

Videreudvikling af kvalitetsudviklingsmodellen More2Eat

Forandringsforslag til implementering af korrekt ernæringspraksis på
Aalborg Universitetshospital



Titelblad

Projektet er udarbejdet af studerende

Lærke Maria Prietzel Nielsen (studienr. 20115128)

Camilla Alleslev Mortensen (studienr. 20210871)

Krista Horsholt Thomsen (studienr. 20200581)

Gruppe hst-23-fsv-4-10306

Vejleder Mette Holst

Bi-vejleder Sabina Lund Mikkelsen

Dato 01.06.2023

Kandidat i Folkesundhedsvidenskab

Speciale, 4. semester

Institut for Medicin og Sundhedsteknologi

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet

Aalborg Universitet

Referencestyle: APA 7th edition

Anslag inkl. mellemrum: 257.961

Projektgruppen vil gerne takke samarbejdspartner og vejledere for et godt samarbejde og kyndig vejledning gennem projektperioden

Resumé

Baggrund: Prævalensen af hospitalspatienter i ernæringsrisiko er 38,7% - 65%, hvilket indikerer, at der er behov for en forebyggende og behandlende indsats. På Aalborg Universitetshospital blev der i 2022 påbegyndt arbejdet med kvalitetsudviklingsmodellen More2Eat. Denne har til formål at konkretisere den overordnede hospitalspolitik ved at arbejde kontinuerligt med forbedring af ernæringspraksis. På afdelingerne ses der variation i implementering af korrekt ernæringspraksis. Derfor er det relevant at undersøge, hvordan More2Eat bedst implementeres for at sikre kvalitetsudvikling af korrekt ernæringspraksis på hospitalet.

Formål: At undersøge hvorfor korrekt ernæringspraksis er implementeret med forskellig succes på afdelingerne, og hvordan kvalitetsudviklingsmodellen, More2Eat, kan videreudvikles så den tilgodeser de forskellige kontekstuelle betingelser med henblik på at skabe positiv forandring af ernæringspraksis.

Metode: Der anvendes et kritisk realistisk perspektiv og MRC-framework som planlægningsmodel. Gennem viden fra en systematisk litteratursøgning og teori, etableres en initierende programteori. Denne testes med empiri fra seks realistiske interviews suppleret med kvantitativ analyse af udvalgte variabler fra en tidligere More2Eat tværsnitsundersøgelse med afdelings- og patientspecifikke data. Data analyseres med analysestrategien af Gilmore et al. (2019) og samles i en syntese, og bruges til kvalificering af programteorien. Ud fra justeret programteori etableres forandringsforslag til videreudviklingen af kvalitetsudviklingsmodellen More2Eat, samt strategier for at implementere korrekt ernæringspraksis på afdelingerne.

Resultater: De kvalitative data viste variation på afdelingernes arbejde omkring ernæringspraksis, samt at en række kontekstuelle betingelser har betydning for kvaliteten af ernæringspraksis. Kvantitative data viste få signifikante associationer mellem kontekstuelle betingelser og ernæringspraksis. I forandringsforslag til praksis anbefales at tage afsæt i mobilisering af tre overordnede implementeringsdrivers som er ledelse-, organisations-, samt kompetencedrivere. Der er fremkommet forskellige aktiviteter, som kan mobilisere de enkelte drivers, samt opkvalificere More2Eat kvalitetsudviklingsmodellen.

Konklusion: Afdelingerne har forskellige kontekstuelle forudsætninger for at lykkes med implementering af korrekt ernæringspraksis. Ud fra projektets resultater anbefales det, at der i More2Eat suppleres med en implementeringsstrategi som tager højde for afdelingernes kontekstuelle forudsætninger. Forandringsforslagene forventes at kunne styrke implementeringen og deraf opkvalificere ernæringspraksis.

Abstract

Background: The prevalence of hospital patients at nutritional risk is between 38.7% - 65%, which indicates that preventive- and treatment efforts are needed. In 2022, work began on implementing the quality development model More2Eat at Aalborg University Hospital. This aims to concretize the overall hospital policy by working continuously to improve nutritional practice. In the departments, there is still great variation in the implementation of correct nutritional practices. It is therefore relevant to investigate how More2Eat can be integrated and support practice to ensure quality development within nutritional practice in hospital departments.

Purpose: To investigate why correct nutritional practices have been implemented with varying degrees of success in the departments and how the More2Eat quality development model can be further developed to accommodate the different contextual conditions in order to create positive change in nutritional practices.

Method: The theoretical perspective is critical realism, and the MRC framework is used as a planning model. Through theory and empirical knowledge from a systematic literature search, the initiating program theory is established. This is tested with empirical data from six realistic interviews supplemented by quantitative analysis of selected variables from a previous More2Eat cross-sectional study with departmental and patient data. Data were analyzed with the analysis strategy by Gilmore et al. (2019) and compiled into a synthesis. After this, proposals for change are developed for the further development of the quality development model More2Eat, as well as strategies for implementing correct nutritional practices in the departments.

Results: The qualitative data showed variation in the departments' work on nutrition practice, and that a number of contextual, managerial and organizational conditions had an impact on the quality of nutritional practice. Quantitative data showed few significant associations between contextual conditions and nutritional practices. For changes in praxis, it is recommended to use mobilization of three overall implementation drivers which are management, organizational, and competence drivers. Various activities have emerged that can mobilize the individual drivers, as well as upgrade the More2Eat quality development model.

Conclusion: The departments have different contextual conditions to succeed in implementing proper nutritional practices. Based on the results of the project, it is recommended that More2Eat be supplemented with an implementation strategy that takes into account the contextual conditions of the departments. The change proposals are expected to strengthen the implementation and thereby enhance nutrition practices

Indholdsfortegnelse

1. Initierende problem	1
2. Problemanalyse	2
2.1 Underernæring hos patienter	2
2.1.1 Risiko for nedprioritering af ernæringspraksis	3
2.1.2 Danske patienter i ernæringsrisiko	3
2.2 Kvalitetsudviklingsmodellen More2Eat	5
2.2.1 Et komplekst problem	8
2.3 Forandring i praksis	9
2.3.1 Forandringsprocessen	10
2.3.2 Kulturens betydning for forandring	11
2.3.3 Motivations betydning for forandring	13
2.3.4 Modstand mod forandring	14
2.4 Implementering af en kompleks indsats	16
2.4.1 Implementeringsprocessen	17
2.4.2 Implementation drivers	19
3. Problemafgrænsning	22
4. Problemformulering	22
5. Teoretisk ramme	23
5.1 Videnskabsteoretisk position	23
5.2 Projektledelse	25
5.3 MRC planlægningsmodel	26
5.4 Realistisk evaluering	28
5.5 Programteori og dark logic	29
6. Udarbejdelse af initierende programteori	30
6.1 Systematisk litteratursøgning metode	30
6.1.1 Indledende litteratursøgning	31
6.1.2 Databaser	31
6.1.3 Søgestrategi	31
6.1.4 In- og eksklusionskriterier	34
6.1.5 Udvalgelse af artikler	35
6.2 Systematisk litteratursøgning resultater	36

6.3	Initierende programteori.....	41
7.	Metode	48
7.1	Kvalitativ metode	48
7.1.1	Det individuelle interview	48
7.1.2	Rekruttering af informanter	49
7.1.3	Interviewguide	50
7.1.4	Transskribering	51
7.1.5	Analysestrategi	51
7.2	Kvantitativ metode	52
7.2.1	Præsentation af data.....	52
7.2.2	Præsentation af variabler	52
7.3.3	Valg af statistisk analyse	57
8.	Etiske overvejelser	57
9.	Resultater	59
9.1	Resultater fra kvalitativ analyse	59
9.2	Resultater fra kvantitativ analyse	78
9.2.1	Deskriptiv analyse	78
9.2.2	Statistisk analyse.....	81
9.3	Syntese af resultater og forfinet programteori.....	88
10.	Forandringsforslag	93
10.1	Ledelsesdriver	95
10.2	Organisationsdriver	96
10.3	Kompetencedriver	98
10.4	Anvendelse af forandringsforslag til praksis.....	100
11.	Diskussion af forandringsforslag	100
11.1	Implementering og evaluering af forandringsforslag.....	101
11.2	Ansættelse af diætist.....	102
11.3	Samarbejdet mellem udviklingskoordinator og ernæringsteam.....	103
11.4	Inddragelse af afdelingsledelser	104
12.	Diskussion af metoder.....	105
12.1	Planlægningsmodel	105
12.2	Diskussion af systematisk litteratursøgning	106

12.3 Diskussion kvantitativ metode	108
12.3.1 Spørgeskemaets validitet og reliabilitet.....	108
12.3.2 De statistiske analyser.....	110
12.4 Diskussion af kvalitativ metode	110
12.4.1 Det individuelle interview	111
12.4.2 Rekruttering	113
12.4.3 Interviewguide	113
12.4.4 Transskribering	114
12.4.5 Analyse	114
13. Konklusion	116
14. Referenceliste.....	117

1. Initierende problem

Sundhedsstyrelsen har i 2022 udgivet en ny vejledning om underernæring, som omhandler opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko (Sundhedsstyrelsen, 2022). Dermed sættes fokus på den eksisterende ernæringspraksis i sundhedssektoren. Danske tværsnitstudier viser, at prævalensen af hospitalspatienter i ernæringsrisiko er mellem 38,7 % - 65% (Beck et al., 2020; Olesen et al., 2021; Thomsen et al., 2022). Dette indikerer, at der er behov for en forebyggende og behandlende indsats. Underernæring udgør et folkesundhedsproblem, idet det er associeret med øget risiko for dødelighed, komorbiditeter og længere hospitalsindlæggelse (Meyer & Valentini, 2019). Ligeledes påpeger Sundhedsstyrelsen (2022), at tidlig opsporing af patienter i ernæringsrisiko er væsentlig, da det muliggør rettidig behandling og forebygger yderligere svækkelse af patienters helbredstilstand. Opsporing og behandling af patienter i ernæringsrisiko under hospitalsindlæggelse er således vigtigt, da manglende indsats kan have negative konsekvenser for både individ og samfund.

Underernæring under hospitalsindlæggelser kan skyldes flere faktorer. Fælles for patienter på et hospital er, at de er ramt af sygdom, som i sig selv kan forårsage manglende appetit, dysfagi eller forstyrrelse af smags- og lugtesansen (Cederholm et al., 2016; Mortensen et al., 2019). Derudover kan strukturelle rammer på en afdeling være med til at hæmme eller fremme praksis omkring opsporing og handleplaner for patienter i ernæringsrisiko (Holst et al., 2008; Holst et al., 2014). På Aalborg Universitetshospital blev der i 2022 påbegyndt arbejdet med at implementere kvalitetsudviklingsmodellen More2Eat. Denne har til formål at konkretisere den overordnede hospitalspolitik ved at arbejde kontinuerligt med forbedring af ernæringspraksis og integrere principperne for korrekt ernæringspraksis i de daglige rutiner på hospitalet. Lokalt på Aalborg Universitetshospital ses der en variation i succes med implementering af More2Eat på de forskellige afdelinger. Dette kan betyde varierende kvalitet af ernæringspraksis på afdelingerne, hvilket er et problem for hospitalets mål for ernæringspolitik og for den ulighed det giver blandt patienterne. Det er derfor relevant at undersøge, hvordan More2Eat bedst integreres og understøtter praksis for at skabe positiv forandring og kvalitetsudvikling inden for ernæringspraksis på hospitalets afdelinger.

2. Problemanalyse

I nedenstående problemanalyse vil folkesundhedsproblemet underernæring blive beskrevet og fremanalyseret med henblik på at forstå, hvorfor det er et problem for hospitalspatienter. Dernæst beskrives kvalitetsudviklingsmodellen More2Eat, da denne er omdrejningspunkt for projektet relateret til kvalitetsudvikling af ernæringspraksis på hospitalet. Udfordringer i forbindelse med udvikling og forandring vil efterfølgende blive udfoldet. Forandringsprocessen vil efterfølgende blive præsenteret ud fra et teoretisk grundlag, herunder kulturen og motivationens betydning for forandring, samt hvori modstand mod forandring kan opstå. Afsluttende vil implementeringsprocessen samt afgørende faktorer, der især er af betydning for succesen af implementering, blive analyseret. Forandrings- og implementeringsprocessen skal bidrage med forståelse for, hvilke faktorer der kan have betydning for, hvordan implementering og forandring foregår i praksis. Dette med henblik på at fremanalyserer, hvilke videnshuller der eksisterer ift. videreudvikling og kvalificering af More2Eat. Denne viden vil bygge på videnskabelig litteratur, teorier, fagbøger, samt viden fra praksis.

2.1 Underernæring hos patienter

Underernæring er en tilstand, der kan opstå som resultat af et for lavt indtag eller optag af næring (Cederholm et al., 2016). Underernæring kan kategoriseres som *sygdomsrelateret underernæring* (Disease-related malnutrition, DRM) *med eller uden inflammation* og *ikke-sygdomsrelateret underernæring*. Underernæring grundet DRM med inflammation skyldes en eller flere bagvedliggende sygdomme, der øger metabolismen, mens DRM uden inflammation sker som følge af en sygdomstilstand uden metabolisk aktivitet som fx dysfagi (Cederholm et al., 2016). *Ikke-sygdomsrelateret underernæring* kan bl.a. skyldes socioøkonomiske og psykologiske faktorer (Cederholm et al., 2016). Da rammerne for projektet foregår på et hospital, vil der kun blive arbejdet med DRM.

Underernæring er ifølge et review af Meyer & Valentini (2019) associeret med øget risiko for nedsat mobilisering, hospitalsindlæggelser, komorbiditeter og dødelighed, samt mindre uafhængighed i dagligdagsaktiviteter. Foruden ovenstående, ses der hos personer med DRM øget risiko for dødelighed som følge af svækket immunforsvar, langsommere sårheling og rehabilitering, samt svækket funktionsevne (Meyer & Valentini, 2019). Et randomiseret studie af Hersberger et al. (2020) viser yderligere en øget risiko for dødelighed, jo sværere grad af underernæring. Underernæring udgør således et problem, da det kan forværre patienternes tilstand betragteligt på en række områder, hvorfor

det er relevant at opspore tidligt, for at kunne forebygge yderligere komplikationer. Ydermere viser to økonomiske analyser, at ernæringsbehandling af indlagte medicinske patienter på hospitaler er omkostningseffektiv ift. at reducere risikoen for indlæggelse på intensiv, komplikationer relateret til hospitalsindlæggelse, samt øger patientens chance for at overleve (Buitrago et al., 2019; Schuetz et al., 2020). Der er således et incitament for en forebyggende ernæringsindsats, da det kan give en besparelse for det danske sundhedsvæsen.

2.1.1 Risiko for nedprioritering af ernæringspraksis

I forhold til uddelegering af ansvarsområder omkring ernæringspraksis på afdelinger, er det relevant at anskue hospitaler som én overordnet organisation. Hospitaler kan ift. organisatorisk opbygning betegnes som *det professionelle bureaukrati* (Mintzberg, 1979). Denne form for organisation har en decentraliseret organisationsstruktur, hvor der er beslutningskompetencer og handlefrihed hos medarbejderne, især ved faglige emner (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Der er en uddelegering af opgaver, som skal sikre udnyttelse af medarbejdernes faglige kompetencer (Mintzberg, 1979). Ved en decentraliseret struktur er det desuden vigtigt med klare retningslinjer, da litteraturen viser, at organisationens struktur jævnfør Holst et al. (2008) påvirker det daglige arbejde og mulighed for forandring. For udførelse af korrekt ernæringspraksis bliver det derfor særlig vigtigt på et hospital, at procedure for praksis og arbejds- og ansvarsområderne for opgaverne fremgår tydeligt. Det professionelle bureaukrati er også karakteriseret ved ansættelse af specialister til at varetage de forskellige arbejdsopgaver (Mintzberg, 1979). Et dansk kvalitativt studie fra 2017 fandt, at der var mangel på involvering fra lægerne i ernæringspraksis, og deraf tværfagligt samarbejde (O'Connell et al., 2017). Et kvalitativt studie fra Norge fandt også, at sygeplejerskerne oplevede at være så specialiserede indenfor deres områder med medicinsk speciale, at ernæringspleje blev ignoreret, og kun hvis ernæringsproblemerne var en vigtig faktor, for patientens medicinske tilstand, ville der være fokus på en sådan pleje (Eide et al., 2015). En generel opgave som ernæringspraksis er således i risiko for at blive nedprioriteret på afdelinger med meget specialiseret personale.

2.1.2 Danske patienter i ernæringsrisiko

På danske hospitaler skal ernæringsrisiko vurderes indenfor de første 24 timer af indlæggelsen, hvis det vurderes, at indlæggelsestiden bliver over 48 timer (Sundhedsstyrelsen, 2022). Ernæringsrisiko vurderes ud fra en kombination af patientens ernæringstilstand (BMI, nyligt vægttab, nedsat kostindtag), sværhedsgrad af sygdom (score fra 0-3) og alder, hvor patienter på 70 år eller derover er

i særlig risiko (Sundhedsstyrelsen, 2022). Efterfølgende iværksættes behandling af patienten i form af ernæringsbehandling, såfremt patienten vurderes at have behov for det (Sundhedsstyrelsen, 2022).

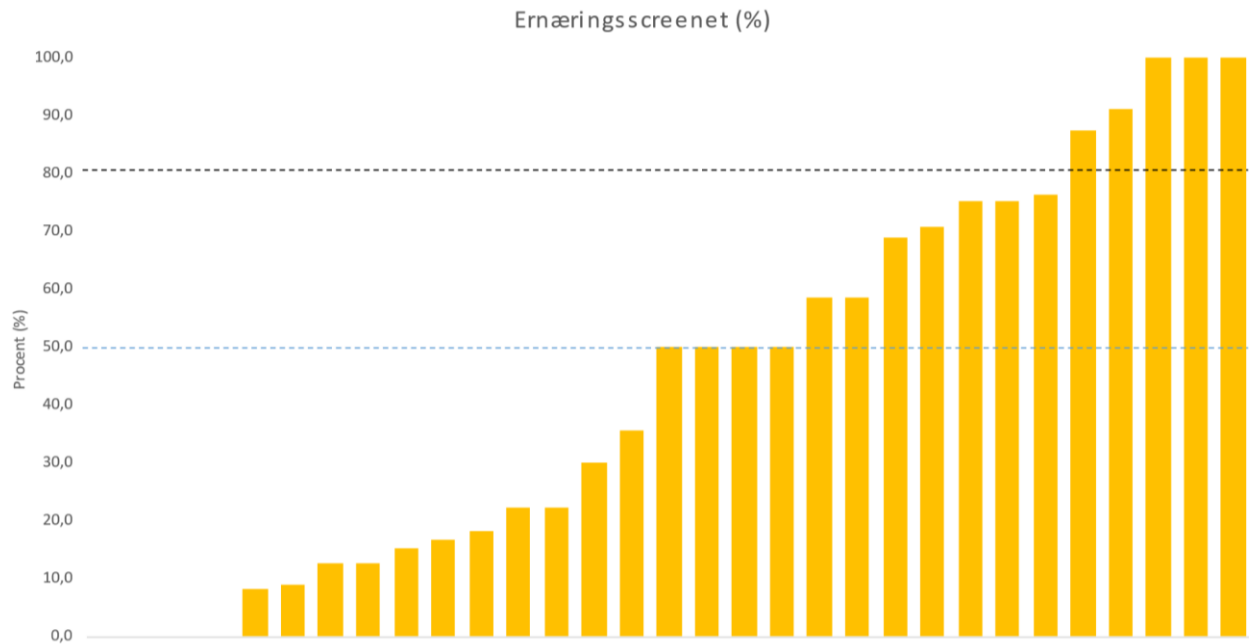
I et tværsnitsstudie af Beck et al. (2020) undersøges prævalensen af patienter i ernæringsrisiko på et dansk hospital, hvor resultater viser, at 63% af de screenede patienter er i ernæringsrisiko. Lignende ses i tværsnitsstudiet af Thomsen et al. (2022), som også undersøger prævalensen af patienter i ernæringsrisiko på et dansk hospital, hvor 65% af de screenede patienter er i ernæringsrisiko. Thomsen et al. (2022) viser yderligere, at antallet af patienter i ernæringsrisiko varierer afdelingerne imellem, hvor kardiologisk har en forekomst på 51%, mens geriatrik, som den højeste procent, har en forekomst på 94%. Dette understøttes af et nyt dansk studie, som fandt at 53% af hospitalspatienter var i ernæringsrisiko (Mikkelsen et al., 2023). Karakteristika for patienterne i ernæringsrisiko var, at disse var ældre, havde lavere BMI, komorbiditeter og længere indlæggelsestid sammenlignet med patienter uden ernæringsrisiko (Mikkelsen et al., 2023). Den høje forekomst af patienter i ernæringsrisiko på danske hospitalsafdelinger, viser et tydeligt behov for ernæringscreening og en ernæringsindsats med henblik på at forebygge de negative konsekvenser af underernæring. I studiet af Beck et al. (2020) er det fundet via audit, at mindre end 25 % af de indlagte patienter er screenet inden 24 timer, hvilket betyder at en gruppe af patienter ikke har fået vurderet deres ernæringstilstand. Tal fra Den Landsdækkende Database for Geriatri viser, at 37 % af indlagte patienter på geriatrike afdelinger i Danmark ikke har fået målt BMI, og dermed ikke har fået vurderet deres ernæringstilstand (RKKP, 2019). Dette er yderligere problematisk, når denne gruppe jævnfør Thomsen et al. (2022) har en større forekomst af patienter i ernæringsrisiko. Der må således antages at være et mørketal i forekomsten af patienter i ernæringsrisiko, når ikke alle patienter bliver screenet, og dermed risiko for, at patienter ikke får den nødvendige behandling.

Underernæring udgør således et folkesundhedsproblem, idet det rammer en stor population af indlagte patienter og er forbundet med en række negative helbredsmæssige konsekvenser for individet. Derudover er der potentielle samfundsøkonomiske besparelser ved at indføre en ernæringsindsats. Det er således relevant med fokus på korrekt ernæringspraksis på afdelingerne, så konsekvenserne af underernæring kan forebygges. Dette kategoriseres som tertiær forebyggelse, som ifølge Vallgård et al. (2014) defineres som en måde at undgå tilbagefald og alvorlige følgetilstande af sygdommen. På Aalborg Universitetshospital er der blevet udviklet en kvalitetsudviklingsmodel med henblik på at håndtere denne forebyggelses problematik.

2.2 Kvalitetsudviklingsmodellen More2Eat

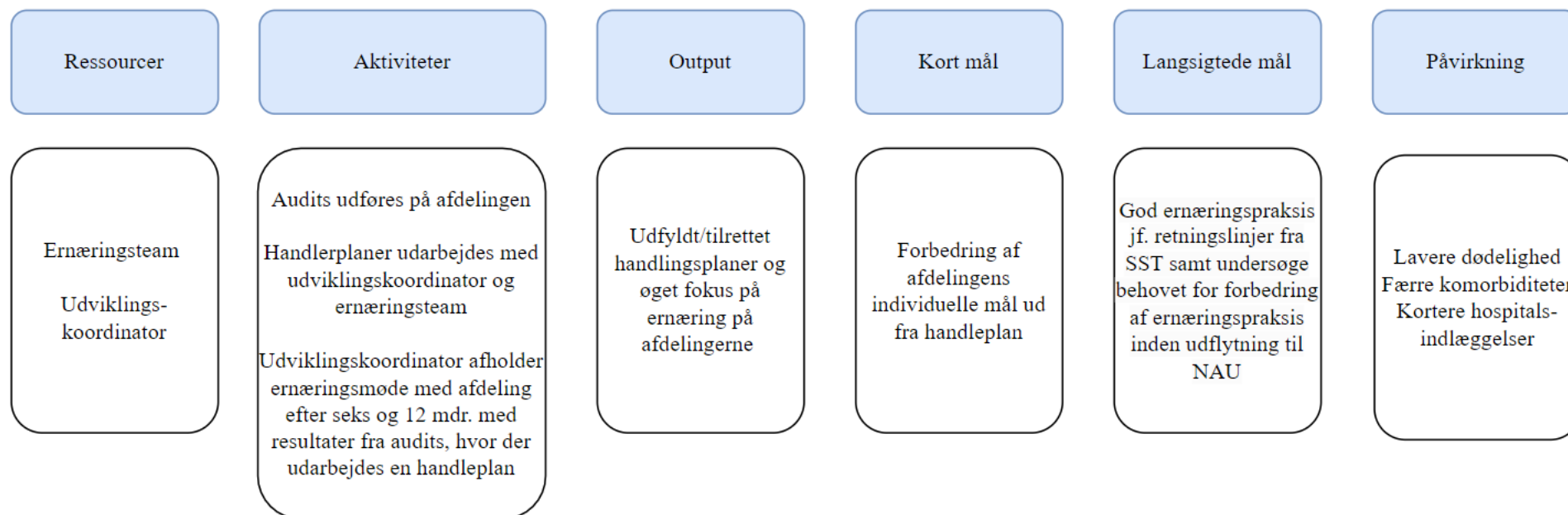
I forbindelse med opstart af projektet og forståelse af More2Eat blev der afholdt et vidensgenererende møde med Lotte Boa, som er udviklingskoordinator for ernæring og nøgleperson i More2Eat, samt med projektvejleder Mette Holst og bi-vejleder Sabina Mikkelsen fra tilknyttede forskningsteam. Foruden disse møder deltog projektgruppen som observatører i to ernæringsmøder på to forskellige hospitalsafdelinger, hvor udviklingskoordinatoren var facilitator. Ernæringsmøderne havde til formål at gøre status på afdelingernes implementering af ernæringspraksis, og hvordan der fremadrettet kunne arbejdes videre med principperne. At deltage som observatør til disse allerede planlagte møder havde også til formål at være vidensgenererende, og deltagelsen gav indblik i, hvordan implementeringen er forløbet til dato på de to afdelinger. Afdeling A havde overordnet udfordringer med at få igangsat og integreret nye tiltag ud fra More2Eat, mens afdeling B var mere proaktive ift. at integrere principperne fra More2Eat. Møder og observationer vil blive refereret til i det efterfølgende som henholdsvis Boa, 07.02.23, Holst & Mikkelsen, 14.02.23, Afdeling A, 09.02.23 og Afdeling B, 13.02.23.

På Aalborg Universitetshospital har der siden 2007 været fokus på implementering af en ernæringsindsats for indlagte patienter jævnfør offentlige anbefalinger (Holst & Mikkelsen, 14.02.23). Denne implementering bestod til en start af årlige audits, hvor afdelingernes forekomst af ernæringscreening, udarbejdede kostplaner, samt kostregistreringer blev kontrolleret ift. tidligere udarbejdede handleplaner (Holst & Mikkelsen, 14.02.23). Gennem flere år har der været divergerende resultater af audits, på trods af at afdelingerne har modtaget samme tilbud om støtte, og ofte har de samme afdelinger haft henholdsvis gode og mindre gode auditresultater gentagende år (Boa, 07.02.23; Holst & Mikkelsen, 14.02.23). Eksempel på auditresultater og variation i resultaterne af opnåede ernæringscreening er vist i figur 1, hvor hver søjle repræsenterer en afdeling. Derfor sås et behov for at udarbejde en ny kvalitetsudviklingsmodel til ernæringspraksis, som i 2022 resulterede i kvalitetsudviklingsmodellen More2Eat. More2Eat er en mere struktureret og detaljeret model for implementering af korrekt ernæringspraksis, men med samme formål: at sikre en god kvalitet af ernæringspraksis på Aalborg Universitetshospital.



