæringspraksis, af gangen. Der skal foreligge en klar plan for hvordan forandringen skal foregå, samt der skal være fastsat klare effektmål.

6.2 Kvalitative interviews

6.2.1 Analyse af de kvalitative interviews

I det følgende vil de fremkomne resultater fra de kvalitative interviews blive præsenteret og analyseret. På baggrund af den anvendte analysestrategi fremkom i alt fem temaer med medfølgende undertemaer. I *Figur 4* ses et kodetræ over de fremkomne temaer og undertemaer.



Figur 4: Kodetræ over temaer og undertemaer fremkommet via analysen af de kvalitative data

6.2.1.1 Individuelle faktors betydning for plejepersonalets prioriteringen af ernæringspraksis

I analysen af data fra de kvalitative interviews er det fundet, at individuelle faktorer hos plejepersonalet kan have betydning for, hvorledes implementeringen af god ernæringspraksis prioriteres. Individuelle faktorer, der har indflydelse på prioriteringen af ernæringspraksis, indbefatter oplevelsen af *travlhed*, *holdninger*, og *kompetencer* og vil blive belyst i dette afsnit.

6.2.1.1.1 Travlhed

Travlhed kan påvirke, hvordan plejepersonalet prioriterer ernæringspraksis. Både Susanne og Stine udtaler, at patienternes ernæringsbehov ofte nedprioriteres, hvis der er arbejdsopgaver, som vurderes at være vigtigere i en travl hverdag: *“Og så er der bare nogle gange at tingene bliver glemt fordi at der er noget andet, der er vigtigere, og den daglige drift er vigtigere”* (Susanne), og *“Men igen, når der bliver travlt, så bliver der mange andre ting og så har vi patienter, der har forværring i symptomer, så er det jo ikke lige ernæring over ved ham ved siden af, der lige bliver prioriteret”* (Stine). Det ses hermed, at det både er individuelt blandt plejepersonalet, i hvilke situationer de vurderer, at der er for travlt til at ernæringspraksis prioriteres, men også at ernæringspraksis i det hele taget er et arbejdsområde, der nedprioriteres.

Travlhed med andre arbejdsopgaver kan dermed medføre, at ernæringspraksis kan blive glemt eller nedprioriteret på baggrund af en individuel vurdering, og travlhed kan derfor være en barriere for implementeringen af god ernæringspraksis.

6.2.1.1.2 Holdning

Der behøver dog ikke at være travlt for at ernæringspraksis nedprioriteres, idet det også kan forårsages af, at plejepersonalet har forskellige holdninger til, hvilke arbejdsopgaver de prioriterer uafhængig af, om der er travlt eller ej. Dette ses i følgende citat:

“Altså vi prioriterer jo også bare forskelligt... Nogle har et stort fokus på ernæring og nogle de har et stort fokus på noget helt andet... At sengen skal være ren, eller sengen

skal være redt før at de kan få morgenmad... eller whatever... Der er bare så stor forskel på folk..." (Susanne).

Der ses ligeledes en forskel i holdningen til, at ernæringspraksis ikke udføres, hvilket fremgår af følgende citater af Anette og Charlotte:

"Vi har prøvet at nævne det hver morgen: husk kost- og væskeregistreringen. Men fordi vi er et akut afsnit og kan få ti patienter på en time, så glemmer vi det. Det er bare sådan det er. Det kommer først, når vi kommer i gang med dankost" (Anette),

og

"Men jeg synes netop, at værdien i den måde, vi arbejder med det på, er, at det ikke tager længere tid. Så det gør det ikke. Det tager jo ikke længere tid at servere tre ting til en patient, som hun opgiver på ikke at ville have, end at servere lige nøjagtigt det, som rammer plet" (Charlotte).

Herudfra ses det, at Anette har en opgivende indstilling over for implementeringen af kostregistrering ved at acceptere tingenes tilstand og udsætte opgaven. Charlotte derimod har en mere logisk tilgang, hvormed hun finder det ulogisk *ikke* at gøre det "*rigtige*". Hvad denne forskel i holdning skyldes, fremgår ikke, men skal måske ses i lyset af, at informanterne kommer fra hver deres sengeafdeling med forskellige udfordringer, og dermed har forskellige erfaringer med implementering af god ernæringspraksis.

Ud fra ovenstående kan det udledes, at plejepersonalet individuelt prioriterer deres arbejdsopgaver forskelligt, og ligeledes kan have forskellige holdninger vedrørende, om implementering af god ernæringspraksis kan lykkes. Visse holdninger fremkommer at være en barriere for implementeringen af god ernæringspraksis.

6.2.1.1.3 Kompetencer

Ligeledes fremgår det, at det er kendt, at plejepersonalet har forskellige kompetencer, når det gælder hvilke arbejdsopgaver, der prioriteres: *“(...) og så er der jo også bare noget med kompetencer... altså nogle dage så har man et rigtig godt hold på arbejde, andre dage så har man et knap så godt hold på arbejde...(Susanne)*. Det fremkommer ikke i interviewet, hvilke specifikke kompetencer, der er tale om, men det tyder på, at der eksisterer en erkendelse af, at der er en forskel på, hvilken viden og kompetencer plejepersonalet har, samt at det afspejler sig i de valg, der foretages i forhold til valg af arbejdsopgaver. Ydermere tyder det på, at det er en faktor, der accepteres.

På baggrund af et samlet afsnit 6.2.1.1 er det fundet, at individuelle faktorer kan have en betydning for prioriteringen af ernæringspraksis, og dermed også implementeringen. Individets oplevelse af travlhed samt dets forskellige holdninger og kompetencer vedrørende ernæringspraksis og i hvilken grad implementeringen af god ernæringspraksis accepteres, er fremkommet som værende af betydning for prioriteringen af implementeringen af god ernæringspraksis.

6.2.1.2 Betydning af ledelsens prioritering og deres italesættelse af ernæringspraksis

Ledelsens synlighed i forhold til, i hvilken grad ernæringspraksis prioriteres i en sengeafdeling synes tillige at have stor betydning for implementeringen af god ernæringspraksis. Dette vil blive belyst i dette afsnit.

6.2.1.2.1 Ledelsens synlighed har betydning for plejepersonalet

På baggrund af de kvalitative interviews er det fremkommet, at det har betydning for implementeringen af god ernæringspraksis, hvor synligt det er for plejepersonalet, at ledelsen bakker op omkring god ernæringspraksis. Som Charlotte udtaler:

“Jeg tænker bestemt også, at det er et spørgsmål om ledelsesopbakning. Altså, fordi hvis ikke det bliver vægtet, så mærker personalet det meget hurtigt, og så vægter de det heller ikke. Fordi der er så mange forskellige krav, så skal de også mærke, at det her er noget, som ledelsen også tænker er noget, de bør prioritere“ (Charlotte).

Herudfra tyder det på, at hvis ledelsen ikke gør det synligt for sengeafdelingen, at de prioriterer implementeringen af god ernæringspraksis, kan det svække plejepersonalets motivation, og dermed være en barriere for plejepersonalets implementering af god ernæringspraksis. Ledelsens prioritering kan synliggøres på flere måder. Charlotte nævner for eksempel, at ledelsens prioritering af ernæringspraksis synliggøres ved, at der afsættes tid til undervisning og temadage om ernæringspraksis, samt at resultater fra audits gøres synlige:

“Ja, det gør hun [ledelsen] jo ved at både lade mig undervise og lade mig lave temadage... de ved jo godt, hun er med til at strikke det program sammen. Vi har ikke tid, det er der ingen, der har, til at mødes ret meget om noget som helst, så når jeg får lov til at lave en temadag, hvor halvdelen af det er ernæring, så ved de godt, at det har hun prioriteret og det her med, at jeg laver opslagstavler til patienterne, og jeg klistrer audit resultater op i kaffestuen og sådan nogle ting, det ved de også udmærket godt“
(Charlotte).

Det vil hermed sige, at ledelsens prioritering kan gøres synlig ved at plejepersonalets tid stilles til rådighed til at have fokus på ernæringspraksis, hvilket antages at være faciliterende for både plejepersonalets motivation og implementeringen af god ernæringspraksis.

6.2.1.2.2 Ledelsen formår ikke at motivere plejepersonalet til at indgå i afdelingernes ernæringsteams

Som fremskrevet i problemanalysen er én af målsætningerne ved “More2Eat”-modellen jævnfør afsnit 2.5.1, at “*ernæringsindsatsen skal organiseres på alle sengeafdelinger i en sådan grad, at alle sengeafdelinger har et ernæringsteam*”. Flere af informanterne tilkendegiver, at deres sengeafdeling har et ernæringsteam, men samtidig at der ofte mangler medlemmer på grund af, at det er svært at rekruttere plejepersonalet til at indgå deri.

“Men det er ikke lykkedes os at finde en sygeplejerske som vil være med i ernæringsgruppen endnu. Det er jo sådan noget vi ofte spørger om: “nååå kunne du ikke have lyst til at være med?”. Der er ikke lige nogen der har bidt på endnu. (..) Men

vi forsøger jo at det skal være frivilligt, altså fordi der er jo ikke noget ved at sidde i en gruppe med noget man ikke har lyst til at arbejde med“ (Susanne).

Herudfra ses det, at det kan være vanskeligt for ledelsen at motivere de ansatte på sengeafdelingerne til at indgå i sengeafdelingernes ernæringsteams.

På baggrund af ovenstående er det fremkommet, at det kan facilitere implementeringen af god ernæringspraksis hvis ledelsen synliggør deres prioritering deraf, for eksempel ved at tillade at der undervises i ernæringspraksis i arbejdstiden. Ydermere ser det ud til, at ledelsen ikke formår at motivere plejepersonalet til at indgå i sengeafdelingernes ernæringsteams, hvorved ledelsens manglende evne til at motivere plejepersonalet kan ses som en barriere for implementeringen af god ernæringspraksis.

6.2.1.3 Strukturelle faktorerers betydning for implementeringen af god ernæringspraksis

Udover individuelle faktorer og ledelsens betydning, tyder det også på, at strukturelle faktorer kan have betydning for implementeringen af god ernæringspraksis. Disse vil blive præsenteret i det følgende.

6.2.1.3.1 Patientgrupperne på de enkelte sengeafdelinger påvirker implementeringen af god ernæringspraksis

Først og fremmest er det strukturelt bestemt, hvilke patientgrupper, baseret på diagnoser, som indlægges på forskellige sengeafdelinger. Det betyder, at nogle sengeafdelinger har en større andel af patienter indlagt med et større behov for en målrettet ernæringsbehandling end andre sengeafdelinger, hvilket kan medføre en forskel i kravene til og behovene for ernæringsmæssige arbejdsopgaver. Dette fremgår af følgende citat:

“Mange gange skal vi faktisk sidde og observere vores patienter, når de spiser. Det kan også være rigtig svært at leve op til, når man skal passe 10 patienter på en gang. (..) Men fordi vi er et akut afsnit og kan få 10 patienter på en time, så glemmer vi det [ernæringspraksis]. Det er bare sådan det er“ (Anette).

Herudfra kan det udledes, at denne struktur kan være en barriere for, at visse sengeafdelinger ikke formår at implementere god ernæringspraksis. Anette gav ydermere udtryk for, at der strukturelt set ikke tages højde for disse forskelle, for eksempel ved at tilføre flere ressourcer til de sengeafdelinger, der har patienter, med et større behandlingsbehov relateret til ernæring:

“Nej, det gør det ikke. Min leder prøver rigtig meget på at argumentere... prøver ligesom at sætte tid på, hvad er forskellen på at have en apopleksipatient kontra en patient med lårbensfraktur eller et eller andet... Hvor vores patienter kræver jo rigtig tit to mand – hele tiden. Og de skal observeres meget meget tæt. Så det er ikke fordi... men det er bare systemet i sig selv, der bare sætter alle over en kam“ (Anette).

Heri ses det, at der er en oplevelse af, at nogle patienter er væsentligt mere behandlingskrævende end andre. Informanten oplever hermed, at “systemet” eller med andre ord strukturelle bestemmelser, er en barriere for implementeringen af god ernæringspraksis, da sengeafdelingernes forskellige ressourcebehov ikke imødekommes.

6.2.1.3.2 Teknologiske udfordringer

Sengeafdelingerne er tillige underlagt strukturelle bestemmelser i forhold til hvilket IT-system, der skal anvendes til at dokumentere behandling og pleje af patienterne. I forhold til implementeringen af god ernæringspraksis kan denne præmis, ifølge Charlotte, være en barriere for udførelsen af nogle af arbejdsopgaverne relateret til ernæringspraksis: *“Altså det [IT-systemet] er lavet til en anden patientgruppe end vores. Og det er lidt ærgerligt, for det ødelægger hele vores gode rutine i det“ (Charlotte).* Flere informanter nævner desuden, at det nuværende IT-system afviger meget fra det gamle IT-system, hvor Charlotte og Stine udtaler følgende: *“Nu har vi fået det her nye EDB-system, Nord-EPJ, og jeg synes, det er meget tungt og lidt svært at navigere i, når man har en, der har et regulært problem [en patient i ernæringsrisiko]“ (Charlotte), og*

“Jeg synes faktisk, at efter vi skiftede til et nyt system, som hedder Nord-EPJ, (...). der er ikke så mange informationer i den, som der var før. (...) Men ved den gamle ernæringsscreening, der var der sådan en der kunne klassificere hvilke sygdomme.... Ja, det er der ikke længere. Så på den måde er den faktisk blevet sværere...(...) Så den er blevet anderledes på det punkt“ (Stine).

Hermed ses det, at strukturelle beslutninger, som for eksempel valg af IT-system, ikke nødvendigvis tilgodeser de arbejdsopgaver, der er pålagt plejepersonalet på sengeafdelingerne, og kan dermed være en barriere for implementeringen af god ernæringspraksis.

6.2.1.3.3 Tid afsat til servering af måltider

Endnu en strukturel udfordring ses i forbindelse med den tid, der er afsat til, at plejepersonalet kan servere mad til sengeafdelingens patienter, hvor det fremkommer af interviewene, at der ikke er afsat tilstrækkeligt med tid:

“Lige nu står madvognen til klokken seks om aftenen. Fra halv seks til seks. Vi har en halv time til at give aftensmad. Det kan vi ikke nå. Så der kunne løses noget der... så det ikke bliver sådan noget jageri for vores patienter.“ (Anette)

og

“F.eks. bare morgenmaden...Det er en halv time...og vi er jo på en sengeafdeling hvor vi har 20 til 22 patienter vi skal have op hver morgen, og det er der syv personaler til... Så det er nogle gange svært at få de tidspunkter til at harmonere med en hverdag... Men det er jo ikke noget at jeg selv kan sidde og bestemme at der kun bliver serveret morgenmad i den halve time“ (Susanne).

Det ses hermed, at der er en oplevelse af at det begrænsede tidsrum, der er afsat til at servere mad for patienterne i, er utilstrækkeligt til at kunne udføre opgaven, hvilket dermed kan ses som en barriere for implementeringen af god ernæringspraksis. Barrieren ved et begrænset

tidsrum vurderes tillige at kunne forstærkes, hvis der er tale om en patientgruppe med et større behandlings- og plejebehov. Susanne fortæller desuden, at der har været forsøg på at ændre på disse bestemmelser, men at dette ikke lod sig gøre:

“Vi måtte faktisk opgive det igen og bare sige, ”det er ikke en kamp vi vil tage videre” at rykke morgenmaden i et kvarter. Det er det jeg siger... der er mange tunge kampe at vælge, hvis man skal lave sådan noget om...fordi der er så mange arbejdsgange på forskellige tidspunkter“ (Susanne).

Ud fra dette citat tyder det på, at strukturelle forhold på et hospital rummer mange aktører og arbejdsgange, der skaber begrænsninger for at ændre i arbejdsgange, som kunne være med til at facilitere implementeringen af god ernæringspraksis.

På baggrund af et samlet afsnit 6.2.1.3 er det fremkommet, at der er flere strukturelle forhold, der kan optræde som barrierer for implementeringen af god ernæringspraksis, og som er barrierer, som ligger uden for plejepersonalets egen kontrol i og med at de ikke har medbestemmelse på disse strukturelle bestemmelser. Derudover ses det også, at disse forhold kan have indflydelse på hinanden.

6.2.1.4 At der er en ressourceperson med ekspertise inden for ernæringspraksis, har betydning for implementeringen af god ernæringspraksis

Det er fremkommet, at det at have en ressourceperson tilknyttet ernæringspraksis på en sengeafdeling, kan være med til at facilitere implementeringen af god ernæringspraksis. I analysen er det både fremkommet, hvilke kompetencer denne ressourceperson bør have samt forskellige metoder til, hvordan ressourcepersonen kan være med til at facilitere implementeringen af god ernæringspraksis.

6.2.1.4.1 Personlige kompetencer

Det er fundet, at en ressourceperson for implementering af god ernæringspraksis skal brænde for emnet og samtidig føle sig klædt godt på til at varetage ernæringsrelaterede opgaver. Et eksempel herpå ses i nedenstående citat fra en ressourceperson.

“Og så har det jo nok rigtig meget med en altså det, at man brænder for emnet at gøre, men også at man kan mærke, at det kan lade sig gøre, at man føler sig selv klædt på og at man har tid til at varetage opgaver og sætte sig ind i den viden, der skal til, men det er jo et... altså jeg elsker det jo, for jeg synes, det er enormt vigtigt, og jeg synes også, at det er fedt at arbejde med, men det kræver, at man hele tiden holder sig opdateret”
(Charlotte).

Herudfra ses det, at selvom ressourcepersonen har en stor personlig interesse for opgaven, er der stadig behov for at holde sig opdateret om den seneste viden, der er på området. På den baggrund antages det, at det er nødvendigt, at ressourcepersonen får afsat tid til rådighed til at holde sig opdateret. Det antages tillige, at det ikke er nok med personlig interesse, hvis ikke arbejdsforholdene tillader, at der er tid til det.

6.2.1.4.2 Håndgribelige metoder

6.2.1.4.2.1 Forudse problemer og enkle løsningsforslag

Samme ressourceperson er fremkommet med beskrivelser af, hvordan hun forsøger at hjælpe plejepersonalet med at implementere god ernæringspraksis. For eksempel fremhæver hun, at det er vigtigt at være forudseende i forhold til de udfordringer, der kan opstå i forbindelse med arbejdsopgaver relateret til ernæringspraksis, men også at løsningerne skal være enkle:

“Men jeg synes kunsten er lidt hele tiden at have øjne på, hvad er det, de ikke får gjort. Og så finde ud af, hvorfor de ikke får det gjort. Og så få dem hjulpet til, hvordan de kan gøre det, uden at det tager rigtig lang tid og bliver svært. (...) Og det med, at man hele tiden griber de ting, som halter, det gør, at mange ting jo kører rigtig fint altså. Du skal jo ikke undervise dem fra bunden af hver måned, men du skal hele tiden være opmærksom på” (Charlotte)

og

“Og så i stedet for, at de skal til at enten selv tage sig af det, og det kan de ikke finde ud af, og det tager tid, og så opgiver de (...), men hvis jeg selv spørger dem (...) og siger,

“du har hende der, hun skal hjem i dag, er der noget vi kan gøre for hende, er der et eller andet, så kom og find mig, så finder vi lige ud af det sammen“. For det kan jeg godt mærke, det har de brug for, de første mange gange (...). Men når nogen så begynder at flyve i det, så spreder det sig jo“ (Charlotte).

Herudfra kan det udledes, at hvis ressourcepersonen forsøger at forudse og imødekomme eventuelle udfordringer, er plejepersonalet mindre opgivende over for at udføre arbejdsopgaver relateret til ernæringspraksis. Derudover ses der også en fordel ved, at plejepersonalet enkeltvis gradvist bliver dygtigere, hvorefter de efterfølgende selv kan fungere som en ressourceperson for de kolleger, der oplever udfordringer i forbindelse med ernæringspraksis.

En måde at være forudseende på kan for eksempel foregå ved, at ressourcepersonen, hele tiden på en respektfuld måde, holder sig ajour med, hvilke arbejdsopgaver der bliver gjort og hvilke der ikke bliver gjort, som illustreret i følgende citat:

“Altså det skal ikke være sådan noget, “hvorfor har du ikke screenet den her patient“. Men jeg lur er jo på, jeg fører jo sådan en kurve hele tiden, og hvis de daler på den, så er det fordi, at de bliver i tvivl om et eller andet“ (Charlotte).

Ressourcepersonen skal derfor både være forudseende og komme med enkle løsninger, hvoraf sidstnævnte tillige fremhæves i følgende citat:

“Hvis de kan mærke, at det, jeg kommer med af idéer, det er noget, der kommer til at tage rigtig lang tid og blive rigtig besværligt, så gør de det ikke. Og det forstår jeg godt, fordi det har de ikke brug for. Det er det sidste, de har brug for“ (Charlotte).

At løsningsforslagene er enkle, betyder dermed, at de bliver mere overskuelige og håndterbare for plejepersonalet. Ifølge Charlotte er et eksempel på et enkelt og overskueligt løsningsforslag at redigere i det daværende PRI-dokumentet, således det blev lettere for plejepersonalet at navigere i det:

“Så jeg fik det kategoriseret i nogle underemner og fik revideret det, så det blev de korte beskrivelser og (...) så det ikke blev sådan et otte siders langt dokument man overhovedet ikke kunne overskue. Og så fik jeg helt manuelt simpelthen lagt det på alles forside [forsiden på deres arbejdscomputer] sådan at det ligger i en dokumentsamling på alles forside, når de slår op i Pri (instruks-og vejledningsdatabase). Fordi så er det ikke svært at finde“ (Charlotte).

Enkelhed og overskuelighed over arbejdsopgaverne relateret til ernæringspraksis vurderes dermed at kunne facilitere implementering af god ernæringspraksis.

6.2.1.4.2.2 Ét fokusområde af gangen

Blot fordi opgaverne særskilt er enkle og overskuelige, er det ikke ensbetydende med, at alle arbejdsopgaver relateret til ernæringspraksis bør implementeres på én gang. Som Charlotte beskriver:

“(...) hvad skal vi lægge vægt på mest og først fordi jeg har heller ikke angrebet alle de her områder på én gang, fordi så bliver det for massivt. Så bliver det hurtigt en følelse af, at “det kan da godt være, at vi skal det, men det er jo fuldstændig uoverkommeligt“ (Charlotte),

og

“Men hvis man starter et sted, for eksempel siger, “nu tager vi simpelthen lige at have fokus på ernæringsscreening“. “Det er lige det, vi vil have op og køre.“ Fordi det er måske indgangen til at sige, “nu kender vi behovet, hvordan får vi så opfyldt behovet“? Sådan at man tager det lidt i skridt” (Charlotte).

Herfra ses det, at der kun skal være fokus på få områder af gangen, da det ellers kan virke uoverkommeligt for plejepersonalet. Derudover fremkommer det også, at det er vigtigt at gøre

det klart for plejepersonalet, hvad de enkelte arbejdsopgaver samlet set kan bidrage med, således der bringes mening med de arbejdsopgaver, der pålægges plejepersonalet.

6.2.1.4.2.3 Gentagelse

Selv når det ser ud til at god ernæringspraksis er blevet implementeret på en sengeafdeling, er det stadig vigtigt at have fokus derpå. Charlotte fortæller følgende:

“Det er også det jeg mener med, at hvis man tænker “nu kan de ernæringsscreene - check“. Altså det er ikke sådan, det er. Nu har jeg siddet med det i alle de år, og jeg har det stadigvæk på, jeg vil sige, måske hver tredje måned “hvordan er det vi ernæringsscreener? Så det bliver jo ved“ (Charlotte).

Det ses hermed at være væsentligt at fortsætte med at have fokus på alle arbejdsopgaverne relateret til ernæringspraksis, da der ifølge Charlotte ellers er risiko for at rutinen forsvinder ud af den daglige rytme: *“Men det glider ud af vores daglige rytme, hvis ikke der er nogen, der holder fokus på det hele tiden. Også selvom det er basalt“ (Charlotte).*

Måder hvorpå fokus på arbejdsopgaverne relateret til god ernæringspraksis kan vedligeholdes, fremgår af følgende citater:

“Og så har jeg bare snakket om det virkelig meget...altså vi har det sådan, at hver tirsdag morgen starter operationsstuerne sent. Der har vi en time. Og de har da også ind imellem syntes at vi har snakket lige rigeligt om det“ (Charlotte), og

“Altså, jeg tror, de er trætte af mig, fordi vi snakker rigtig meget om det. Det fylder rigtig meget. (...) Det har været en lang kamp. Men det har været sådan noget med, at man skulle gentage... Vi har holdt mange personalemøder, og vi har sådan noget, der hedder brush-up, to gange om året på vores afsnit“ (Anette).

På baggrund af ovenstående kan det udledes, at et gentaget fokus på arbejdsopgaverne relateret til god ernæringspraksis kan være med til at facilitere implementeringen, også når arbejdsopgaver virker til at være en del af rutinen.

6.2.1.5 Diætist

På baggrund af analysen af data fra de kvalitative interviews er det fundet, at det at have en diætist ansat i en sengeafdeling kan være med til at facilitere implementeringen af god ernæringspraksis. Hvordan diætisten bidrager til at facilitere implementeringen af god ernæringspraksis, vil blive belyst i dette afsnit.

6.2.1.5.1 Hurtigere og ensrettet behandling

Diætisten bidrager blandt andet med, at der igangsættes en behandling hurtigere, hvilket fremgår af følgende citat fra Susanne:

“Altså det er vitterligt hende [diætisten], der tager sig alle de opgaver, fordi hun er på patienterne lige så snart de kommer. (...) Altså nu tror jeg der bliver handlet noget hurtigere på det. Altså vi har hele tiden haft en diætist koblet til afsnittet, som kom to dage om ugen tidligere, og så kunne vi altid ringe til dem. Men der bliver handlet hurtigere nu. Jeg tror ikke der bliver gjort så mange unødvendige ting, som man nogle gange kunne gøre før“ (Susanne).

Foruden at der bliver handlet hurtigere, bidrager diætisten også til en mere ensrettet behandling:

“Og der er nok også mere en fælles holdning til det, fordi det er hende, der lægger planerne nu. Tidligere, hvis jeg var der, så syntes jeg at patienten spiste ok og jeg kunne godt få hende til at spise. Men så kom min kollega dagen efter og hun kunne ikke få hende til at spise, og så synes hun der skulle lægges en sonde. Ernæring...det er jo bare et komplekst område fordi at vi...en ting er det vi skal arbejde ud fra, men vi har også bare hver vores holdning til ernæring. Dét jeg synes er godt, det er ikke det du synes er godt“ (Susanne).

På baggrund af ovenstående ses det, at der tidligere har været en oplevelse af, at de beslutninger, der blev taget i relation til ernæringsbehandling, var divergerende blandt plejepersonalet. Det antages, at når der tidligere har været tvivl om, hvilken behandling der har været det rette, kan det have været medvirkende til at behandlingen har været længere undervejs. At have en diætist tilknyttet en sengeafdeling kan derfor facilitere til, at der igangsættes en hurtigere behandling, samt være med til at skabe en mere ensrettet og dermed fælles holdning til behandlingen af patienter i ernæringsrisiko.

6.2.1.5.2 Sparringspartner

Diætisten fungerer desuden som en tæt sparringspartner, hvor hun både varetager ernæringsrelaterede opgaver, og hjælper det øvrige plejepersonale, hvis der er udfordringer relateret til god ernæringspraksis. Dette fremgår af følgende citater:

Men vi har også lige fået ansat en diætist på vores afdeling, det er meget nyt. Hun er blevet ansat for nogle måneder siden eller noget i den stil, og det er en god hjælp for os. Så hende gør vi helt sikkert mere brug af, end vi gjorde førhen, hvor hun er også meget obs på, om der er noget, vi skal have korrigeret. (...) Så det er helt sikkert en sparringshjælp, at vi har hende (Stine)

og

“Det vi meget bruger hende til lige nu, det er jo som sparringspartner og prøver at få hende ud til patienterne...Eller ikke prøver, men at det også skal være en af hendes arbejdsopgaver, at hun kommer ud til patienterne...og ligesom (..) At hun følger op på dem, der er småtspisende... går ind og tilbyder dem nogle mellemmåltider og sådan noget... Fordi det var jo også det vi selv skulle gøre før, og det er bare en af de der ting der nogle gange kan smutte“ (Susanne).

Ud fra dette ses det, at det at have en diætist på sengeafdelingen har medført, at opgaver der førhen ikke blev gjort, nu bliver gjort, og samtidig fungerer diætisten som en rådgiver for det

øvrige plejepersonale. Diætisten er på denne måde med til at facilitere implementeringen af god ernæringspraksis.

6.2.1.5.3 Forbedringspunkt relateret til ansættelsen af en diætist

Selvom en fastansat diætist har en faciliterende rolle på implementeringen af god ernæringspraksis, er der, ifølge Susanne, et muligt forbedringspunkt, som kan optimere udbyttet af diætisten. Et eksempel herpå ses i nedenstående citat:

“(...) Det der med at der også var nogen her en gang imellem om aftenen eller i weekenderne fordi der skal jo være lige så stor fokus på det... altså nogle gange kan det godt føles som om alt bliver centreret om de der hverdage. (...) men det kunne jo være fedt at få tingene lidt mere ud i vagterne og i weekenderne “ (Susanne).

Ud fra dette ses det, at diætisten på nuværende tidspunkt kun er til rådighed i dagtid på hverdage, hvormed det største fokus på ernæring ligger i det tidsrum. Det italesættes, at indlagte patienter ikke kun har et ernæringsbehov i dagtid på hverdage, hvorfor det udledes, at en udvidelse af diætisternes arbejdstider kan være med til at facilitere implementeringen af god ernæringspraksis i højere grad end ved de nuværende arbejdsforhold.

7. Syntese og fortolkning

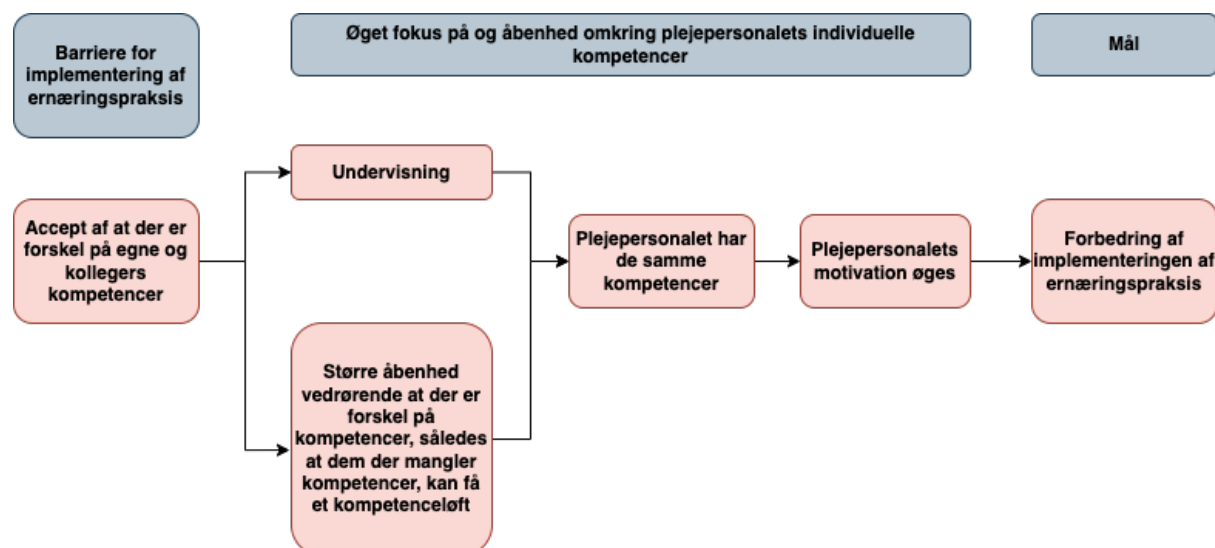
Til at besvare forskningsspørgsmål 3 *Hvilke faktorer har betydning for implementeringen af god ernæringspraksis på danske sengeafdelinger på baggrund af den fremkomne viden om barrierer og facilitatorer?* er der i dette afsnit blevet foretaget en syntese og fortolkning af resultaterne fra den systematiske litteratursøgning og de kvalitative interviews, hvori de udvalgte teoretiske referencerammer ligeledes er blevet inddraget. På den baggrund er der fremkommet syv punkter, der kan have betydning for implementeringen af god ernæringspraksis, hvoraf det er blevet udledt, hvordan god ernæringspraksis kan forbedres. Hvordan god ernæringspraksis kan forbedres, er desuden illustreret med en programteori med henblik på at give et overblik over processen, og hvordan den forventes at virke.

7.1 Øget fokus på åbenhed omkring plejepersonalets individuelle kompetencer

På baggrund af de kvalitative interviews, er det fremkommet, at flere individuelle faktorer kan have indflydelse på, hvorvidt plejepersonalet implementerer god ernæringspraksis, hvoraf én af disse faktorer var forskellighed af kompetencer blandt plejepersonalet. Dette fremgik af følgende citat: *“(...) og så er der jo også bare noget med kompetencer... altså nogle dage så har man et rigtig godt hold på arbejde, andre dage så har man et knap så godt hold på arbejde... (Susanne).* Herudfra blev det udledt, at der var en accept af, at der var forskel i plejepersonalets kompetencer, da der ikke fremkom tegn på forventning om, at det kunne være anderledes. Med udgangspunkt i Edgar Scheins teori og de tre niveauer af organisationskultur kan denne udtalelse ses som et artefakt, eller et verbalt udtryk for sengeafdelingens grundlæggende antagelser, som er at “sådan er det bare”, hvor normen er, at dette gøres der ikke noget aktivt ved. Hermed bidrager Scheins teori med en forståelse af, at en sådan kultur kan være med til at fastholde en adfærd, der er uhensigtsmæssig i henhold til at implementere god ernæringspraksis. I analysen af litteraturstudiet er det, i afsnit 6.1.2.2, ligeledes fremkommet, at hvis plejepersonalet ikke blev undervist i de nødvendige kompetencer til at udføre god ernæringspraksis, kunne dette være en barriere for implementeringen heraf. Med udgangspunkt i self-determination theory (SDT) kan plejepersonalets motivation blandt andet afhænge af deres kompetencer og oplevelsen af, om disse stemmer overens med de krav, der stilles til dem. Hvis der derfor er forskel på plejepersonalets kompetencer og denne forskel blot accepteres, kan det ud fra SDT have en demotiverende effekt på plejepersonalet med manglende kompetencers motivation til at implementere god ernæringspraksis. Det vil dermed sige, at hvis der, på en sengeafdeling, hersker en kultur, hvor det accepteres, at der er forskel på egne og ens kollegers kompetencer, kan det være demotiverende for særligt det plejepersonale, der mangler kompetencer, og i den sidste ende føre til at god ernæringspraksis ikke implementeres.