Figur 1. Auditresultater 2021

Foruden at sikre bedre kvalitet af ernæringspraksis har More2Eat også til hensigt at sikre et øget fokus på ernæring og rutinerne omkring dette, da afdelingerne, når de flytter til Nyt Aalborg Universitetshospital (NAU), skal ændre dele af ernæringspraksis for at tilpasse sig et nyt digitalt madbestillingssystem. For at få et overblik over, hvordan aktiviteterne i More2Eat fører til forandring af ernæringspraksis, udarbejdes en logisk model (figur 2). En logisk model kan jævnfør professor Patricia Rogers (2008) visualisere interventioner, og anvendes som værktøj til at kunne planlægge, gennemføre og evaluere interventionen. Den logiske model over More2Eat tager afsæt i viden fra vidensgenererende møder og observationer, samt handleplaner.



Figur 2: Logisk model over kvalitetsudviklingsmodellen More2Eat.

Som start på implementering af korrekt ernæringspraksis gennem More2Eat blev udarbejdet nye handleplaner, som både tager højde for resultater fra baseline-målingen, samt hospitalets overordnet mål om ernæringspraksis. Handleplanerne, som er en aktivitet i More2Eat, indeholder afdelingsspecifikke realistiske mål vedrørende screening, vejning, optimering af energi- og proteinindtag, kostindtag, samarbejde med diætist, organisering i afdelingen ift. ernæring, ernæring ved udskrivelse, involvering af patienten i ernæringsindsatsen, samt ændringer af nuværende kost-koncept (bilag 1). I handleplanerne beskrives målsætningen for hvert punkt, hvordan der arbejdes med at opnå målet, samt hvilke tiltag der iværksættes, og dermed er handleplanerne med til at gøre arbejdet med ernæringspraksis mere struktureret og detaljeret end tidligere. Handleplanen udarbejdes af udviklingskoordinatoren i samarbejde med afdelingernes ernæringsteam. Ernæringsteam kan bestå af en-to sygeplejersker og eventuelt en social- og sundhedsassistent, hvoraf en er kost-nøgleperson med kontakt til køkkenet. Derudover kan der være en læge og/eller en diætist tilknyttet. Ernæringsteamets overordnede opgave er at informere og undervise deres kollegaer om ernæringsfaglig viden, medvirke i udarbejdelsen af PRI-dokumenter for afdelingen, holde sig opdateret på køkkenets kosttilbud samt viden om klinisk ernæring for afdelingens patientgruppe, forholde sig til auditresultater og sidst medvirke til at italesætte forsknings- og udviklingsarbejdet for ernæring af afdelingen (Skadhauge & Holst, 2023). Ernæringsteamet er således en del af ressourcerne i More2Eat. Der er til en start indlagt seks og 12 måneders follow-up på handleplanerne, hvor der samtidigt laves audit for dermed at revidere handleplanerne ved at sætte nye realistiske mål for afdelingen. More2Eat er således en kontinuert model, hvor handleplanerne tilpasses afdelingerne. Udviklingskoordinatoren for ernæring er en ressource og nøgleperson for More2Eat, da hun har redskaber, idéer og kontakter, som kan hjælpe afdelingerne til at forbedre deres ernæringspraksis.

2.2.1 Et komplekst problem

At motivere forskellige kulturer eller målgrupper til at ændre adfærd karakteriseres af Krogstrup (2016) som et komplekst problem. Dette kan sidestilles med, at der ønskes forandring af ernæringspraksis på hospitalets afdelinger. Begrænset implementering af korrekt ernæringspraksis kan derfor karakteriseres som et komplekst problem. Løsningen på komplekse problemer efterspørger tilsvarende komplekse interventioner, der karakteriseres ved at give forskellige outcomes alt efter deltagere og kontekst (Krogstrup, 2016). I nyere litteratur fremskriver Skivington et al. (2021a) komplekse interventioner med en bredere forståelse af, hvad der menes med kompleksitet. Heri beskrives, at kompleksiteten af en intervention stiger med graden af involverede komponenter og

deres interaktioner, antallet af involverede grupper, samt hvor dynamisk eller fleksibel interventionen er (Skivington et al., 2021a). Idet implementering af korrekt ernæringspraksis påvirker den daglige praksis på afdelingerne, involverer flere faggrupper og afdelinger, samt differentierer i tiltag ud fra afdelingernes kontekst, kan More2Eat karakteriseres som en model for en kompleks intervention målrettet implementering af korrekt ernæringspraksis. More2Eat fremskriver ikke en ensretning i, hvordan ernæringsindsatsen skal implementeres på afdelingerne, hvilket kan være med til at implementeringsprocessen varierer fra afdeling til afdeling. Da et komplekst problem sjældent løses simpelt (Krogstrup, 2016), kan det være fordelagtigt, at der ikke er én bestemt måde afdelingerne skal implementere korrekt ernæringspraksis på. Her er det en fordel, at More2Eat tillader forskellige løsninger. Omvendt kan dette også resultere i større variation blandt afdelingerne. Et kvalitativt studie af Laur et al. (2015) og kvantitativt studie af Keller et al. (2021) påpeger, at for at få succes med implementering er det væsentlig med en tydelig og struktureret implementeringsstrategi. En overordnet implementeringsstrategi med fortsat mulighed for tilpasning til afdelingernes kontekstuelle forskelligheder, kan således være med til at fremme succes med implementering, men aktuelt fremgår dette ikke i More2Eat-modellen.

I arbejdet med mennesker kan nogle løsninger kræve en kombination af simple, komplicerede og komplekse elementer (Krogstrup, 2013). I arbejdet med More2Eat kan et af målene om en bestemt screeningsprocent være simpel, logistikken mere kompliceret, mens selve implementeringen og forandringsprocessen med forskellige afdelinger kan være kompliceret.

På trods af en bedre struktur omkring udvikling af ernæringspraksis med More2Eat-modellen, og at der endnu ikke er gennemført audits efter indførelsen af modellen, er det tydeligt for udviklingskoordinator og projektvejleder (Boa, 07.02.23; Holst & Mikkelsen, 14.02.23), at der er forskel på hvordan More2Eat implementeres på afdelingerne, og dermed forskel i forbedring af ernæringspraksis. Der er således incitament til at videreudvikle More2Eat med henblik på at sikre bedre implementering på alle afdelinger.

2.3 Forandring i praksis

Forandring i organisationer kan omfatte forandring af opgaver, mål, struktur, kultur og adfærdsprocesser (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Ønskes forandring i praksis mod bedre anvendelse af More2Eat, kan der således være flere indgangsvinkler, og det er derfor relevant at vide, hvad der bidrager til og påvirker en forandringsproces. Følgende afsnit vil derfor gå i dybden med, hvordan der skabes forandring i praksis, og hvad der i konteksten kan udgøre potentielle fremmede og

hæmmende faktorer. Afsnittet tager udgangspunkt i litteraturen af Jacobsen & Thorsvik (2014) som forståelsesramme for organisationsteori.

2.3.1 Forandringsprocessen

Implementeringen af korrekt ernæringspraksis gennem More2Eat har til hensigt at sikre kontinuerlig kvalitetsudvikling af ernæringspraksis på hospitalsafdelingerne, hvilket fordrer til forandring over tid. Derfor er det relevant med en dybere forståelse af, hvordan forandringsprocesser udfolder sig, og hvilke forudsætninger det kræver, for at forandring kan lykkes. Til at forklare hvad der sker i en forandringsproces, inddrages derfor socialpsykolog og professor Kurt Lewins teori om organisationsudvikling (Lewin, 1951). Lewin (1951) kategoriserer en organisationsforandring i tre faser (figur 3).



Figur 3: Organisationen forandringsfaser med inspiration fra Jacobsen & Thorsvik (2014)

Første fase er *optøningsfasen*, som skal skabe motivation for forandring. Dette indbefatter, at der skabes en nødvendig forståelse hos de involverede parter af, hvad manglende forandring kan have af negative konsekvenser. Samtidig bør modstand mod forandring mindskes ved at skabe tryghed og ved at fremhæve, hvad der forbliver stabilt (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Næste fase er *forandringsfasen*, hvor forandring i form af tiltag, holdninger og adfærd afprøves (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Sidste fase er *nedfrysningsfasen*, hvor iværksatte tiltag bliver en fast rutine i arbejdsopgaverne (Jacobsen og Thorsvik, 2014). Ud fra observationer på afdeling A og B, og derfra viden om hvor vellykket implementeringen af ernæringsindsatsen er, er det nærliggende at overveje, hvor afdelingerne befinder sig i de forskellige faser. Hvis en afdeling har begrænset fokus på ernæring i de daglige opgaver, kan det således være relevant at undersøge, hvorvidt der bør arbejdes yderligere i *optøningsfasen* før anden fase *forandringsprocessen* påbegyndes. Dette for at sikre at den nødvendige motivation, tryghed i at skulle skabe forandring og ejerskabsfølelse af forandringsbehovet er til stede hos de involverede parter, før næste fase påbegyndes. Såfremt optøningsfasen ikke har formået at klargøre de involverede parter, vil forandringen sandsynligvis ikke finde sted. For at sikre god implementering af korrekt ernæringspraksis på afdelingerne, er det derfor

essentielt, at det lykkes med *optøningsfasen* hos personalet, da fundamentet hos brugerne for at skabe forandring ellers ikke vil være til stede.

Forandringsprocessen påvirkes desuden af konteksten. Ifølge Skivington et al. (2021b) udgør konteksten et kerneelement i bl.a. implementeringsfasen af komplekse interventioner. I implementeringen af korrekt ernæringspraksis gennem More2Eat, er det således væsentligt også at forholde sig til, hvordan konteksten påvirker forandringsprocessen. Sådanne påvirkelige faktorer kendes også i litteraturen som determinanter (Flottorp et al., 2013). Determinanter i sundhedspraksis er faktorer, der potentielt kan hæmme eller fremme forbedringer i praksis (Flottorp et al., 2013). Mængden af determinanter, der kan påvirke en sundhedsindsats, kan virke uoverskuelig for dem, som skal ændre praksis. På hospitaler kan der, jævnfør Jacobsen og Thorsvik (2014), ofte være udfordringer med at balancere den daglige drift, samtidig med et konstant behov for at tilpasse sig nye krav om fx kvalitet og patientsikkerhed. I et systematisk review er der fx identificeret 57 potentielle determinanter, der kan influere på en sundhedspraksis (Flottorp et al., 2013). Dette er med til at understrege, hvor komplekst det er at skulle forandre praksis på et hospital. Jævnfør Flottorp et al. (2013) er det derfor væsentligt at fremhæve, at det er usandsynligt, at der findes en direkte sammenhæng mellem enkeltstående determinanter og specifikke forandringer, men at det langt oftere er et samspil mellem flere determinanter, der påvirker outcome.

I de efterfølgende afsnit fremhæves tre udvalgte faktorer, der i litteraturen optræder som værende af væsentlig betydning for at skabe forandring i praksis. Disse fremskrives dels med henblik på bedre forståelse af kompleksiteten af forandringsprocesser og dels for at fremhæve, hvordan kontekstuelle betingelser kan påvirke og skabe udfordringer i forandrings- og implementeringsfasen.

2.3.2 Kulturens betydning for forandring

Flere forskningsartikler viser, at kultur har en betydning for at skabe forandring på en hospitalsafdeling. Et scoping review af Williams et al. (2014) viser, at kulturen kan være en betydelig barriere for implementering af evidensbaseret praksis, hvis denne er fastkørt og bygger på forældede protokoller. Ligeledes viser et dansk kvalitativt studie, at hvis den kulturelle norm og diskurs omkring ernæringsopgaver ikke tillægger ernæringspraksis væsentlig betydning, vil de blive nedprioriteret som arbejdsopgave blandt sygeplejersker (O'Connell et al., 2017). Det er derfor relevant at forstå, hvordan kulturen kan påvirke adfærden på afdelingerne. Kultur er et bredt begreb, men i relation til

More2Eat og projektets videre arbejde, dækker det over hvordan ernæringspraksis prioriteres og omtales på afdelingerne.

Ifølge organisationsteoretiker og psykolog Edgar Schein (1994) eksisterer kulturen på tre kulturniveauer; *grundlæggende antagelser*, *værdier* og *normer* samt *artefakter*. De grundlæggende antagelser er implicitte antagelser, som er med til at styre adfærden i en organisation, ift. hvordan gruppen skal tænke, opfatte og forholde sig til ting (Jacobsen & Thorsvik, 2014; Schein, 1994). De kan ydermere være svære at udfordre og debattere, da de ikke er synlige, og de er derfor vanskelige at ændre (Schein, 1994). Værdier omhandler de valg organisationen eller ledelsen har truffet om, hvad der er godt og dårligt (Jacobsen & Thorsvik, 2014; Schein, 1994). Artefakterne er, modsat grundlæggende antagelse, det udtryk for kulturen, der kan observeres, og disse kan være både fysiske, verbale og adfærdsmæssige (Schein, 1994).



Figur 4: Kulturelle niveauer (Jacobsen & Thorsvik, 2014; Schein, 1994).

Som figur 4 illustrerer, påvirker niveauerne hinanden gensidigt, så artefakter kan påvirke værdier og omvendt, og værdier kan påvirke de grundlæggende antagelser og omvendt. Eksempelvis kan artefakterne på en afdeling, i form af den nedskrevne ernærings- og måltidspolitik for hospitalet, påvirke værdierne således, at politikken bliver den måde hvorpå god ernæringspraksis er, og dermed også hvad dårlig ernæringspraksis er. Dette kan til sidst ændre de grundlæggende antagelser således, at afdelingspersonalet ubevidst mener, at man bør behandle patienter i ernæringsrisiko på en bestemt måde. Kulturen ses således på flere niveauer at have en betydning for i hvor høj grad tiltag accepteres og anvendes i praksis. Kulturen er yderligere baseret på læring, som handler om, hvordan den tidligere praksis tilpasses nye erfaringer og forandringer i arbejdssituationen (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Hvis en afdeling skal implementere korrekt ernæringspraksis, kan det kræve, at afdelingens ledelse og medarbejdere har kompetencerne, før kulturen ændres. Dette stemmer overens med flere studier, der har fundet, at viden og kompetencer om ernæringspraksis har betydning for udførelsen af ernæringspraksis (Porter & Ottrey, 2018; Pedersen et al., 2012). Vidensdeling og kompetenceløft forsøges der gennem More2Eat ved at sikre løbende sparring med udviklingskoordinatoren, samt at

ernæringsteamet har til opgave at formidle omkring nyeste ernæringsfaglig viden til resten af afdelingspersonalet. Desuden pointerer Schein (1994), at kulturen bliver opretholdt så længe den opfattes som rigtig, og dermed vil nyansatte blive socialiseret ind i gruppens meningsverden og oplæres i, hvordan ting skal opfattes og forstås. Nyansatte på en afdeling vil således fra starten opleve kulturen, herunder de grundlæggende antagelser, værdier og artefakter. Hvis ernæringspraksis ikke er en stor del af kulturen, vil denne forståelse derfor gives videre. Et kvalitativt studie af Keller et al. (2014) fastslår, at hvis der udvikles en kultur, hvor ernæringspraksis anses som væsentlig for patienterne, og at teams samarbejder om at opnå mål for ernæringspraksis, vil det have positiv betydning for implementeringen. Omvendt er det i et scoping review fundet, at en negativ holdning til ny praksis fra kollegaer og ledere kan udgøre en barriere ift. implementering af evidensbaseret praksis (Williams et al., 2014). En kultur, som er negativt stemt for forandring, kan således være en hæmmende faktor. Her er det relevant at trække en parallel tilbage til Lewins model med optøningsfasen for at forstå, at en kultur med modstand mod forandring ofte er et resultat af, at de ikke har forstået alvoren af forandringsbehovet.

2.3.3 Motivations betydning for forandring

Optøningsfasen i Lewins forandringsteori har til hensigt at skabe motivation for forandring hos de involverede (Jacobsen & Thorsvik, 2014; Lewin, 1951). Teoretikerne Richard Hackman og Greg Oldhams (1976) motivationsteori forklarer, hvad der skal være til stede for at fremme motivation hos medarbejdere. Ifølge teorien, afhænger en medarbejders arbejdsindsats og tilfredshed på jobbet, og deraf motivation, af hvorvidt de opnår tre kritiske psykologiske tilstande; *oplevelsen af meningsfuldhed i jobbet, oplevelse af ansvar for resultatet, samt kendskab til resultaterne af det man gør* (Hackman & Oldham, 1976; Jacobsen & Thorsvik, 2014). Dette kan relateres til personalet på en hospitalsafdeling i forhold til hvorvidt de finder det meningsfuldt at implementere og udføre ernæringspraksis, om de føler sig ansvarlige for resultaterne heraf og om de får kendskab til resultaterne af implementeringen fx via audits. Om disse kritiske psykologiske tilstande opnås afhænger af træk ved arbejdsopgaverne fx *autonomi, feedback fra opgaven, opgavens betydning, identifikation med opgaven, og krav til variation af opgaverne* (Hackman & Oldham, 1976; Jacobsen & Thorsvik, 2014). Disse opgaver kan organiseres på forskellige måder, hvor fx varierende arbejdsopgaver, som er organiseret i naturlige enheder og uddelegering af ansvar, kan spille ind (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Dette forsøges der også ud fra More2Eat-modellen, hvor der lægges op til, at implementeringen af ernæringsindsatsen skal uddelegeres til afdelingerne selv, med støtte

fra udviklingskoordinatoren. Der gives således åbne rammer for, hvordan ernæringsindsatsen kan implementeres, og hvor fokuspunkter kan være. Dermed er der potentiale for opnåelse af autonomi og ejerskab over den konkrete ernæringsindsats, der bliver implementeret på afdelingen. Dette ses på afdeling B, hvor ernæringsteamet i høj grad har opnået ejerskab over deres ernæringspraksis, da de på eget initiativ opstarter nye tiltag for at styrke ernæringspraksis (Afdeling B, 13.02.23). Ud fra teorien må det således antages, at afdelingens medarbejdere med al sandsynlighed har opnået tilfredshed og dermed motivation for ernæringsopgaverne. I Hackman & Oldhams motivationsteori (1976) beskrives en modererende faktor, som omhandler den enkeltes ansattes *viden og færdigheder, vækstbehov, samt tilfredshed med andre arbejdsforhold*. Trods gunstige forhold til at opnå de kritiske psykologiske tilstande, kan de modererende faktorer påvirke, hvorvidt resultaterne opnås (Hackman & Oldham, 1976; Jacobsen & Thorsvik, 2014). Ud fra teorien synes det derfor relevant at tage højde for disse faktorer, når en organisation skal motivere deres ansatte. Personalet på en afdeling skal derfor besidde rette viden og kompetencer, som er nødvendige for at udføre ernæringsindsatsen, da det er en vigtig del af at opnå motivation til arbejdsopgaverne og derigennem skabe resultater. Udviklingskoordinatoren, som er tilknyttet More2Eat, er med til at give afdelingerne viden og færdigheder i form af sparring og værktøjer til implementering af ernæringsindsatsen, og er dermed en faktor som kan fremme motivation hos medarbejderne. Aktuelt er der i det danske sundhedsvæsen mangel på personale og mange afdelinger er presset (Nielsen et al., 2022). Disse arbejdsforhold kan ud fra motivationsteorien påvirke medarbejdernes motivation negativt. Et kvalitativt studie af Eide et al. (2015) viser, at grundet høj arbejdsbyrde på hospitalet bliver ernæringspraksis ofte nedprioriteret, og dermed ikke udført tilstrækkeligt. Ligeledes har Williams et al. (2014) fundet, at manglende opbakning og støtte fra ledelse og kollegaer kan være en demotiverende faktor ift. implementering af evidensbaseret praksis. Pressede arbejdsforhold ses således at udfordre motivation blandt ansatte, hvormed det kollegiale arbejdsmiljø og ledelsen kan være afgørende for at fremme eller vedligeholde motivation. I forhold til divergerende succesrate med anvendelse af More2Eat på afdelingerne er det da nærliggende at undersøge, hvorvidt de involverede parter selv mener, at der er motivation til forandring, og om forandringen er prioriteret som en vigtig opgave.

2.3.4 Modstand mod forandring

Forandring vil ofte skabe en usikkerhed hos den, der skal ændre sin praksis, hvorfor der ofte vil være modstand eller frustration hos de involverede parter, og dermed en barriere i form af opbakning til forandringen (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Forandring kan betyde, at man går fra en velkendt, sikker

rutine til en usikker situation med ukendte arbejdsopgaver, hvilket kan øge arbejdspresset i perioden og deraf medføre en yderligere presset arbejdssituation (Jacobsen & Thorsvik, 2014). En sådan modstand kan dog være gavnlig, idet det også åbner muligheden for dialog mellem parterne for, hvordan forandringstiltagene bedst muligt implementeres og tilpasses (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Hvordan de involverede parter på hospitalets afdelinger opfatter behovet for forandring med More2Eat, og i hvor høj grad forandringsbehovet synes nødvendigt internt i organisationen, er en væsentlig faktor for at lykkes med forandringsprocessen. Dette underbygger ligeledes vigtigheden af at arbejde med optøningsfasen jævnfør Lewin (1951).

Jacobsen & Thorsvik (2014) beskriver, at opfattelsen af pres for forandring har betydning for, om der er opbakning til forandringsprocessen. Uenighed om behov for forandring eller manglende drivkraft fx i form af motivation, kan udgøre en barriere for forandringsprocessen (Jacobsen & Thorsvik, 2014), og dermed betyde at ønsket om ændret ernæringspraksis ikke opnås. Det er således afgørende, at ledere og medarbejdere forstår årsagerne til, at forandringen skal finde sted, da der ellers ikke vil være motivation til det. Det er de centrale aktører i organisationen, der har til opgave at skabe et pres og oplevelse hos medarbejderne om, at det er nødvendigt med forandring. Disse aktører kaldes forandringsagenter (Jacobsen & Thorsvik, 2014). I et realistisk review viser resultater, at forandringsagentens egen karakteristika og samspil med de involverede parter har betydning for, om opgaven lykkes (McCormack et al., 2013). Hertil er det væsentligt, at forandringsagenten formår at skabe refleksion (McCormack et al., 2013) og tillid hos medarbejderne (Young et al., 2019). I dette projekt fungerer udviklingskoordinatoren i More2Eat som forandringsagent på alle afdelinger. Hvordan samspillet mellem forandringsagenten og de forskellige afdelinger fungerer, og hvorvidt det lykkes at skabe forståelse for nødvendigheden af at ændre og udvikle ernæringspraksis, er således essentielt for, at forandring af praksis accepteres og kan finde sted. I hvor høj grad implementering af ernæringsindsatsen er prioriteret og opfattes som vigtig på afdelingerne, kan derfor være relevant at undersøge for at skabe grobund for forandring.

For at forandringen gennemføres, er det desuden en forudsætning, at organisationen opnår ejerskab til forandringsforslaget (Jacobsen & Thorsvik, 2014). For More2Eat vil det være gældende for de enkelte afdelinger, at de skal opnå et ejerskab over deres ernæringspraksis. I et systematisk review over faktorer, der påvirker bæredygtigheden af sundhedsinterventioner på bl.a. hospitaler, fremhæves, at bæredygtighed i sig selv bør være et mål fra begyndelsen, da det øger sandsynligheden for en vedvarende indsats (Louredo et al., 2023). Et dansk kvalitativt studie af Rasmussen et al. (2006) fandt,

at inddragelse af personalegruppen i implementeringen bidrager til forståelse og ejerskab over indsatsen, og det havde positiv indflydelse på implementeringen af ernæringsindsats. Det er således helt centralt, at forandringsagenten over for medarbejderne både har skabt oplevelse af, at forandring er nødvendigt, og at der er skabt ejerskabsfornemmelse og ansvarsfølelse over forandringsprocessen på afdelingerne. Uidentificeret modstand mod forandring eller manglende håndtering heraf kan således være med til at forklare forskel i implementeringssucces af korrekt ernæringspraksis med More2Eat på afdelingerne.

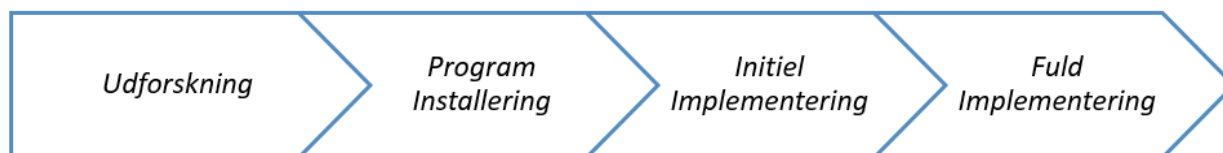
2.4 Implementering af en kompleks indsats

Følgende afsnit har til formål at inddrage implementeringsteori med henblik på at undersøge, hvordan implementering af korrekt ernæringspraksis med More2Eat kan styrkes. Der tages afsæt i implementeringsteori og forskningslitteratur med henblik på en dybere forståelse af problemets kompleksitet og videnshul for projektet.

Til ernæringsmøderne bliver der sammen med udviklingskoordinatoren foretaget proces- og målopfyldningsevalueringer, der viser, hvordan det går med indsatsen på de forskellige afdelinger. Ud fra vidensgenererende møder blev det tydeliggjort, at nogle afdelinger har større succes med implementering af indsatsen end andre (Boa, 07.02.23). Forudsætningerne for en succesfuld implementering er jævnfør Maribo et al. (2016), at der er en udførlig beskrivelse af interventionen, ledelsesopbakning, økonomiske ressourcer og incitament til gennemførelse. I praksis kan flere faktorer således påvirke implementeringen, hvorfor det kan være en fordel at anvende implementeringsteorier. Ifølge Fixsen et al. (2005) kan implementeringsteori bruges til at skabe forståelse for, hvad der influerer på implementeringsprocessen. Tilsvarende kan implementeringsteori anvendes til ikke blot at forstå og forklare, hvad der påvirker implementeringen og dens resultater, men også til at guide forskeren (Nilsen, 2015). McKenzie et al. (2017) tilføjer, at implementeringsteori også kan bruges som et redskab til at planlægge, strukturere og synliggøre, hvad der bør overvejes i en implementeringsfase. Det er således centralt at tage afsæt i implementeringsteori for at forebygge potentielle implementeringsfejl og modstand mod forandring. I det følgende vil der blive taget afsæt i Fixsen et al. (2005), Fixsen et al. (2013) samt Bertram et al. (2015) for at skabe overblik over implementeringen af evidensbaseret praksis, samt over mulige barrierer for en vellykket implementering af kvalitetsudviklingsmodellen More2Eat.

2.4.1 Implementeringsprocessen

Bertram et al. (2015) har opdateret implementeringsarbejdet af Fixsen et al. (2005) og Fixsen et al. (2013), og beskriver fire stadier i en implementeringsproces (figur 5).