På baggrund af ovenstående kan det udledes, at det ikke bør accepteres, at der er forskel på plejepersonalets kompetencer, da det kan forhindre god ernæringspraksis i at blive implementeret. Der bør i højere grad være åbenhed omkring, at der eksisterer individuelle kompetenceforskelle blandt plejepersonalet med henblik på at kunne identificere det plejepersonale, der har brug for et kompetenceløft, således alle kan få de samme kompetencer. For at plejepersonalet kan opnå de samme kompetencer, kan der tilbydes undervisning i de

områder, hvor kompetencerne ikke rækker. Hermed kan der opnås et mere fælles kompetencegrundlag, hvilket antages at kunne øge plejepersonalets motivation for at implementere god ernæringspraksis.



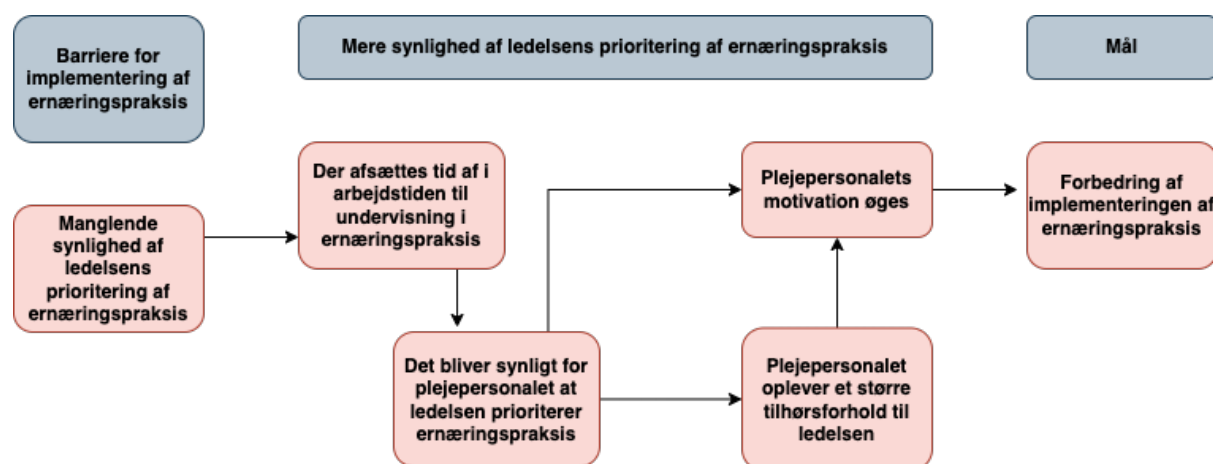
Figur 5: Programteori over hvordan øget fokus på og åbenhed omkring plejepersonalets individuelle kompetencer kan forbedre implementeringen af god ernæringspraksis

7.2 Mere synlighed af ledelsens prioritering af ernæringspraksis

Som det er fremkommet på baggrund af de kvalitative interviews, kan ledelsen have en betydning for plejepersonalets motivation til at implementere god ernæringspraksis alt afhængig af, i hvor høj grad ledelsen synliggør deres egen prioritering deraf. Med afsæt i Scheins teori om organisationskultur kan ledelsens adfærd, uanset graden af synlighed, ses som en artefakt for plejepersonalet, eller et synligt symbol på ledelsens prioritering af de arbejdsområder, som de ønsker at plejepersonalet skal prioritere. Det vil sige, at hvis der, på en sengeafdeling, er afsat tid til at fokusere på et arbejdsområde, for eksempel ved at der planlægges undervisning i ernæringspraksis i arbejdstiden, kan det ses som en afspejling af, at ledelsen prioriterer området. Hvis der omvendt ikke er afsat tid, afspejler det, at ledelsen ikke prioriterer arbejdsområdet. Det vurderes dog, at artefaktet ikke nødvendigvis er et korrekt symbol på ledelsens holdning til ernæringspraksis, da det antages, at ledelsen har et ønske om at indlagte patienter ernæres tilstrækkeligt, men kan af plejepersonalet derfor fejlagtigt fortolkes på den måde. Hermed kan det udledes, at hvis plejepersonalet forsøger at afspejle ledelsens prioritering af ernæringspraksis, kan manglende synlighed fra ledelsens side, uanset hensigt, føre til at implementeringen af god ernæringspraksis bremser. En årsag til at nogle sengeafdelinger ikke lykkes med at implementere god ernæringspraksis, kan derfor være, at

ledelsen ikke synliggør deres interesse og prioritering af implementeringen af god ernæringspraksis, hvorved det fører til, at plejepersonalet heller ikke finder god ernæringspraksis vigtig. Herved fremkommer en arbejdskultur, der er præget af en ledelse, der ikke synliggør de prioriteringsområder, som de ønsker at plejepersonalet skal prioritere, hvilket præger plejepersonalets prioritering i samme retning. Med afsæt i SDT og begrebet tilhørsforhold, kan der argumenteres for, at hvis plejepersonalet ikke oplever at have de samme prioriteringsområder som ledelsen, kan det mindske deres oplevelse af at føle et tilhørsforhold til ledelsen og deres arbejdsplads, og derigennem yderligere mindske deres motivation for at implementere god ernæringspraksis.

På baggrund af ovenstående kan det udledes, at ledelsen bør synliggøre deres prioritering af implementeringen af god ernæringspraksis, ved for eksempel at sætte tid af til undervisning i arbejdstiden. Synligheden kan øge plejepersonalets motivation, samt øge deres tilhørsforhold til ledelsen, hvilket antages at kunne forstærke plejepersonalets motivation for at implementere god ernæringspraksis.



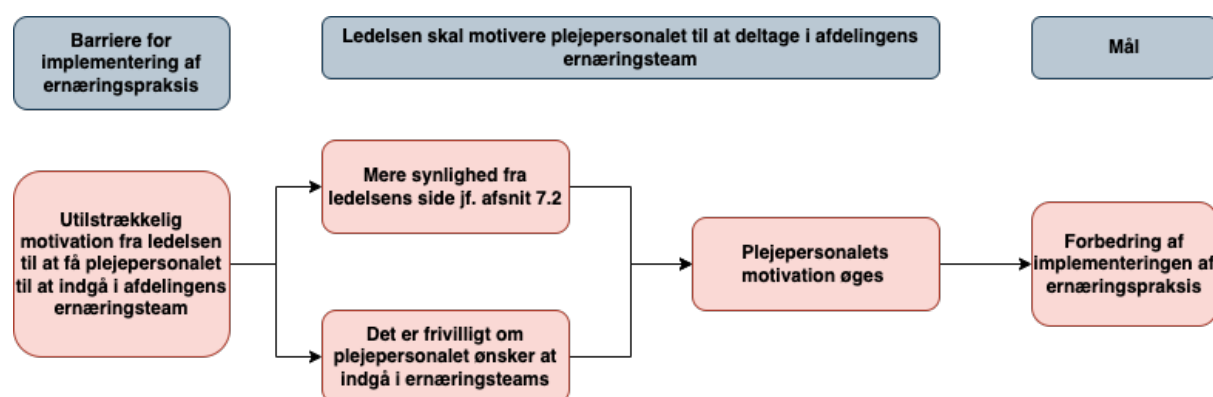
Figur 6: Programteori over hvordan mere synlighed af ledelsens prioritering af ernæringspraksis kan forbedre implementeringen af god ernæringspraksis

7.3 Ledelsen skal motivere plejepersonalet til at deltage i afdelingens ernæringsteam

Det er fremgået af de kvalitative interviews, at det er udfordrende for nogle sengeafdelinger at motivere plejepersonalet til frivilligt at indgå i afdelingernes ernæringsteams. At det er frivilligt, tilgodeser plejepersonalets autonomi og medbestemmelse, hvilket med afsæt i SDT i

sig selv har en motiverende effekt. Trods denne medbestemmelse er der på nogle sengeafdelinger erfaring med, at det kun er et fåtal af plejepersonalet, som ønsker at indgå i sengeafdelingernes ernæringsteam. Dette kan tyde på, at ledelsen på nogle sengeafdelinger ikke formår at motivere plejepersonalets interesse for området. Som også beskrevet i afsnit 7.2 kan ledelsen motivere plejepersonalet ved at være synlige med sine prioriteringer, hvilket også antages at kunne have en betydning for, om plejepersonalet vælger at indgå i afdelingens ernæringsteam. Hvis dette er tilfældet, tyder det på, at autonomi og medbestemmelse i sig selv ikke er tilstrækkeligt til at motivere til en adfærdsændring. Dette bekræftes af afsnit 6.2.1.4.1 vedrørende ressourcepersonens personlige kompetencer, hvor det udledes, at selv hvis et plejepersonale har en personlig interesse for ernæringspraksis, nytter det ikke, hvis ledelsen ikke prioriterer området, ved for eksempel at sørge for at der sættes tid af til undervisning. Ledelsen har hermed en stor betydning for, i hvilken grad plejepersonalet prioriterer at implementere ernæringspraksis.

Det kan dermed udledes, at ledelsen bør have mere fokus på at motivere plejepersonalet til at indgå i afdelingernes ernæringsteams, for eksempel ved at synliggøre deres prioritering. Hvis plejepersonalets motivation til at indgå i et ernæringsteam øges, antages det tillige at kunne forbedre implementeringen af god ernæringspraksis. Desuden bør det fortsat være frivilligt for plejepersonalet, om de vil være en del af ernæringsteamet eller ej, da medbestemmelse under de rette omstændigheder kan være med til at øge motivationen.



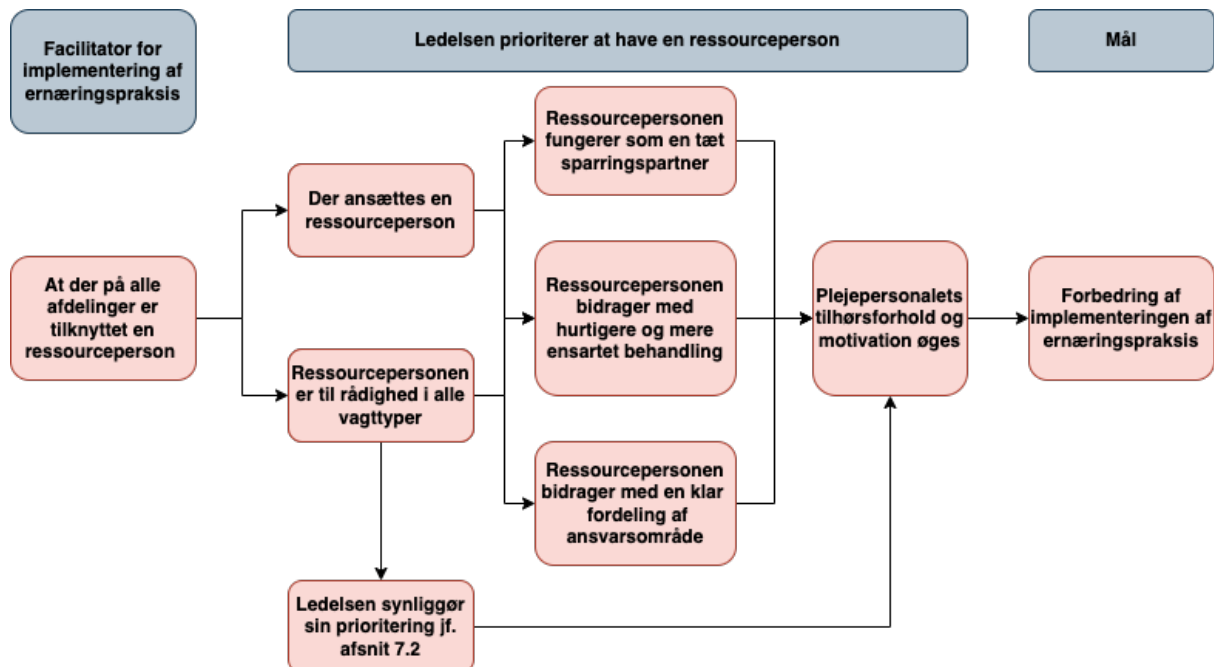
Figur 7: Programteori over hvordan ledelsen kan motivere plejepersonalet til at deltage i afdelingens ernæringsteam med henblik på at forbedre implementeringen af god ernæringspraksis

7.4 Ledelsen prioriterer at have en ressourceperson

Med afsæt i resultater fra både den systematiske litteratursøgning og de kvalitative interviews er der konsensus om, at hvis der er en ressourceperson tilknyttet ernæringspraksis, kan det facilitere til at forbedre implementeringen af god ernæringspraksis. Der kan desuden argumenteres for, at en sådan ressourceperson svarer til den eller de personer, der vælger at være en del af sengeafdelingernes ernæringsteams. Med en ressourceperson får plejepersonalet blandt andet en tæt sparringspartner, som kan bidrage med en hurtigere og mere ensartet behandling (6.2.1.5.1 og 6.2.1.5.2). Ressourcepersonen kan også bidrage med en mere klar fordeling af ansvarsområder, når det gælder arbejdsopgaverne relateret til god ernæringspraksis (6.1.2.1). En ressourceperson vurderes, på baggrund af analyserne, at kunne være alt lige fra en diætist, en ernæringsassistent, et medlem fra et ernæringsteam, udviklingssygeplejerske eller lignende. Pointen er, at ressourcepersonen er en person, der har indsigt i og viden om god ernæringspraksis, som vedkommende varetager og formidler, og som det øvrige personale har brug for og værdsætter. Når der er en ressourceperson til rådighed, kan det på baggrund af afsnit 6.2.1.2.2 udledes, at det er en måde hvorpå ledelsen synliggør sin prioritering af ernæringspraksis over for plejepersonalet. Med afsæt i Scheins teori er ressourcepersonen hermed et artefakt i kraft af dennes titel og arbejdsområde, og bliver et ydre symbol på ledelsens prioritering af god ernæringspraksis. I modsætning til ledelsen er der med en ressourceperson endvidere mulighed for en tættere dialog og et tættere samarbejde med plejepersonalet, hvilket antages både at kunne styrke tilhørsforholdet samt det øvrige personales kompetencer. Dette grundet muligheden for en tættere vejledning af plejepersonalet, i og med at ressourcepersonen formentlig arbejder mere praksisnært sammen med det resterende plejepersonale. Med afsæt i SDT kan et stærkere tilhørsforhold og styrkelsen af plejepersonalets kompetencer ligeledes bidrage til, at plejepersonalets motivation øges. Det er dog fremkommet i afsnit 6.2.1.5.3 at ved brug af en ressourceperson i form af en diætist, indgår en diætist ikke i alle vagttyper, men kun på hverdage i dagtid. En sådan ressourceperson er herved kun til rådighed i et begrænset tidsrum. Det antages, at det kan påvirke plejepersonalets motivation for at udføre god ernæringspraksis i negativ retning, i og med at ledelsen herved kan give et indtryk af, at de ikke fuldt ud prioriterer god ernæringspraksis.

På baggrund af ovenstående kan det udledes, at hvis der tilknyttes en ressourceperson på alle sengeafdelinger, gerne i alle vagttyper, er det en måde, hvorpå ledelsen kan vise sin prioritering af ernæringspraksis. Med denne ressourceperson får plejepersonalet en sparringspartner, som

kan bidrage med at der forekommer en hurtigere og mere ensartet ernæringspraksis, samt en mere klar fordeling af ansvarsområder. Sammenlagt vurderes dette at øge plejepersonalets tilhørsforhold, og derigennem deres motivation til at implementere god ernæringspraksis.



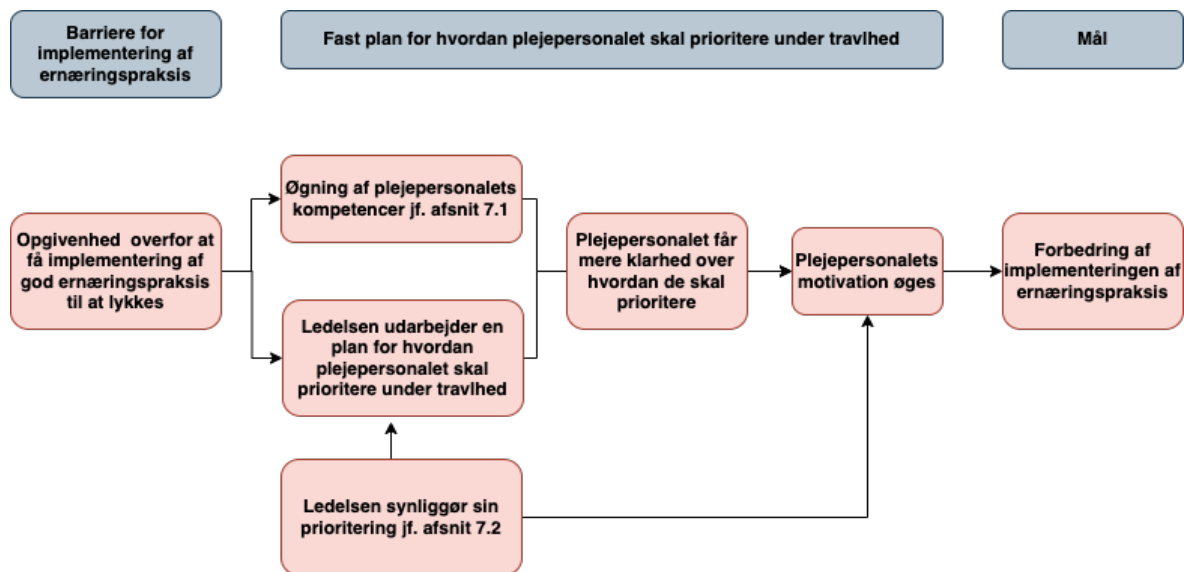
Figur 8: Programteori over hvordan ledelsens prioritering af at have en ressourceperson kan forbedre implementering af god ernæringspraksis

7.5 Fast plan for hvordan plejepersonalet skal prioritere under travlhed

Som fremskrevet i problemanalysen er der flere sengeafdelinger, der ikke er lykkedes med at implementere god ernæringspraksis fuldt ud. Et eksempel på hvordan sengeafdelingerne ser på denne manglende implementering, er fremkommet af følgende citat fra de kvalitative interviews (6.2.1.1.2): “(...) Men fordi vi er et akut afsnit og kan få ti patienter på en time, så glemmer vi det. Det er bare sådan det er (...)” (Anette). Denne udtalelse, særligt “Det er bare sådan det er...” tyder på, at der er en opgiveness over for at lykkes med at implementere god ernæringspraksis. Med afsæt i Schein kan dette ses som en afspejling af sengeafdelingens kultur, både som et artefakt i form af en konkret udtalelse, og som en afspejling af sengeafdelingens grundlæggende antagelser i forhold til ernæringspraksis. Sengeafdelingens grundlæggende antagelser synes her at være, at der er en forståelse for, at ernæringsrelaterede opgaver ikke udføres, hvis andre arbejdsopgaver presser sig på, hvilket også er fremkommet i afsnit 6.2.1.1.1. Hvis en sådan kultur gør sig gældende, kan det udledes, at dette kan være en barriere for implementeringen af god ernæringspraksis. Det fremgår ikke af specialets

resultater, om årsagen hertil skyldes en sådan kultur på sengeafdelingen, eller om arbejdsopgaverne reelt set overstiger ressourcerne til rådighed. Under alle omstændigheder er det netop i forbindelse med ernæringsopgaven, at personalet ser en mulighed for at nedprioritere, når der er travlt. Med afsæt i SDT kan denne nedprioritering ses som et udtryk for, at plejepersonalets kompetencer vedrørende ernæringspraksis ikke lever op til det, der kræves, og at plejepersonalet derfor er mere motiveret for at prioritere arbejdsopgaver, som de føler, at de er kompetente nok til. Dette understøttes af den systematiske litteratursøgnings resultater i afsnit 6.1.2.2, hvoraf det fremgår, at manglende kompetencer blandt plejepersonalet kan være en barriere for at udføre god ernæringspraksis. Ligeledes fremgår det af afsnit 6.1.2.3, at plejepersonalet i højere grad prioriterer akutte behov frem for patienternes ernæringsbehandling, men at dette kan undgås, hvis der er en fast plan for, hvornår og hvordan ernæringspraksis skal udføres. Det tyder dermed på, at plejepersonalet mangler mere faste planer for, hvordan de skal prioritere under travlhed. Med en fast plan antages det desuden, at det kan mindske, at plejepersonalet opgiver at udføre god ernæringspraksis, når der er travlt, i og med at det herved gøres eksplicit, hvilke arbejdsopgaver ledelsen ønsker udført. At udforme en fast plan for hvordan der prioriteres, formodes at være en ledelsesopgave, hvorved ledelsen tvinges til at synliggøre sin prioritering af implementeringen af ernæringspraksis over for plejepersonalet, hvilket, som fremskrevet tidligere, antages at have en motiverende effekt på plejepersonalet.

På baggrund af ovenstående kan det udledes, at hvis der, på en sengeafdeling, er en kultur hvor der er en opgivenesshed over for at lykkes med at implementere god ernæringspraksis, når der er travlt, og det er nødvendigt at prioritere, kan det være en barriere for at implementere god ernæringspraksis. En måde at overkomme denne barriere kan være ved at give plejepersonalet de nødvendige kompetencer til at prioritere anderledes samt ved at ledelsen udarbejder en plan for, hvordan plejepersonalet skal prioritere i forhold til ernæringspraksis under travlhed. At ledelsen synliggør, hvordan de prioriterer, kan ligeledes være med til at øge plejepersonalets motivation til at implementere god ernæringspraksis.



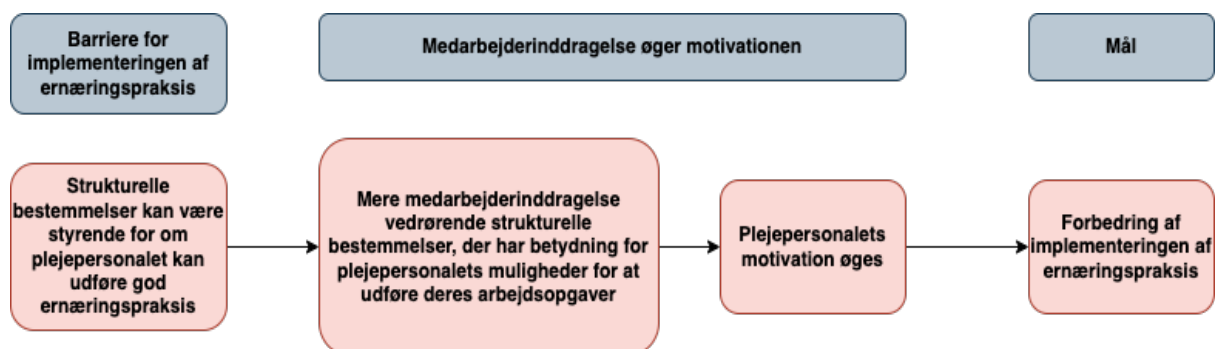
Figur 9: Programteori over hvordan en fast plan for hvordan plejepersonalet skal prioritere under travlhed, kan forbedre implementeringen af god ernæringspraksis

7.6 Medarbejderinddragelse øger motivationen

I analysen af data fra de kvalitative interviews under afsnit 6.2.1.3 fremgår det, at der er flere strukturelle faktorer, der kan være en barriere for implementeringen af god ernæringspraksis. For eksempel at hver sengeafdeling tildeles en særlig patientgruppe med specifikke diagnoser, at der anvendes særligt udvalgte IT-systemer til at dokumentere behandling og pleje af patienterne, samt at madservering foregår inden for snævre tidsrammer. Fælles for disse faktorer er, at de er uden for plejepersonalets indflydelse, og kan opleves som problematiske i situationer, hvor disse faktorer ikke imødekommer de behov, plejepersonalet har for at løse sine arbejdsopgaver. Plejepersonalet er, i disse situationer, frataget sin autonomi i forbindelse med disse faktorer ved fuldt ud at være underlagt bestemmelser foretaget af andre. Med udgangspunkt i SDT, kan sådanne forhold have en demotiverende effekt på plejepersonalet og deres engagement i implementeringen af god ernæringspraksis. På samme måde som ledelsens synlige interesse for ernæringspraksis kan øge plejepersonalets motivation, antages det, at ovennævnte faktorer kan påvirke plejepersonalets grundlæggende antagelser i retning af, at den struktur, de arbejder under, modarbejder arbejdsopgaverne relateret til ernæringspraksis, hvilket dermed kan have den modsatte effekt på plejepersonalets motivation. Det fremgår desuden af afsnit 6.2.1.3.3, at et forsøg på at ændre tidspunktet for servering af måltider, måtte opgives, da en forholdsvis lille ændring havde for store implikationer for andre faggruppers arbejdsgange, herunder køkkenpersonale, portører og serviceassistenter. Herudfra tyder det på,

at hospitalsvæsenet og de sengeafdelinger der indgår, er underlagt et stramt system, som begrænser nytænkning med henblik på at komme med løsningsforslag til forandringsskabelse. En sengeafdeling indgår dermed, med afsæt i Schein, i en kultur, der er præget af en top-down ledelsestilgang, hvor der er en øvre instans, der tager beslutninger, som det udøvende plejepersonale skal indordne sig efter. En måde at imødekomme disse barrierer kunne være, hvis hospitalsvæsenet gjorde brug af medarbejderinddragelse af plejepersonalet, forinden strukturelle beslutninger blev taget, for herigennem at tage højde for, hvad plejepersonalet mener, der skal til for at kunne implementere god ernæringspraksis. Herved gives plejepersonalet, med afsæt i SDT, mulighed for at føle, at de har medbestemmelse, hvilket kan være med til at øge plejepersonalets motivation til at implementere god ernæringspraksis.

På baggrund af ovenstående kan det udledes, at visse strukturelle beslutninger, der tages, kan begrænse plejepersonalets handlemuligheder. Hermed også plejepersonalets motivation for at udføre arbejdsopgaver, der påvirkes i negativ retning af disse beslutninger, herunder arbejdsopgaver relateret til god ernæringspraksis. Visse strukturelle beslutninger kan derfor være barrierer for implementeringen af god ernæringspraksis. Plejepersonalet bør i højere grad inddrages i strukturelle bestemmelser, således de beslutninger, der tages, imødekommer de arbejdsopgaver, som plejepersonalet skal udføre, såsom implementeringen af god ernæringspraksis. Dette kan ligeledes få plejepersonalet til at føle, at de har medbestemmelse, og dermed være med til at øge deres motivation for at implementere god ernæringspraksis.



Figur 10: Programteori over hvordan medarbejderinddragelse kan forbedre implementeringen af god ernæringspraksis

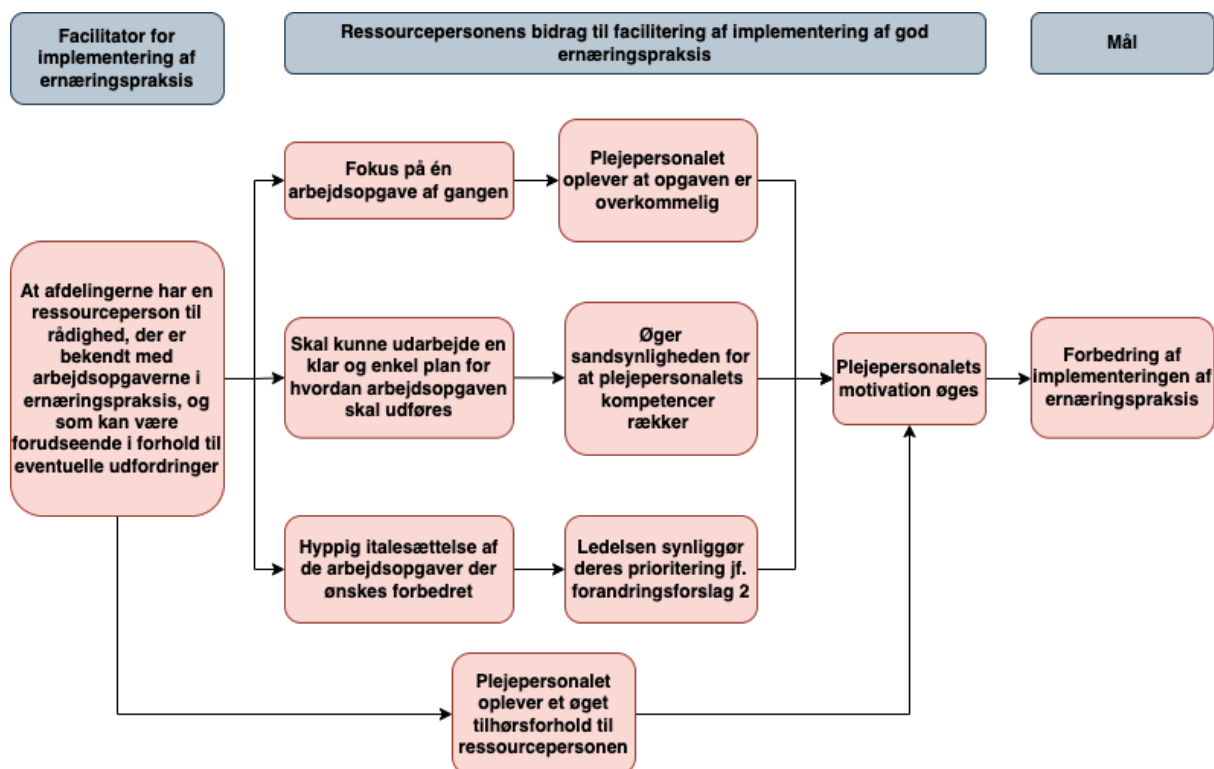
7.7 Ressourcepersonens bidrag til facilitering af implementeringen af god ernæringspraksis

Som nævnt i afsnit 7.4 faciliterer det til implementering af god ernæringspraksis, hvis der er en ressourceperson tilknyttet en sengeafdeling. I analyseafsnittene er der fremkommet forskellige forslag til, hvordan ressourcepersonen kan bidrage til implementeringen af god ernæringspraksis. I analysen af litteraturstudiets resultater under afsnit 6.1.2.4 samt i analysen af resultaterne fra de kvalitative interviews under afsnit 6.2.1.4.2.2 fremgik det, at ved implementering af god ernæringspraksis skal der kun være fokus på én arbejdsopgave af gangen, og der skal foreligge en klar og enkel plan for, hvordan opgaven skal tilgås. Dette er i tråd med, som nævnt i afsnit 7.5, at faste planer for arbejdsopgaver relateret til god ernæringspraksis, kan facilitere implementeringen deraf. Med udgangspunkt i SDT kan det antages, at hvis der forlanges implementering af for mange arbejdsopgaver på én gang af plejepersonalet, kan det medgive en følelse af, at deres kompetencer ikke rækker til de krav, der stilles. Dette kan i værste fald få den u hensigtsmæssige konsekvens, at plejepersonalet mister motivationen til at implementere god ernæringspraksis, og efterfølgende at ingen af de ønskede forandringer implementeres. Hvis ressourcepersonen derimod kun har fokus på at få plejepersonalet til at udføre én ny opgave af gangen, kan det give plejepersonalet en oplevelse af, at opgaven er overkommelig og tilsvare deres kompetencer. Dette kan have en fremmende effekt på plejepersonalets motivation til at implementere god ernæringspraksis. Tillige er det fremkommet i afsnit 6.2.1.4.2.3 i analysen de kvalitative interviews, at hyppig italesættelse af de arbejdsområder, der ønskes forbedret, kan medvirke til at facilitere til implementering af god ernæringspraksis. Som pointeret tidligere, kan synlighed i forhold til hvilke arbejdsopgaver, der prioriteres, motivere plejepersonalet. Det vurderes, at en hyppig italesættelse ligeledes er en måde, hvorpå ressourcepersonen indirekte synliggør over for plejepersonalet, at der er tale om arbejdsopgaver, der prioriteres af ledelsen.

Ydermere er det fremkommet, på baggrund af analysen af de kvalitative interviews (afsnit 6.2.1.4.2.1), at det er en fordel, hvis ressourcepersonen er forudseende i forhold til, hvilke udfordringer plejepersonalet kan stå overfor i forbindelse med at skulle implementere god ernæringspraksis, samt kan komme med enkle løsninger. Ressourcepersonen skal derfor være én, der er bekendt med ernæringsrelaterede arbejdsopgaver, og som derigennem kan være nytænkende og iderig, således plejepersonalets udfordringer bedst og på lettest vis

imødekommes. Som beskrevet tidligere kan ressourcepersonen bidrage med, at plejepersonalet oplever et større tilhørsforhold, hvorigennem plejepersonalets motivation for at udføre god ernæringspraksis ligeledes kan øges, hvilket vurderes også at gøre sig gældende i dette tilfælde. En sengeafdeling, der har en ressourceperson til at guide og vejlede plejepersonalet med at udføre deres arbejdsopgaver, kan, med afsæt i Scheins teori, siges at være et artefakt, der afspejler sengeafdelingens grundlæggende antagelser i form af, at det er acceptabelt at bede om hjælp og vejledning fra en ressourceperson. Tillige at det ligeledes ikke forventes, at alle medarbejderne har de samme kompetencer, hvilket understøttes af afsnit 7.1.

På baggrund af dette afsnit kan det udledes, at en ressourceperson med kendskab og erfaring med arbejdsopgaverne relateret til god ernæringspraksis og som er bekendt med den kontekst, hvori ernæringspraksis skal udføres, kan være med til at øge plejepersonalets oplevelse af tilhørsforhold, og derigennem plejepersonalets motivation. Dette vurderes at kunne bidrage med at forbedre implementeringen af ernæringspraksis. Derudover skal ressourcepersonen kun have fokus på én arbejdsopgave af gangen, skal kunne udarbejde en klar og enkel plan for, hvordan arbejdsopgaven skal udføres, samt italesætte den arbejdsopgave, der ønskes implementeret, hyppigt. Dette antages at kunne føre til, at plejepersonalet oplever nye opgaver mere overkommelige og føler at deres kompetencer er tilstrækkelige. Derudover synliggør ledelsen, via ressourcepersonen, sin prioritering af god ernæringspraksis. Tilsammen er dette medvirkende til, at plejepersonalets motivation for at implementere god ernæringspraksis øges.



Figur 11: Programteori over hvordan ressourcepersonen kan bidrage til facilitering af implementering af god ernæringspraksis

8. Diskussion af resultaterne fremkommet i afsnit 7 i forhold til den nuværende “More2Eat”-model

På baggrund af afsnit 7 er der blevet udledt syv punkter, der vurderes at kunne forbedre implementeringen af god ernæringspraksis. I følgende afsnit vil disse punkter blive diskuteret i forhold til “More2Eat”-modellen i dens nuværende form, med det formål at uddrage forandringsforslag, som kan anvendes til at videreudvikle “More2Eat”-modellen. Hermed vil specialets overordnede problemformulering blive besvaret, hvis formål er at komme med forandringsforslag til, hvordan “More2Eat”-modellen kan forandres, således flere sengeafdelinger implementerer god ernæringspraksis.