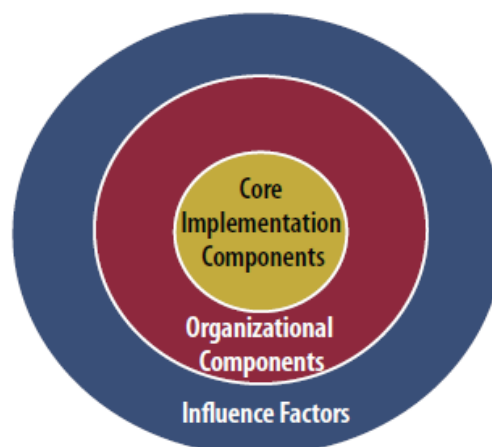
Figur 5: Implementeringsstadier (Bertram et al., 2015)

Udforskning er et indledende stadie, hvor det undersøges, hvorvidt en indsats og kontekst er kompatible (Bertram et al., 2015; Fixsen et al., 2005). Dette kunne således være afdelingernes behov for en ernæringsindsats, og om denne kan implementeres. *Program installering* er en opgørelse af nødvendige ressourcer, og hvilke strukturelle ændringer der skal til for at implementeringen kan finde sted, fx om den nødvendige økonomi, personelle ressourcer og teknologi er til stede (Bertram et al., 2015; Fixsen et al., 2005). Det kunne på en afdeling vedrøre journalsystem og ansættelse af diætist, men også at klæde personalet på til at varetage opgaverne. Ved *initial implementering* bliver konteksten første gang eksponeret for indsatsen, og skal forsøge at tilegne sig ny viden og kompetencer, ændre kultur og praksis. Dette kan være risikofyldt, da denne proces ofte er udfordrende og trættende, samt fyldt med frygt for forandring, hvorfor der i dette stadie også er risiko for at implementeringen mislykkes (Bertram et al., 2015; Fixsen et al., 2005). Mange af afdelingerne vil formentligt befinde sig på dette stadie, da implementeringen af ernæringsindsatsen er iværksat, men endnu ikke en del af praksis. *Fuld implementering* er næste stadie, hvor indsatsen er blevet en del af konteksten og praksis, og hvor det er muligt at innovere, når milepæle for implementeringen af opnået (Bertram et al., 2015; Fixsen et al., 2005). Yderligere er det i figuren vigtigt at være opmærksom på, at der i hvert stadie bør overvejes, hvordan forskellige aktiviteter kan gøres bæredygtige, samt at faserne ikke skal ses som en lineær implementeringsproces, idet ændringer i økonomi, lederskab, personaleudskiftning m.m. kan betyde, at aktiviteter fra tidligere stadier skal genbesøges. En overordnet implementeringsstrategi og -teori kan således bruges til at skabe overblik over, hvor de forskellige afdelinger befinder sig i implementeringsprocessen, for at de gennem More2Eat kan få den rette støtte til at skabe fremdrift. Manglende systematisk implementeringsstrategi kan således

også være medvirkende til mindre fremdrift i implementeringsprocessen og deraf varierende succes på afdelingerne.

Fixsen et al. (2005) anskuer implementeringssucceskriterier ud fra tre niveauer (figur 6), hvor kerneelementerne inderst er medarbejderne, der skal stå for implementeringen og drift af indsatsen. Det inderste element handler om, hvorvidt medarbejderne performer, som de skal ift. målsætningerne, om de besidder relevante faglige kompetencer og om der er motivation blandt medarbejderne (Fixsen et al., 2005). På en hospitalsafdeling kunne det fx omhandle personalets faglige kompetencer ift. ernæringsindsatsen, men også deres motivation til at udføre indsatsen i praksis. De organisatoriske komponenter i næste lag omhandler interne ressourcer såsom tid og administration omkring implementeringen (Fixsen et al., 2005), og kunne fx være om der på en afdeling er mulighed for at afsætte tid og arbejdskraft til at igangsætte og etablere korrekt ernæringspraksis. Yderst medtænkes de eksterne influerende faktorer, såsom sociale, økonomiske og politiske aspekter (Fixsen et al., 2005), hvor der i forbindelse med implementering af ernæringsindsatsen er politisk opbakning i form af national vejledning fra Sundhedsstyrelsen. Implementeringen af en ernæringsindsats på hospitalet kan således påvirkes på mange niveauer, og jævnfør Fixsen et al. (2005) skal alle niveauer medtænkes for at lykkes med implementeringen af en kompleks intervention. For at identificere potentielle hæmmende faktorer på de forskellige niveauer, er der derfor behov for at undersøge mere kontekstnært i det miljø, indsatsen implementeres.

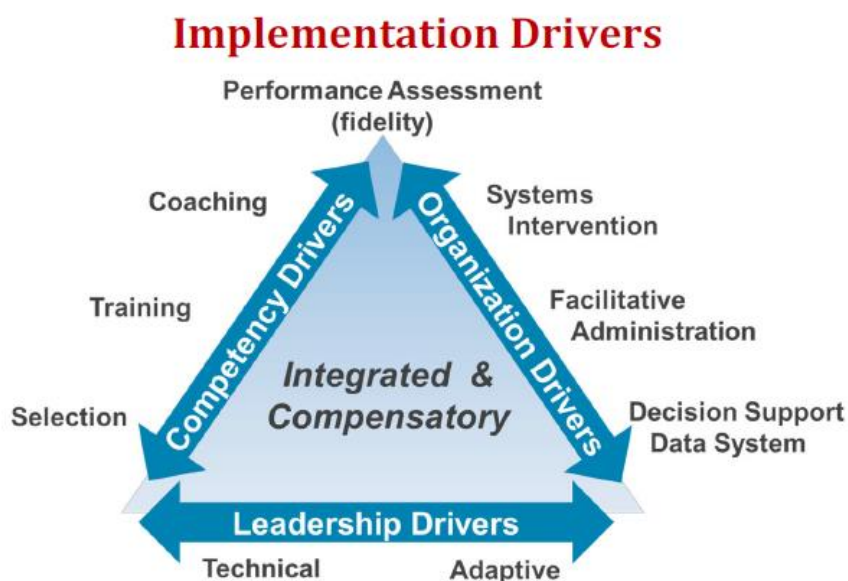
Multilevel Influences on Successful Implementation



Figur 6: Implementeringssucceskriterier (Fixsen et al., 2005).

2.4.2 Implementation drivers

Implementering kan være overvældende og komplekst, hvorfor det kan være en fordel at systematisere og kategorisere kompleksiteten (Fixsen et al., 2013). Ud fra en flervidenskabelig tilgang har Fixsen et al. (2013) suppleret deres implementeringsteori med tre implementationsdrivers; *kompetence-, organisatorisk- og ledelsesdriver* (figur 7). Gennem implementeringdrivers medtænkes konteksten, og de er centrale kernekomponenter i praksis, som bidrager til at fremme implementeringen (Bertram et al., 2015; Fixsen et al., 2013). Begrebet dækker over usynlige mekanismer og kommer til udtryk gennem forskellige roller eller systemer (Fixsen et al., 2013). Fixsen et al. (2013) anbefaler, at der i konteksten for en implementering skal vurderes om og i hvor høj grad hver driver er til stede. Dette med henblik på at vurdere potentielle udfordringer forud for implementeringen, samt mulighed for at mobilisere ressourcerne. I de følgende afsnit vil betydningen af de tre drivers for implementering af korrekt ernæringspraksis vha. More2Eat blive fremanalyseret.



Figur 7: Model over Implementationsdrivers (Fixsen et al., 2013).

Kompetencedrivers

Kompetencedrivers er mekanismer, der bidrager til at udvikle, forbedre og opretholde evnen hos de involverede parter til at implementere interventionen (Fixsen et al., 2013). Dette kan komme til udtryk i form af vejledning og undervisning af medarbejderne i den nye praksis, løbende evaluering af troskab mod indsatsen og udvælgelse af rette ressourcepersoner (Fixsen et al., 2013). Forskel i tid til

oplæring af personalet, rette personer til at drive forandringsprocessen og egenrefleksion over praksis, kan således være handlinger, der bidrager til afdelingernes forskellige succes med implementeringsprocessen. Valg af rette ressourcpersoner udgør således også faciliterende kompetencedrivers til at sikre en vellykket implementering. Omvendt kan mangel på kompetencer hos involverede parter utilsigtet skabe en barriere for implementeringen. Kompetencedriveren vil i det tilfælde ikke være til stede i praksis. For More2Eat kommer kompetencedrivers bl.a. til udtryk gennem udviklingskoordinatoren og ernæringsteamet på afdelingerne. Ligeledes kan forskel i oplæring og vejledning af medarbejderne på afdelingen, så de får kompetencerne til at udføre korrekt ernæringspraksis være et udtryk for, om der er kompetencedrivers til stede i praksis, og derigennem betydning for hvor godt nye tiltag implementeres. Flere studier påpeger tilsvarende, at manglende viden og/eller kompetencer hos hospitalspersonalet er en barriere for opsporing eller udførsel af ernæringsindsatser (Eide et al., 2015; Holst et al., 2008; Holst et al., 2014; O'Connell et al., 2017). Viden og kompetencer hos medarbejderne er således væsentlige for at sikre en vellykket implementering af korrekt ernæringsindsats. Med afsæt i teori og litteratur er det derfor nærliggende at undersøge forskel i hvor høj grad der er kompetencedrivers til stede på afdelingerne.

Ledelsesdrivers

En *ledelsesdriver* omhandler rette ledelsesstrategi, herunder tydelig ledelse omkring beslutningstagen og guidelines til ønsket praksis (Fixsen et al., 2013). Rette ledelsesstrategi kan betyde, at der i starten af en implementeringsproces kan være behov for adaptiv ledelse og senere teknisk ledelse (Fixsen et al., 2013). Ledelsesdrivers kommer således til udtryk gennem kommunikation fra ledelsen, om hvordan implementeringen skal foregå, og om ledelsen understøtter forandringen. Flere studier beskriver tilsvarende vigtigheden af, at ledelsen støtter op om medarbejderne og forandringen, hvis ændringer i praksis skal ske (Roberts et al., 2019; Williams et al., 2022). Variation i ledelsesdrivers på afdelingerne kan derfor medvirke til forskel i implementering af korrekt ernæringspraksis gennem More2Eat. På hospitalerne har hospitalsledelsen ansvar for den overordnede ernæringspolitik, mens det på de enkelte afdelinger er afdelingslederen, der har ansvar for implementering af disse (Sundhedsstyrelsen, 2022). Lokalt på Aalborg Universitetshospital er der udarbejdet en Ernærings- og måltidspolitik, hvor der bl.a. er beskrevet, at hospitalsledelsen har ansvar for at sikre ledelsesmæssig opbakning til kost og ernæring på hospitalet, samt den overordnet økonomi hertil (Skadhauge & Holst, 2023). Der står ligeledes, at klinikledelsen har ansvar for, at der er et velfungerende ernæringsteam og at ernæring prioriteres, som en del af behandling, samt at

afsnitsledende sygeplejerske har ansvaret for, at ernæringsteamet har mulighed for at holde sig ajour inden for ernæringsområdet (Skadhauge & Holst, 2023). I projektet vil der efterfølgende blive refereret til både klinikledelsen og afsnitsledende sygeplejerske, når der er skrives ledelse eller afdelingsledelse. I More2Eat-modellen er det således lederen på hver afdeling, der har ansvaret for at arbejde hen imod de planlagte mål for ernæringsindsatsen i samarbejde med udviklingskoordinatoren (Boa, 07.02.23). Ud fra teori og litteratur er det derfor relevant at undersøge i hvilket omfang ledelsesdrivers er til stede på de forskellige afdelinger, da dette kan påvirke implementeringsprocessen mod korrekt ernæringspraksis.

Organisationsdrivers

En *organisationsdriver* omhandler mekanismer i organisationen, der støtter op om at opretholde service og praksis (Fixsen et al., 2013). Dette kan komme til udtryk som administrativ ledelse, som sikrer økonomien og ansætter personale eller som de omkringværende systemer, der påvirker en implementeringsproces eller sidst som systemer, der støtter beslutningsprocesser fx i form af rapporter (Bertram et al., 2015; Fixsen et al., 2013). Et eksempel på støtte fra organisationen ses i afdeling B, hvor der blev udtrykt frustration fra medarbejderne om, at journalsystemet til dokumentation af ernæringsbehandling var for omfattende og tidskrævende, og de efterspurgte således en lettere version af denne (Afdeling B, 13.02.23). Denne frustration blev hørt, og udviklingskoordinatoren gik videre med dette med henblik på at ændre det (Afdeling B, 13.02.23). Der blev således sikret opbakning fra organisationsdriver via journalsystem til ernæringspraksis. Flere studier har vist, at manglende kliniske retningslinjer og procedurer er en betydningsfuld barriere for udførsel af en ernæringspraksis (Eide et al., 2015; Holst et al., 2012; O'Connell et al., 2017; Papier et al., 2017). I et kvantitativt dansk studie af Holst et al., (2008) er det bl.a. fundet, at der i praksis kan opstå tvivl om, hvem der skal tage sig af patientens ernæringsproblemer ved udskrivelse. Såfremt der ikke udpeges en ansvarsperson til opgaven fx gennem procedurer for korrekt ernæringspraksis, er der risiko for at ingen påtager sig opgaven og løser den. Mangel på klare retningslinjer og procedurer kan således være et udtryk for mangelfulde organisationsdrivers og dermed en hæmmende faktor for implementeringen af en ernæringsindsats. Hvis der blandt afdelinger er forskel i opsætning af journalsystemer, tydelige kliniske retningslinjer eller ansvarsområder, kan det således være et udtryk for forskel i organisationsdrivers, der medvirker til en forskel i implementeringssucces.

En forskel i tilstedeværelse af kompetence-, ledelses- og organisationsdrivers på afdelingerne kan utilsigtet bidrage til forskel i implementeringssucces af More2Eat på afdelingerne. Identificering af disse kan således bidrage til at forstå hvorfor der er forskel trods samme tilbud til alle afdelinger.

3. Problemafgrænsning

Kvalitetsudviklingsmodellen More2Eat bliver anvendt på Aalborg Universitetshospital med henblik på systematisk kvalificering af ernæringspraksis. På afdelingerne ses dog betydelig forskel i anvendelse og implementering af More2Eat. Gennem problemanalysen er det fremanalyseret, hvilke faktorer der påvirker ernæringspraksis og hvilke der påvirker implementeringsfasen og forudsætningerne for at skabe forandring af praksis. Fund i problemanalysen fordrer yderligere til en systematisk undersøgelse af, hvad der bidrager til at skabe en bæredygtig forandring af praksis, og hvorvidt forudsætningerne for forandring og god implementering er til stede på afdelingerne. Det vil derfor være relevant at undersøge de ledelsesmæssige, organisatoriske og kompetencemæssige ressourcer på afdelingerne, samt hvilke andre faktorer der i konteksten påvirker ernæringspraksis. Hvorfor der på de lokale afdelinger på Aalborg Universitetshospital er forskel på implementeringen af More2Eat er for nuværende stadig ukendt, og udgør dermed videnshullet for projektet.

4. Problemformulering

Hvorfor er korrekt ernæringspraksis implementeret med forskellig succes på afdelingerne, og hvordan kan kvalitetsudviklingsmodellen More2Eat videreudvikles, så den tilgodeser de forskellige kontekstuelle betingelser med henblik på at skabe positiv forandring af ernæringspraksis?

- Hvilke fremmende og hæmmende mekanismer for implementering af ernæringsindsatser, kan identificeres gennem eksisterende forskningslitteratur?
- Hvilke fremmende og hæmmende mekanismer for implementering af korrekt ernæringspraksis gennem More2Eat er der på afdelingerne?
- Hvilke kontekstuelle betingelser har en sammenhæng med udførelsen af korrekt ernæringspraksis?

5. Teoretisk ramme

Afsnittet har til formål at skabe gennemsigtighed omkring projektarbejdet og tydeliggøre, hvilken teoretisk referenceramme og tilgang der er brugt til projektet. Først præsenteres de overordnede rammer såsom videnskabsteoretiske ståsted, overvejelser omkring projektledelse og planlægningsmodel. Dernæst præsenteres hvordan projektet bygges op med afsæt i realistisk evaluering og programteori.

5.1 Videnskabsteoretisk position

Projektet tager afsæt i kritisk realisme som videnskabsteoretiske ståsted. Afsnittet bidrager med en gennemgang af de centrale begreber indenfor kritisk realisme, da dette er med til at tydeliggøre, hvad der i projektet eftersøges som sand viden, samt sætter rammerne for de efterfølgende metodiske undersøgelser.

Ifølge Jagosh (2019) kan den dynamiske læreproces, der er i kritisk realisme, generere nye ideer til programudvikling og innovation, ift. hvis man havde anvendt en anden tilgang, som giver en summation eller sammenlægning af kvantificeret evidens. Tilgangen er særlig anvendelig til folkesundhedsproblematikker, idet der søges besvaret, hvad der virker for, hvem og under hvilke omstændigheder (Jagosh, 2019), hvilket er særlig relevant, når projektet ønsker at undersøge hvordan der skabes forandring på de enkelte afdelinger, som har forskellige kontekster.

I kritisk realisme eksisterer to sider af viden (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). På den ene side findes den *intransitive* dimension, hvori virkeligheden består af åbne systemer, hvor et stort antal strukturer og mekanismer spiller sammen på komplekse måder, således det bliver umuligt at forudsige fremtiden præcist (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). I den intransitive dimension eksisterer virkeligheden uafhængigt af menneskets viden om den, og udgør dermed den ontologiske forståelse i kritisk realisme (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Den *transitive* dimension udgør epistemologien indenfor kritiske realisme. Denne del af viden indeholder til gengæld menneskers viden om verden (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Denne viden må derfor også begrænses til at fortolke og forklare eksisterende fænomener og begivenheder, da fremtiden er umulig at forudsige og et socialt produkt (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Den transitive dimension er således den menneskeskabte viden og erfaring, mens den intransitive dimension opfattes som virkeligheden, der også eksisterer uden for menneskets erfaringer. For projektet vil det da være relevant at fremsøge de underliggende

mekanismer, der kan findes i den transitive dimension og fortolke disse sammenhænge med outcome omkring ernæringspraksis, vel vidende at mekanismerne eksisterer og virker i den virkelige verden uagtet vores erfaring med dem.

I kritisk realisme er virkeligheden skildret som ontologisk dyb og stratificeret i lag (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). De tre lag kommer til udtryk som tre domæner, hvor det første lag er det empiriske domæne, hvori vores erfaringer og observationer befinder sig (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). I praksis kunne det være de erfaringer, der er gjort gennem observation af hospitalsafdelinger. Det næste lag er det faktiske domæne, som indeholder de fænomener og de begivenheder, som eksisterer og sker, og dette uanset om de bliver erfaret eller ej (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). På en hospitalsafdeling kunne det være, hvorvidt dele af ernæringspraksissen fandt sted. Disse to domæner giver tilsammen en virkelighedsforståelse om det flade verdensbillede, som består af observerbare fænomener (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Det tredje lag er det dybe domæne, hvori de ikke-observerbare strukturer og underliggende mekanismer befinder sig, og det domæne er af særlig betydning indenfor kritisk realisme, da det indeholder virkelighedens komplekse objekter, som besidder kausale potentialer (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Dog afhænger det af de betingelser, der gør sig gældende i en bestemt kontekst, om et sådant kausalt potentiale aktiveres og producerer en begivenhed, og det kræver en generativ mekanisme, som er den kraft, der får disse begivenheder til at indtræffe (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). I det dybe domæne findes mange generative mekanismer, som kan udløse, modificere eller blokere andre objekters mekanismer, som derigennem potentielt kan frembringe begivenheder i det faktiske domæne, som derved bliver observerbare (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Det er det dybe domæne, der bør være genstand for videnskabens opmærksomhed, fordi der søges at dykke ned under overfladen og undersøge, hvad der ikke kan lade sig observere med sanserne (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). I det projektet ønsker at undersøge hvilke fremmende og hæmmende mekanismer, og dermed de generative mekanismer der påvirker implementeringen af en ernæringsindsats, og hvilke kontekstuelle betingelser der påvirker forandringsprocessen, er kritisk realisme særlig relevant at anvende. Kritisk realisme har desuden en tværfaglig metodisk tilgang (Buch-Hansen & Nielsen, 2012), hvilket muliggør en flervidenskabelig metodisk tilgang til at undersøge problemformuleringen. Fremmende og hæmmende mekanismer vil i projektet også blive italesat som facilitatorer og barriere.

I projektarbejdet bidrager kritisk realisme med en kritisk og problemorienteret indfaldsvinkel (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). For at forstå, hvad der sker på det faktiske domæne, er vi nødt til at gå i det dybe domæne for at undersøge, hvilke generative mekanismer der bliver aktiveret for at kunne skabe forandring på en afdeling. Inden for kritisk realisme anvendes begreberne *retroduktion* og *abstraktion*, når data skal analyseres for at kunne bevæge sig fra det faktiske domæne til det dybe domæne og tilbage igen (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Disse vil derfor kort blive beskrevet ift. forståelse og anvendelse i projektet. Retroduktion handler om, hvordan man finder frem til en præmis, når konklusionen på forhånd er givet. Retroduktion kræver, at der tænkes kreativt, og at der er en god forestillingsevne, idet der skal ræsonneres frem til, hvilke dybe årsagssammenhænge der må eksistere, for at et fænomen opstår (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Retroduktion bidrager således til ræsonnementer omkring, hvorfor der er forskel på implementering af korrekt ernæringspraksis på afdelinger. Bagefter skal disse ræsonnementer testes i analysen, hvor begrebet abstraktion er relateret. Abstraktion handler om, at de mest betydningsfulde underliggende mekanismer isoleres og undersøges for, hvordan de virker i konteksten (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Dette kan gøres gennem strukturel analyse, hvor de dybe forhold og underliggende mekanismer undersøges ud i givne kontekst (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Derfor vil de tænkte ræsonnementer senere blive testet i konteksten med inddragelse af interessenter med kontekstnær viden.

5.2 Projektledelse

Idet projekt er udarbejdet af en projektgruppe, er det relevant at ekspliciterer overvejelser i forbindelse med projektledelse og -samarbejde gennem processen. I gruppearbejde er der behov for at overveje og tilrettelægge arbejdsmønstre, som er hensigtsmæssige for et godt samarbejde i projektet (Mikkelsen & Riis, 2011). For at sikre det gode og effektive samarbejde er det væsentligt at identificere områder, som kræver ekstra opmærksomhed, fx hvis gruppe-medlemmerne har hver deres faglige styrker og svagheder, samt at opgaven rummer et spændingsfelt, idet deltagerne har hver deres opfattelse af succeskriterier (Mikkelsen & Riis, 2011). Det stiller krav til en velfungerende projektledelse for, at gruppen både gennemgår en god proces og samtidig opnår et godt produkt. Ifølge Mikkelsen & Riis (2011) kan projektledelse ansues som fem ledelsesområder, som er ledelse af opgaven, ledelse udad, ledelse indad, lede ressourcerne samt projektstyring. For at opnå en god proces og et godt produkt, skal der ageres ud fra mindst to ledelsesområder (Mikkelsen & Riis, 2011). I dette projekt var projektledelse særlig centreret omkring tre områder fra modellen; projektstyring,

ledelse udad og ledelse indad. Disse områder, og hvordan de blev anvendt i projektarbejdet, vil derfor blive gennemgået.

Projektstyringen omhandler ledelse af selve processen, herunder projektets aktiviteter og tidsstyring (Mikkelsen & Riis, 2011). Til at styre arbejdsprocessen blev der anvendt anerkendte projektledelsesværktøjer og planlægningsmodeller, såsom backcast (Holgaard et al., 2020) også kendt som milestone-planlægning (Mac & Hagedorn-Rasmussen, 2013) og dagsorden. Dette med henblik på at sikre fremdrift og kvalitet i arbejdsprocessen. Backcast og dagsorden havde til hensigt at skabe overblik og sikre fælles forståelse af projektet og dets rammer, som omfatter prioritering af ressourcer, opgaver og tid.

Derudover var der fokus på ledelse indad, som indebærer ledelse af projektgruppen herunder organisering af opgavefordeling, kommunikation og motivation (Mikkelsen & Riis, 2011). Denne ledelsesrolle blev omtalt som en facilitatorrolle. Facilitatoren havde ansvaret til møderne, hvor denne var ansvarlig for, at alle kom til orde samt sikre, at alle var indforstået med dagens opgaver, således alt var kommunikeret tydeligt mellem gruppen, samt alle havde motivation til at fortsætte det videre arbejde. Derudover skulle facilitatoren også facilitere ledelse udad, som ifølge Mikkelsen & Riis (2011) omhandler samarbejdet med projektets interessenter, herunder praksiskontakt. Gruppen havde et ugentligt møde med vejleder fra praksis, for at sikre at der var en forståelse for det fælles mål om projektet og fremme de fælles interesser med praksis samt sparring på gruppens forløb.

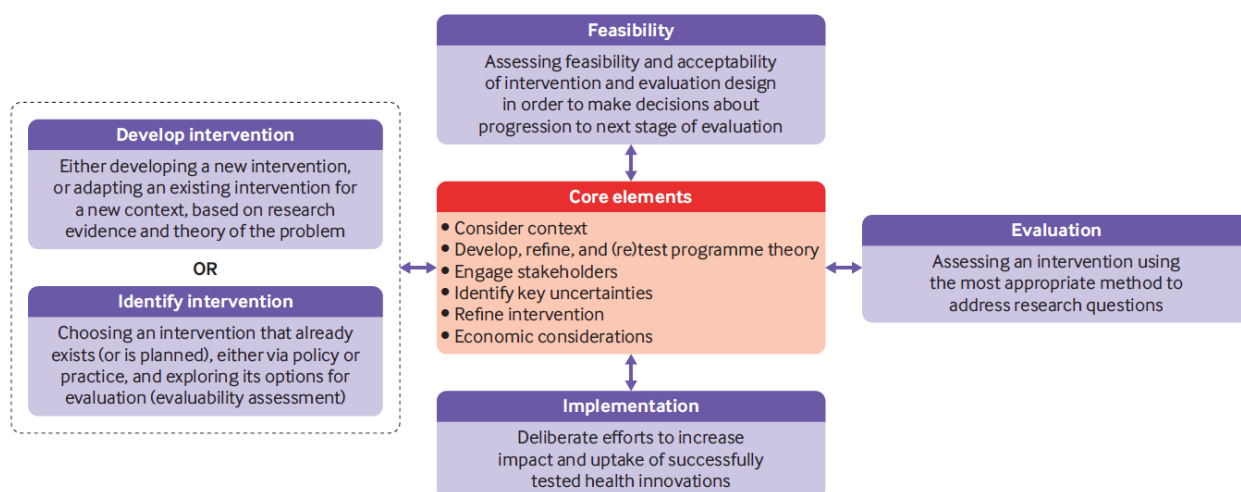
Fordelingen af roller og ansvarsområder blev delt ud mellem gruppen, og rollerne gik på skift ugentligt, således alle opnåede erfaring og kendskab til rollerne, og dermed havde mulighed for at udvikle kompetencerne.

5.3 MRC planlægningsmodel

Idet projektet skulle videreudvikle More2Eat-modellen, så den i højere grad favner afdelingernes kontekstuelle udfordringer i implementeringsprocessen, havde projektet til formål at undersøge en kompleks intervention med henblik på at skabe forandring i praksis. Undersøgende arbejde og forskning af komplekse interventioner rummer mere end blot at klarlægge, hvorvidt interventionen virker (Skivington et al., 2021b). Det er ligeledes relevant at arbejde mod bedre forståelse af interventionen, forstå hvordan konteksten influerer på outcome og underbygge dette med evidensbaseret viden (Skivington et al., 2021b). Arbejdet med komplekse interventioner og modeller er derfor komplekst i sig selv, hvorfor det er en hjælp at støtte sig til procesværktøjer. Medical Research Council guide (MRC) udgør en sådan teoretisk forståelsesramme for arbejdet med

komplekse interventioner (Skivington et al., 2021a). Denne blev anvendt som projektets overordnede planlægningsmodel.

Udvikling af komplekse interventioner er en iterativ proces (Skivington et al., 2021a). I MRC fremgår det, at udvikling af komplekse interventioner overordnet sker i fire faser; *udvikling*, som vedrører selve udviklingen af en intervention fx gennem adaptation (Skivington et al., 2021a). *Gennemførlighed*, som vedrører en test af, hvorvidt interventionen er forenelig med konteksten (Skivington et al., 2021a). *Evaluering*, som er en virknings, proces- eller effektevaluering af den komplekse intervention, og sidst *implementering* af interventionen, som omhandler fokuspunkter i en implementeringsproces med henblik på at opnå bedre implementering (Skivington et al., 2021a) (figur 8). Processen mellem faserne er en iterativ proces, men der vil i praksis differentieres mellem faserne (Skivington et al., 2021a). Idet implementeringen More2Eat allerede var igangsat, men med divergerende succes, tog dette projekt afsæt i evalueringsfasen af MRC. Dette skete med henblik på at fremanalysere hvilke fremmende og hæmmende mekanismer for implementeringen af korrekt ernæringspraksis, der eksisterer på afdelingerne. Derefter centrerede projektet sig om faserne (videre)udvikling af More2Eat og elementer af implementeringsfasen med henblik på at opstille konkrete tiltag og forslag til forbedring af modellen for at skabe forbedring af ernæringspraksis.



Figur 8: De 4 faser samt nøgleelementerne i MRC-framework (Skivington et al., 2021b).

Gennem alle fire faser bør de centrale kernelementer (*core elements*) medtænkes (Skivington et al., 2021b). For projektet blev de medtænkt gennem en flervidenskabelig metodisk tilgang. Problemstillingen for projektet var, at More2Eat havde varierende succes i forskellige kontekster

(afdelingerne). Derfor blev de forskellige kontekstuelle betingelser undersøgt nærmere via kvalitative og kvantitative data fra *konteksten*, og på den måde blev dette kerneelement inddraget. Projektet anvendte den systematiske litteratursøgning med henblik på at *udforme programteori* og identificere videnshuller (*key uncertainties*). Ud fra kvalitative interviews af involverede parter blev *stakeholder inddraget* og dybere forståelse af hvordan *konteksten* influerer på outcome opnået. Til sidst blev fundene fra den flervidenskabelige metode samlet og anvendt til at *forfine programteorien* og More2Eat-modellen i form af forandringsforslag. Potentielle *økonomiske konsekvenser* og overvejelser blev løbende diskuteret med vejleder og udviklingskoordinator således, at forandringstiltag blev målrettet praksis.

5.4 Realistisk evaluering

Idet projektet arbejdede ud fra en kritisk realistisk tilgang, tog evalueringen udgangspunkt i realistisk evaluering jævnfør Ray Pawson og Nick Tilley (2004). Realistiske evaluering har til formål at identificere kontekstuelle betingelser og generative mekanismer, og dermed identificere hvad der virker, for hvem, og under hvilke betingelser (Pawson & Tilley, 2004). Dette med henblik på at opstille kausalitetskæder over interventionens virkning også kaldet *context, mekanisme, outcome-configuration* (CMO-konfiguration) (Pawson & Tilley, 2004). Den realistiske evaluering bidrog således med viden om hvad der virker, for hvem, og hvilke kontekstuelle betingelser der påvirkede implementeringen af korrekt ernæringspraksis. Denne form for evaluering kunne således også inddrage stakeholder, bidrage til at forstå konteksten og identificere videnshuller (*key uncertainties*), jævnfør MRC (Skivington et al., 2021a).

Denne evaluering foregik i en cyklisk proces, som jævnfør Pawson & Tilley (2004) omhandler fire faser. Fase 1) er *udvikling af programteori*, hvor der opstilles teorier om hvad, for hvem og under hvilke betingelser en intervention virker (Pawson & Tilley, 2004). I denne fase blev der udviklet en programteori på baggrund af vidensgenererende møder med stakeholder, videnskabelig litteratur og handleplanen. Fase 2) er *dataindsamling*, hvor der indsamles empiri til test af teoriene (Pawson & Tilley, 2004). Denne bestod af både kvalitative og kvantitative data. Fase 3) er *dataanalyse*, som er selve analysen af data og fase 4) er *test og revidering af programteorien*. Efter dataanalysen blev den initierende programteori således revideret med henblik på videreudvikling af More2Eat-modellen med konkrete forandringsforslag til praksis.

For projektet vil opstilling af CMO-konfigurationer ift. kritisk realisme være relateret til *retroduktion*, hvor forventede dybereliggende årsagssammenhænge skal eksistere for at outcome sker. Den efterfølgende analyse og test af CMO-konfigurationerne indebærer abstraktion, hvor disse ræsonnementer undersøges i den givne kontekst.

5.5 Programteori og dark logic

For at illustrere CMO-konfigurationerne over hvordan og hvad der forventes at virke i implementering af korrekt ernæringspraksis, blev der lavet en programteori. I dette projekt forstås en programteori ud fra definitionen af Hanne Krogstrup (2016), hvor en programteori er en visualisering af en indsats, der indeholder eksplicite antagelser om, hvordan interventionen bidrager til den ønskede effekt. Denne vil ofte indeholde både en handlingsteori (problemet, tilrettelæggelse af aktiviteter) og forandringsteori (forventede effekter, ønskede forandring) (Krogstrup, 2016). De generative mekanismer, som bliver forsøgt identificeret gennem realistisk evaluering, vil være en del af bindeleddet mellem handlingsteori og forandringsteori, der forklarer hvordan handling forventes at skabe forandring (Krogstrup, 2016).

Opbygning af programteorien bestod af aktiviteter, kontekst, mekanismeressource, mekanismeræsonnement og outcome (umiddelbart, mellemlangt og langt). Kategorierne og begrebsdefinitionerne for mekanismeræsonnement og mekanismeressource tager afsæt i litteraturen af Dalkin et al. (2015), mens definition og forståelse af hvad der udgør konteksten, tager afsæt i Craig et al. (2018).

For bedre forståelse af programteoriens kategorier vil definition og forståelse af hver kategori kort blive gennemgået. *Aktiviteter* forstås som de aktiviteter, der igangsættes i den aktuelle kontekst (Krogstrup, 2016). *Kontekst* henviser til træk i de omstændigheder eller den setting, hvori en indsats implementeres, og som kan forårsage variation i resultaterne (Craig et al., 2015). *Mekanismeressourcer* er dét aktiviteten tilfører til konteksten, mens *mekanismeræsonnementet* er den refleksion, som skabes hos individerne i konteksten, når mekanismeressourcen tilbydes (Dalkin et al., 2015). Jævnfør Dalkin et al. (2015) afhænger mekanismeræsonnementet også af de kontekstuelle træk. Disse træk kan være i populationen, den fysiske lokalitet eller geografiske setting herunder kulturelle, sociale, økonomiske og politiske aspekter, eller faktorer der påvirker implementeringen fx organisationen, founding og politikker (Craig et al., 2015). Både mekanismeressource og mekanismeræsonnement udgør mekanismer, der ud fra en kritisk realistisk tilgang, foregår i det dybe

domæne. *Outcome* er en respons på, at en ressource tilbydes i en kontekst, som skaber et ræsonnement hos individerne i konteksten, som udløser det ønskede outcome (Dalkin et al., 2015).

I evaluering af programteori vil der ofte blive fundet både positive og negative bi-effekter af indsatsen (Dahler-Larsen & Krogstrup, 2003). Bonell et al. (2015) omtaler dette som utilsigtede konsekvenser og påpeger, at en logisk model ofte kun fokuserer på de gavnlige positive effekter af en indsats. Ifølge sociolog Robert Merton (1936) kan en utilsigtet konsekvens opstå, hvis en positiv virkning i én kontekst forventes at være direkte overførbart til en anden uden hensyntagen til de forskellige kontekstuelle betingelser. Sådanne kontekstuelle betingelser omhandler bl.a. motivation, modstand mod forandring, kulturelle og strukturelle forhold, som gennemgås i problemanalysen. Derfor anbefaler Bonell et al. (2015), at programteorien altid suppleres med en *dark logic model*, der fremskriver potentielle skadelige eller paradoksale effekter ved en indsats. Opmærksomhed på dette fra start kan være med til at foregribe, at skadelige effekter af indsatsen udfolder sig i praksis (Bonell et al., 2015). Som det af programteori over More2Eat blev der derfor også udarbejdet en dark logic model. Bonell et al. (2015) anbefaler, at en dark logic model udvikles ud fra den oprindelige logiske model over indsatsen, men at der suppleres med teori og evidensbaseret viden om andre sammenlignelige indsatser, der har oplevet negative effekter. Ligesom programteorien over More2Eat blev projektets dark logic model derfor også udviklet på baggrund af både teori og evidens omkring potentielle negative konsekvenser ved indsatsen.

6. Udarbejdelse af initierende programteori

Afsnittet præsenterer metoden og resultatet for den systematiske søgning, der sammen med problemanalysen er brugt til udarbejdelse af den initierende programteori. Afsnittet bidrager med gennemsigtighed omkring processen for identificerede CMO-konfigurationer. Sidst i afsnittet præsenteres den initierende programteori, der danner grundlag for det videre arbejde i projektet.

6.1 Systematisk litteratursøgning metode

Formålet med den systematiske litteratursøgning var at identificere peer reviewed litteratur af høj kvalitet, som kunne supplere den initierende programteori. Udvalgt litteratur blev identificeret med henblik på at besvare problemformuleringen med afsæt i underspørgsmålet: "*Hvilke fremmende og hæmmende mekanismer for implementering af ernæringsindsatser, kan identificeres gennem eksisterende forskningslitteratur?*". Afsnittet har til formål at beskrive processen fra initierende

søgning til udvalgte artikler for at vise transparens af metodikken. Herunder vil begrundelse for valg af databaser, in- og eksklusionskriterier, søgestrategi og screening blive gennemgået.

6.1.1 Indledende litteratursøgning

For at identificere projektets initierende problem samt afdække vidensfeltet til problemanalysen om underernæring og implementering af ernæringsindsats på sygehuset, blev der foretaget brede usystematiske litteratursøgninger. Den indledende søgning blev foretaget af alle tre gruppemedlemmer. Søgningerne blev udført i forskellige videnskabelige databaser herunder Pubmed og Cinahl, hvor der blev søgt på få kombinationer af søgetermer. Ud fra den fremsøgte litteratur blev der udført retrospektive kædesøgninger fra referencelisterne. Den videnskabelige litteratur blev suppleret med grå litteratur, der kunne bidrage til at forstå problemfeltet. Den indledende søgning bidrog dels til at afdække problemfeltet, hvorved der kunne genereres en problemformulering med et underspørgsmål til den systematiske litteratursøgning. Derudover bidrog den indledende søgning til kortlægning af endelige søgeord, der efterfølgende blev anvendt i den systematiske litteratursøgning, samt in- og eksklusionskriterier.

6.1.2 Databaser

I projektet blev der anvendt databaser med forskellige perspektiver for at afsøge relevant litteratur, da valg af flere databaser, jævnfør Frandsen et al. (2019) giver større sandsynlighed for at finde relevante artikler. Cinahl, Embase og ProQuest blev udvalgt som tre databaser, med mulighed for at bidrage med forskellige perspektiver. Cinahl er den største database inden for forskning af sygeplejefaglig viden (Aalborg Universitetsbibliotek, 2023a). Den var således relevant ift. at undersøge mekanismer i implementering af en ernæringsintervention ud fra sygeplejersperspektiv. ProQuest er en samling af flere databaser inden for medicin og sociologiske studier (Aalborg Universitetsbibliotek, 2023c). Den kunne således bidrage med viden om social adfærd inden for sundhedsvæsenet. Embase er den største europæiske database inden for medicin og sundhedsverden (Aalborg Universitetsbibliotek, 2023b). Den blev inkluderet, idet en stor mængde af publiceret litteratur inden for sygehusvæsenet findes her.

6.1.3 Søgestrategi

Som søgestrategi blev der anvendt bloksøgning med facetter over temaer, som artiklerne skulle omhandle (Rasmussen et al., 2017). Bloksøgningen var en iterativ proces, hvor alle tre

gruppemedlemmer deltog. Idet alle gruppemedlemmer deltog, var der mulighed for at diskutere undervejs, hvilke søgeord der var mest præcise til at kunne fremsøge artikler, der var relevante for problemformuleringens underspørgsmål relateret til den systematiske litteratursøgning.

Bloksøgningen blev lavet ud fra problemformuleringens underspørgsmål; *“Hvilke fremmende og hæmmende mekanismer for implementering af ernæringsindsatser, kan identificeres gennem eksisterende forskningslitteratur?”*. Identificering af inkluderede søgeord tog udgangspunkt i den indledende søgning samt underspørgsmålet. Første blok omhandlede ernæringsindsats mod underernæring. Her blev de engelske ord *malnutrition, nutrition care, nutrition program* og *nutrition intervention* valgt ud fra den indledende søgning. Næste blok omhandlede konteksten, som for projektet udgjorde et sygehus. Derfor blev de engelske ord *hospital* og *hospitals* anvendt. Sidste blok var med til at identificere underliggende mekanismer, der bidrog til god implementering af ernæringspraksis på et sygehus. Ud fra den initierende søgning blev det afklaret, at sådanne mekanismer kunne findes i artikler omhandlende igangværende implementeringsprocesser, procesevaluering og kvalitetsundersøgelse af praksis. Derfor blev de engelske ord *quality indicator, quality assurance, process assessment, best practice* og *implementation* udvalgt. I databaserne Cinahl og Embase blev der tilføjet kontrollerede emneord for at udvide søgningen. Kontrollerede emneord er med til at sikre en konsistent søgning med andre alternative ord inden for samme emne (Rasmussen et al., 2017). Det kunne derfor bidrage til at finde flere relevante artikler ud fra andre ord end fritekstsøgningen. ProQuest indeholder ikke sådanne emneord, hvorfor det ikke fremgår i søgningen over denne database. For søgning i Cinahl blev der suppleret med ordet *evaluation*. Dette skyldes, at Cinahl er en mindre database end de to andre, hvorfor søgningen blev bredt ud med flere alternativer for at få flere søgehits. Tilsvarende blev *program evaluation* og *program implementation* tilføjet som en subject headings (kontrolleret emneord i Cinahl) for at medtage artikler, der indeholdt evaluering eller implementering af interventioner. Se tabel 3,4 og 5 for bloksøgning i de tre databaser.

Cinahl d. 10.03.2023		
Blok 1	Blok 2	Blok 3
Malnutrition “nutrition* care” “nutrition* program*” “nutrition* intervention”	Hospital Hospitals <u>Heading:</u> Hospital	Quality indicator* Quality assurance Process assessment Best practice Evaluation Implementation

		<u>Heading:</u> Program evaluation Program implementation
--	--	---

Tabel 3: Søgning i Cinahl

ProQuest d. 10.03.2023		
Blok 1	Blok 2	Blok 3
Malnutrition “nutrition* care” “nutrition* program*” “nutrition* intervention”	Hospital Hospitals	Quality indicator* Quality assurance Process assessment Best practice Implementation

Tabel 4: Søgning i ProQuest

Embase d. 10.03.2023		
Blok 1	Blok 2	Blok 3
Malnutrition “nutrition* care” “nutrition* program*” “nutrition* intervention” <u>Thesaurus:</u> Malnutrition	Hospital Hospitals <u>Thesaurus:</u> Hospital	“Quality indicator*” “Quality assurance” “Process assessment” “Best practice” Implementation

Tabel 5: Søgning i Embase

Den metodiske fremgang omfattede også brug af specialtegn. Anførselstegn (“”) blev anvendt, hvis to ord skulle stå sammenhængende i artiklerne, mens trunkering (*) blev anvendt til at søge på forskellige endelser for ordet (Rasmussen et al., 2017). Under anden blok ses det, at *hospital* ikke har fået trunkering, men er blevet skrevet ud i ental og flertal. Dette skyldes, at udvidelse med trunkering også kan give risiko for mere uspecifik søgning med meget støj, såfremt der inkluderes flere ord, der ikke udgør alternativer. Derfor blev der i blok to valgt at søge på de to specifikke ord *hospital* og *hospitals* i stedet.

Efter identificerede ord blev der anvendt boolske operatorer som AND og OR. Disse bruges til at kombinere blokkene (Rasmussen et al., 2017). OR blev anvendt mellem ordene i den enkelte blok, hvilket udvidede antallet af søgehits for hver blok. Derefter blev AND anvendt mellem blok ét, to og tre for at samle søgningen og begrænse det samlede antal søgehits.

En stor del af forskningslitteratur omkring ernæring omhandler børn. Dette var ikke en del af projektets målgruppe, hvorfor der blev anvendt et søgefilter i Embase og Cinahl, så artikler for børn under 18 år blev frasorteret. Et søgefilter på alder var ikke muligt i ProQuest, hvorfor den boolske operator NOT blev anvendt til at frasortere børn. I ProQuest blev der anvendt et søgefilter med peer-reviewed, idet dette var et inklusionskriterium i projektet og et muligt filter i databasen. For at sikre at artiklerne primært omhandlede de fremsøgte søgetermer, blev der anvendt et søgefilter i alle databaser, der sikrede, at søgeresultaterne skulle fremgå i “titel, abstract” eller tilsvarende “anywhere except full text (noft)”. Samlet fra alle tre databaser blev der fundet 1111 artikler. Den endelige søgning blev foretaget d. 10.03.2023, og søgestrategi for søgning i hver database fremgår af bilag 2.

6.1.4 In- og eksklusionskriterier

Formålet med litteratursøgningen var at udvælge artikler, der kunne bidrage med mekanismer og derefter CMO-konfiguration til den initierende programteori. Det var derfor vigtigt, at selektionskriterierne sikrede, at artiklerne kunne bidrage med denne viden, og at konteksten var sammenlignelig med de afdelinger på Aalborg Universitetshospital, der er inkluderet i projektet omkring More2Eat. Derfor blev bestemte afdelinger og aldersgrupper som psykiatri, intensivafdeling og børn under 18 ekskluderet, da de ikke er en del af projektets kontekst. Sygehusvæsenet er i nogle lande helt grundlæggende forskellig fra det danske, herunder med forskellig grad af statslig støtte (Pedersen, 2013). Derfor blev ikke-vestlige lande og USA valgt som eksklusionskriterium, da disse ikke blev vurderet som sammenlignelige med den danske sygehusmodel.

Inklusionskriterier skulle overordnet sikre viden om mekanismer i implementeringsfasen af en ernæringsintervention på sygehuset, hvor ernæringsrisiko blandt patienterne skyldes DRM. In- og eksklusionskriterierne fremgår i tabel 1.

Inklusion	Eksklusion
Barriere og fremmede faktorer for ernæringsbehandling på sygehus	Psykiatri, børn, intensiv
Fremmede og hæmmende mekanismer er til stede i implementering af ernæringsindsats	Ikke vestlige lande samt USA, grundet forskelligt sygehusvæsen
DRM	
Sprog: Engelsk, dansk, svensk eller norsk	
Fuld tekst skal være tilgængelig	

Nyeste versioner af artiklerne	
Peer reviewed litteratur	

Tabel 1: In- og eksklusionskriterier

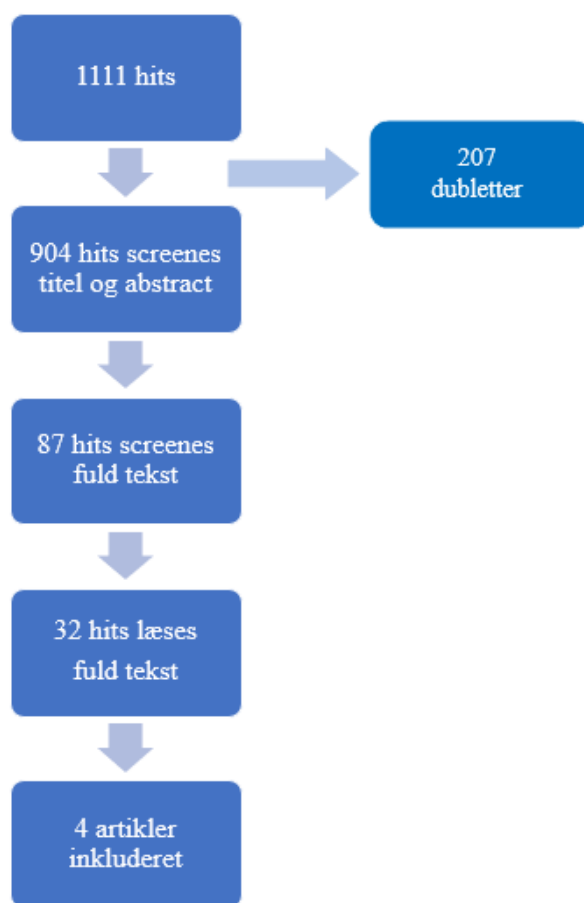
I selektionsprocessen af udvælgelse af artikler ud fra fuldtekst læsning var der behov for yderligere skærpelse af inklusionskriterierne. Dette for at sikre, at inkluderede artikler specifikt ville bidrage med viden om mekanismer i implementeringen af ernæringspraksis, der var sammenlignelige med More2Eat-modellen og ernæringsteamet på Aalborg Universitetshospital. Derfor blev der suppleret med følgende kriterier (se tabel 2), som skulle hjælpe projektgruppen med systematisk at udvælge de mest relevante artikler til programteorien.

Inklusion
Informanterne skal være sammenlignelig med ernæringsteams på Aalborg Universitetshospital, så ikke KUN diætister der udgør informanter
Sammenlignelige interventioner med More2Eat
Skal kun omhandle intervention målrettet ernæringspraksis

Tabel 2: Supplerende in- og eksklusionskriterier

6.1.5 Udvalgelse af artikler

Referencer på søgehits i de tre databaser blev overført til referencehåndteringsprogrammet Refworks. Refworks blev anvendt som teknisk redskab til at screene og fjerne dubletter mellem databaserne (207 dubletter i alt). Selektionsprocessen af de resterende 904 artikler foregik ud fra in- og eksklusionskriterierne og skete i flere etaper. Hvert gruppemedlem fik en tredjedel af artiklerne hver til at screene på titel og abstract ud fra in- og eksklusionskriterierne. Herefter var der 87 artikler tilbage, der igen blev delt ud mellem gruppemedlemmer til screening af fuldtekst. Resterende 32 artikler var til fuldtekstlæsning, hvor hvert gruppemedlem fik 10-11 artikler hver. Ved tvivl om en artikel skulle inkluderes blev den læst af de andre gruppemedlemmer for sammen at beslutte om den opfyldt inklusionskriterierne. Til sidst var fire artikler tilbage, som alle gruppemedlemmer læste og blev enige om skulle inkluderes. Selektionsprocessen fremgår i flowchart figur 9.



Figur 9: Flowchart over selektionsprocessen.

Der blev foretaget kvalitetsvurdering af de fire artikler med relevante tjeklister fra Joanna Briggs Institute (Lockwood et al., 2015) for at sikre validiteten af studierne konklusioner, inden de blev anvendt i projektet. Tjeklister for hver artikel fremgår af bilag 3. Nedenfor ses kondenseret matricer over hver artikel, herunder hvilke resultater der tages med til initierende programteori (tabel 6-10).

6.2 Systematisk litteratursøgning resultater

Resultat af kvalitetsvurderingerne for de forskellige artikler fremgår i afsnittet, samt en kort præsentation af artikler, og hvordan de blev anvendt i programteorien.

Tabel 6	
Titel, årstal, forfatter, land	EXploring practice gaps to improve PERIoperative Nutrition CarE (EXPERIENCE Study): a qualitative analysis of barriers to implementation of evidence-based practice guidelines. Byrnes et al., 2018 - Australien
Formål	At undersøge hvorfor anbefalinger for ernæringsrelateret praksis ikke bliver fulgt i klinikken, hvilke barrierer der eksisterer for at disse ikke bliver fulgt, samt hvilke katalysatorer der er til at overkomme disse barrierer ud fra perspektivet af klinikere, som arbejder i den lokale kontekst.
Design, metode, population	Et kvalitativt studie, hvor der blev udført semi-struktureret ansigt-til-ansigt interview med klinikere (n = 13) herunder sygeplejersker, diætister og læger, som er involveret i ernæringsbehandlingen på to kirurgiske afdelinger.
Resultater	Studiet fandt tre overordnede temaer: Komplekse systemer og processer, som rummede de barrierer, at en akut kirurgisk afdeling er uforudsigelig ift. operationstider og kræver at afdelingspersonale og hverdag følger dette, at patientgruppen er divergerende og dermed har forskellige behov, at der er en stor og multifaglig personalegruppe, samt at madservicen ikke er fleksibel. Stærkt beslutningshierarki, som betød, at personalet ikke tog beslutninger selv, medmindre overlægen havde givet dem lov, hvilket betød at patienter ikke fik, hvad de havde brug for, og at der var en segmenteret ansvarsfordeling ift. ens job. Manglende teamwork og dårlig kommunikation tværfagligt, som følge af ovenstående to temaer. Disse forhold førte til en kultur, hvor der var mangel på konsensus, og hvor gammel uhensigtsmæssig praksis blev opretholdt. Artiklen anbefaler at udarbejde detaljerede interne protokoller for ernæringspraksis i den lokale kontekst.
Tjekliste til kritisk vurdering og metodiske kvalitet	JBI, Qualitative research. Studiet scorer 9/10 på tjeklisten, da det er uklart, om informanterne er lige repræsenteret, da citater ikke fremgår i artiklen. Studiet vurderes dog at være af god kvalitet, da det scorer højt på den kritiske vurdering.
Anvendelse i projektet	Studiet anvendes til at belyse, hvilke barrierer der kan være på en kirurgisk afdeling, hvordan disse kan imødekommes. Hovedbudskaberne som anvendes til udarbejdelse af programteori er; 1) Kommunikation mellem

	faggrupper er afgørende, 2) hierarki på afdelingen, hæmmer selvstændige beslutninger, 3) komplekst system og forskellige patienter gør det mere komplekst, 4) tilgængelighed af mad er vigtigt, 5) organisationen skal grundlæggende understøtte interventionen, 6) tydelig ansvarsperson og tydelig implementeringsstrategi er en fordel, 7) det er vigtigt at skabe empowerment hos personalet og 8) konsensus på afdelingen for at kunne gennemføre ernæringspraksissen, 9) anbefaling om lokale protokoller
--	---

Tabel 6: Matrice over Byrnes et al., 2018

Tabel 7	
Titel, årstal, forfatter, land	Changing nutrition care practices in hospital: a thematic analysis of hospital staff perspectives. Laur et al., 2017 - Canada
Formål	At forstå hvordan personalet opfatter og beskriver de nødvendige elementer, der skal til for at støtte en ændring med henblik på at forbedre ernæringspraksis på deres hospital.
Design, metode, population	Et kvalitativt studie, hvor der på akutafdelingerne på fire hospitaler blev udført 2 fokusgruppeinterview (n = 4-15) og 4-15 individuelle interviews, samt 7 telefoniske interviews. Der blev anvendt en semistruktureret interviewguide, og informanterne var sygeplejersker, læger, diætister, serviceassistenter og hospitalsledelse, -drift og administration.
Resultater	Resultaterne viste hvordan der kan skabes ændringer i ernæringspraksis på hospitalet. Det blev fremhævet, at personalet skal opnå en erkendelse af forandringsbehovet fx ved at det gavner patienterne. Dette foreslås at gøres gennem nudging og uddannelse af personalet. Derudover skal de rette stakeholders involveres i forandringsprocessen, og der skal fokus på, hvordan ændringen implementeres i nuværende praksis. Den specifikke kontekst blev fremhævet som essentiel, og denne og den overordnede hospitalsstruktur skal derfor overvejes i en implementeringsproces. Sidst blev det fremhævet, at forholdene i hospitalsteams er vitale for en forandringsproces.
Tjekliste til kritisk vurdering og metodiske kvalitet	JBI, Qualitative research. Studiet scorer 9/10 på tjeklisten, da det er uklart, om informanterne er lige repræsenteret, da der er en meget stor datamængde, hvor alle informanterne ikke kunne være repræsenteret ligeligt. Studiet vurderes dog at være af god kvalitet, da den scorer højt.
Anvendelse i	Studiet anvendes til at belyse, hvordan der kan skabes forandring i

projektet	ernæringspraksissen på akutafdelingerne på et hospital. Hovedbudskaberne som anvendes til udarbejdelse af programteori er; 1) start med små ændringer, 2) brugerinddragelse for at opnå ejerskab over interventionen, 3) nudging, feedback, uddannelse af personalet sikrer motivation/vedvarende forandring og reminder, 4) tydelig ansvarsfordeling fører til bedre ernæringspraksis, 5) god kommunikation og engagement hos personalet fører til effektiv forandring og bedre sammenhold, og dermed fjerne silotænkningen, 6) essentielt at erkende behov for forandring, 7) indtænke kontekstuelle betingelser og udfordringer
------------------	--