8.1 Øget fokus på og åbenhed omkring plejepersonalets individuelle kompetencer

På baggrund af afsnit 7.1 fremkom det, at for at forbedre implementeringen af ernæringspraksis, bør der være mere åbenhed omkring, at der forekommer kompetenceforskelle blandt plejepersonalet, således det pågældende plejepersonale kan få

hjælp til at tilegne sig de nødvendige kompetencer, eksempelvis via undervisning. I sin nuværende form laves der med "More2Eat"-modellen opgørelser over sengeafdelingernes overordnede præstationer, og den tilbyder generel undervisning og vejledning til sengeafdelingens plejepersonale. Opgørelserne kan dermed anvendes til at få et overblik over hvilke arbejdsområder, der kræver et større fokus, og efterfølgende kan der arrangeres undervisning med netop dette som fokusområde. Denne tilgang giver mulighed for et overordnet kompetenceløft målt ud fra en overordnet præstation, men uden sikring af at plejepersonalet, der har et behov, får løftet sine kompetencer, i og med at det ikke undersøges, hvem der rent faktisk har et behov. Hvis "More2Eat"-modellen derfor i højere grad skal kunne bidrage med et individuelt kompetenceløft, og derigennem få flere sengeafdelinger til at implementere god ernæringspraksis, kunne et forslag være brugen af såkaldte "kompetencekort". Et kompetencekort er et individuelt læringsredskab, der både kan være med til at give et overblik over den enkelte medarbejders kompetencer, samt et evalueringsredskab i forhold til at få overblik over hvilke aktiviteter, medarbejderen skal arbejde videre med (Lemb et al., 2014). Brugen af et sådant redskab vurderes at kunne løfte plejepersonalets individuelle kompetencer, og herigennem være med til at flere sengeafdelinger implementerer god ernæringspraksis. At indføre brug af kompetencekort formodes dog at kræve, at afdelingslederen har overblik over hver enkelt medarbejders respektive niveau af kompetencer, og ikke mindst sørger for, at alle medarbejdere har mulighed for relevant undervisning. Ligeledes også at ledelsen tydeliggør overfor medarbejderne, at det er et krav, at de holder sig ajour med de kompetencer, der fremgår af kompetencekortet. En risiko ved at have fokus på plejepersonalets individuelle kompetencer kan dog være, at plejepersonalet, der mangler de nødvendige kompetencer, kan føle sig inkompetente eller udstillede. Som beskrevet i afsnit 7.1 kan følelsen af at have utilstrækkelige kompetencer virke demotiverende og er derfor et vigtigt element at tage højde for. En måde at tage højde for det på kan være ved, at ledelsen skaber en arbejdskultur, der er præget af, at det ses som en styrke at kunne erkende, at der er kompetencer, der kræver forbedringer.

På baggrund af ovenstående leder det frem til et forandringsforslag om, at "More2Eat"-modellen videreudvikles fra at have fokus på afdelingens generelle kompetenceniveau, til at have et større fokus på plejepersonalets individuelle kompetencer, med henblik på at sikre et mere ensartet kompetenceniveau blandt plejepersonalet. Det kan eksempelvis foregå ved at ernæringsteamet vejledes til at begynde at anvende kompetencekort. For at dette kan lade sig

gøre, kræves der en større indsats fra ledelsen. For eksempel skal ledelsen være ajour med plejepersonalets kompetencer, gøre det til et krav at kompetencerne opretholdes, sørge for at plejepersonalet har mulighed og tid til at tilegne sig de nødvendige kompetencer, samt sørge for at der afsættes tid til ernæringsteamets ressourcepersoner til at følge op på udviklingen af plejepersonalets kompetencer.

8.2 Mere synlighed af ledelsens prioritering af ernæringspraksis

På baggrund af afsnit 7.2 er det fremkommet, at ledelsen i en sengeafdeling skal gøre deres egen prioritering af ernæringspraksis mere synlig, for eksempel ved at sørge for, at der afsættes tid i arbejdstiden til at have fokus på god ernæringspraksis. Dette er i tråd med "More2Eat"-modellens bidrag i sin nuværende form, hvilket både kan ses ved, at modellen har som kvalitetsindikator, at alle sengeafdelinger har et ernæringsteam, samt at der gives plads til at der afholdes møder med "More2Eat"-teamet.

Med udgangspunkt i ovenstående bidrager "More2Eat"-modellen i sin nuværende form i forvejen med at synliggøre, at implementering af god ernæringspraksis prioriteres af ledelsen, hvorfor der på dette område ikke vurderes relevant med en videreudvikling.

8.3 Ledelsen skal motivere plejepersonalet til at deltage i afdelingens ernæringsteam

I afsnit 7.3 fremgik det, at det kan være vanskeligt for ledelsen at motivere plejepersonalet til at indgå i sengeafdelingernes ernæringsteams. "More2Eat"-modellen bidrager i sin nuværende form, så vidt det er fremkommet under specialet, ikke til at hjælpe ledelsen til at motivere plejepersonalet, og er desuden primært i kontakt med det plejepersonale, som allerede er en del af et ernæringsteam. "More2Eat"-modellen bidrager derfor umiddelbart ikke til at motivere det resterende plejepersonale til at indgå i ernæringsteamet, eller med at vejlede ledelsen i, hvordan de kan øge plejepersonalets motivation.

"More2Eat"-modellens bidrag til at hjælpe ledelsen med at motivere plejepersonalet til at deltage i afdelingens ernæringsteam kunne være, at teamet bag "More2Eat"-modellen i højere grad synliggjorde over for ledelsen, hvilke forventninger, der er til sammensætningen af afdelingernes ernæringsteams, og hvilken rolle et ernæringsteam skal have på en given afdeling. For eksempel at ernæringsteamet skal bidrage med udvikling og udbredelsen af nyt

på ernæringsområdet, samt kvalitetssikre ernæringsindsatsen sammen med ledelsen i det daglige arbejde. Hermed antages det, at "More2Eat"-teamet kan inspirere og motivere ledelsen til i højere grad at få spredt budskabet om betydningen af at have et ernæringsteam, og dermed motivere plejepersonalet til at indgå i afdelingernes ernæringsteams.

På baggrund af ovenstående leder det frem til et forandringsforslag om, at "More2Eat"-modellen videreudvikles i retning af at "More2Eat"-teamet i højere grad indgår i en tættere dialog med ledelsen, og derigennem inspirerer og motiverer ledelsen til at motivere plejepersonalet til at indgå i afdelingens ernæringsteam.

8.4 Ledelsen prioriterer at have en ressourceperson

I afsnit 7.4 er det fremkommet, at prioritering af en ressourceperson på sengeafdelingerne kan bidrage med at være en tæt sparringspartner for plejepersonalet. Dette er i overensstemmelse med, at "More2Eat"-modellen tilskynder til, at alle afdelinger har et ernæringsteam, samt indgår i et samarbejde med en diætist. "More2Eat"-modellen bidrager dog, i sin nuværende form, ikke med at stille en ressourceperson til rådighed for afdelingen, men agerer i stedet som en sparringspartner for det plejepersonale, der vælger at indgå i afdelingernes ernæringsteams.

Som det ligeledes er fremkommet i afsnit 8.3, anbefales det, at "More2Eat"-teamet i højere grad indgår i en tættere dialog med ledelsen, hvorigennem vigtigheden i at have en ressourceperson indgår som en del af dialogen. Det vurderes derfor ikke, at nærværende afsnit kan bidrage med et forslag til forandring, som ikke indgår i forandringsforslaget fra afsnit 8.3.

8.5 Fast plan for hvordan plejepersonalet skal prioritere under travlhed

I afsnit 7.5 er det fremkommet, at det kan øge plejepersonalets prioritering af implementering af god ernæringspraksis, hvis ledelsen udarbejder en plan for, hvordan plejepersonalet skal prioritere under travlhed, samt ved at sørge for, at plejepersonalet har de kompetencer, de har behov for til at imødekomme kravene. Sidstnævnte indgår i afsnit 8.1, og vil derfor ikke blive diskuteret nærmere i dette afsnit.

"More2Eat"-modellen bidrager, i sin nuværende form, ikke med at udarbejde en plan for, hvordan plejepersonalet skal prioritere under travlhed, men har dets fokus på at få sengeafdelingerne til at opnå de fastsatte kvalitetsindikatorer, eksempelvis via en gradvis

øgning af implementeringen af god ernæringspraksis. Heri ligger en forventning om at kvalitetsindikatorerne kan opnås over tid. Hermed fokuserer “More2Eat”-modellen umiddelbart på at opnå de givne målsætninger, men uden at det overvejes, om sengeafdelingerne har de nødvendige ressourcer til rådighed til at komme i mål med kvalitetsindikatorerne. Sådan som praksis øjensynligt foregår i øjeblikket, er det plejepersonalet på afdelingerne, som står med det umiddelbare praktiske ansvar for både at udføre ernæringspraksis og ansvaret for at beslutte hvilke arbejdsopgaver, de vurderer at være mest vigtige at prioritere. Det vil sige, at i de tilfælde hvor der ikke sker forbedringer af implementeringen af god ernæringspraksis, kan ansvaret pålægges plejepersonalet. Det vurderes, at en risiko ved at dette ansvar pålægges plejepersonalet, kan være, at de oplever en følelse af selvbebrejdelse, ved for eksempel ikke at leve op til “More2Eat”-modellens ni kvalitetsindikatorer. På nuværende tidspunkt afspejler disse kvalitetsindikatorer plejepersonalets arbejdskvalitet uanfægtet hvilke ressourcer, plejepersonalet er stillet til rådighed. Det vurderes derfor essentielt, at “More2Eat”-teamet i samråd med ledelsen drøfter, hvordan implementeringen af ernæringspraksis skal prioriteres under travlhed, således “More2Eat”-modellen kan anvende denne viden i samarbejdet med plejepersonalet, der indgår i ernæringsteamet. “More2Eat”-teamet kan i den forbindelse bidrage med ekspertviden vedrørende de konkrete arbejdsopgaver relateret til god ernæringspraksis, og hvilke arbejdsopgaver, der er forsvarlige at nedprioritere. Hermed får ledelsen det overordnede ansvar for implementeringen af god ernæringspraksis, og synliggør ligeledes sin prioritering i forhold til, hvilke arbejdsopgaver, de ønsker at plejepersonalet skal prioritere. Det er dermed i mindre grad plejepersonalet, der “fejler”, hvis implementeringen af god ernæringspraksis ikke lykkes. Dette kan, i højere grad, ses som en afspejling af ledelsens prioritering og af de ressourcer, plejepersonalet stilles til rådighed, og ikke som en afspejling af plejepersonalets utilstrækkelighed.

På baggrund af ovenstående anbefales det, at “More2Eat”-modellen videreudvikles fra at have fokus på at opnå de givne målsætninger til også at tage højde for de ressourcer, de specifikke afdelinger har til rådighed, og derudfra tage stilling til hvordan plejepersonalet skal prioriteres under travlhed. Det vil for eksempel sige, at der skal tages stilling til, hvilke arbejdsopgaver relateret til implementeringen af ernæringspraksis, der er mest vigtige. Dette kræver, at “More2Eat”-teamet og ledelsen indgår i dialog vedrørende hvilke målsætninger, der er

realistiske for plejepersonalet at opnå under de givne arbejdsforhold, samt at der udarbejdes en plan for, hvordan plejepersonalet skal prioritere i praksis, når der opleves travlhed.

8.6 Medarbejderinddragelse kan øge plejepersonalets motivation

I afsnit 7.6 er det fremkommet, at plejepersonalet bør medinddrages i strukturelle bestemmelser, der har indflydelse på plejepersonalets arbejdsgange, således de beslutninger, der tages, imødekommer de arbejdsopgaver, som plejepersonalet skal udføre, såsom implementeringen af god ernæringspraksis. Det vides ikke, om der har fundet medarbejderinddragelse sted i forbindelse med de nævnte eksempler på strukturelle beslutninger, men uanset vurderes medarbejderinddragelse anbefalelsesværdigt, da det, ifølge SDT, kan øge plejepersonalets motivation. Sundhedsstyrelsen selv omtaler ligeledes medarbejderinddragelse som “nøglen til implementeringssucces” (Sundhedsstyrelsen, 2019, s. 11), hvilket understreger vigtigheden deraf.

“More2Eat”-modellen har i sin nuværende form, så vidt det er bekendt for specialets medlemmer, ingen eller kun sparsom indflydelse på strukturelle beslutninger, såsom udviklingen af IT-systemer, fordelingen af patientkategorier på de forskellige afdelinger og lignende. Det vurderes derfor også, at strukturelle bestemmelser ligger uden for “More2Eat”-modellens beføjelser, hvorfor det ikke vurderes at være muligt med en videreudvikling af modellen inden for dette område.

8.7 Konkrete metoder som ressourcepersonen kan anvende til at implementere god ernæringspraksis

I afsnit 7.7 er der fremkommet kompetencer, som ressourcepersonen bør have, samt konkrete forslag til, hvordan ressourcepersonen kan gribe implementeringen af arbejdsopgaverne an. Det er blandt andet fremkommet, at ressourcepersonen bør have kendskab og erfaring med arbejdsopgaverne relateret til god ernæringspraksis, samt er bekendt med den kontekst, hvori ernæringspraksis skal udføres. “More2Eat”-modellen forsøger, i sin nuværende form, ikke specifikt at rekruttere plejepersonale med et sådan erfaringsgrundlag til at indgå i ernæringsteamet, men forsøger i stedet at give de ressourcepersoner, der vælger at indgå i sengeafdelingernes ernæringsteams, de kompetencer, som de har brug for i situationen. Det vurderes, at de angivne kompetencer vil kræve stor erfaring og indsigt i ernæringspraksis fra ressourcepersonens side, og eventuelt også erfaring og viden om, hvad der skal til for at skabe

en adfærdssændring. Hvis et af “More2Eat”-modellens mål skal være at få ressourcepersoner med disse kompetencer til at indgå i sengeafdelingernes ernæringsteams, vurderes det, at det kan blive endnu sværere at finde plejepersonale, der kan indgå i et ernæringsteam. Ydermere vil det afholde mindre erfarent plejepersonale i at indgå i ernæringsteamet, hvilket vurderes at mindske diversiteten af perspektiver. Tillige kan det have den utilsigtede konsekvens, at brugbar viden for implementeringen af god ernæringspraksis overses. På den baggrund vurderes det, at “More2Eat”-modellen ikke skal bidrage med at rekruttere plejepersonale med et stort erfaringsgrundlag til at indgå i afdelingernes ernæringsteams, men skal fortsætte med at højne kompetencerne blandt de ressourcepersoner, der vælger at blive en del af afdelingernes ernæringsteams ud fra deres specifikke behov.

I forhold til de fremkomne forslag vedrørende praktiske tiltag, herunder at der kun skal være fokus på én arbejdsopgave af gangen, er der med “More2Eat”-modellen ingen særlige begrænsninger på, hvor mange arbejdsopgaver, der kan være fokus på. Tværtimod kan det med udgangspunkt i “More2Eat”-modellens ni kvalitetsindikatorer se ud som om, at der altid skal tages udgangspunkt i alle ni punkter. Hermed understøtter “More2Eat”-modellen i sin nuværende form ikke, at der kun skal være fokus på én arbejdsopgave af gangen. Det anbefales derfor, at “More2Eat”-modellen åbner op for muligheden for at begrænse antallet af kvalitetsindikatorer, hvorudfra der laves målsætninger, særligt blandt de sengeafdelinger, der er størst udfordret med at implementere god ernæringspraksis.

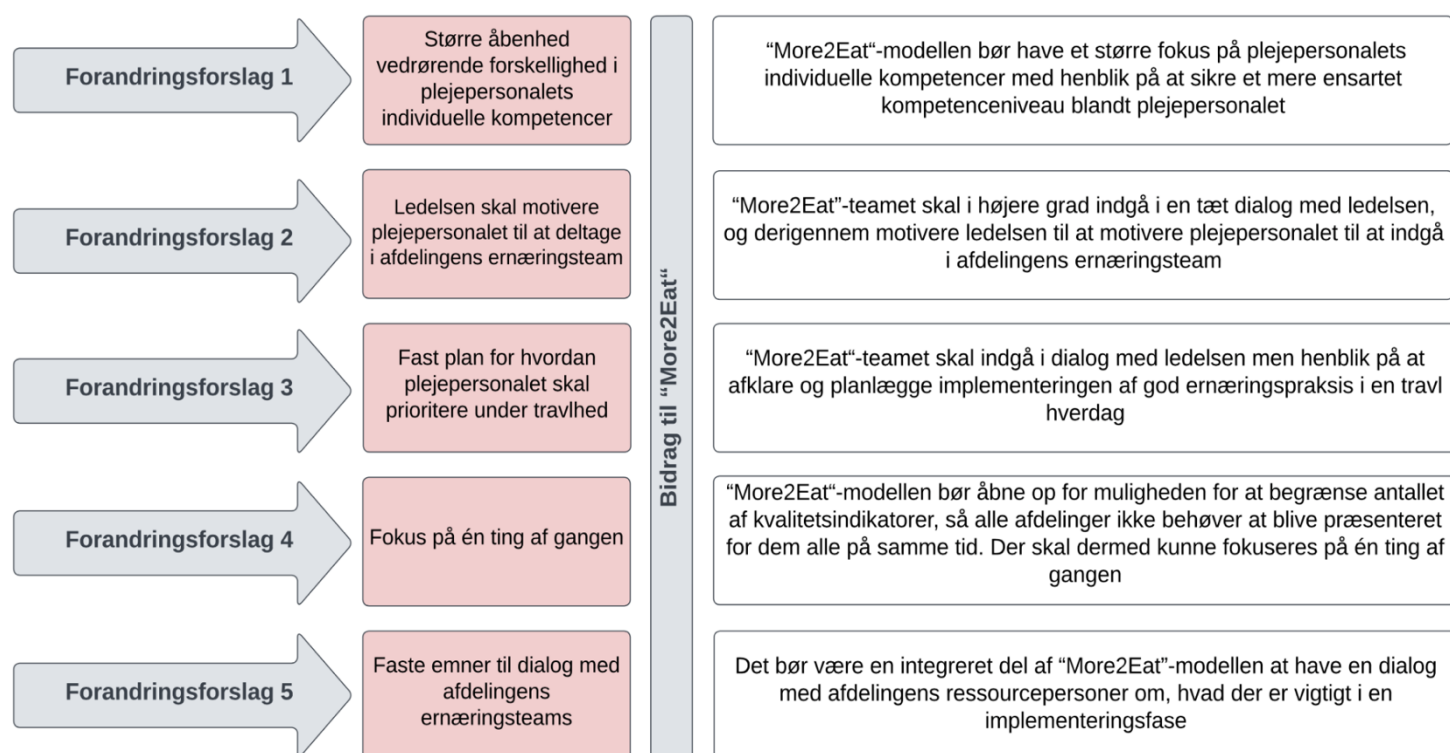
Dernæst er det fremkommet, at der skal udarbejdes klare og enkle planer for, hvordan arbejdsopgaverne skal udføres, hvilket “More2Eat”-modellen vurderes at understøtte i sin nuværende form. Dette understøttes i måden “More2Eat”-modellen samarbejder med afdelingerne, når det planlægges, hvordan kvalitetsindikatorerne skal opnås, da der herved forsøges at lave planer, der er lette og overskuelige for plejepersonalet at overkomme. Da forslaget menes at understøtte “More2Eat”-modellen, vurderes det, at der ikke er behov for videreudvikling på dette område.