Tabel 7: Matrice over Laur et al., 2017

Tabel 8	
Titel, årstal, forfatter, land	A longitudinal ethnographic study of hospital staff attitudes and experiences of change in nutrition care. Ottrey et al., 2020 - Australien
Formål	At følge en forandringsproces på et hospital samt at udforske personalets attitude, opfattelser og erfaringer med implementering af en måltidsintervention med henblik på at forstå, hvorfor det er svært at ændre ernæringspraksis på et hospital.
Design, metode, population	Longitudinalt etnografisk studie, som bygger på data indsamlet over fire måneder fra to subakutte afdelinger, og som blev indsamlet under en interventionsperiode. Der blev foretaget observation (n > 165) med fokus på adfærd og praksis vedrørende måltiderne, samt interviews (n = 78) som fokuserede på hospitalets og måltidets rolle, omgivelserne forbundet med måltidet og interventionens påvirkning. Der blev anvendt en semistruktureret interviewguide. Der blev foretaget otte fokusgruppeinterview efter endt intervention, som udforskede personalets erfaringer og refleksion over implementering af interventionen. Informanterne var sygeplejersker, læger, diætister, talepædagoger m.fl.
Resultater	I studiet fremhæves tre temaer. Forandring er en uundgåelighed, som handler om at forandring foregår hele tiden, og det er derfor et vilkår, som dog er nemmere at omfavne, hvis forandringen er positiv. En barriere for dette kan være, hvis forandringsagenten siger op, da afdelingen således må starte forfra. Samarbejde med og oplevelsen af forandring, som fremhæver forskellige ting personalet gør og ikke gør i forbindelse med interventionen, som resultat af observationerne. Refleksion over forandringen, som viste, at de forskellige professioner

	<p>havde tendens til at se fejlene hos de andre professioner frem for dem selv. Det blev yderligere fremhævet, at tid var en influerende faktor, hvor sygeplejerskerne fx havde brug for tid til at lære den nye praksis at kende.</p>
Tjekliste til kritisk vurdering og metodiske kvalitet	<p>JBI, Qualitative research. Studiet scorer 9/10 på tjeklisten, da der ikke er lavet en demografisk præsentation af informanterne, og dermed er det uklart, om informanterne er lige repræsenteret, på trods af at der forekommer citater i resultat afsnittet. Studiet vurderes at være af god kvalitet.</p>
Anvendelse i projektet	<p>Studiet anvendes til at belyse, hvilke udfordringer der kan være i forbindelse med en måltidsintervention på et hospital. Hovedbudskaberne som anvendes til udarbejdelse af programteori er; 1) vigtigt at forstå at der sker en forandring og behov for forandring, hvilket kan ske gennem kommunikation, feedback og statusmøder, 2) positiv diskurs og oplevelse omkring forandring er fremmende for forandring, 2) opbakning fra kollegaer er særlig vigtigt, 3) vigtigt med tid til at øve nye praksis, 4) erfaring og kompetencer hos personalet er afgørende, 5) udskiftning af personale giver en følelse af at starte forfra og forsinket forandringsprocessen.</p>

Tabel 8: Matrice over Ottrey et al., 2020

Tabel 9	
Titel, årstal, forfatter, land	<p>Becoming Food Aware in Hospital: A Narrative Review to Advance the Culture of Nutrition Care in Hospitals. Laur et al., 2015 - Canada</p>
Formål	<p>At identificere litteratur med fokus på at forbedre processer og strategier, som fremmer en kultur med fokus på ernæringsbehandling på hospitalet.</p>
Design, metode, population	<p>Et narrativ review udført af to forskere med anvendelse af forskellige kildetyper, herunder peer-review litteratur, som er fra efter 2010.</p>
Resultater	<p>Reviewet bidrager med viden om, hvorfor en kulturændring omkring ernæringspraksis er nødvendig, at der er behov for en indsats, som sætter ind på flere organisatoriske niveauer, samt at en sådan indsats er set implementeret med succes andre steder. Derudover fremhæves det, at der er behov for en implementeringsstrategi, som støtter en kulturændring, og sidst medtager reviewet forskellige aktiviteter, som kan implementeres på organisations-, personale- og patient-familieniveau for at fremme en kultur med fokus på ernæring.</p>

Tjekliste til kritisk vurdering og metodiske kvalitet	<p>JBI, Systematic reviews. Studiet scorer 8/11 på tjeklisten. Der var meget få kriterier for de inkluderede studier, grundet få forskningsundersøgelser der viser effektiviteten af ernæringspleje. Derudover var der ikke foretaget kritisk læsning af to forskellige uafhængigt af hinanden, og manglende diskussion af BIAS.</p> <p>Derudover var vi kritiske overfor, om narrativets konklusioner og fremstilling af ernæringspraksis stemte overens med andet læst litteratur, hvilket det gjorde, hvorfor studiet blev inkluderet.</p>
Anvendelse i projektet	<p>Studiet belyser, hvordan kulturen på hospital kan ændres, så det fremmer forandring i ernæringspraksis, hvormed det bidrager til at besvare underspørgsmålet. Hovedbudskaberne som anvendes til udarbejdelse af programteori er; 1) god kommunikation fører til god ernæringspraksis, 2) Organisatorisk skal det understøtte interventionen og et komplekst system gør det sværere, 3) Forandring/implementering skal ske på flere niveauer for at være bæredygtig, 4) anbefaler tydelig rollefordeling blandt ansvarspersoner, da dårlig ansvarsfordeling giver dårlig koordineret ernæringspraksis, 5) anvend rette implementeringsstrategi, 6) interessentinddragelse, 7) audits og feedback fører til erkendelse af forandring og bæredygtig adfærdsændring og 8) forskellige patienter har forskellige behov, så dermed forskel i kontekst.</p>

Tabel 9: Matrice over Laur et al., 2015

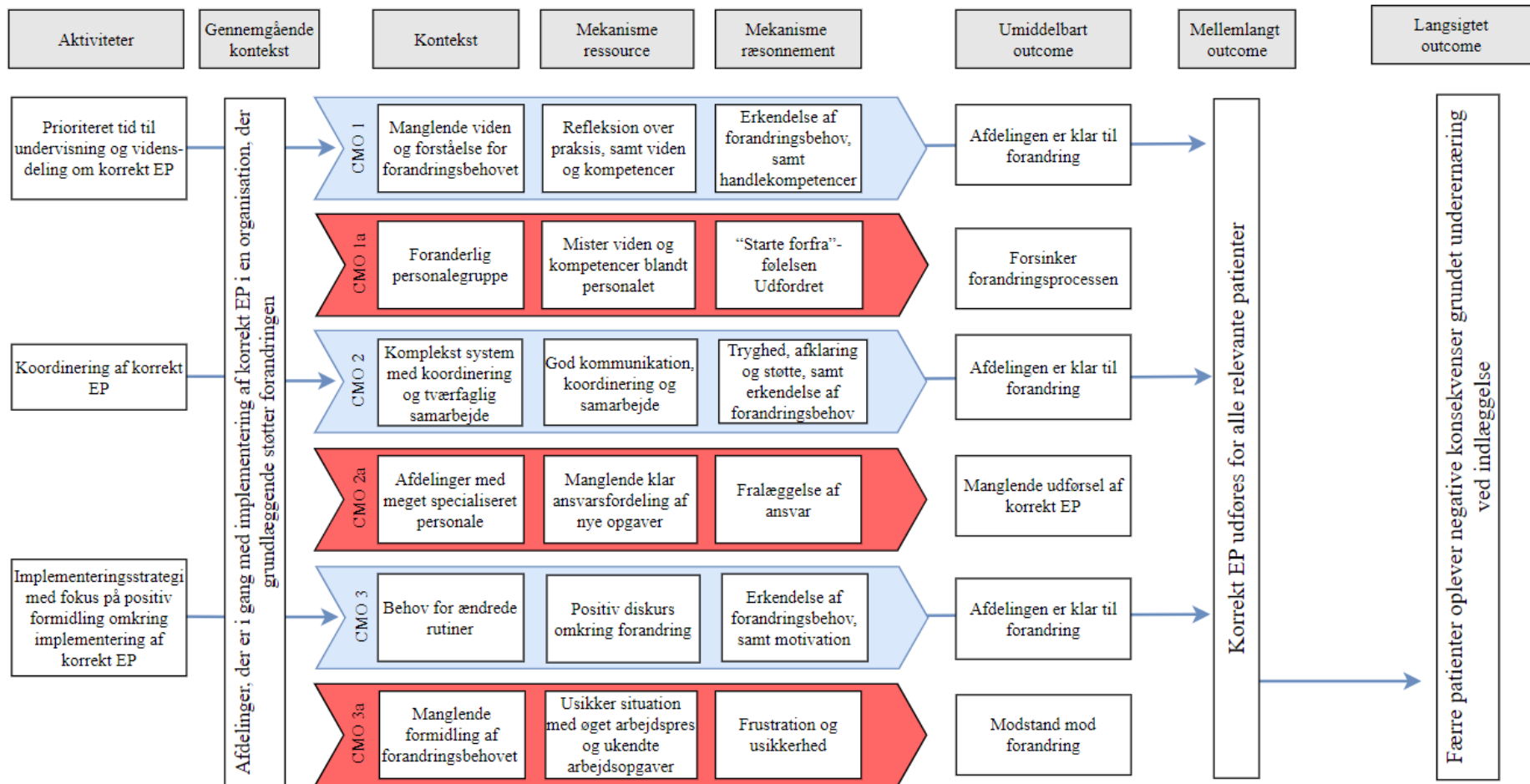
6.3 Initierende programteori

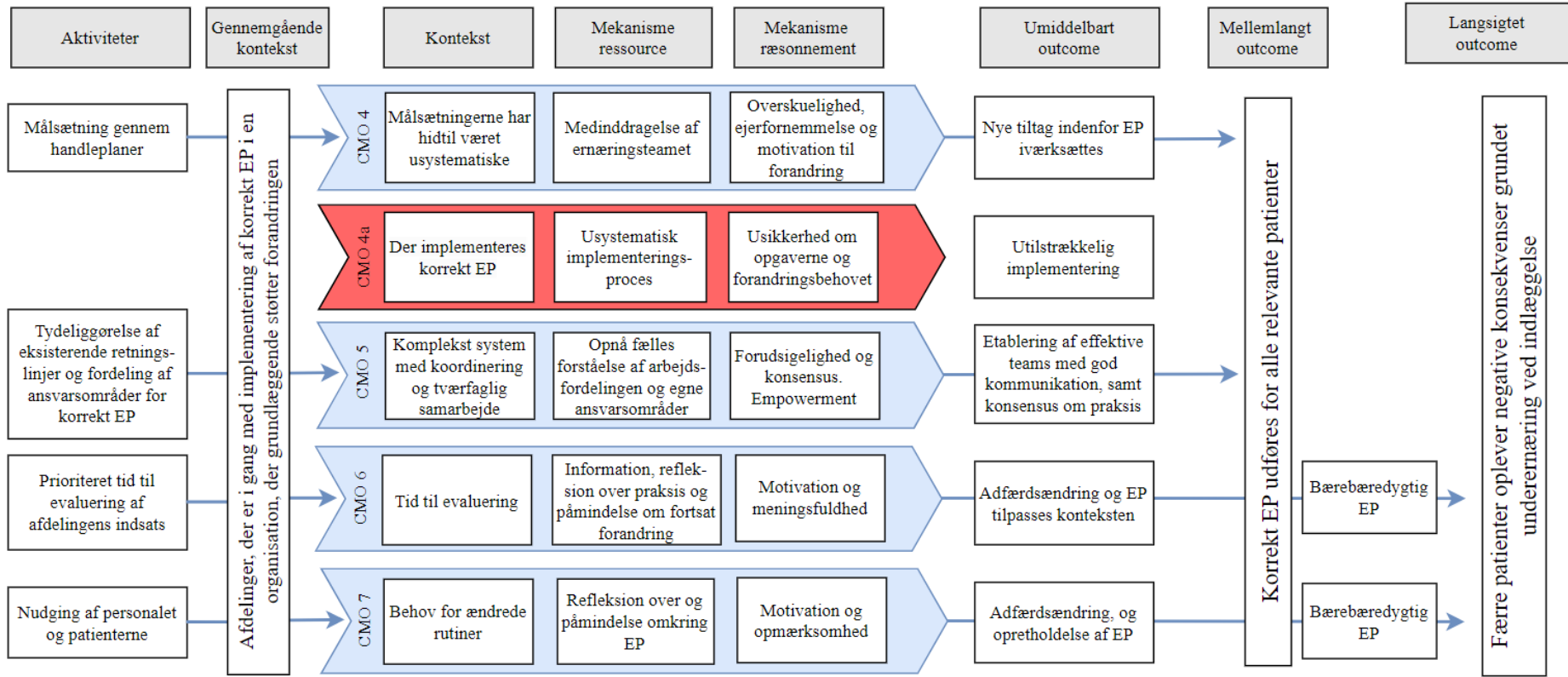
Den initierende programteori er udarbejdet på baggrund af problemanalysen og de fire inddragede artikler fra den systematiske litteratursøgning, og skal bidrage med hypoteser om, hvorfor korrekt ernæringspraksis er implementeret med forskellig succes på afdelingerne. Den initierende programteori skal yderligere bidrage til udarbejdelsen af interviewguiden, da CMO-konfigurationerne fra programteorien skal testes i konteksten.

Den initierende programteori består af 11 CMO-konfigurationer, hvor der er syv CMO-konfigurationer med et positivt outcome, og fire med et negativt outcome, hvorfor CMO 1a, 2a, 3a og 4a repræsenterer dark logic (illustreret med røde kasser). I CMO 1, 2 og 3 skal konteksten forstås som afdelingerne forud for eller i starten af implementering af korrekt ernæringspraksis. Outcome her bliver således at sikre, at konteksten er klar til forandring før den videre implementering. I CMO 4, 5, 6 og 7 skal konteksten forstås som værende længere i implementeringsprocessen, hvor implementeringen af korrekt ernæringspraksis er i gang. Outcome for disse CMO-konfigurationer

bliver således overordnet at sikre nye tiltag på afdelingerne. Alle CMO-konfigurationer har som mellemlangt outcome at sikre udførsel af korrekt ernæringspraksis og som langsigtet outcome, at færre patienter oplever negative konsekvenser grundet underernæring ved indlæggelse. For alle CMO-konfigurationer gælder den gennemgående kontekst, *at afdelinger, der er i gang med implementering af korrekt ernæringspraksis i en organisation, der grundlæggende støtter forandringen*. I programteorien vil ernæringspraksis blive forkortet EP (Figur 10).

Figur 10: Initierende programteori (fortsætter på næste side).





Figur 10: Initierende programteori (fortsat fra forrige side)

CMO-konfigurationerne er yderligere beskrevet i små narrativer for at få en bedre forståelse af sammenhængen i den enkelte CMO. Kontekst (c), mekaniseressource (m.re), mekaniseræsonnement (m.ræ) og outcome (o) er markeret i teksten.

CMO 1:

Det er vigtigt, at afdelingerne vælger at mobilisere ressourcer i form af prioritering af tid til undervisning og vidensdeling om korrekt ernæringspraksis, for at undgå at der hos personalet er manglende viden og forståelse af forandringsbehovet (c). Undervisning og vidensdeling vil skabe refleksion over praksis, samt fremme viden og kompetencer hos personalet (m.re). Vidensdeling og undervisning kan skabe forståelse for og erkendelse af forandringsbehov (m.ræ), hvilket er et vigtigt fundament for at kunne skabe forandring i praksis. Derudover kan det bidrage til de nødvendige handlekompetencer til at udføre korrekt ernæringspraksis (m.ræ). Konteksten, som er afdelingspersonalet, bliver således klar til forandring af ernæringspraksis (o).

CMO 1a:

På en afdeling, der er i gang med at skabe forandring ved at kvalificere korrekt ernæringspraksis, kan det være en udfordring, hvis der er en foranderlig personalegruppe med meget udskiftning (c). Den løbende udskiftning af personalet kan resultere i, at de mister viden og kompetencer blandt personalet, samt at de også skal bruge ekstra ressourcer på oplæring af nye medarbejdere (m.re). Det kan medføre, at der blandt personalet opstår en følelse af at skulle starte forfra (m.ræ), som betyder at forandringsprocessen bliver forsinket (o).

CMO 2:

Koordinering af korrekt ernæringspraksis gennem afdelingslederen er en effektiv implementeringsstrategi i en kompleks kontekst med en til tider uforudsigelig hverdag, der kræver koordinering og tværfagligt samarbejde om patienterne (c). En koordinerende afdelingsleder for implementeringen kan bidrage til at skabe god kommunikation, koordinering og samarbejde i forandringsprocessen omkring korrekt ernæringspraksis (m.re). Hos personalet skaber det tryghed, afklarethed og støtte i forandringsprocessen (m.ræ), samt den vigtige erkendelse af forandringsbehovet (m.ræ). Det er med til at sikre, at afdelingspersonalet er klar til forandring, så der senere kan indføres korrekt ernæringspraksis (o).

CMO 2a:

Implementering af ny ernæringspraksis på afdelingerne med meget specialiseret personale og uden en koordinerende ledelsesperson (c) kan være udfordrende. Dette kan skabe manglende klarhed omkring ansvarsfordeling af nye opgaver (m.re), hvilket kan give en manglende erkendelse af, at opgaverne er ens egne og dermed fralæggelse af ansvar (m.ræ). Når nye opgaver ikke bliver løst, vil det resultere i manglende udførsel af korrekt ernæringspraksis (o).

CMO 3:

Implementeringsstrategi med fokus på positiv formidling omkring kvalificering af ernæringspraksis på afdelinger, der er i gang med implementering af korrekt ernæringspraksis (c) kan være med til at skabe en positiv diskurs omkring forandringen (m.re), hvilket skaber motivation blandt personalet til at udføre den ønskede praksis (m.ræ). Derudover kan en positiv diskurs fremme erkendelsen af et forandringsbehov (m.ræ). Afdelingerne bliver således klar til forandring, hvilket er forudsætningen for at implementere korrekt ernæringspraksis (o).

CMO 3a:

På afdelinger, der er i gang med at implementere korrekt ernæringspraksis og deraf nye rutiner, hvor der er manglende formidling om årsagen hertil (c), vil der for en periode være en usikker situation med kendte arbejdsopgaver, med et øget arbejdspress (m.re). Dette kan skabe frustration og usikkerhed hos personalet (m.ræ), og dermed en følelse af, at hvis man ikke gør noget, så gør man heller ikke noget forkert (m.ræ). Dette kan resultere i en grundlæggende modstand mod forandringen (o).

CMO 4:

Konkret målsætning gennem handleplaner kan være hjælpsomt på afdelinger, der er i gang med implementering af korrekt ernæringspraksis, men hvor målsætningerne hidtil har været usystematiske (c). Da handleplanerne udarbejdes af ernæringsteam og udviklingskoordinator med afsæt i afdelingens forudsætninger, skabes der medinddragelse (m.re). Herigennem kan implementeringen af korrekt ernæringspraksis opleves mere overskuelig (m.ræ). Derudover skabes en ejerskabsfølelse over forandringsprocessen, og der motiveres til forandring (m.ræ). Dette øger sandsynligheden for at nye tiltag iværksættes, så korrekt ernæringspraksis udføres på afdelingerne (o).

CMO 4a:

Manglende implementeringsstrategi på afdelinger, der er i gang med at implementere korrekt ernæringspraksis (c) kan skabe en usystematisk implementeringsproces (m.re), hvilket kan føre til

usikkerhed omkring opgaverne og forandringsbehovet hos personalet (m.ræ). En manglende implementeringsstrategi kan resultere i utilstrækkelig implementering af den ønskede praksis (o).

CMO 5:

Afdelingerne på hospitalet består af komplekse systemer, der kræver koordinering mellem faggrupperne, som består af et tværfagligt samarbejde om patienterne og ernæringspraksis (c). Det er derfor vigtigt, at der strukturelt er sørget for, at der er tydelige retningslinjer for ernæringspraksis på de enkelte afdelinger, og at der er en klar fordeling af ansvarsområderne (m.re). Ved at opnå en fælles forståelse af arbejdsfordelingen, og at personalet ikke er i tvivl om deres egne ansvarsområder (m.re.), kan det skabe en konsensus omkring arbejdsopgaver, hvori der er en større grad af forudsigelighed (m.ræ.). Derudover vil en tydeliggørelse af egne ansvarsområder ligeledes bidrage til empowerment af personalet (m.ræ.). Dette vil medføre en etablering af effektive teams, hvori der er en konsensus omkring praksis, således korrekt ernæringspraksis bliver udført (o).

CMO 6:

Afdelingerne på hospitalet er tidspresset, hvilket også betyder, at der er begrænset tid til at evaluere på udførelsen af deres ernæringspraksis (c). For at evaluere afdelingens indsats gennem ernæringsmøder med udviklingskoordinatoren, hvor der laves audits og follow up på handleplaner, kræver det, at den enkelte afdeling prioriterer tid til disse møder. Løbende evaluering af indsatsen vil bidrage til, at medarbejderne reflekterer over afdelingens ernæringspraksis, samt at de bliver påmindet om vigtigheden af at opretholde og forbedre ernæringspraksis (m.re). Dette kan skabe motivation og meningsfuldhed for personalet, idet de får en forståelse for, hvorfor de skal prioritere ernæringspraksis i daglige rutiner (m.ræ). Dette kan skabe en adfærdsændring hos personalet, således de udfører korrekt ernæringspraksis, idet interventionen også bliver tilpasset konteksten og sikrer en bæredygtig indsats (o).

CMO 7:

Nudging af personalet og patienterne i form af posters eller plakater omkring korrekt ernæringspraksis, kan være hensigtsmæssigt på afdelinger, der er i gang med at implementere korrekt ernæringspraksis, og hvor der er behov for at ændre rutiner (c). Herigennem gives information til personalet (m.re), hvilket skaber løbende refleksion over og påmindelse omkring ernæringspraksis (m.re). Dette bidrager endvidere med motivation til fortsat at udføre korrekt ernæringspraksis (m.ræ), hvilket er med til at skabe adfærdsændringen omkring praksis og at opretholde nye vaner for ernæringspraksis, så det bliver en bæredygtig indsats (o).

7. Metode

Metodeafsnittet præsenterer den kvalitative og kvantitative metodiske tilgang til indsamling af empiri til at teste initierende programteori. For hver metode er en udførlig beskrivelse af valg og begrundelser dertil, for at skabe transparens gennem processen og tydeliggøre sammenhæng mellem projektets problemformulering og den metodiske tilgang.

7.1 Kvalitativ metode

Den kvalitative dataindsamling skulle være med til at teste initierende programteori og bidrage til besvarelse af problemformuleringens underspørgsmål om *“Hvilke fremmede og hæmmende mekanismer for implementering af korrekt ernæringspraksis gennem More2Eat er der på afdelingerne?”*. Afsnittet om kvalitativ metode bidrager med begrundelser for metodiske valg omkring kvalitativ dataindsamling. Afsnittet har til hensigt at skabe transparens omkring processen.

7.1.1 Det individuelle interview

Interviews som metode kan bidrage til at få adgang til informanternes umiddelbare oplevelser og erfaringer fra hverdagslivet (Brinkmann & Tanggaard, 2020). Derudover kan kvalitativ forskning, som har fokus på at undersøge en mening i konteksten, bidrage med at identificere de underliggende meninger hos informanterne i dybden (Merriam & Tisdell, 2016), hvorfor interviews udgør en del af projektets metoder til dataindsamling. Metoden har dermed til hensigt at undersøge om identificerede mekanismer i CMO-konfigurationer i det dybe domæne også gør sig gældende i konteksten. Igennem interviews ønskes således at få bekræftet eller forfinet identificerede CMO-konfigurationer i relation til konteksten på sygehuset, samt mulighed for at opdage nye CMO-konfigurationer.

I overensstemmelse med projektets videnskabsteoretiske ståsted kritisk realisme tages der afsæt i realistiske interviews af Anna Manzano (2016). Et realistisk interview er bygget op omkring, at interviewerens har identificeret nogle teorier i form af CMO-konfigurationer, og det er dernæst informantens opgave at bekræfte, afkræfte eller forfine disse teorier ud fra dennes erfaringer og viden om konteksten. Denne måde at opbygge interviews er et særligt kendetegn for realistiske interviews, og anskues som et lærer-elev-forhold (Manzano, 2016). I forhold til et kritisk realistisk ståsted betragtes informanternes udsagn derfor ikke kun som deres oplevelse af virkeligheden. Informanternes udsagn betragtes i stedet som et bevis for virkelige processer og fænomener og ikke blot som konstruktioner af virkeligheden (Manzano, 2016).

Der er valgt en pragmatisk tilgang til indsamling af kvalitative data, da der tages højde for, at informanterne skal afsætte tid fra arbejdsdagen til at deltage. Dette resulterede i seks interviews fra

fem forskellige afdelinger og ét fra en ernæringsekspert med viden om implementeringen gennem More2Eat. Som udgangspunkt blev der foretaget enkeltinterviews fra hver afdeling med henblik på at nå i dybden og indsamle så meget information om én kontekst som muligt i løbet af interviewet. For to interviews gjorde det sig gældende, at det var duointerviews med to personer fra samme afdeling. Duointerviews er en variation af enkeltinterviews. Ved duointerviews drages der nytte af dialogen mellem to parter, der kender hinanden godt, idet de har mulighed for at supplere hinanden og bidrage med at huske og fortælle forskellige perspektiver om det samme emne (Jysk Analyse, 2023). Der var således mulighed for at opnå dybere forståelse af konteksten og justering af CMO-konfigurationerne med duointerviews, hvorfor det blev tilvalgt, når det var muligt. Ud af de seks interviews foregik to enkeltinterviews over telefonen, mens de fire resterende interviews foregik fysisk. Telefoninterviews kan være en løsning for at imødekomme udfordringer ved at afsætte tid af til fysisk fremmøde (Merriam & Tisdell, 2016), hvorfor dette blev valgt hos de informanter, der ikke havde mulighed for fysisk fremmøde.

7.1.2 Rekruttering af informanter

Til de realistiske interviews blev der rekrutteret ansatte fra hospitalsafdelingerne på Aalborg Universitetshospital. Ifølge Manzano (2016), skal rekruttering af informanter være baseret på, hvem der kan besvare hypoteserne fra den initierende programteori. Rekrutteringen foregik derfor som *maximum variation*, der omhandler rekruttering af informanter, som repræsenterer bredden i holdninger indenfor forskningsspørgsmålet (Manzano, 2016; Merriam & Tisdell, 2016). Der blev dermed rekrutteret fra flere forskellige afdelinger, frem for mange fra én afdeling, for at opnå viden fra forskellige kontekster. Derudover blev der også rekrutteret en ekspert, som kunne fortælle noget om implementeringen af More2Eat på alle afdelinger. Dette var også med til at sikre mætning af data, da mætning af data i realistiske interview jævnfør Manzano (2016) ikke opnås ved et bestemt antal interviews, men handler om indholdet i interviewene.

Rekruttering foregik gennem en gatekeeper, som er rekruttering gennem et mellemlid, som er en nøgleperson med viden om mulige informanter (Danielson, 2018). Gatekeeper sendte en mail ud til alle afdelinger med en invitation til interviews vedrørende ernæringspraksis på hospitalet. Derudover reklamerede gatekeeperen også for interviewet til et årligt ernæringssymposium, som blev afholdt for alle ernæringsteams på Aalborg Universitetshospital. De ansatte, der ønskede at deltage, kontaktede gatekeeperen, som videreformidlede kontaktoplysninger, og dermed blev informanterne rekrutteret. Nogle ansatte havde vist gatekeeper en interesse i at blive informant, men havde ikke vendt tilbage. I disse tilfælde kontaktede gruppemedlemmerne informanterne på mail, eller tog op på afdelingen for at sikre, at informanterne blev rekrutteret. Idét vi ikke havde indflydelse på, hvilke afdelinger der

meldte tilbage til interviews, blev en del af rekrutteringsstrategien baseret på convenience sampling, som ifølge Merriam & Tisdell (2016) er baseret på, hvem der har tid og er tilgængelig i det givne tidsrum.

7.1.3 Interviewguide

Forud for gennemførelsen af interviews blev der udarbejdet to interviewguides til hhv. afdelingspersonalet og ernæringseksperter som informanter med henblik på at teste forskellige CMO-konfigurationer fra initierende programteori (bilag 4). Disse blev udarbejdet med baggrund i det kritisk realistiske videnskabssteoretiske perspektiv, og tog udgangspunkt i det realistiske interview af Manzano (2016) samt Kvale & Brinkmann (2015). Interviewguiden har til formål at sikre en standardisering og konsistens af interviewet, samt styrende for, hvilke hypoteser der testes fra programteorien (Manzano, 2016). CMO-konfigurationerne danner i dette projekt, derfor rammen for interviewguiden for at teste den initierende programteori. Et realistisk interview er typisk semi-struktureret med eksplorative spørgsmål (Manzano, 2016). Dette kan sikre, at der spørges ind til identificerede CMO-konfigurationer samtidig med, der er plads til nye perspektiver, hvorfor en semistruktureret opbygning også er valgt til interviewguiden.

Inden interviewet startede, blev der lavet en kort briefing. En briefing har ifølge Kvale & Brinkmann (2015) til formål at definere situationen for informanterne, således de er bekendt med formålet og har mulighed for at stille spørgsmål. Dette kan være med til at skabe en god kontakt til informanterne, hvorved der skabes en mere afslappet atmosfære og et rum til at tale åbent og frit (Kvale & Brinkmann, 2015). Efter interviewet blev der lavet en debriefing med en opsamling på interviewet, og informanten fik mulighed for at stille spørgsmål eller komme med opfølgende kommentarer og perspektiver, som de ikke mente var blevet belyst under interviewet. En debriefing er ifølge Kvale & Brinkmann (2015) med til at skabe en god afslutning på interviewet. Som supplement til interviewspørgsmålene blev der i interviewguides tilføjet prober, der havde funktion som follow-up spørgsmål (Merriam & Tisdell, 2016). Disse var støttespørgsmål for interviewerens for at sikre at komme i dybden og bag om det sagte, særligt med henblik på at fremsøge de underliggende mekanismer til CMO-konfigurationer. Selve interviewet blev udført af en person fra projektgruppen, og en af de to andre gruppemedlemmer var observatører. Observatørerne havde til opgave at holde styr på tiden og interviewguiden, samt komme med opfølgende spørgsmål, for at sikre at spørgsmålene blev besvaret tilfredsstillende. Dette bidrog til, at interviewerens kunne holde fuld fokus på informanterne. Det gik på skift, hvem der var interviewer og observatør, således alle gruppemedlemmer gjorde erfaring med begge roller.

7.1.4 Transskribering

Transskribering er en fortolkningsproces, hvori tale transformeres til skrift (Kvale & Brinkmann, 2015). Derfor er udfordringen ved transskribering, at informantens budskaber, forståelser og meninger fastholdes, selvom informationer om toneleje, mimik og kropssprog går tabt (Kvale & Brinkmann, 2015). Transskriptionen blev foretaget umiddelbart efter interviewet af et af de gruppemedlemmer, som havde været med til interviewet. Dette gav mulighed for allerede dér at påbegynde analysen, samt sikrede at ovenstående udfordringer blev imødekommet bedst muligt. Det blev foretaget flere interviews, og for at sikre pålidelighed og gyldighed ved transskriberingen, blev der udarbejdet en transskriberingsguide, som alle gruppemedlemmer godkendte forud for transskriberingen (se bilag 5).

7.1.5 Analysestrategi

Til analysen af det kvalitative datamateriale blev analysestrategien af Gilmore et al. (2019) anvendt som en overordnet strategi. Analysen blev udført i softwareprogrammet Nvivo.

Forud for analysen blev transskriptionerne af interviewene gennemlæst for at sikre forståelse af konteksterne, og efterfølgende blev transskriptionerne uploadet enkeltvis til Nvivo. Dernæst blev der oprettet koder for hver CMO-konfiguration fra den initierende programteori, samt en kode til nye CMO-konfigurationer, som afveg fra den initierende programteori.

Selve analysen forløb således, at datamaterialet blev gennemgået af alle projektgruppens tre medlemmer, og hver gang en CMO-konfiguration fremkom, blev denne kodet til den CMO-kode, den passede bedst til. Hvis ikke de oprettede CMO-koder passede til den fremkomne CMO-konfiguration, blev der dernæst oprettet en underkode til den CMO-kode, der mindede mest om den fremkomne CMO-konfiguration. Dette var således med til at revidere de initierende CMO-konfigurationer. Til hver kode og underkode blev der tilkøbt et memo, som bestod af kontekst, mekanisme, outcome, hele CMO-konfigurationen, samt om den var med til at bekræfte, afkræfte eller revidere den initierende CMO-konfiguration. Dette memo var med til at beskrive beslutningsprocessen og rationale bag en eventuel revidering af en CMO-konfiguration. Da datamaterialet var gennemgået, blev CMO-koder med nye underkoder yderligere gennemgået for at sikre en dybere forståelse for disse, og hvis der var ny information, blev denne tilføjet til memoet. Dernæst blev alle CMO-konfigurationer gennemgået og kondenseret, hvis der var sammenfald mellem CMO-konfigurationerne. Sidst blev de endelige CMO-konfigurationer beskrevet i narrativer og illustreret i en ny programteori. Se bilag 6 for Nvivo uddrag fra den kvalitative analyse.

7.2 Kvantitativ metode

Den kvantitative analyse skulle være med til at teste den initierende programteori og bidrage med viden om de kontekstuelle forhold på afdelingerne samt være med til at besvare problemformuleringen ud fra tilhørende underspørgsmål: *“Hvilke kontekstuelle betingelser har en sammenhæng med udførelsen af korrekt ernæringspraksis?”*

Formålet med analysen af de kvantitative data var at undersøge, om der er associationer mellem afdelingens kontekstuelle forhold, og om ernæringspraksis er blevet udført på afdelingerne. I de følgende afsnit vil der først komme en præsentation af data. Dernæst vil de anvendte variabler blive beskrevet, og til sidst vil der blive argumenteret for valg af den statistiske analyse.

7.2.1 Præsentation af data

I den kvantitative analyse blev der anvendt data fra to tværsnitsundersøgelser bestående af afdelingsspecifikke data og patientspecifikke data fra projektet More2Eat. De afdelingsspecifikke data byggede på et spørgeskema vedrørende ernæringspraksis på afdelingen. Dette blev udfyldt af enten afdelingssygeplejersken eller et medlem af ernæringsteamet i efteråret 2021. De patientspecifikke data blev indsamlet i vinteren 2021 og 2022 som en del af baseline-målingen af More2Eat af forskningsgruppen på Aalborg Universitetshospital. Disse data bestod af journalopslag, spørgeskema udfyldt af patienten, kostregistrering og var et audit over daværende ernæringspraksis på afdelingerne. Spørgeskemaets undersøgelsesdesign er et survey, hvorfra der ifølge Launsø et al. (2017) kan laves en kortlægning af klassificerbare fænomener. Dermed kunne den kvantitative undersøgelse bidrage med viden om, hvorvidt ernæringspraksis bliver udført på afdelingerne. Ved tværsnitsundersøgelser, indhentes viden om eksponering og udfald på samme tid, hvilket betyder, at der ikke kan siges noget om kausale sammenhænge (Juul, 2017). Derfor var det kun muligt at se på associationer mellem afdelingers kontekst og udførsel af ernæringspraksis, og ikke muligt at se på årsagssammenhænge.

7.2.2 Præsentation af variabler

Til den kvantitative analyse blev der udvalgt variabler fra de to tværsnitsundersøgelser, som kunne være med til at teste den initierende programteori. Der blev anvendt forskellige uafhængige og afhængige variable, hvilket afhang af den CMO-konfiguration, der blev testet. De afdelingsspecifikke data var relateret til kontekstuelle betingelser og udgjorde derfor den uafhængige variabel. De patientspecifikke data var relateret til ernæringspraksis og udgjorde derfor den afhængige variable.

I problemanalysen blev det fremanalyseret, at mange determinanter kan påvirke ernæringspraksis, hvorfor der blev udvalgt flere forskellige variabler fra spørgeskemaet. Der blev anvendt seks uafhængige variabler, som var eksponeringsvariabler til test af CMO-konfigurationer, der alle var dikotome med svarmulighederne Ja (1) og Nej (0). Disse variabler stammede fra de afdelingsspecifikke data, og knytter sig til de kontekstuelle betingelser. De afhængige variabler, som var outcomevariabler, stammede fra de patientspecifikke data, og disse skulle være en proxy for udført ernæringspraksis. Disse var ligeledes dikotome med svarmulighederne Ja (1) og Nej (0). Spørgsmålet *“Om patienterne er screenet”* blev valgt, da det er første skridt i ernæringspraksis og derfor en procesindikator. Ved dette spørgsmål indgik alle patienter. Ved de resterende spørgsmål, blev alle patienter, som var vurderet i ernæringsrisiko af forskningsgruppen, inkluderet. *“Om patienterne er kostregistreret”* blev valgt, da det er centralt at monitorere patienten, så der løbende kan vurderes, om de fortsat er i ernæringsrisiko. Derudover blev der også valgt spørgsmålene *“Har patienten fået ernæringsdrikke”* og *“Har patienten fået mellemmåltider”*, da dette også er et centralt element af ernæringspraksis for patienter, der er i ernæringsrisiko. Disse to blev kun testet op imod om ernæringsteamet formidler nyheder, da nyheder ofte vil indebære nye ernæringsdrikke og produkter til mellemmåltider, samt om mellemmåltider er tilgængelige.

I tabel 10 ses, hvordan variablerne er blevet kombineret med henblik på at teste CMO-konfigurationer fra den initierende programteori. Nulhypotesen antager, at der ikke er en sammenhæng mellem de to givne variabler (Kirkwood & Sterne, 2003). Med udgangspunkt i projektets problemformulering, blev der derfor opstillet nulhypoteser, for associationer mellem afdelingsdata og outcome.

Uafhængig variabel	Afhængig variabel	Test af IPT	Nulhypotese
Spg 9: <i>Får ernæringsteamet planlagt tid til at arbejde med ernæring og kostforplejning i jeres afsnit?</i>	Spg 28: <i>Er patienten ernæringsscreenet? 3)</i> Spg. 50: <i>Er patienten blevet kostregistreret under denne indlæggelse? 4)</i>	Den overordnede kontekst vedrørende strukturel opbakning	H ₀₁ : Der er ingen association mellem, om ernæringsteamet får planlagt tid til at arbejde med ernæring og kostforplejning i afsnittet, og om patienten er ernæringsscreenet H ₀₂ : Der er ingen association mellem, om ernæringsteamet får planlagt tid til at arbejde med ernæring og kostforplejning i afsnittet, og om patienten er blevet kostregistreret under indlæggelsen
Spg 13: <i>Har jeres afdeling et lokalt PRI-dokument om ernæring?</i>	Spg 28: <i>Er patienten ernæringsscreenet? 3)</i> Spg. 50: <i>Er patienten blevet kostregistreret under denne indlæggelse? 4)</i>	CMO 5	H ₀₃ : Der er ingen association mellem om afdelingen har et lokalt PRI-dokument om ernæring, og om patienten er blevet ernæringsscreenet. H ₀₄ : Der er ingen association mellem om afdelingen har et lokalt PRI-dokument om ernæring, og om patienten er blevet kostregistreret under indlæggelsen
Spg 14: <i>Har I undervisning for nyt personale i afdelingen om klinisk ernæring og kostforplejning</i>	Spg 28: <i>Er patienten ernæringsscreenet? 3)</i> Spg. 50: <i>Er patienten blevet kostregistreret under denne indlæggelse? 4)</i>	CMO 1	H ₀₅ : Der er ingen association mellem, om der er undervisning for nyt personale i afdelingen, om klinisk ernæring og kostforplejning, og om patienten er ernæringsscreenet H ₀₆ : Der er ingen association mellem, om der er undervisning for nyt personale i afdelingen, om klinisk ernæring og kostforplejning, og om patienten er blevet kostregistreret under indlæggelsen

<p>Spg 15: <i>Formidler ernæringsteamet nyheder inden for klinisk ernæring og kostforplejning til det øvrige personale?</i> 1)</p>	<p>Spg 28: <i>Er patienten ernæringsscreenet?</i> 3) Spg. 50: <i>Er patienten blevet kostregistreret under denne indlæggelse?</i> 4) Spg 87: <i>Ifølge kostregistreringen: Har patienten fået ernæringsdrikke?</i> 4) Spg 90: <i>Ifølge kostregistreringen: Har patienten fået mellemmåltider?</i> 4)</p>	<p>CMO 1, CMO 2 og CMO 7</p>	<p>H₀7: Der er ingen association mellem, om ernæringsteamet formidler nyheder inden for klinisk ernæring og kostforplejning til det øvrige personale, og om patienten er ernæringsscreenet</p> <p>H₀8: Der er ingen association mellem, om ernæringsteamet formidler nyheder inden for klinisk ernæring og kostforplejning til det øvrige personale, og om patienten er blevet kostregistreret</p> <p>H₀9: Der er ingen association mellem, om ernæringsteamet formidler nyheder inden for klinisk ernæring og kostforplejning til det øvrige personale, og om patienten har fået ernæringsdrikke</p> <p>H₀10: Der er ingen association mellem, om ernæringsteamet formidler nyheder inden for klinisk ernæring og kostforplejning til det øvrige personale, og om patienten har fået mellemmåltider</p>
<p>Spg 45: <i>Oplever I at mellemmåltider er tilgængelige og lette at finde til patienten?</i> 2)</p>	<p>Spg 87: <i>Ifølge kostregistreringen: Har patienten fået ernæringsdrikke?</i> 4) Spg 90: <i>Ifølge kostregistreringen: Har patienten fået mellemmåltider?</i> 4)</p>	<p>CMO 7</p>	<p>H₀11: Der er ingen association mellem, om personalet oplever at mellemmåltider er tilgængelige og lette at finde til patienten, og om patienten har fået ernæringsdrikke</p> <p>H₀12: Der er ingen association mellem, om personalet oplever at mellemmåltider er tilgængelige og lette at finde til patienten, og om patienten har fået mellemmåltider</p>

<p>Spg 47: <i>Jeg skal gå langt efter mellemmåltider på frost og køl?</i> 2)</p>	<p>Spg 87: <i>Ifølge kostregistreringen: Har patienten fået ernæringsdrikke?</i> 4)</p> <p>Spg 90: <i>Ifølge kostregistreringen: Har patienten fået mellemmåltider?</i> 4)</p>	<p>CMO 7</p>	<p>H₀13: Der er ingen association mellem om personalet skal gå langt efter mellemmåltider på frost og køl, og om patienten har fået ernæringsdrikke</p> <p>H₀14: Der er ingen association mellem om personalet skal gå langt efter mellemmåltider på frost og køl, og om patienten har fået mellemmåltider</p>
--	--	--------------	--

Tabel 10: 1) Afdelinger uden et ernæringsteam blev ikke medtaget, 2) proxy for tilgængelighed af måltider, 3) for alle patienter, 4) for patienter i ernæringsrisiko

7.3.3 Valg af statistisk analyse

Først blev der lavet deskriptiv analyse over variabler fra de afdelings- og patientspecifikke data i frekvenstabeller, som havde til formål at give et overblik over, hvordan forskellen ser ud på de enkelte afdelinger, både på udførelsen af ernæringspraksis, men også på personalets kontekst. Dernæst blev variablerne sammenlignet med hinanden ved 2x2 kontingensstabeller, som ifølge Kirkwood & Sterne (2003) er særlig anvendelig til at undersøge forholdet mellem to variable. I tabellerne fremkom frekvensen samt den procentvise fordeling af svarkategorierne i kolonnerne. Derudover blev der lavet en Chi-squared test (χ^2 -test). Denne blev anvendt, da den ifølge Kirkwood & Sterne (2003), er anvendelig til at teste, om der er en sammenhæng mellem den afhængige og uafhængige variabel. Der blev anvendt et signifikansniveau på 5%. Derudover blev der lavet en logistisk regression med det formål at få en odds ratio (OR) med konfidensintervaller mellem de afhængige og uafhængige variabler. OR angiver odds for om outcome sker ved en konkret eksponering sammenlignet med odds for, at outcome sker, hvis eksponeringen ikke forekommer (Kirkwood & Sterne, 2003). Konfidensintervallet til OR kan give mere information end blot p-værdien (Juil, 2017). Ved et snævert konfidensinterval, er der større sandsynlighed for, at den sande værdi befinder sig i intervallet, mens der ved et bredere konfidensinterval, er større usikkerheden af resultatet. Analyserne er udarbejdet i STATA version 17.0 og fremgår i bilag 7.

8. Ethiske overvejelser

Ethiske overvejelser og tiltag i forbindelse med projektet vil blive præsenteret i følgende afsnit. Ved indsamling af persondata er det vigtigt at forholde sig til etiske overvejelser og retningslinjer. Ifølge Brinkmann og Tanggaard (2020) kan etiske overvejelser opdeles i makro- og mikroetik. Makroetiske overvejelser omhandler projektets overordnede formål og hvilken større interesse projektets undersøgelse tjener. Derfor er det relevant at tydeliggøre, hvordan projektets resultater bidrager og er relevante i et samfundsperspektiv. Underernæring hos hospitalpatienter er i problemanalysen fremskrevet som et aktuelt problem for danske patienter, der kan have negative konsekvenser for individets helbred og samfundsøkonomiske omkostninger. De makroetiske overvejelser for projektet er derfor, at resultaterne og udvikling af More2Eat-modellen skal bidrage til bedre ernæringspraksis på Aalborg Universitetshospital, og evt. senere kan anvendes som inspiration til andre danske hospitaler. Lokalt på Aalborg Universitetshospital er der med projektet fokus på at sikre lighed på tværs af afdelingerne omkring implementeringsgraden af

ernæringsindsatsen. Dette sker med henblik på at mindske uligheden, der eksisterer i den forebyggende indsats mod underernæring på tværs af diagnoser, og derved bidrage til at reducere prævalensen af danske hospitalspatienter i ernæringsrisiko. Mikroetiske overvejelser er derimod relateret til at tage vare på de informanter, der indgår i projektet (Brinkmann, 2020). Relateret til kvantitative data vil informanterne være anonymiseret og ikke kunne spores ud fra deres svar. I forhold til kvalitativ dataindsamling er det ligeledes at sikre anonymisering af informanterne, men også at indhente skriftligt samtykke og sikre, at informanterne ikke lider overlast eller ubehag i forbindelse med interviews. For at det ikke skulle virke for intimiderende for informanterne med for mange interviewere, deltog kun to af gruppens tre medlemmer til interviews. Broholm-Jørgensen & Tjørnhøj-Thomsen (2022) påpeger desuden, at relationen og dialogen med deltagerne er vigtig for god etisk forskningspraksis, herunder at deltagerne føler sig velinformerede og anerkendes for deres deltagelse. Under briefing sørgede projektgruppen derfor at informanterne var velinformerede om projektets formål og interviewets bidrag til projektet, mens deres deltagelse blev anerkendt under både briefing og debriefing.

I forhold til at indhente samtykke, fik informanterne forud for interviews tilsendt samtykkeerklæringen via mail, så de havde mulighed for at orientere sig i den. Samtykkeerklæringen følger gældende retningslinjer jævnfør Helsinki-deklarationen (World Medical Association, 2022) samt Aalborg Universitets gældende retningslinjer for samtykkeerklæring med oplysningspligt i studieprojekter (Aalborg Universitet, 2023). Denne indeholdt projektets formål, deltagerens frivillighed, information om anonymitet og behandling af deres data, samt deres mulighed for at trække deres udtalelser tilbage (bilag 8). Samtykkeerklæringen blev mundtligt gennemgået under briefing forud for interviewet. Herunder blev det blandt andet sikret, at informanterne var bekendt med, at interviewet ville blive optaget, at data ville blive brugt i projektet og en eventuel artikel, at deltagelse fra frivilligt, muligheden for at trække samtykke tilbage, samt at de blev anonymiseret i databehandlingen.

Projektgruppen har indsamlet almindelige personoplysninger, som navn, uddannelse, uddannelsesår og stilling, og disse oplysninger og datahåndtering heraf tog udgangspunkt i gældende regler for General Data Protection Regulation (GDPR), der sikrer beskyttelse af informanternes personlige data (GDPR.dk, 2023). Derfor fremgik alle informanter med pseudonymer i transskriberingen, således at informanter fremgik anonymt. Oplysningerne om afdeling, antal år som uddannet og stilling blev anvendt til at beskrive studiepopulationen, men de blev fremstillet således, at informanterne fortsat opretholdt deres anonymitet. Hvis der fremgik fortrolige eller følsomme oplysninger i interviewet,

blev disse ikke medtaget i transskriptionen. Lydfilerne med interviews blev slettet straks efter transskriberingen for ikke at opbevare data unødigt.

9. Resultater

Følgende afsnit har til formål at præsentere fund fra den kvalitative og kvantitative dataindsamling, da disse har til hensigt at kvalificere CMO-konfigurationerne i programteorien. Afsnittet præsenterer informanterne fra interviews og efterfølgende vil resultaterne i den kvalitative analyse blive adresseret ift. hver enkelt CMO-konfiguration fra den initierende programteori. Dette sker med henblik på at bekræfte, afkræfte eller forfine hver CMO-konfiguration og for hver fremskrive justeringen af CMO-konfigurationen. Bagefter præsenteres resultaterne fra den kvantitative analyse, først fra den deskriptiv analyse og bagefter fra associationsberegninger, hvor variable kombinationerne også illustreres i tabeller. Slutteligt samles de kvalitative og kvantitative resultater i en syntese og til slut som nye CMO-konfigurationer i den forfinede programteori.

9.1 Resultater fra kvalitativ analyse

Afsnittet vil fremlægge resultaterne fra den kvalitative analyse. Først præsenteres karakteristika over informantgruppen, dernæst udvalgte citater til justering af de enkelte CMO-konfigurationer. Afsnittet er således med til at tydeliggøre, hvordan den kvalitative dataindsamling har bidraget til test af den initierende programteori.

Nedenfor ses en præsentation af informanter i tabel 11.

Informant	Afdeling/afsnit repræsenteret	Funktion	Antal år ansat	Medlem af ernæringsteam
D1-D7	Apopleksiafsnit, Lungemedicinsk afdeling, Palliativ afdeling, Hæmatologisk Sengeafsnit, Ortopædkirurgisk	Sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent	2 - 17 år	Nej = 2 Ja = 5
D8		Ernæringsekspert	10 år	

Tabel 11: Demografisk tabel over informanter

CMO 1 - Ledelsen og mobilisering af ressourcer skaber rammerne

I flere interviews bliver ledelsen og dennes betydning omtalt, hvorfor en ny CMO-konfiguration er identificeret. Flere af informanterne fremhæver, at ledelsen er med til at prioritere, hvor mange ressourcer der bruges på ernæringspraksis, særligt personale- og tidsmæssige ressourcer. Forskellige prioriteringer af ressourcer giver derfor afdelingerne forskellige forudsætninger for at arbejde med ernæringspraksis.

“Jeg kan give et eksempel fra en ny-opstartet afdeling, hvor de har en leder, der er rigtig pro-ernæring ... Og hun har ansat en masse nyt personale og kontakter mig inden afdelingen åbner, og siger: ‘Jeg vil rigtig gerne have vi har PRI-dokument, der er fuldstændig opdateret på den praksis. Så vil jeg gerne have 2 x 3 timers undervisning i ernæring af alt mit personale, for det her det skal være en del af praksis’... Det betyder jo bare, så kører det fra start af, og der kan man så sige, at det gør det med ledelsen, plus at hun vælger nogen, som kan implementere det her, og de sidder der stadig med det” (D8)

Ud fra citatet fremhæves, at ledelsens prioritering af ressourcer til ernæringspraksis har direkte indflydelse på, hvor godt afdelingen lykkes med at implementere korrekt ernæringspraksis. Da ledelsen er forskellig på afdelingerne, bliver ledelsen en kontekstuel betingelse i den nye CMO-konfiguration. Ud fra denne antagelse er det væsentligt at forstå, at afdelingerne derfor også har forskellige forudsætninger for at lykkes med implementering af nye tiltag eller rutiner omkring ernæring, idet deres grundlæggende fundament er forskelligt. Informanter fra ernæringsteams fortæller, hvordan det påvirker kvaliteten af deres arbejde, når der er eller ikke er afsat ressourcer i form af tid eller personale til de opgaver, der følger med som en del af ernæringsteamet.

“Og jeg tror det er vigtigt, at man regelmæssigt har afsat en dag til at følge op på, og tænke sig om, mere end ens kollegaer. For så kan man lidt lettere parkere nogle ting i hverdagen. Det der med at det er hverdag, og lade maskinen rulle, samtidig med at man skal huske på nogle ting og nogle aftaler, altså det smuldrer bare, er mit indtryk“ (D6)

For at opgaverne bliver løst kræves det derfor, at der afsættes ressourcer til det, særligt ved implementering af nye tiltag i en hverdag med sideløbende opgaver. Dette giver mulighed for, at personalet får tid til udvikling af ernæringspraksis, herunder at følge op på nyeste viden, der skal formidles til resten af personalet, eller tid til at følge op på ideer og reelt implementere nye tiltag. Lederen er derfor en vigtig kontekstuel betingelse, idet denne skaber rammerne for personalets arbejde. Et par af informanterne tilføjer, at det ikke kun er ledelsen, der skal tilbyde tiden til ernæringsopgaver, men at de også selv er ansvarlige for at skulle bede om tiden, hvis de oplever, at opgaver og ressourcer ikke stemmer overens.

“Altså det er jo sådan, at alle ved jo, det [ernæringspraksis] er noget, man skal gøre, så det er jo en vigtig ting, så det er også noget, man har tid til, når man fx modtager en patient ... der er mere accept af, at det tager så lang tid at modtage en patient. Så har man ligesom rammerne, eller tiden til det. At det [ernæringspraksis] er en opgave, der er ligeså vigtig, som at man skal give en ren ble på, eller give medicin” (D1)

Når afdelingslederen prioriterer ressourcer til ernæringsopgaver, bidrager det således til, at opgaverne bliver løst, idet der er afsat tid til det, og samtidig signalerer det over for personalet, at ernæringsopgaver er vigtige og bør prioriteres. Dette giver personalet en samlet accept og fælles forståelse omkring ernæringspraksis og den tid det tager.