Slutteligt fremkom det, at ressourcepersonen hyppigt, over for plejepersonalet, italesætter og sætter fokus på de arbejdsopgaver, der forsøges implementeret, da det viser plejepersonalet, at god ernæringspraksis er et område, der prioriteres, og hvorigennem motivationen for implementering af god ernæringspraksis øges. Det er ikke fremkommet i specialet, om

“More2Eat”-modellen i sin nuværende form lægger vægt på, overfor ressourcepersonen eller ernæringsteamet, at det er vigtigt gentagne gange at snakke om de arbejdsopgaver, der ønskes implementeret. Hvis det ikke gør sig gældende, anbefales det at “More2Eat”-modellen skal videreudvikles således, at en sådan dialog finder sted med afdelingernes ressourcepersoner, og hermed gøres til en fast del af "More2Eat"-modellen.

8.8.1 Sammenfatning af fremkomne forandringsforslag

På baggrund af ovenstående er der udsprunget fem områder, som vurderes at kunne bidrage til videreudviklingen af “More2Eat”-modellen, og derigennem en forbedring af implementeringen af god ernæringspraksis. I dette afsnit er der blevet lavet en kort opsummering og sammenfatning af de fem forandringsforslag, og de er desuden blevet præsenteret i figur 12 som individuelle forandringsforslag. I det følgende vil forandringsforslagene blive henvist til som henholdsvis F1, F2, F3, F4 og F5.



Figur 12: Oversigt over forandringsforslag med henblik på videreudvikling af “More2Eat”-modellen

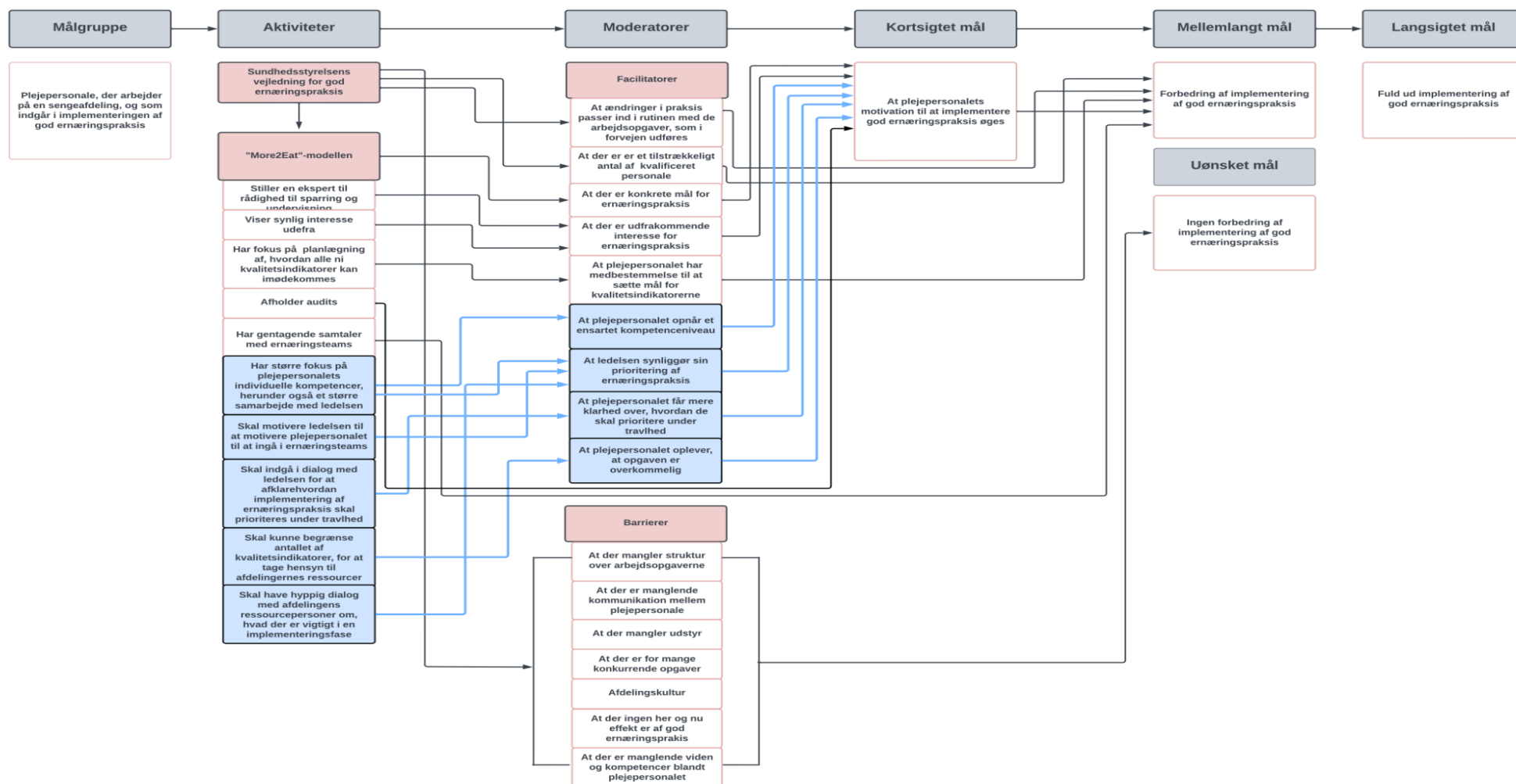
Selvom forandringsforslagene er fremstillet hver for sig, erkendes det, at flere af forslagene har indflydelse på hinanden. For eksempel indgår det i F1, at plejepersonalet skal have mulighed for at erhverve sig de kompetencer, som er nødvendige for at kunne udføre de arbejdsopgaver, der er relateret til ernæringspraksis. For at dette kan lade sig gøre, kræver det, at ledelsen sørger

for, at der er de rette undervisningsressourcer til rådighed. Ved at sørge for dette viser ledelsen plejepersonalet, at ernæringspraksis prioriteres, jævnfør F3, og herigennem motiverer ledelsen plejepersonalet til også at indgå i sengeafdelingens ernæringsteam, jævnfør F2. Ledelsen har hermed en stor betydning for implementeringen af god ernæringspraksis, og F1, F2 og F3 er alle er forandringsforslag, der kræver, at "More2Eat"-modellen i større grad indtænker ledelsen som en essentiel og aktiv faktor, hvis implementeringen af god ernæringspraksis skal lykkes. Derudover stilles der med F4 også krav om, at "More2Eat"-modellen nytænker brugen af de ni kvalitetsindikatorer med henblik på at de sengeafdelinger, der er under et særligt arbejdspress, kan få fratrækt dette arbejdspress. Et eksempel på dette arbejdspress kan for eksempel skyldes mangel på plejepersonale og/eller at der er tale om en sengeafdeling med en større andel af patienter i ernæringsrisiko. F4 er hermed forbundet med F3, hvor ledelsen aktivt skal være en del af at beslutte, hvilke arbejdsopgaver der skal prioriteres i deres pågældende sengeafdeling ud fra en større hensyntagen til sengeafdelingens ressourcer til rådighed. Endnu et specifikt krav til "More2Eat"-modellen fremgår af F5, hvor "More2Eat"-modellen i højere grad skal kortlægge nogle generelle anbefalinger til afdelingerne, som er fordelagtige, når der skal implementeres nye tiltag. Dette forslag, som det eneste, indebærer ikke et samarbejde med ledelsen.

8.8.2 Revideret programteori

Som beskrevet tidligere i afsnit 5.2 vil den foreløbige programteori blive revideret på baggrund af specialets resultater, og vil blive beskrevet og illustreret i dette afsnit. Da den reviderede programteori er udviklet på baggrund af specialets resultater, betyder det, at programteorien er blevet revideret med udgangspunkt i de fem fremkomne forandringsforslag. Den reviderede programteori er illustreret i *figur 13*.

På baggrund af forandringsforslagene er der, i den reviderede programteori, blevet tilføjet punkter under aktiviteter og moderatorer, der vurderes at kunne være med til at forbedre "More2Eat"-modellen. Disse punkter illustrerer den ny viden, der er fremkommet på baggrund af specialets resultater, og er markeret med blå. Ligeledes illustrerer de blå pile, at "processerne" er ny viden.



Figur 13: Den reviderede programteori

8.8.3 Diskussion af de fremkomne forandringsforslag

I dette afsnit vil perspektiver, der vurderes at kunne have betydning for implementeringen af god ernæringspraksis, men som ikke er fremkommet på baggrund af afsnit 7 og afsnit 8, kort blive diskuteret.

Grundet omstændighederne ved at arbejde i en offentlig organisation som det danske sundhedsvæsen i dens nuværende form, med ernæringsrelaterede arbejdsopgaver, der på forhånd er bestemt, antages det, at det ikke vil være muligt for plejepersonalet at opnå fuld autonomi. Ydermere antages det, at der kan være risiko for, at plejepersonalet bliver for fokuseret på de fastlagte procedurer for arbejdsopgaverne relateret til ernæringspraksis, frem for at gøre noget der fungerer for den enkelte. Et interessant aspekt at undersøge nærmere kunne derfor være, at undersøge hvordan sundhedsvæsenet kan sammensættes på en sådan måde, at offentligt ansat plejepersonale kan få større fleksibilitet og mulighed for nytænkning i forhold til at udføre deres fastsatte arbejdsopgaver, såsom at sørge for at indlagte patienter ernæres i tilstrækkelig grad. Herved er målet fortsat at give patienten den bedst mulige pleje, men plejepersonalet får større medbestemmelse i forhold til hvordan målet opnås. Det forsøges ikke at anfægte effekten af Sundhedsstyrelsens vejledning for god ernæringspraksis, men i og med at implementeringen af god ernæringspraksis fortsat er forbundet med store udfordringer, kan det virke oplagt at forsøge at imødekomme udfordringerne på anden vis end der hidtil er forsøgt. Særligt hvis begrænset autonomi er en væsentlig barriere for implementeringen af god ernæringspraksis.

Tilhørsforhold er i afsnit 7 og 8 fremkommet som en følelse, der kan opstå mellem plejepersonalet og ledelsen og mellem plejepersonalet og afdelingens ressourcepersoner, hvis plejepersonalet oplever at have de samme prioriteringer som enten ledelsen eller ressourcepersonen. Det antages dog, at plejepersonalets tilhørsforhold internt til hinanden også kan have en betydning for oplevelsen af tilhørsforhold, og herigennem plejepersonalets motivation for at implementere god ernæringspraksis. For eksempel at gode relationer mellem plejepersonalet kan øge arbejdsglæden, og eventuelt plejepersonalets motivation for at implementere god ernæringspraksis. Dette er dog ikke udsprunget på baggrund af bearbejdningen af de indsamlede data, hvorfor dette er et aspekt der tillige kunne undersøges nærmere.

Et perspektiv, der ikke er blevet belyst i specialet eller fremkommet på baggrund af bearbejdningen af de indsamlede data, er patientperspektivet. Hermed har dette speciale ikke taget højde for, hvilke behov patienter i ernæringsrisiko har i forbindelse med implementeringen af god ernæringspraksis. Ifølge O’Cathain et al. (2019) bør der, i forbindelse med en udvikling af en intervention, inddrages perspektiver fra alle relevante interessenter, inklusiv dem, der drager fordel af en intervention. Det vurderes derfor relevant at undersøge patientperspektivet nærmere i forhold til “More2Eat”-modellen.

Som det ligeledes er fremkommet på baggrund af afsnit 7, kan kultur være en barriere for implementeringen af god ernæringspraksis. Scheins teori har ikke bidraget med løsningsforslag til, hvordan kultur, der er en barriere for implementeringen af god ernæringspraksis, kan ændres. På baggrund af, at det er fremkommet, at ledelsen har en stor indflydelse på plejepersonalets arbejdsprioriteringer og motivation, antages det derudfra, at ledelsen aktivt bør gøre en indsats for at skabe en arbejdskultur, der motiverer til implementering af god ernæringspraksis. Hvilke overvejelser ledelsen gør sig i den retning, er ikke fremkommet i specialet, men kunne være et perspektiv, der kunne inddrages i videre undersøgelser vedrørende implementering af ernæringspraksis.

10. Metodediskussion

I dette afsnit diskuteres styrker og svagheder ved de anvendte metodiske tilgange i henhold til deres betydning for de fremkomne resultater.

10.1 Diskussion af valg af videnskabsteoretisk position

I filosofisk hermeneutik har forskerens forforståelse og fortolkning indflydelse på den viden, der fremkommer, og det vil derfor aldrig være muligt at reproducere den viden, der er opnået (Juul, 2012). Valget af filosofisk hermeneutik har derfor betydet, at dette speciales resultater ikke er generaliserbare, men kun kan bidrage med indsigt i viden om de specifikke kontekster, der er taget udgangspunkt i. Dette kan ses som en svaghed. Da data, som nævnt, fremkommer via fortolkning, kan sådanne resultater endvidere ikke karakteriseres som endegyldigt sande (Juul, 2012). Det betyder dog ikke, at al viden, der fremkommer via fortolkning, kan betegnes som lige gyldig, men beror i stedet på, at der vælges den fortolkning, der vurderes at være den bedste (Juul, 2012). For at tage højde for dette i specialet, blev der udvalgt de resultater, der bedst blev understøttet, enten i form af, at de fremkom på baggrund af en informant med megen

erfaring, eller på baggrund af flere datakilder. For eksempel blev viden, baseret på data fra Charlotte, vurderet til at være mere fyldestgørende end viden fra Stine, grundet forskelligt erfaringsgrundlag med at implementere god ernæringspraksis.

Derudover er det ifølge Juul (2012) ikke muligt som forsker, på egen hånd, at skelne mellem fordomme, der fremmer forståelse og fordomme, der forhindrer forståelse eller fører til misforståelser. Der kan derfor ikke udelukkes, at de fortolkninger, resultaterne er undergået, er blevet forvrænget. Fokusområdet i dette speciale har dog ikke haft en særlig betydning for specialegruppens medlemmer forinden, hvorfor det vurderes usandsynligt at specialegruppens forforståelse har medført en nævneværdig forvrængning af de endelige resultater.

10.2 Diskussion af valg af teoretisk referenceramme

I dette speciale blev der inddraget to teoretiske referencerammer, som skulle bidrage til besvarelse af forskningsspørgsmål 3. I følgende afsnit blev brugen af henholdsvis motivationsteorien, SDT og Scheins teori om organisationskultur som teoretisk referenceramme diskuteret i forhold til dette speciales resultater.

10.2.1 Motivationsteori SDT

I dette speciale blev motivationsteorien self-determination theory valgt som teoretiske referenceramme, med henblik på at opnå en større forståelse for hvad der kunne motivere plejepersonalet til i højere grad at implementere god ernæringspraksis.

SDT blev vurderet anvendelig til at fremhæve handlinger, der kunne virke motiverende for plejepersonalet, hvorefter at disse handlinger kunne blive fremhævet som et bud på et konkret forslag. SDTs fokus er dog hovedsageligt på individets indre motivation, men synes ikke at tage højde for den faktor, at det at have et arbejde, for de fleste mennesker, er en nødvendighed, hvorved disse individer altid vil være underlagt ikke at have fuld autonomi i deres virke. Her kunne der have været inddraget begrebet *extrinsic motivation*, hvorved det havde været muligt at fremhæve, hvilken udefrakommende motivator individet var underlagt. Denne viden ville dog ikke have bidraget med viden om, hvordan sådanne individer vedbliver at blive motiveret.

På trods af ovenstående vurderes brugen af SDT alligevel at have åbnet op for en større motivationsforståelse, som har bidraget med en bredere viden om, hvilke faktorer på en

sengeafdeling, der kan have en indvirkning på plejepersonalets motivationen til at implementere god ernæringspraksis.