CMO-konfiguration omkring ledelse og ressourcer bliver således:

På en afdeling, hvor afdelingsledelsen bakker op om implementering af korrekt ernæringspraksis (c), bliver der afsat ressourcer i form af tid og personale til opgaverne (m.re). Dette er med til at give personalet en accept af, at opgaverne tager tid samt en fælles forståelse af, at ernæringsopgaver skal prioriteres (m.ræ). Dette gør det lettere for personalet at løfte opgaven og korrekt ernæringspraksis bliver udført (o).

CMO 2 - Rette kompetencer i ernæringsteam styrker ernæringspraksis

CMO 2 fra den initierende programteori beskriver, hvordan der i et komplekst system er behov for koordinering af korrekt ernæringspraksis for at afdelingspersonalet oplever tryk, afklaring og

støtte, samt erkendelse af forandringsbehovet, så afdelingen er klar til forandring. Denne CMO-konfiguration bliver således forfinet.

Informanterne bekræfter, at der på afdelingerne er en dynamisk hverdag, hvor personalet har mange forskellige opgaver med en ofte uforudsigelig hverdag. For at sikre at ernæringspraksis bliver udført, er det derfor vigtigt, at det tydeligt fremgår, hvem der har ansvaret for ernæringsopgaven og at nogen har ansvaret for at skabe udvikling og formidle viden inden for ernæringspraksis. Informanterne oplever, at det kan være udfordrende, når ernæringsopgaverne er fordelt ud på mange mennesker på en dag, særligt hvis ikke der én med det overordnet ansvar. En informant italesætter, hvordan tydelig ansvarsfordeling bidrager til ernæringspraksis:

”Jamen det tænker jeg du har helt ret i”, og det gælder i øvrigt ikke kun ernæring, det gælder jo sådan set næsten alt. ‘Alles ansvar = ingens ansvar’. Uanset om man har travlt, eller ikke har travlt. Hvis ikke det [opgaven] er placeret på nogens skulder... så er der jo bare ikke hånd i hanke med ting. Og fordi at hverdagen på et hospital, den er bare så dynamisk” (D6)

Ud fra citatet fremgår det at det skal være tydeligt, hvem der har ansvaret, så opgaven bliver udført, og det at én person eller ernæringsteamet tydeligt har ansvar kan skabe forudsigelighed og tryghed, ved at sikre, at opgaverne bliver udført i en dynamisk hverdag. At tydelig ansvarsfordeling har en positiv effekt, kan også ses i følgende citat, som stammer fra en mindre afdeling, hvor den samme sygeplejerske varetager alle opgaver om patienten:

”Det er den sygeplejerske, der har patienten i den enkelte vagt. Og da vi jo ikke er så mange, så har det jo en kontinuitet, at det er den samme sygeplejerske, der har den samme patient mest muligt” (D5)

Det skaber derfor en kontinuitet, at ansvaret ligger hos én person i løbet af vagten, hvilket sikrer, at personalet ved, hvem der har opgaven. Det gør det forudsigeligt for personalet, at de ved, hvem der har opgaven. Derudover tilføjer informanten, at *”det der med at smøre lidt for bredt ud, i stedet for at samle det hos nogle enkeltpersoner som har fokus, og derfra bringer det videre ud. Det må ikke smøres for tyndt ud på alle, så fungerer det ikke” (D5)*. Ansvarsfordeling mellem færre personer, kan

således bidrage til, at det bliver tydeligere, hvem der løser opgaverne omkring udvikling, formidling af nyeste viden og løbende fokus på området, hvilket skaber større sandsynlighed for, at opgaven bliver løst. For at sikre fokus, er det dog væsentligt, at den eller de personer, som har ansvaret, også formår at sætte en dagsorden omkring ernæringspraksis. En informant udtaler følgende om dem, der har ansvaret for fokus på ernæring:

“... de har en, der har noget gennemslagskraft som ernæringsansvarlig. Det er en som enten er udviklingssygeplejerske eller en som har stor erfaring i afdelingen som kan holde fokus på det, og som også har fået det implementeret i oplæringen af nye, og så løbende holder et fokus med dem” (D8)

Det er derfor væsentlig, at personer i ernæringsteamet har nogle personlige egenskaber, som giver dem en naturlig drivkraft til at motivere personalet og sikre, at fokus på ernæringspraksis bliver opretholdt på afdelingen. Dette peger på, at det ikke er nok at have et ernæringsteam, men at de personlige, erfaringsmæssige og faglige kompetencer også har betydning, og kan bidrage til tryghed omkring kvaliteten af ernæringspraksis.

CMO 2 bliver således forfinet til:

På en afdeling, hvor der er et ernæringsteam med rette faglige, erfaringsmæssige og personlige forudsætninger (c), prioriteres ernæringspraksis på afdelingen og det bliver tydeligere, hvem der har ansvaret (m.re). Dette skaber en tryghed og forudsigelighed hos personalet (m.ræ), så ernæringspraksis drives og bliver udført (o).

CMO 3 - Systematisk arbejde med handleplaner og audits styrker udvikling af praksis

CMO 4 og CMO 6 fra initierende programteori er samlet i denne CMO-konfiguration, der inddrager både handleplaner og audits (evaluering), da begge forventes at styrke implementeringsprocessen ved at skabe realistiske delmål og motivation for personalet. Om gode resultater fra audits fortæller informanterne, *“Det giver da en god stemning i hele afdelingen, tænker jeg faktisk, så er der noget at fejre” (D1)* og *“Så har man også lyst til at fortsætte, så man også får det godt i næste måned, som en slags motivation for at blive ved med det man gør” (D2)*. Mindre gode resultater kan også bidrage til motivation eller refleksion over praksis

“...der findes ikke noget værre som sygeplejerske at blive klandret for den grundlæggende sygepleje. Og det gælder også ernæring. Så hvis en audit kommer ud med det står helt skidt til, også med kostregistrering og ernæring, altså det er bare, altså det er bare ikke godt nok så. Og jeg tænker det giver en anledning til at gøre det bedre” (D6)

Det bekræftes således, at løbende evaluering og audits skaber motivation til at forbedre eller opretholde god ernæringspraksis hos personalet, idet det bidrager til at skabe fokus på ernæringsområdet. Derudover bliver samarbejdet med udviklingskoordinatoren ud fra handleplanerne også italesat som et vigtigt element, der bidrager til implementering af korrekt ernæringspraksis. Informanterne fortæller, at handleplanerne er med til at skabe struktur over mødet, hvilket fordrer, at både personalet og udviklingskoordinatoren skal gøre sig flere overvejelser forinden. Der fortælles yderligere, at handleplanerne giver bedre mulighed for inddragelse af personalet og derigennem forudsætninger for, at de får ejerskabsfølelse over udvikling af deres ernæringspraksis. Samarbejdet med udviklingskoordinatoren ud fra handleplanerne bidrager dermed til en mere systematisk implementeringsproces med inddragelse af personalet. Derudover påpeges det, at det er vigtigt at tage udgangspunkt i den enkelte afdeling, og dennes situation for at lykkes med udvikling og forandringstiltag.

“... det er jo det med at det skal være realistiske delmål. Det kan godt være, at X [udviklingskoordinatoren] har en idé om, at det kunne være sådan her. Men der kan jeg sige ‘ej det dur simpelthen ikke, det ville være spildt arbejde’. Også det her med, at man bliver involveret, at det ikke altid kun er noget, der kommer oppefra, og bliver presset ned over hovedet på en. Jamen jeg synes det giver lidt mere motivation... Og det der med at det passer ind i vores praksis” (D3)

Det ses, at samarbejdet med udviklingskoordinatoren ud fra handleplanerne giver mulighed for at planlægge realistiske delmål for afdelingen, hvilket er med til at motivere til forandring og dermed styrke implementeringsprocessen. På afdelinger, hvor der er afsat tid til ernæringsmøder med udviklingskoordinatoren og evalueringer i form af løbende audits, er det derfor en fremmede faktor for at implementere korrekt ernæringspraksis.

Et godt samarbejde med udviklingskoordinatoren er desuden en vigtig funktion for at styrke ernæringspraksis, idet det skaber refleksion hos personalet og skaber et fokus på ernæringspraksis

“Og så tænker jeg det er meget væsentlig med en [udviklings]koordinator som X, som ikke sidder med andet end ernæring. Og som har en bredere, eller mere ambition - altså det er jo hendes agenda, hvor jeg har jo flere agendaer, og jeg er ude sammen med patienter, så det tænker jeg er et meget vigtigt samarbejde. Og jeg kan også tydeligt mærke, når vi så har de møder, vi nu har hvor X [udviklingskoordinator] deltager, der får det et løft... så mangler vi bare at implementere alt det vi snakker om, men ... jeg føler vores snak og status over ernæringssituationen det får et løft” (D6)

Ud fra citatet ses også en vigtig pointe i, at samarbejdet med udviklingskoordinatoren ud fra handleplanerne er ét af flere elementer, der fremmer muligheden for succesfuld implementering af korrekt ernæringspraksis. Derudover er det vigtigt, at der også tages højde for de enkelte afdelingers rammer og forudsætninger for at implementere de italesatte ideer og planer efter mødet. Selvom målene er tilrettet, og der er skabt en ejerskabsfølelse og motivation hos personalet, er det ikke sikkert, at ernæringspraksis bliver ændret, hvis ikke rammerne understøtter muligheden for handling efterfølgende.

CMO-konfigurationen bliver således:

På afdelinger, hvor ernæringsteamet har et godt samarbejde med udviklingskoordinatoren og systematisk arbejder med udvikling af ernæringspraksis gennem handleplaner og audits (c), laves realistiske delmål og der sikres medinddragelse af personalet (m.re). Herigennem skabes ejerskabsfølelse og motivation hos personalet (m.ræ), hvilket styrker implementeringsprocessen (o).

CMO 4 - Retningslinjer og lokale PRI-dokumenter tydeliggør overordnede formål

CMO-konfigurationen tager afsæt i CMO 5 fra den initierende programteori, hvor det i en kontekst med et komplekst system og tværfaglig koordinering, er vigtigt med tydelige retningslinjer og fordeling af ansvarsområder for at opnå en fælles forståelse, og derigennem skabe forudsigelighed og

empowerment hos personalet. Dette vil sikre effektive teams og en relevant ernæringspraksis for konteksten. Blandt flere af informanterne bliver det bekræftet, at tydelige retningslinjer er vigtige for at skabe konsensus omkring praksis. Om det siger en informant *“Jamen det tror jeg, at det bliver gjort og at det bliver gjort rigtig, og at alle gør det ens, så man kan bruge det til noget. Så der ikke er nogen, der screener forkert”* (D1) og en anden informant supplerer: *“Ja det er nemmere, når der er nogle retningslinjer”* (D2).

Heri fremgår det, at tydelige retningslinjer også er med til at gøre arbejdet lettere for personalet. Retningslinjer i form af PRI-dokumenter kan være en hjælp til personalet for at løfte opgaven omkring ernæringspraksis og sikre en fælles forståelse af arbejdsopgaver, herunder forudsigelighed og konsensus hos personalet omkring arbejdsopgaver. En af informanterne fortæller, at et lokalt PRI-dokument for afdelingen kan være en hjælp til at tydeliggøre, hvilke formål ernæringspraksis har for netop deres patientgruppe. Dermed bekræftes det, at tydelige retningslinjer er med til at sikre en relevant ernæringspraksis. At der udarbejdes et PRI-dokument for den enkelte afdeling kan således være en fordel, dels for at sætte fokus på hvordan ernæringspleje bidrager ind i den samlede patientpleje blandt de forskellige patientgrupper, og dels for at tydeliggøre hvorfor ernæringsopgaver er vigtige og bør prioriteres. Det fremgår dog også, at PRI-dokumenter ikke er afgørende for, hvordan rutinerne omkring ernæringspraksis er. Til spørgsmålet om, hvorvidt personalet bruger den generelle PRI-instruks om ernæring i deres hverdag, svarer en informant følgende:

“Nej, jeg tror mere, vi oplærer folk i det. Jeg har i hvert fald oplevet, at hvis man udleverer den til en ny eller en man er mentor for, vil man alligevel gerne gennemgå den, for der er en masse med, hvor man skal trykke henne så man kan se i PRI-dokumentet, men der er også meget med de små fif, der ikke står i dokumentet” (D4)

Ud fra citatet ses, at retningslinjer for ernæringspraksis bidrager til den overordnede kostpolitik, mens det at styrke personalet i praksis i højere grad sker gennem verbal vidensdeling og små fif på den enkelte afdeling. Tydeliggørelse af retningslinjer og opdatering inden for det ernæringsfaglige område er derfor også afhængig af, hvordan ernæringsteamet formidler det videre. PRI-dokumenter kan dermed være en hjælp til at tydeliggøre det overordnede formål med ernæringspraksis og skabe en vis konsensus omkring praksis, men er ikke afgørende for udførelsen og rutiner, herunder kvaliteten af den ernæringspraksis, der bliver udført.

CMO-konfigurationen forfines derfor til:

På en afdeling, hvor der er afdelingsspecifikke PRI-dokumenter (c), tilføjes en ensretning omkring arbejdsopgaver og tydeligere ansvarsområder, samt formålet af ernæringspraksis for den specifikke patientgruppe (m.re). Dette er med til at skabe en fælles forståelse blandt personalet (m.ræ), hvilket bidrager til en overordnet konsensus om korrekt ernæringspraksis (o).

CMO 5 - Fysiske rammer og redskaber påvirker handlemuligheder

Gennem den kvalitative dataindsamling kom det frem, at fysiske rammer kan være en fremmede eller hæmmende faktor for ernæringspraksis. Blandt andet italesatte informanterne tilgængeligheden af madvarer, redskaber eller det fysiske rum til at udføre arbejdet i, som faktorer, der påvirker ernæringspraksis. Nogle af de fysiske forudsætninger er ikke mulige at ændre, såsom forskellig placering af køkkenet på afdelingerne. Sådanne forudsætninger giver afdelingerne nogle grundlæggende forskellige betingelser i konteksten. Derfor er det relevant istedet at fokusere på de steder, der kan justeres og tilpasses de enkelte afdelingers behov. Dette kan fx være placering af mad og synliggørelse heraf.

“Hvis ikke rammerne er i orden, så har du ikke noget at gøre med. Du er jo nødt til at have tilgængeligheden til dine produkter og til maden, ellers har du jo ikke noget at servere til patienten. Så det er trin ét, det er tilgængeligheden” (D5)

“... Det der med at stå i en aftenvagt med 12 patienter, og de gerne vil have noget specifikt, så man skal ud til det store køkken med en nøgle, og finde, og låse igen og tilbage igen... og det tager tre minutter, men når man i forvejen tænker, man har travlt, så er det et sted, man typisk hopper over” (D4)

Citaterne viser, at personalet er bevidste om, hvordan tilgængelighed og synlighed af mad- og drikkevarer påvirker ernæringspraksis for både patienter og dem selv. Tilgængeligheden af disse produkter fremmer således personalets handlemuligheder for god ernæringspraksis. Ligeledes ses det, at manglende tilgængelighed af mad- og drikkevarer er en barriere for at udføre ernæringspraksis. Ud

fra citatet er det værd at bemærke, at selv en mindre barriere på tre ekstra minutter er nok til at nedprioritere ernæringsopgaver.

Derudover er den måde, hvorpå personalet anvender de tilgængelige redskaber, også identificeret som en faktor for ernæringspraksis, der adskiller sig blandt afdelingerne. Flere informanter fortæller, hvordan de aktivt bruger afdelingens redskaber til at understøtte god ernæringspraksis. Dette kan fx være ved brugen af journalsystemet, Cetrea-tavle eller en lommeguide med relevante ernærings spørgsmål udarbejdet af ernæringsteamet på afdelingen.

”Ja, den [Cetrea-tavle] bruger vi ret meget for, der skriver vi alt, vi skal være obs på, specielt hvis der er noget med kost, fx underernæring og væske, så skriver vi obs væske og kost... så vi ser det hver dag, flere gange om dagen når vi læser det” (D7)

Redskaberne som fysisk ramme omkring personalet er med til at skabe fokus og overblik, hvilket gør ernæringsarbejdet mere overskueligt og letter koordineringen i den fælles indsats omkring patienten. Gennem interviews på de forskellige afdelinger bliver det belyst, at der er en variation i brugen af journalsystemet. På en afdeling, hvor de formår at få journalsystemet til at understøtte implementering af korrekt ernæringspraksis, fortæller de bl.a.:

“Og så er det bedre vidensdeling, fordi man netop kan gå ind og skrive under aktivitet, at den med citron og vanilje kan hun godt lide, og de forsvinder jo ikke... de her aktiviteter de står faste, så den forsvinder først, hvis du trykker fjern og sletter den helt. Så den forsvinder ikke i alt det, vi skriver om patienterne, så det er noget alle hele tiden kan se står der... Jeg synes at i det gamle system der var der meget der hele tiden forsvandt i et hav af tekst... Der synes jeg det er mega effektivt vi har de her aktiviteter, så alle kan se dem, og vi kan redigere i dem, hvis vi finder ud af hun også kan lide den med skovbær så tilføjer vi bare... det gør det nemmere og mere overskueligt og som en mere fast del af vores hverdag synes jeg også, fordi vi netop bliver mere opmærksomme på det. Også fordi vi får informationen, det går ikke tabt” (D4)

Journalssystemet anvendes her systematisk til at gøre informationen om ernæringsoplysninger for de enkelte patienter mere tilgængelige og overskuelige, hvilket bidrager til at effektivisere og lette samarbejdet mellem personalet, sikre bedre kommunikation omkring patienten og dermed kvalitet i ernæringspraksis. Afdelingernes forskellige anvendelse af samme tilgængelige redskaber kan således i højere eller mindre grad være med til at fremme god ernæringspraksis. Under et interview reflekterer en af informanterne selv over vigtigheden af tilgængelige redskaber, og foreslår, at det kunne være en hjælp, hvis der var mulighed for at have en tablet med inde ved patienten, hvor oplysninger kunne noteres med det samme.

CMO-konfiguration for fysiske rammer er således:

På en afdeling, hvor de fysiske rammer og tilgængelige redskaber understøtter ernæringspraksis (c), er det en hjælp til personalet, da det giver overblik og påmindelse om ernæringsopgaverne, samt bedre mulighed for arbejdet og samarbejdet omkring ernæringspraksis (m.re). Dette giver personalet en følelse af flere handlemuligheder, og at ernæringspraksis opleves mere overkommeligt (m.ræ). Korrekt ernæringspraksis bliver således lettere for personalet at udføre, hvorved der er større sandsynlighed for, at det bliver udført (o).

CMO 6 - Manglende meningsfuldhed skaber modstand mod forandring

CMO 3a fremlægger teorien om, at manglende kommunikation af forandringsbehovet til personalet kan resultere i usikkerhed omkring arbejdsopgaver og dermed skabe frustration hos personalet over nye tiltag, hvilket resulterer i modstand mod forandring. Blandt informanterne bliver det bekræftet, at de har en travl arbejdsdag, hvor det er en forudsætning, at de må prioritere mellem opgaverne.

”Ja altså man har jo rigtig mange opgaver i forvejen, og jeg synes ikke alt det her med ernæring skal fylde mere end det gør i forvejen, for så kan det også blive for træls, at det fylder for meget, for så glemmer man måske nogle af de andre vigtige ting” (D1)

Flere opgaver vil således betyde et øget arbejdspress eller nedprioritering af andre vigtige opgaver, og en uenighed omkring prioritering af arbejdsopgaver på afdelingen kan derfor risikere at skabe usikkerhed hos personalet. Derfor er det en forudsætning for at mindske modstand mod forandring, at der er en fælles forståelse på afdelingen om, hvordan forskellige arbejdsområder vægtes. Dernæst er det væsentligt at være opmærksom på, at et øget fokus på ernæringsopgaver for nogle afdelinger

kan betyde nedprioritering af andre vigtige opgaver. At personalet har en grundlæggende forståelse for forandringsbehovet, bliver af informanterne fremhævet som et vigtigt element i at mindske modstand mod forandring. Om dette siger en informant: ”Så jeg tænker det der med at ændre vaner, det kan være rigtig svært, hvis ikke man ser nødvendigheden i det eller i hvert fald gevinsten” (D4). En anden informant tilføjer:

”... Men ellers tror jeg generelt, at når der er modstand mod noget, hos os i hvert fald, så er det, når noget bliver ændret på, hvor man enten får flere opgaver eller det er noget, hvor man ikke synes, det er nødvendigt... ja man skal ligesom kunne se meningen i det” (D3)

Ud fra citaterne kan det fremhæves, at hvis der er en manglende forståelse for hvordan nye tiltag bliver en gevinst for personalet, vil det opleves som meningsløst for dem at ændre på praksis. Idet der sættes krav til personalet gennem et øget arbejdspress, enten ved flere opgaver eller ved at ændre vaner, kræves der mere af medarbejderne, hvorfor gevinsten ved implementeringen skal være tydelig fra start for at undgå modstand. Gevinsten ved nye tiltag eller ændring af rutiner kan fx være med udgangspunkt i patientens fordele, patientsikkerhed gennem bedre praksis eller på sigt lettere arbejdsgange, hvis nogle opgaver overgår til fx en afdelingsdiætist. Et af de første skridt for at sikre en vellykket implementering er derfor at sikre sig, at afdelingen er klar til forandring ved at nedbryde eventuelle barrierer og modstand mod forandring.

CMO-konfigurationen forfines til:

På en afdeling, hvor der implementeres nye tiltag vedrørende korrekt ernæringspraksis (c), giver det for en periode et øget arbejdspress for personalet (m.re). Hvis der blandt personalet er manglende forståelse for forandringsbehovet, skaber det en manglende oplevelse af meningsfuldhed (m.ræ) omkring det øgede arbejdspress, hvorved der opstår modstand mod forandring (o) og implementering mislykkes.

CMO 7 - Undervisning fremmer handlekompetencer

CMO 1 fra den initierende programteori beskriver, hvordan undervisning og vidensdeling om korrekt ernæringspraksis giver mulighed for refleksion over praksis, samt tilfører viden til personalet, hvorved personalet opnår en erkendelse af forandringsbehovet, samt får øget deres handlemuligheder og deraf kompetencer. Dette gør på sigt afdelingen klar til forandring. Dele af denne CMO-

konfiguration bliver bekræftet gennem kvalitative data.

Flere informanter understreger, at vidensdeling og undervisning er vigtig, særligt fra ernæringsteamet, da det er med til at løfte kvaliteten af ernæringspraksis. I interviewene fremgår det, at den vidensdeling og undervisning, der foregår på afdelingerne, kan være af forskellig format fx løbende informationer og fif fra ernæringsteams, oplæring af nyt personale, deltagelse i ernæringssymposium og personalemøder.

“Altså med de nye studerende, de kommer jo også hele tiden, dem tager jeg faktisk en snak med og fortæller, hvad det er vi har fokus på her på afdelingen, gennemgår de forskellige produkter med dem og viser, at den her kan de fleste lide, og så skal du gøre sådan og sådan... de der fif, der kan være gode for dem...” (D3)

“... At opleve, hvor meget gejst det giver dem af at deltage den dag [ernæringssymposium]... jamen de bliver så motiveret af at være med til den dag og se de her stande. Altså alle de her ernæringsprodukter, og hvad har vi i sortiment, og blive fyldt på faglige... Fordi det de kommer tilbage og siger, det er, at det giver så meget energi og lyst til at arbejde i sin afdeling” (D8)

Vidensdelingen og undervisningen giver personalet ny og opdateret viden om ernæringspraksis herunder viden om produkter til de specifikke patientgruppers behov, fremgangsmåder til at lette arbejdsgangen, samt viden om hvilken nytte det har for patienten. Dette kan fremme motivation hos personalet til at udføre ernæringsopgaverne, da de i højere grad oplyses om meningen med opgaverne. Derudover kan det bidrage til at øge personalet handlekompetencer, hvorved det bliver nemmere at udføre ernæringsopgaverne, samt at disse opgaver bliver udført af en bedre kvalitet. En informant kommer med et eksempel på ernæringsteamets vidensdeling:

“Jamen altså der er nogle flere tiltag og der er nogle altså, flere oplysninger til personalegruppen, og der er ny viden, de er kommet frem til, fx det her er en smartere måde at gøre tingene på, eller den her proteindrik, den er meget bedre end den anden ... Jeg tror at på sigt, vi bliver bedre til det [ernæringspraksis]. Og patientens bedste, tænker jeg også,

at det har stor indflydelse på, at de er der. I hvert fald til dem, som er i ernæringsrisiko, ja”

(D1)

Ud fra citaterne bliver det italesat, at vidensdeling og undervisning er med til at skabe motivation på ernæringsområdet og dermed meningsfuldhed omkring opgaverne, idet det er til patienternes bedste. Derudover kan vidensdeling bidrage til at skabe mere kvalitet i praksis, da personalet får større viden og flere handlemuligheder, når de er oplyste om mulighederne. Dette er med til at sikre en bedre ernæringspraksis. CMO-konfigurationen forfines således til, at undervisning også skaber motivation til at udføre ernæringspraksis, samt at det ikke kun er med til at sikre, at afdelingen bliver klar til forandring, men også løbende bidrager med at sikre en vis kvalitet.

CMO-konfigurationen bliver således forfinet til:

På en afdeling, hvor der er fokus på ernæringspraksis gennem undervisning af og vidensdeling hos personalet, samt oplæring af nyt personale (c), bliver der tilført oplysninger og ny viden til personalegruppen (m. re.). Dette er med til at øge handlekompetencerne hos personalet, samt meningsfuldhed omkring ernæringspraksis (m.ræ.), så arbejdsgangen bliver lettere og deres ernæringspraksis forbedres (o).

CMO 8 - Løbende påmindelser fremmer gode rutiner

Denne CMO-konfiguration tager udgangspunkt i CMO 7 fra den initierende programteori om, at nudging skaber refleksion og påmindelse omkring ernæringspraksis, hvilket giver motivation og opmærksomhed hos personalet til nye rutiner eller at opretholde nuværende gode rutiner. Hertil udtrykker samtlige informanter, at fokus og påmindelse omkring ernæringspraksis er vigtigt og har en reel betydning for, at opgaven bliver prioriteret.

“Jeg tænker også, det giver da et fokus på en periode. Men så er det måske kun lige i perioden man husker det, hvis det ikke bliver fulgt op, men det synes jeg så ernæringsteamet er blevet gode til” (D1)

“Jeg tænker, at det igen er det med at skabe fokus, det er rigtig godt. Problemet har nok lidt været, at det med at få det implementeret, og selvom jeg har prøvet at lave de

her audits, og sagt til de andre at 'argh vi er lige nødt til at stramme op på det' så er det måske lige i 14 dage at det går godt, og så falder det igen. Og det har været vores udfordring i flere år, det der med, hvordan fastholder man det kontinuerligt. Det er fint så længe, der virkelig er en der klør på, men jeg har også mange andre opgaver, så jeg kan heller ikke bare blive ved med at bruge al min tid på det. Og det er som om at lige så snart så, så daler det. (D3)

Citaterne bekræfter, at påmindelse er med til at skabe opmærksomhed hos personalet omkring ernæringspraksis. Derudover er en vigtig detalje, at effekten forsvinder, når påmindelsen forsvinder. Løbende påmindelser kan således være med til at facilitere adfærdsændringer og på sigt nye rutiner. Derudover ses det i sidste citat, at det også kræver, at der er afsat ressourcer til at opretholde de løbende påmindelser. Det foreslås, at løbende fokus på ernæringspraksis kan komme til udtryk gennem personalet og helst fra ernæringsteams eller en afdelingsdiætist, pop-up noter i journalsystemet, nudging plakater eller andre visuelle tiltag såsom tomme protein flasker, magnetstavle ved patienten eller kreative "drinks-kort" til patienter. Det centrale budskab er, at påmindelsen skal være løbende og gerne tænkes ind på flere måder for at sikre en bæredygtig adfærdsændring.