10.2.2 Scheins teori om organisationskultur

I dette speciale blev det fundet relevant at inddrage Scheins teori om de tre niveauer af kultur, da det blev fundet, at kulturen på en sengeafdeling kan have betydning for, hvorvidt der implementeres god ernæringspraksis. Inddragelse af Scheins tre kulturniveauer i resultaterne har dermed bidraget med en forståelse af, hvordan organisationskulturen på en sengeafdeling kan påvirke plejepersonalets adfærd i forhold til at implementere god ernæringspraksis. Anvendelsen af Scheins kulturniveauer har dog i praksis været udfordrende, da niveauerne er meget flydende, særligt niveauerne *grundlæggende antagelser* og *værdier og normer*. På baggrund heraf har det været svært at anvende særligt disse to niveauer, da der har været usikkerhed omkring, om der er tale om det ene eller det andet. Tillige er Scheins teori i høj grad beskrivende, og dermed knap så handlingsorienteret, og fremkommer ikke med bud på hverken, hvorvidt én kultur er mere korrekt end en anden, eller bud på hvordan en kultur kan ændres. Teorien er derfor blot med til at synliggøre, hvilken kultur der fremkommer.

10.2.3 Brugen af begge teoretiske referencerammer

Som det er fremkommet af ovenstående, er der begrænsninger ved begge teoretiske referencerammer i forhold til at kunne besvare dette specialets forskningsspørgsmål 3. I afsnit 7 har teorierne dog til en vis grad formået at supplere hinanden. For eksempel blev der identificeret en type kultur, samtidig med at SDT bidrog med viden om, om den type kultur var motiverende for plejepersonalets implementering af god ernæringspraksis. Herudfra kunne det udledes, om kulturen var fremmende eller hæmmende for implementeringen af god ernæringspraksis. Det vurderes derfor, at til trods for at teorierne hver især har sine begrænsninger, har de sammen bidraget til en større forståelse af dette speciales problemområde.

10.3 Diskussion af systematiske litteratursøgning som metode

10.3.1 Søgestrategi

Forud for den systematiske litteratursøgning blev der udarbejdet en søgestrategi, hvilket bidrog til en øget sandsynlighed for, at søgningen resulterede i relevant videnskabelig litteratur.

Søgestrategien bestod af bloksøgninger med fem facetter, hvilket gav et fundament for søgeprofilen i databaserne. Det har styrket søgeprofilen, at de inkluderede søgeord er blevet identificeret og valgt på baggrund af relevante artikler i problemanalysen samt under gennemgang af databasernes thesaurus. Der er dog en risiko for, at andre relevante søgeord ikke er fremsøgt, hvilket kan have medført, at ikke alle relevante studier er fundet i den systematiske litteratursøgning.

Der blev gjort brug af de boolske operatører OR og AND i databaserne med det formål at undersøge, hvordan facetterne interagerer med hinanden både internt og eksternt. Ifølge Buus et al. (2008) styrker denne tilgang både relevansen og præcisionen af resultaterne i søgningen. Gennem denne proces blev det tydeligt, at nogle af de inkluderede søgeord ikke blot fremsøgte relevante artikler, men også medførte støj, hvormed der fremkom artikler, som ikke var relevante for ansøgningen, hvilket har påvirket søgningens præcision.

En styrke ved den systematiske litteratursøgning er, at søgningen er foretaget i fire relevante databaser, hvilket vurderes at øge dækningen samt give muligheden for at få identificeret relevante studier. Det kunne dog have været også at have været relevant at have søgt i andre databaser for at undersøge, om disse kunne have bidraget med relevante artikler.

På baggrund af ovenstående vurderes dette speciales søgeproces at være udførligt dokumenteret, hvorfor søgningen kan gentages og kan dermed bidrage med gennemsigtighed over, hvordan de anvendte resultater er fremkommet. Dette vurderes at have højnet reliabiliteten af den systematiske litteratursøgning.

10.3.2 Udvælgelsen af studier

At der, som nævnt ovenstående, var flere studier, som var mindre relevante, blev tydeligt under udvælgelsesprocessen, da der på baggrund af søgningen fremkom 3660 hits. Herudfra var der blot fem studier, som blev vurderet relevante i forhold til besvarelsen af forskningsspørgsmål 1. Ifølge Buus et al. (2008) er der hermed tale om en søgning med høj recall, som er karakteriseret ved, at der fremkommer mange artikler, der er mindre relevante. Samtidig er der mulighed for at finde relevante artikler, der ellers ikke ville være blevet fundet. I søgninger med lav recall gør det modsatte sig gældende i form af, at der vil fremkomme færre, men mere præcise hits. (Buus et al., 2008) Herudfra vurderes det, at specialets søgning med høj recall,

har øget sandsynligheden for, at der ikke blev overset relevante artikler, omend at det blev erkendt, at selve udvælgelsesprocessen var mere tidskrævende grundet de mange hits.

Ifølge Lund et al. (2014) anbefales det, at udvælgelsesprocessen udføres af minimum to personer uafhængig af hinanden, igen med henblik på at øge sandsynligheden for, at der ikke overses artikler. Da specialet er underlagt en tidsramme, blev udvælgelsesprocessen dog opdelt mellem specialegruppens to medlemmer, hvilket kan betyde, at der blev frasorteret relevante artikler. Dertil kan dog tilføjes, at processen foregik i et tæt samarbejde mellem specialegruppens medlemmer, hvor der ved tvivl om artiklernes relevans, blev lavet en vurdering i fællesskab. Tillige blev de udarbejdede in- og eksklusionskriterier nøje anvendt, og viste sig velfungerende til at frasortere de mange artikler, der åbenlyst ikke var relevante. I forbindelse med kvalitetsvurderingen af de udvalgte artikler, blev dette ligeledes kun foretaget af ét af specialegruppens medlemmer grundet den underlagte tidsramme. Denne proces foregik også i et tæt samarbejde mellem specialegruppens medlemmer, med mulighed for fælles dialog og beslutningstagning. Overordnet set vurderes disse valg at sænke specialets validitet, men reliabiliteten vurderes til gengæld høj, da alle trin i søgningen er blevet grundig dokumenteret.

10.4 Diskussion af interview som metode

10.4.1 Rekruttering og brug af informanter

Rekruttering af informanter i dette speciale foregik som nævnt med hjælp fra udviklingskoordinator og forskningsleder for ernæring ved Aalborg Universitetshospital. Trods deres store arbejde med at få rekrutteret relevante informanter var der kun fem informanter, som meldte sig. Heraf meldte én informant senere afbud grundet travlhed på sengeafdelingen, hvilket resulterede i sammenlagt fire informanter. Det kunne eventuelt have bidraget med flere informanter, hvis specialegruppen havde taget mere ansvar under rekrutteringen og selv havde gjort et arbejde for at få rekrutteret informanter. Ifølge Merriam & Tisdell (2016) er der ikke krav om et bestemt antal informanter, men det essentielle er, at der opnås datamætning for at kunne besvare forskningsspørgsmålet. Mætning opstår, når dataindsamlingen ikke tilføjer ny information eller indsigt i den viden, der søges (Merriam & Tisdell, 2016). Det vurderes ikke, at det har været muligt at opnå mætning af viden på baggrund af udtalelserne fra de fire informanter. En af årsagerne hertil vurderes at være, at de rekrutterende informanter var for heterogene i forhold til deres erfaring med implementering

af god ernæringspraksis, og derfor ofte svarede ud fra meget forskellige perspektiver, som ikke altid kunne sammenlignes på tværs. Ifølge Merriam & Tisdell (2016) kan en sand og objektiv virkelighed dog aldrig indfanges, men det kunne sandsynligvis have øget validiteten af resultaterne, hvis der var blevet rekrutteret flere informanter. Det lave antal af informanter har ligeledes mindsket overførbareheden af specialets resultater (Merriam & Tisdell, 2016), hvorfor disse kun kan anvendes i netop den kontekst, der tages udgangspunkt i. Sammenlagt vurderes dette at have påvirket specialets fremkomne resultaters validitet.

Et andet punkt vedrørende valget af informanter og dets betydning for specialets resultater er, at nogle af informanterne har udtalt sig om, hvad de gør i praksis for at implementere god ernæringspraksis med en implicit antagelse om, at det er metoder, der får implementeringen til at virke. Problemet her er, at der ikke er indhentet viden fra andet plejepersonale fra den pågældende sengeafdeling, hvorfor det ikke er sikkert at plejepersonale, som i praksis skal implementere god ernæringspraksis, har den samme oplevelse med, hvilke metoder der virker. For at imødekomme dette, kunne specialet have lavet individuelle interviews eller fokusgruppeinterviews med flere medarbejdere fra den samme sengeafdeling for at undersøge, om der var overensstemmelse i plejepersonalets oplevelser af, hvilke metoder der var effektive. Det ville have givet et bedre helhedsbillede af, hvordan implementeringen af god ernæringspraksis foregår på sengeafdelingerne og dermed have øget validiteten af resultaterne.

Grundet udfordringerne med at rekruttere informanter, var det ikke muligt at vælge informanter ud fra, om de kom fra en sengeafdeling, der havde succes med implementering af god ernæringspraksis eller ej. Det betyder dermed, at det ikke vides, hvorvidt de forandringsforslag, der er fremkommet, bygger på erfaringer fra sengeafdelinger med succesfuld eller en ikke succesfuld implementering af god ernæringspraksis. Viden herom vurderes dog ikke at kunne styrke specialets resultater, da der ikke er blevet lavet en effektevaluering af, om de metoder, som er fremkommet som værende effektive, egentlig også er effektive. Ifølge Skivinton et al. (2021) skal en intervention gennemgå faserne af MRC-modellen før den fuldt ud kan implementeres, hvorfor det vurderes, at effekten af specialets anbefalinger under alle omstændigheder bør testes inden de fuldt ud implementeres.

Ifølge Merriam & Tisdell (2016) er der en række strategier, der kan bruges til at øge troværdigheden af specialets resultater, hvor triangulering nævnes som den strategi, der er

bedst til at styrke validiteten af en undersøgelse. Triangulering kan foregå ved, at der anvendes flere metoder til at frembringe resultater, hvorved det er muligt at sammenligne resultater på baggrund af flere metoder (Merriam & Tisdell, 2016). I dette speciale blev der i den forbindelse benyttet metoderne systematisk litteratursøgning samt kvalitative interviews, hvilket vurderes at have højnet validiteten af specialets resultater. I forbindelse med syntesen af metodernes resultater, viste det sig dog udfordrende at lave en syntese af fundene fra henholdsvis de kvalitative interviews og den systematiske litteratursøgning, da der var flere temaer fra de to undersøgelser, der ikke kunne syntetiseres. I disse tilfælde blev disse temaer kun diskuteret op imod de anvendte teoretiske referencerammer.

10.4.2 Interviewguide

Til interviewene blev der taget udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide, bestående af forholdsvis åbne spørgsmål inden for et fokusområde. At spørgsmålene er forholdsvis åbne betyder, at informanternes svar på spørgsmålene i interviewet muligvis ville kunne se anderledes ud, hvis interviewet blev gentaget af en anden forsker. Dette vurderes at kunne påvirke reliabiliteten af specialets resultater af interviews. Selvom det kunne være ønskværdigt at højne reliabiliteten af resultaterne af de kvalitative interviews, blev det vurderet, at mere åbne svarmuligheder, bidrog til at skabe plads til nye og uventede perspektiver, som ikke ville være fremkommet med en mere struktureret og lukket interviewguide. Denne tilgang er desuden i tråd med en filosofisk hermeneutisk tilgang om at forholde sig åbent til fænomenet af interesse, ved at give mulighed for at svare forskelligt på samme spørgsmål (Dahlager & Fredslund, 2016).

En anden ulempe forbundet med at anvende forholdsvis åbne spørgsmål i interviewene var, at nogle af informanterne ikke altid forstod det spørgsmål, der blev stillet, og dermed ikke besvarede spørgsmålet inden for det fokusområde, der var tiltænkt. Dette har haft en betydning for den samlede datamængde, som ikke har været så fyldestgørende, som det var tiltænkt, hvilket dermed også har påvirket validiteten af resultaterne af de kvalitative interviews. Dette blev imødekommet ved, at der forinden interviewene, blev foretaget et pilotinterview, med en hensigt om at gøre interviewguiden så let forståelig som mulig. Ifølge Merriam & Tisdell (2016) er det en fordel at pilotteste interviewguiden for netop at sikre, at spørgsmålet er let forståeligt. Det blev erkendt, at et enkelt pilotinterview ikke var tilstrækkeligt.

10.4.3 Udførsel af interviews

Som et aktivt forsøg på at øge reliabiliteten blev det valgt, at blot ét af specialegruppens medlemmer skulle være interviewer under alle interviewene. Dette blev blandt andet besluttet for at sikre ensartethed i spørgeteknikkerne. Derudover blev det medlem af specialet med mest erfaring inden for udførsel af interviews og med mest erfaring i arbejdsgangen på et hospitals sengeafdelinger, valgt til at være interviewer, da kvaliteten af interviewene ifølge Kvale & Brinkmann (2009) er påvirket af interviewerens kompetencer og erfaring.

Under interviewene blev der spurgt ind til informanternes erfaringer og tidligere oplevelser med ernæringspraksis. På den baggrund vurderes det, at der kan være risiko for at informanterne ikke har husket korrekt, og dermed har givet et forvrænget billede af virkeligheden. Dette kan hermed have påvirket validiteten af specialets resultater. Som også nævnt tidligere, kunne individuelle interviews eller fokusgruppeinterviews også i det her tilfælde have kunnet give et mere fyldestgørende billede af området af interesse.

Desuden blev det, under interviewene, tydeligt, at der var en sammenhæng mellem informanternes erfaring med ernæringspraksis og deres perspektiv på implementering af god ernæringspraksis. Det var betydeligt lettere at få informanterne med mest erfaring i ernæringspraksis til at besvare spørgsmålene fra interviewguiden inden for det tiltænkte fokusområde, og gav samtidig mere uddybende svar. At der er blevet inddraget informanter med begrænset viden eller erfaring med ernæringspraksis, kan derfor have påvirket validiteten af resultaterne. Omvendt kan det ikke udelukkes, at informanter med en mere begrænset viden er mere repræsentative for det plejepersonale, som skal udføre implementeringen af ernæringspraksis. Med det menes, at plejepersonalet med en mere begrænset viden sandsynligvis kunne have givet et mere realistisk billede af den kontekst, som ernæringspraksis udføres i.

I udførelsen af analysen af data fra de kvalitative interviews skulle forforståelsen i de første tre trin lægges til side. Dette viste sig udfordrende, i og med at forforståelsen indtil da havde været styret af og var styrende for udarbejdelsen af både problemanalysen, men også indgik i udførelsen af interviewene. For at imødekomme dette blev forforståelsens betydning derfor italesat og aktivt nedtonet i løbet af de tre første trin, således der kunne opnås et så fordomsfrit helhedsindtryk som muligt. Derudover blev det besluttet, at al datamaterialet skulle indeles i temaer, således der ikke, i de initierende faser, skulle tages stilling til, hvad der var relevant i

forhold til besvarelsen af forskningsspørgsmål 1. Hermed var der åbenhed over for, at der kunne fremkomme temaer, som ikke var en del af forforståelsen.

10.4.4 Analyse af kvalitative individuelle interviews

Under en analyse af data, fremkommet på baggrund af kvalitative interviews, kan der, ifølge Kvale & Brinkmann (2009), opnås intersubjektiv reliabilitet, hvis data kodes uafhængigt af hinanden. Med det menes, at hvis flere personer uafhængigt af hinanden har forstået data i overensstemmelse med hinanden, øges reliabiliteten af det, som er blevet forstået. Som beskrevet i afsnit 5.6.5 blev transskriberingerne kodet af begge medlemmer i specialegruppen uafhængigt af hinanden, hvilket vurderes at have øget reliabiliteten. Endnu en måde hvorpå reliabiliteten af interview resultaterne kunne være højnet på, kunne have været ved at lade informanterne gennemgå de udfærdigede transskriberinger, og derved give dem mulighed for at komme med tilføjelser eller rettelser. Dette blev dog ikke gjort, da det blev vurderet at være en for tidskrævende proces i forhold til den tid, specialet havde til rådighed.

Analysen af de transskriberede interviews tog udgangspunkt i Dahlager og Fredslunds (2016) filosofisk hermeneutiske analysestrategi, hvorved det vurderes, at der var sammenhæng mellem den valgte videnskabsteoretiske position og den valgte analysestrategi. Ifølge Merriam & Tisdell (2016) styrker det specialets validitet, at der er kongruens mellem videnskabsteoretisk position og analysestrategi. At fremgangsmåden i forbindelse med analysen er grundigt beskrevet (se afsnit 5.6.5) styrker ifølge Merriam & Tisdell (2016) tillige reliabiliteten af specialet.

11. Konklusion

Formålet med dette speciale var at undersøge, hvordan “More2Eat”-modellen kan forandres, således flere sengeafdelinger implementerer god ernæringspraksis. Til at opnå indsigt og viden derom, blev der opstillet en overordnet problemformulering, samt tre forskningsspørgsmål, som skulle bidrage til besvarelse af den overordnede problemformulering. På den baggrund er der fremkommet fem forandringsforslag, som blev vurderet anvendelige til at videreudvikle “More2Eat”-modellen. Det første forandringsforslag, der blev vurderet relevant i forhold til en videreudvikling af “More2Eat”-modellen var, at modellen bør have et større fokus på plejepersonalets individuelle kompetencer med det formål at sikre et mere ensartet kompetenceniveau blandt plejepersonalet, eksempelvis ved at anvende kompetencekort. Dette

vil dog kræve en større inddragelsen af ledelsen, da de blandt andet skal sørge for at gøre det til et krav at kompetencerne opretholdes, at plejepersonalet har mulighed og tid til at tilegne sig de nødvendige kompetencer, samt sørge for at der afsættes tid til ernæringsteamets ressourcepersoner til at følge op på udviklingen af plejepersonalets kompetencer. Det andet forandringsforslag vedrører, at "More2Eat"-modellen videreudvikles i retning af at "More2Eat"-teamet i højere grad har en tættere dialog med ledelsen vedrørende formålet med at have et ernæringsteam, og derigennem motiverer ledelsen til at motivere plejepersonalet til at indgå i afdelingens ernæringsteam. I det tredje forandringsforslag anbefales det, at "More2Eat"-modellen videreudvikles fra mest at have fokus på at opnå de givne målsætninger, til i højere grad at tage højde for de ressourcer, de specifikke afdelinger har til rådighed, og derudfra tage stilling til hvordan plejepersonalet skal prioritere under travlhed. Heri kræves tillige, at "More2Eat"-teamet og ledelsen indgår i en dialog vedrørende hvilke målsætninger, der er realistiske for plejepersonalet at opnå under de givne arbejdsforhold. Det fjerde forandringsforslag omhandler, at "More2Eat"-modellen åbner op for muligheden for at begrænse antallet af kvalitetsindikatorer, hvorudfra der laves målsætninger, særligt blandt de sengeafdelinger, der er størst udfordret med at implementere god ernæringspraksis. Heri indgår tillige, at ledelsen inddrages i beslutningen om, hvilke kvalitetsindikatorer der vurderes mest relevante at vælge til eller fra. Det femte og sidste forslag, der er fremkommet, handler om, at "More2Eat"-modellen integrerer emner, der er vigtige i en implementeringsfase, som en fast del af dialogen med afdelingernes ernæringsteams. Et eksempel herpå er vigtigheden af, at der gentagne gange på afdelingerne bliver snakket om de arbejdsopgaver, der ønskes implementeret. Med afsæt i de ovenstående forandringsforslag fremgår det i særdeleshed, at ledelsen har en stor betydning for implementeringen af god ernæringspraksis, hvorfor "More2Eat"-modellen i højere grad skal indtænke ledelsen som en essentiel faktor i den videre udvikling af modellen.

Der skal tages forbehold for, at forandringsforslagene er baseret på et sparsomt datagrundlag i forbindelse med interviewundersøgelsen, hvorfor forandringsforslagene ikke vurderes at være holdbare nok til at kunne generalisere til andre kontekster end dem, de er undersøgt i. For at øge sandsynligheden for, at en implementering af disse forandringsforslag kan føre til effektive forandringer, anbefales det, jævnfør MRC-modellen, at forandringsforslagene afprøves og evalueres. Der skal endvidere tages forbehold for, at "More2Eat"-modellen er et forholdsvist nyt koncept, og en model, der kun anvendes på Aalborg Universitetshospital. Det har dermed

ikke været muligt at finde studier, der undersøgte barrierer og facilitatorer i forbindelse med anvendelse af modellen, hvorfor det var nødvendigt blot at søge mere generel viden om barrierer og facilitatorer vedrørende implementering af god ernæringspraksis. Samme problematik gjorde sig gældende i forbindelse med indsamling af data fra de kvalitative interviews, da flere af informanterne ikke var bevidste om, hvad "More2Eat"-modellen handlede om. På grund af den sparsomme viden om "More2Eat"-modellen har det dermed ikke været muligt at opnå konkret viden om facilitatorer og barrierer ved "More2Eat"-modellen.

12. Referenceliste

Aalborg Universitetsbibliotek (2022a). Database: Pubmed. Retrieved from https://kdbk-aub.primo.exlibrisgroup.com/discovery/dbfulldisplay?docid=alma9920699421705762&context=L&vid=45KBDK_AUB:AUB&lang=da&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=jsearch_slot&query=contains,dbcategory,&sortby=title&offset=20&databases=category,Name—P

Aalborg Universitetsbibliotek (2022b). Database: Embase. Retrieved from https://kdbk-aub.primo.exlibrisgroup.com/discovery/dbfulldisplay?docid=alma9920724804305762&context=L&vid=45KBDK_AUB:AUB&lang=da&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=jsearch_slot&query=contains,dbcategory,&sortby=title&offset=10&databases=category,Name—E

Aalborg Universitetsbibliotek (2022c). Database: Cinahl. Retrieved from https://kdbk-aub.primo.exlibrisgroup.com/discovery/dbfulldisplay?docid=alma9920755165605762&context=L&vid=45KBDK_AUB:AUB&lang=da&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=jsearch_slot&query=contains,dbcategory,&sortby=title&offset=0&databases=category,Name—C

Badosa, L, E., Badia Tahull, M., Virgili Casas, N., Elguezabal Sangrador, G., Faz Méndez, C., Herrero Meseguer, I., Llop Talaveron, J. M. (2017). Cribado de la desnutrición hospitalaria en la admisión: La desnutrición aumenta la mortalidad y la duración de la estancia hospitalaria. *Nutrición Hospitalaria : Organo Oficial De La Sociedad Española De Nutrición Parenteral Y Enteral*, 34(4) doi:10.20960/nh.657

- Beck, A. M., Knudsen, A. W., Østergaard, T. B., Rasmussen, H. H., & Munk, T. (2021). Poor performance in nutrition risk screening may have serious consequences for hospitalized patients. *Clinical Nutrition ESPEN*, 41, 365-370. doi:10.1016/j.clnesp.2020.10.019
- Bellanti, F., lo Buglio, A., Quiete, S., & Vendemiale, G. (2022). Malnutrition in hospitalized old patients: Screening and diagnosis, clinical outcomes, and management. *Department of Medical and Surgical Sciences*, Retrieved from <https://www.mdpi.com/2072-6643/14/4/910>
- Boaz, M., Rychani, L., Barami, K., Hour, Z., Y, Yosef, R., Leibovitz, E. (2013). Nurses and nutrition: A survey of knowledge and attitudes regarding nutrition assessment and care of hospitalized elderly patients. *Continuing Education in Nursing*, 44(8), 357-364.
- Buus, N., Kristiansen Munch, H., Tingleff Boldrup, E., & Rossen Biach, C. (2008). *Litteratursøgning i praksis Sygeplejersken*.
- Cass, A. R., & Charlton, K. E. (2022). *Prevalence of hospital-acquired malnutrition and modifiable determinants of nutritional deterioration during inpatient admissions: A systematic review of the evidence* Wiley. doi:10.1111/jhn.13009
- Cate, D., Schuurmans, M. J., van Eijk, J., Bell, J. J., Schoonhoven, L., & Ettema, R. G. A. (2022). Factors influencing nurses' behavior in nutritional care for community-dwelling older adults before, during, and after hospitalization: A delphi study. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 53(12), 545-556. doi:10.3928/00220124-20221107-06
- Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S. C., Singer, P. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 36(1), 49-64. doi:10.1016/j.clnu.2016.09.004
- Chapman, C., Barker, M., & Lawrence, W. (2015). Improving nutritional care: Innovation and good practice. *Journal of Advanced Nursing*, 71(4), 881-894. doi:10.1111/jan.12571

Chaudoir, S. R., Dugan, A. G., & Barr, C. H. (2013). Measuring factors affecting implementation of health innovations: A systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. *Implementation Science*, 8(22), 1-20.

Curtis, L. J., Bernier, P., Jeejeebhoy, K., Allard, J., Duerksen, D., Gramlich, L., Keller, H. H. (2016). Costs of hospital malnutrition. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 36 (5), 1391-1396. doi:10.1016/j.clnu.2016.09.009

Dahlager, L., & Fredslund, H. (2016). Hermeneutisk analyse - forståelse og forforståelse. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4th ed., pp. 157-181). København: Munksgaard.

Eide, H. D., Halvorsen, K., & Almendingen, K. (2014). Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: Perspectives of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5-6), 696-706. doi:10.1111/jocn.12562

Fjeldstad, S. H., Thoresen, L. L., Mowé, M. M., & Irtun, Ø. (2018). Changes in nutritional care after implementing national guidelines—a 10-year follow-up study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 72(7) doi:10.1038/s41430-017-0050-5

Frandsen, T. F., Dyrvig, A., Christensen, J. B., Fæsterholdt, I., & Oelholm, A. M. (2014). En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. *Videncentret, Odense Universitetshospital - Afdeling for Kvalitet Og Forskning*, 647-650. Retrieved from https://content.ugeskriftet.dk/sites/default/files/scientific_article_files/2014-03/artikel_7605.pdf

Gomes, F., Baumgartner, A., Bounoure, L., Bally, M., Deutz, N. E., Greenwald, J. L., Schuetz, P. (2019). Association of nutritional support with clinical outcomes among medical inpatients who are malnourished or at nutritional risk. *JAMA Network Open*, 2(11), 1-14. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.15138

Green, S. M., & James, E. P. (2013). Barriers and facilitators to undertaking nutritional screening of patients: A systematic review. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 26(3), 211-221. doi:10.1111/jhn.12011

Hiesmayr, M., Tarantino, S., Moick, S., Laviano, A., Sulz, I., Mouhieddine, M., Schindler, K. (2019). Hospital malnutrition, a call for political action: A public health and NutritionDay perspective. *Journal of Clinical Medicine*, 8(12), 2048. doi:10.3390/jcm8122048

Rasmussen, H.H., & Holst, M. (2022). *ESPEN og DSKE - de stødige*.

Holst, M., Laursen, B. S., & Rasmussen, H. H. (2012). Caring for dinner in hospital. *Nursing Og Journal*, 1(5), 1-7. doi:10.4172/2167-1168.1000117

Holst, M., Rasmussen, H. H., Unosson, M., & The Scandinavian Nutrition Group. (2009). Well-established nutritional structure in Scandinavian hospitals is accompanied by increased quality of nutritional care. *European E-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism*, 4, e22-e29.

Holst, M., Beermann, T., Mortensen, M. N., Skadhauge, L. B., Lindorff-Larsen, K., & Rasmussen, H. H. (2014). Multi-modal intervention improved oral intake in hospitalized patients. A one year follow-up study. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 34(2), 315-322. doi:10.1016/j.clnu.2014.05.001

Holst, M., Mortensen, M. N., Jacobsen, B. A., & Rasmussen, H. H. (2010). Efficacy of serving bedside in-between meals – an intervention study in three medical departments. *E-SPEN, the European E-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism*, 5(1), e30-e36. doi:10.1016/j.eclnm.2009.12.004

Hong, Q. N., Pluye, P., Fabregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Vedel, I. *Mixed methods appraisal tool (mmat) version 2018*

IKAS - DDKM, u.å .Hvad er DDKM og hvad er hensigten med DDKM. Retrieved from <https://www.ikas.dk/omddkm>

Inciong, J. F. B., Chaudhary, A., Hsu, H., Joshi, R., Seo, J., Trung, L. V., Usman, N. (2020). Hospital malnutrition in northeast and southeast Asia: A systematic literature review. *Clinical Nutrition ESPEN*, 39, 30-45. doi:10.1016/j.clnesp.2020.06.001

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. - *Den danske kvalitetsmodel - Akkrediteringsstandarder for sygehuse - Høringsmateriale, 2. høring*. (2008).

Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisationer fungerer - en indføring i organisation og ledelse* (3. udgave ed.) Hans Reitzels Forlag.

Juul, L. (01/03/22). Sund kost - sundhed.dk. Retrieved from <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hormoner-og-stofskifte/sygdomme/kost/sund-kost/>

Juul, S., & Pedersen, K. B. (2012). Kap. 1: Hvorfor videnskabsteori? I *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori*, S. Juul, & K. Bransholm Pedersen (Eds.), (pp. 9-22) Hans Reitzels Forlag.

Juul, S. (2012). Kap. 4.: Hermeneutik. In *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori*, S. Juul, & K. Bransholm Pedersen (Eds.), (pp. 107-148) Hans Reitzels Forlag.

Juul, Lotte. (2021). Lidt om næringsstofferne - sundhed.dk. Retrieved from <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/kraeft/sygdomme/raad-til-kraeftpatienter/lidt-om-naeringsstofferne/>

Kitto, S. C., Chesters, J., & Grbich, C. (2008). Quality in qualitative research. *Medical Journal of Australia*, 188(4), 243-246. doi:10.5694/j.1326-5377.2008.tb01595

Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B., & Plauth, M. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22(4), 415-421.

Krogstrup, H. K. (2016). *Evalueringsmodeller* (udgave 3 ed.) Hans Reitzels forlag.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interview* (2. udgave ed.). København: Hans Reitzels Forlag.

Lassen, K. O., Grinderslev, E., & Nyholm, R. (2008). Effect of changed organisation of nutritional care of Danish medical inpatients. *BMC Health Services Research*, 8(168), 1-13.

Launsø, L., Rieper, O., & Olsen, L. (2017). *Forskning om og med mennesker* (7. 1. oplag ed.). København: Munksgaard.

Laur, C., Valaitis, R., Bell, J., & Keller, H. (2017). Changing nutrition care practices in hospital: A thematic analysis of hospital staff perspectives. (BMC Health Services Research)

Lemb, H., Bergstrøm, G., Trebbien, L. & Hansen, I. (2014). Kompetencekort viser vej i praksis. Retrieved from: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2014-6/kompetencekort-viser-vej-i-praksis>

Lockwood C, M. Z., Porritt K. (2015). *Qualitative research synthesis: Methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation*. Int J Evid Based Healthc.

Lund, H., Juhl, C., Andreasen, J., & Møller, A. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning* (1 udgave ed.). København: Munksgaard.

Markussen, K. (2004). Læsning og vurdering af forskningsartikler. Retrieved from <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2004-33/laesning-og-vurdering-af-forskningsartikler>

Mastnak Mlakar, D., Kozjek Rotovnik, N., & Salviy Skela, B. (2022). Factors for effective identification of patients at nutritional risk in clinical practice: Thematic analysis of qualitative research. (Institut for Onkologi Ljubljana)

Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research - A guide to research and implementation* (Fourth edition ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Mikkelsen, S., Frost, K. H., Engelbreth, E. M., Nilsson, L., Peilicke, K. M., Tobberup, R., Holst, M. (2023). Is nutritional sufficiency of >75% energy and protein requirement a relevant target in patients at nutritional risk? - A one month follow-up study. *Clinical Nutrition ESPEN*

Nasa, P., Jain, R., & Juneja, D. (2021). *Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness*

O'Cathain, A., Croot, L., Duncan, E., Rousseau, N., Sworn, K., Turner, K. M., & Yardley, L. (2019). Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. *BMJ Open*, 1-9. doi:10.1136/bmjopen-2019-029954

Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Staun, M., Ladefoged, K., Kristensen, H., & Wengler, A. (2004). Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 23(5), 1009-1015. doi:10.1016/j.clnu.2004.01.001

Rienecker, L., & Jørgensen, S P. (2017). *Den gode opgave - håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser* (5. udgave) Samfundslitteratur.

Rinninella, E., Cintoni, M., De Lorenzo, A., Anselmi, G., Gagliardi, L., Addolorato, G., Mele, M. C. (2019). May nutritional status worsen during hospital stay? A sub-group analysis from a cross-sectional study. *Internal and Emergency Medicine*, 14, 51-57.

Ross, L., Mudge, A., Young, A., & Banks, M. (2011). Everyone's problem but nobody's job: Staff perceptions and explanations for poor nutritional intake in older medical patients. *Nutrition and Dietetics*, 68(1), 44-46.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.

Samara Palma, M., Menses, D., Valero, M., Calso, M., García Vázquez, N., Ruiz Garrido, M., Gómez-Candela, C. (2018). Costs associated to disease-related malnutrition and treatment: A literature review.

Schuetz, P., Fehr, R., Baechli, V., Geiser, M., Deiss, M., Gomes, F., Mueller, B. (2019). Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: A randomised clinical trial. *The Lancet*, 1-10.

Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of medical research council guidance. *BMJ (Online)*, 374, n2061. doi:10.1136/bmj.n2061

Sundhedsstyrelsen. (2003). *Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister - screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko*. København: Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen. (2015). *Guide til sygdomsforebyggelse på sygehus og i almen praksis fakta om kost*. København: Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen. (2019). *Implementering af nationale kliniske retningslinjer - håndbog med hjælpeværktøjer*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. (2020). Forbedringsmodellen.

Sundhedsstyrelsen. (2022a). *Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. (2022b). Sundhedsstyrelsens historie. Retrieved from <https://www.sst.dk/da/Om-os/Strategi-og-grundlag/Historie>

Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2015). *Interviewet: Samtale som forskningsmetode* (2. udgave ed.) Hans Reitzels Forlag.

Tangvik, R. J., Guttormsen, A. B., Tell, G. S., & Ranhoff, A. H. (2012). Implementation of nutritional guidelines in a university hospital monitored by repeated point prevalence surveys. *European Journal of Clinical Nutrition*, 66(3), 388-393. doi:10.1038/ejcn.2011.149

Thomsen, T. K., Pedersen, J. L., Sloth, B., Damsgaard, E. M., Rud, C. L., & Hvas, C. L. (2023). Nutritional risk screening in a Danish university hospital is insufficient and may underestimate nutritional risk: A cross sectional study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 36, 108-115.

Vasiloglou, M. F., Fletcher, J., & Poulia, K. (2019). Challenges and perspectives in nutritional counselling and nursing: A narrative review. *Journal of Clinical Medicine*, 8(9), 1489. doi:10.3390/jcm8091489

Volkert, D. (2013). Malnutrition in older adults - urgent need for action: A plea for improving the nutritional situation of older adults. *Gerontology (Basel)*, 59(4), 328-333. doi:10.1159/000346142