Ydermere lægger flere af informanterne vægt på, at løbende påmindelse med fordel kan ske systematisk og som en del af de faste rutiner. Ifølge flere af informanterne er gode rutiner afgørende for, at der bliver udført korrekt ernæringspraksis. Det beskrives, at "... min erfaring er, at det tager 3-5 år at ændre en ernæringspraksis. Altså hvor det bliver ændret i kultur, vaner. Fordi det er ikke nok, at man kommer ud og siger "nu skal man gøre det" (D8) og "RUTINER. Jeg tænker rigtig meget, at det er rutiner, og det er jo selvfølgelig også noget af det, der er allersværest at implementere. Rutiner og fokus, ja" (D4).

Ud fra den samlede kvalitative data fremgår det, at undervisning og information kan være med til at sikre implementering af korrekt ernæringspraksis eller opretholde gode rutiner, men at det ikke kan stå alene. Påmindelse om ernæringspraksis bør således systematisk tænkes ind i de daglige rutiner, idet et løbende fokus skaber kontinuert opmærksomhed hos personalet. Ligeledes bør de konkrete ernæringsopgaver og nye tiltag systematisk tænkes ind i de daglige rutiner for at sikre, at det bliver gjort fast.

CMO-konfigurationen forfines således til:

På en afdeling, hvor personalet løbende og på forskellig vis bliver påmindet om at udføre ernæringspraksis (c), skabes der synlighed og kontinuert fokus på udførelse af ernæringspraksis (m.re). Dette gør det nemmere for personalet at huske disse opgaver (m.ræ) og bidrager til at skabe gode rutiner omkring ernæringspraksis (o), hvorved korrekt ernæringspraksis bliver udført (o).

CMO 9 - Afdelingsdiætist løfter ernæringspraksis for hele afdelingen

Afdelingsdiætistens rolle bliver af flere informanter nævnt som et væsentlig bidrag til udførelsen af korrekt ernæringspraksis, hvorfor der bliver dannet en ny CMO-konfiguration. På afdelingerne, hvor der er ansat en diætist, som led i implementeringen af korrekt ernæringspraksis, bliver der af informanterne nævnt, at dette skaber mere fokus, systematik og opmærksomhed på ernæringspraksis, fx *“... og så den her diætist, jeg synes virkelig hun har gjort underværker. Der er så meget mere fokus på det, og man synes ikke, man har noget, der halter efter på ernæringsområdet, når hun er der...”* (D1).

Derudover tilføjer diætisten forskellige ressourcer til afdelingen herunder tid, viden til personalet og kompetencer til afdelingen. Da diætisten overtager nogle af sygeplejerskernes opgaver, frigives der tid til sygeplejerskerne, hvormed andre sygeplejefaglige opgaver kan prioriteres. Samtidig får diætisten fra ledelsen også tildelt tid til ernæringsopgaverne i kraft af diætistens uddannelse, hvorfor ernæringspraksis kan blive prioriteret på afdelingen selv i travle perioder. Flere informanter beskriver, at diætisten i høj grad også bidrager med viden til personalet om fx sondeplaner, hvilket gør, at flere patienter får den rigtige behandling i rette tid. En informant beskriver:

“... Det gør jo også noget, altså hun er vores. Hun er med til personaleting, så man kender hende også som person og er mere tryk ved at gå til hende med nogle lidt dumme spørgsmål nogle gange føler man, så det synes jeg også gør rigtig meget, at man har det samarbejde, der er så tæt... Jeg har også en fornemmelse af, at ... det er mindre skræmmende. Nogen af dem, vi har, er jo så underernærede, at vi kigger på refeeding-syndrom, så mange har været sådan lidt, det skal vi ikke røre ved, før der er en diætist, der har sagt god for alt muligt. Så

fordi folk får mere viden fra X [diætisten], så kommer der mere ro omkring det at. At det er ikke helt så farligt, og at folk selv tør sætte nogle ting i gang” (D4)

I citatet fremgår, at diætistens tilstedeværelse på afdelingen giver personalet en tryghed til at udføre ernæringsopgaverne hos de mere kritiske patienter. Dette, fordi hun har den rette viden og dermed bliver en vigtig sparringspartner for det resterende personale, men også fordi hun er en del af personalegruppen. Tilstedeværelsen på afdelingen gør yderligere, at det tværfaglige arbejde mellem bl.a. sygeplejersker, læge og diætist bliver bedre og nemmere, fordi diætisten kan varetage nogle af de opgaver, der tidligere har krævet koordinering af tværfagligt samarbejde fx udskrivelse af grøn recept eller opstart af sondeernæring.

“Ellers så før i tiden har det været sådan noget med, at så skulle vi ringe til en diætist, der har hele hospitalet, og som så skal komme på afdelingen, finde tid til det og lægge en plan. Og hvis der så er ændringer, skal vi ringe til dem igen og planlægge, at de kommer, så nogle gange er der gået 4-5 dage, før vi kunne starte sondeernæring op, fordi vi hele tiden skal have dem frem og tilbage, så det har faktisk gjort rigtig meget” (D3)

Afdelingsdiætisten gør således vejen fra beslutning til handling kortere og mindre kompliceret, hvormed korrekt ernæringspraksis bliver udført. Derudover kan diætisten også stå for koordinering af en mere langsigtet ernæringsplan for patienterne, når de udskrives for at undgå genindlæggelse. En informant beskriver *“... Altså der skal ligge en mere langsigtet plan for dem derhjemme, for det er jo der indsatsen, som jeg ser det, virkelig skal være stor, for at de undgår de her indlæggelser” (D3)*. Diætisten kan således hjælpe patienter i ernæringsrisiko, ikke kun når de er indlagt, men også når de bliver udskrevet.

Det er dog vigtigt, at der er fokus på, at ernæringsteamet og det øvrige personale ikke fralægger sig ansvar og kompetencer vedrørende ernæringsopgaverne, når der bliver ansat en diætist, da ernæringspraksis således ikke vil blive udført, når diætisten er fraværende fx i weekender og ferier. En ekspert beskriver, hvordan diætisten skal bidrage på afdelingen:

“... Hold kompetencerne i ernæringsteams”, men at man så laver synergieffekt... Det er, at så får du faktisk et langt højere niveau, fordi teamet og diætisten, de simpelthen supplerer hinanden, og så ender de med meget hurtigt at få sat den rigtige ernæring i gang, som en del af behandlingen” (D8)

En afdelingsdiætist kan således i højere grad end hospitalets generelle diætister være med til at løfte det faglige niveau omkring ernæring på de enkelte afdelinger.

CMO-konfigurationen for afdelingsdiætist bliver således:

På en afdeling, hvor der er en afdelingsdiætist (c), er relevant ernæringsviden og kompetencer mere tilgængeligt, der er afsat tid til ernæringsopgaverne, og der tilføres fokus på disse opgaver samt bedre tværfagligt samarbejde med egen afdelingsdiætist (m.re). Dette øger handlekompetencerne hos det øvrige personale og skaber en følelse af større tryghed omkring udførelsen af ernæringsopgaver (m.ræ). Dette sikrer både, at ernæringspraksis udføres systematisk, samt at denne opkvalificeres (o).

CMO 10 - Fravær af ansvarsperson forringer kvaliteten af ernæringspraksis

I den initierende programteori beskriver CMO 1a og CMO 2a udfordringerne ved en kontekst med foranderlig personalegruppe og en meget specialiseret personalegruppe, som begge fører til, at forandringsprocessen, i form af implementeringen af korrekt ernæringspraksis, udebliver eller trækkes i langdrag. Ud fra interviewene bliver disse to CMO-konfigurationer bekræftet af flere informanter, således de samme mekanismer gør sig gældende for begge CMO-konfigurationer, og dermed vil disse to CMO-konfigurationer blive slået sammen.

Flere informanter beskriver, at skiftende personale eller fraværet af en medarbejder med et bestemt ansvarsområde, giver udfordringer i hverdagen, da det giver mindre stabilitet og kontinuitet i arbejdet. Afdelingen mister således erfaring og viden om patientgruppen og rutinerne omkring disse.

“Jeg tænker at, med det der udskiftning af personalet, som også gælder mange andre opgaver der påvirker arbejdsdagen - selvfølgelig har udskiftning af personalet betydning for den kontinuitet og stabilitet. Og også det indblik og den forståelse for, hvad for nogle patienter,

man har med at gøre, og hvad er vigtigst og hvad er rigtig vigtigt og få tænkt ind i den grundlæggende sygepleje” (D6)

Grundet manglende eller fravær af medarbejdere er der ofte vikarer på afdelingerne. Ifølge flere af informanterne giver dette andre udfordringer for det resterende personale, da vikarerne ikke nødvendigvis besidder den tilstrækkelige viden om afdelingens specifikke opgaver eller patientgrupper. Dette bliver en udfordring i form af ekstra arbejde til det faste personale i form af oplæring og forventningsafstemning omkring kompetencer. En informant beskriver det således:

“... vi har jo nogle faste vikarer, men er det nogen, man ikke kender, er man næsten nødt til at starte med ”hvad er du uddannet som, hvad kan du, hvad kan jeg forvente af dig” (D4).

“Men hvis det hele tiden er nye, så ved de jo ikke at her på lungemedicinsk der sidder de der, og på endo er de der og sådan... de har jo ikke helt samme forpligtigelse, og vi er jo nok heller ikke altid lige gode til at få fortalt, hvad det er de skal. Så det kan man sagtens mærke, når der er mange nye” (D3)

Informanterne beskriver således, at vikarerne ikke kan udføre opgaver med samme tilfredsstillelse som det faste personale, hvorfor det er en barriere i udførelsen af korrekt ernæringspraksis. Udskiftning af personale på afdelingen er et vilkår, der ikke kan undgås, men de udfordringer, det giver for ernæringsplejen, kan forsøges at blive imødekommet. Derfor bliver det bl.a. foreslået af en informant, at der med fordel kunne være et grundkursus inden for ernæringspraksis, som tilbydes alle interne vikarer. Dette med henblik på at sikre kvaliteten i udførelsen af ernæringsopgaver. En ekspert udtaler ligeledes, at skiftende personale er en udfordring i implementeringsprocessen:

“Dem som har de lave tal, det er ofte dem, hvor der er stor udskiftning i afdelingen. Jeg har fx nogle afdelinger, hvor jeg har startet ernæringsteamet op tre gange på et halvt år. Altså inden du får overblikket over, hvad er det egentlig min opgave er, så ... der skal man altså lige have noget erfaring i afdelingen ... Fordi at der kommer jo, jeg tror jo, at man bygger viden oven, altså jo mere erfaring man får, jo mere kan man rumme ikke? Og hvis man kun

er tre måneder, et halvt år på afdelingen, så når man ikke engang at få overblikket over sine patienter, så skærer du jo alt væk” (D8)

En anden informant tilføjer nuancen om, at det selvfølgelig også kommer an på, hvem der bliver skiftet ud med ift. kompetencer ind og ud af afdelingen. Overordnet kan det ud fra informanternes samlede udtalelser fremhæves, at skiftende personale forventes at medføre et tab af viden og erfaring for afdelingen, særligt hvis det er med vikarer. Dette besværliggør implementeringen af korrekt ernæringspraksis og bevirker, at ernæringsopgaverne ikke bliver udført af tilstrækkelig god nok kvalitet. CMO 1a og CMO 2a fra den initierende programteori bliver således slået sammen i en ny CMO.

CMO-konfigurationen bliver således:

På en afdeling hvor der ofte er udskiftning af personalet eller hvis ansvarsperson er fraværende (c), giver det udfordringer for det øvrige personale, i form af manglende kontinuitet i hverdagen og tab af kompetencer og erfaring (m.re). Dette skaber uro, forvirring omkring arbejdsopgaver og en "starte forfra følelse" (m.ræ), der medfører, at ernæringspraksis ikke bliver udført med samme kvalitet (o).

9.2 Resultater fra kvantitativ analyse

Afsnittet har til formål at præsentere fund fra den kvantitative analyse. Først præsenteres de deskriptive afdelingsdata i tabel 12 og patientdata i tabel 13 og 14. Dernæst præsenteres fund fra den statistiske analyse med associationsmål mellem kontekstuelle variabler og ernæringspraksis i tabel 15-20. Afsnittet bidrager således til at tydeliggøre, hvilke kontekstuelle forskelle og statistiske sammenhænge, der ses i praksis, hvor der arbejdes med More2Eat-modellen.

9.2.1 Deskriptiv analyse

Nedenfor er afdelingsspecifikke og patientspecifikke deskriptive data præsenteret med spørgsmålsnummer fra tværsnitsundersøgelsen i venstre kolonne og fordeling af svar i højre kolonne.

Tabel 12: Afdelingsdata	n=29 (%)
Spg. 7: Er der et ernæringsteam i jeres afsnit?	Nej = 4 (13,8) Ja = 25 (86,2)
Spg. 8: Hvilke faggrupper er repræsenteret i ernæringsteamet?	Læge = 2 teams Sygeplejersker = 25 teams SOSU = 9 teams Diætist = 6 teams
Spg. 9: Får ernæringsteamet planlagt tid til at arbejde med ernæring og kostforplejning i jeres afsnit?	Nej = 7 (28) Ja = 18(72)
Spg 11: Får ernæringsteamet mulighed for at holde statusmøde om ernæring med udviklingskoordinator for ernæring 1-2 gange pr. år?	Nej = 5 (20) Ja = 20 (80)
Spg 13: Har jeres afsnit et lokalt PRI-dokument om ernæring?	Nej = 8 (27,6) Ja = 21(72,4)
Spg 14: Har I undervisning for nyt personale i afdelingen om klinisk ernæring og kostforplejning?	Nej = 14 (48,3) Ja = 15(51,7)
Spg 15: Formidler ernæringsteamet nyheder inden for klinisk ernæring og kostforplejning til det øvrige personale?	Nej = 5 (17,2) Ja = 24 (82,8)
Spg 45: Oplever I at mellemmåltider er tilgængelige og lette at finde til patienten?	Nej = 2 (6,9) Ja = 27 (93,1)
Spg 47: Jeg skal gå langt efter mellemmåltider på frost og køl?	Nej = 24 (82,8) Ja = 5 (17,2)

Tabel 12: Afdelingsdata

Ud af de 29 afdelinger har størstedelen (86,2%) et ernæringsteam, hvoraf nogle af dem er tværfaglige. Selvom der på afdelingerne er et ernæringsteam, er det kun 72% af dem, hvor der sættes tid af til at arbejde med ernæring og kostforplejning. Derudover ses der en variation i, om der er lokale PRI-dokumenter, hvor 27,6% af afdelingerne ikke har et PRI-dokument tilpasset deres specifikke patientgruppe og ernæringspraksis. En anden tydelig forskel er, at kun halvdelen (51,7%) af afdelingerne tilbyder undervisning til nyt personale i klinisk ernærings- og kostforplejning, men langt de fleste ernæringsteams sørger for løbende at formidle nyheder inden for klinisk ernæring og kostforplejning (82,8%). I forhold til tilgængelighed af mellemmåltider, er det kun få afdelinger (hhv. 6,9% og 17,2%) der oplever, at det ikke er let at finde eller at de skal gå langt efter mellemmåltider

på køl. De kvantitative data viser således, at afdelingernes kontekstuelle betingelser adskiller sig på en række målte områder, hvorfor de har forskellige forudsætninger for at udføre korrekt ernæringspraksis. Endvidere viser resultaterne, at der fortsat er plads til forbedring af opgaver relateret til undervisning og vidensdeling omkring ernæringsfaglig viden til personalet.

Tabel 13: Patientspecifikke data	n=318 (%)
Køn (patienter)	Kvinde: 139 (43,7) Mand: 179 (56,3)
Alder (patienter)	18-98 år Mean: 68,5 25 % er i alderen 18-59 25-50 % er i alderen 59-72 50-75 % er i alderen 72-79 75-100 % er i alderen 79-98
Spg 28: Er patienten ernæringsscreenet?	Nej = 178 (55,9) Ja = 140 (44,1)
Spg 32: Er ernæringscreening udført korrekt? (Ud af de 140 der er blevet screenet af afdelingens personale)	Nej = 18 (12,9) Ja = 122 (87,1)

Tabel 13: Patientspecifikke data over alle patienter

Tabel 14: Patientspecifikke data over patienter i ernæringsrisiko	n=169 (%)
Er patienten i ernæringsrisiko (Vurderet af ekspert ved indsamling af data):	Nej = 149 (46,9) Ja = 169 (53,1)
Spg 87: Ifølge kostregistreringen: Har patienten fået ernæringsdrikke? (Ud af de 169 i ernæringsrisiko)	Nej = 120 (71,1) Ja = 49 (28,9)
Spg 90: Ifølge kostregistreringen: Har patienten fået mellemmåltider?	Nej = 72 (42,6) Ja = 97 (57,4)
Spg 50: Er patienten blevet kostregistreret under denne indlæggelse?	Nej = 124 (73,4) Ja = 45 (26,6)
Spg 52: Opnår patienten min 75% af energibehov på den sidste kostregistrerede dag (udenfor projektet)?	Nej = 85 (50,3) Ja = 84 (49,7)
Spg 54: Opnår patienten min 75% af proteinbehov på den sidste kostregistrerede dag (udenfor projektet)?	Nej = 117 (69,2) Ja = 52 (30,8)

Tabel 14: Data over patienter der blev vurderet i ernæringsrisiko af eksperter

I tabel 13 vises data over den samlede patientgruppen (n = 318), hvor det ses at størstedelen er ældre (75% er >59 år) og en lille overvægt af mænd (56,3%). Ud af den samlede patientpopulation blev 140 ernæringsscreenet og ud af de 140 patienter viser data at 12,9% af patienterne ikke er screenet korrekt. Ved indsamling af patientspecifikke data fandt forskergruppen, at 169 af patienterne reelt var i ernæringsrisiko (Tabel 14). Yderligere viser data, at kun hver tredje patient i ernæringsrisiko har fået ernæringsdrikke (28,9%), mens 57,4% har fået mellemmåltider. De kvantitative data viser også, at 73,4% af patienterne i reel ernæringsrisiko, ikke er blevet kostregistreret, samt at hhv. 50,3% og 69,2% af patienterne i ernæringsrisiko ikke opnår min 75% af deres energi- eller proteinbehov på den sidste kostregistrerede dag. Tallene indikerer således, at ernæringspraksis flere steder kan forbedres, og det derfor fortsat er relevant at arbejde med implementering af korrekt ernæringspraksis.

9.2.2 Statistisk analyse

Tabellerne 15-20 viser associationsberegninger mellem en uafhængig kontekstuel variabel i første række, og to-fire afhængige variabler relateret til ernæringspraksis i rækkerne nedenunder. I krydsfelterne mellem den uafhængige og en afhængig variabel er antal og procent angivet. I de to yderste kolonner er p-værdi og OR med konfidensinterval angivet.

Tabel 15	Spg. 9: Får ernæringsteamet planlagt tid til at arbejde med ernæring og kostforplejning i jeres afsnit? (på de afdelinger, der har et ernæringsteam)				
	Nej	Ja	Total	P-værdi	OR (CI)
Spg 28: Er patienten ernæringsscreenet?					
Nej	36 (60)	118 (53,6)	154 (55)		
Ja	24 (40)	102 (46,4)	126 (45)		
Total	60 (100)	220 (100)	280 (100)	0,380	1,3 (0,7-2,3)
Spg 50: Er patienten blevet kostregistreret under denne indlæggelse? (for pt. i risiko)					
Nej	21 (67,7)	88 (72,7)	109 (71,7)		
Ja	10 (32,3)	33 (27,3)	43 (28,3)		
Total	31 (100)	121 (100)	152 (100)	0,582	0,8 (0,3-1,9)

Tabel 15: Analyse mellem variablerne spg. 9 fra afdelingsspecifikke data og spg. 28 og 50 fra patientspecifikke data.

Ovenstående tabel 15 viser, at på afdelinger, hvor der ikke er planlagt tid til ernæringsteamet, er 60% af patienterne ikke ernæringsscreenet. På afdelinger hvor der er tid til ernæringsteamet, er der stadig 53,6% af patienterne, der ikke er ernæringsscreenet. Der fremkommer en OR på 1,3 (0,7-2,3), hvilket er et udtryk for, at der er 1,3 højere odds for, at patienten ikke er screenet, hvis der ikke er planlagt tid til ernæringsteamet. Sammenhængen er dog ikke statistisk signifikant, idet p-værdien >0,05. Konfidensintervallet er snævert, så selvom p-værdien er >0,05, ses der en tendens mod odds, der er større end 1. Den statistiske analyse, mellem om ernæringsteamet får afsat tid og om patienter i ernæringsrisiko bliver kostregistreret, viser en høj p-værdi (0,582) og en OR tæt på 1 (0,8). Der ses derfor ingen sammenhæng mellem disse variabler. Nulhypoteserne kan dermed ikke forkastes.

Tabel 16	Spg 13: Har jeres afdeling et lokalt PRI-dokument om ernæring?				
	Nej	Ja	Total	P-værdi	OR
Spg 28: Er patienten ernæringsscreenet?					
Nej	41 (63,1)	137 (54,2)	178 (55,9)		
Ja	24 (36,9)	116 (45,8)	140 (44,1)		
Total	65 (100)	253 (100)	318 (100)	0,197	1,5 (0,8-2,5)
Spg 50: Er patienten blevet kostregistreret under denne indlæggelse? (for pt. i risiko)					
Nej	19 (65,5)	105 (75)	124 (73,4)		
Ja	10 (34,5)	35 (25)	45 (26,6)		
Total	29 (100)	140 (100)	169 (100)	0,293	0,6 (0,3-1,5)

Tabel 16: Analyse mellem variablerne spg. 13 fra afdelingsspecifikke data og spg. 28 og 50 fra patientspecifikke data.

Tabel 16 viser, at hvis afdelinger ikke har et lokalt PRI-dokument, bliver 63,1% af patienterne ikke screenet. Samtidig ses det, at hvis afdelingerne har et lokalt PRI-dokument, er der stadig 54,2%, der ikke bliver screenet. Ses der på p-værdien er denne ikke signifikant, men OR peger i retning af, at der er 1,5 (0,8-2,5) højere odds for, at patienten ikke er screenet, hvis der heller ikke er et lokalt PRI-dokument. Ses der på sammenhængen mellem afdelinger med et lokalt PRI-dokument og om patienter i ernæringsrisiko er blevet kostregistreret, fremgår det, at 65,5% af patienterne ikke er blevet

kostregistreret, hvis afdelingen ikke har et PRI-dokument. Derudover ses, at hele 75% af patienterne i ernæringsrisiko ikke er kostregistreret, selvom afdelingerne har et lokalt PRI-dokument. Ved den logistiske regression fremkommer en OR på 0,6 (0,3-1,5), hvilket betyder at der er 0,6 mindre odds for, at der ikke laves kostregistrering på afdelinger uden et PRI-dokument. Sammenhængen, mellem et lokalt PRI-dokument og om patienter i ernæringsrisiko bliver screenet, er derfor ikke statistisk signifikant, idet p-værdien >0,05. Begge analyser viser således, at det, at en afdeling har et lokalt PRI-dokumentet ikke har en signifikant betydning for udførelsen af korrekt ernæringspraksis, hvorfor nulhypotesen ikke kan forkastes.

Tabel 17	Spg 14: Har I undervisning for nyt personale i afdelingen om klinisk ernæring og kostforplejning?				
	Nej	Ja	Total	P-værdi	OR
Spg 28: Er patienten ernæringsscreenet?					
Nej	98 (69,1)	80 (45,5)	178 (55,9)		
Ja	44 (30,9)	96 (54,5)	140 (44,1)		
Total	142 (100)	176 (100)	318 (100)	0,00	2,7 (1,7-4,3)
Spg 50: Er patienten blevet kostregistreret under denne indlæggelse? (for pt. i risiko)					
Nej	54 (73,9)	70 (72,9)	124 (73,4)		
Ja	19 (26,1)	26 (27,1)	45 (26,6)		
Total	73 (100)	96 (100)	169 (100)	0,878	1,1 (0,5-2,1)

Tabel 17: Analyse mellem variablerne spg. 14 fra afdelingsspecifikke data og spg. 28 og 50 fra patientspecifikke data.

I tabel 17 fremgår det, at på afdelinger, hvor der ikke er undervisning af nyt personale i ernæringspraksis, bliver 69,1% af patienterne ikke bliver screenet, og kun 30,9% af patienterne bliver screenet. Ved χ^2 test findes en statistisk signifikant p-værdi (0,00) og ved den logistiske regression fremkommer en OR på 2,7 (1,7-4,3), hvilket betyder, at der er 2,7 større odds for, at patienten ikke er screenet, hvis der på afdelingen heller ikke er undervisning af nyt personale. Dermed kan nulhypotesen forkastes, idet der af den statistiske analyse fremkommer en statistisk signifikant association.

Undervisning af nyt personale har til gengæld ikke en sammenhæng med, om der foretages kostregistrering under indlæggelse af patienter i ernæringsrisiko. På afdelinger uden undervisning er der 73,9% patienter, der ikke er kostregistreret, mens det på afdelinger med undervisning er 72,9%, der ikke kostregistreret. Ved χ^2 test, ses ikke en signifikant p-værdi, idet den er $>0,05$ og ved den logistiske regression findes en OR 1,1 (0,5-2,1). Der er således ikke statistisk sammenhæng mellem undervisning af nyt personale og det at udføre kostregistrering for patienter i ernæringsrisiko, hvorved nulhypotesen ikke kan forkastes.

Tabel 18		Spg 15: Formidler ernæringsteamet nyheder inden for klinisk ernæring og kostforplejning til det øvrige personale? (dem der ikke har ernæringsteam er fjernet)			
	Nej	Ja	Total	P-værdi	OR
Spg 28: Er patienten ernæringsscreenet?					
Nej	15 (60)	139 (54,5)	154 (55)		
Ja	10 (40)	116 (45,5)	126 (45)		
Total	25 (100)	255 (100)	280 (100)	0,598	1,3 (0,5-2,9)
Spg 50: Er patienten blevet kostregistreret under denne indlæggelse? (for pt. i risiko)					
Nej	7 (50)	102 (73,9)	109 (71,7)		
Ja	7 (50)	36 (26,1)	43 (29,3)		
Total	14 (100)	138 (100)	152 (100)	0,058	0,4 (0,1-1,1)
Spg 87: Ifølge kostregistreringen: Har patienten fået ernæringsdrikke?					
Nej	8 (57,1)	97 (70,3)	105 (69,1)		
Ja	6 (42,9)	41 (29,7)	47 (30,9)		
Total	14 (100)	138 (100)	152 (100)	0,311	0,6 (0,2-1,7)
Spg 90: Ifølge kostregistreringen: Har patienten fået mellemmåltider?					
Nej	8 (57,1)	55 (39,9)	63 (41,5)		
Ja	6 (42,9)	83 (60,1)	89 (58,5)		
Total	14 (100)	138 (100)	152 (100)	0,211	2 (0,7-6,1)

Tabel 18: Analyse mellem variablerne spg. 15 fra afdelingsspecifikke data og spg. 28, 50, 87 og 90 fra patientspecifikke data.

Resultatet i tabel 18 viser, at formidling af nyheder fra ernæringsteamet ikke ser ud til at have betydning for, hvorvidt ernæringspraksis bliver udført. På afdelinger, hvor der ikke bliver formidlet nyheder, er 60% af patienterne ikke ernæringsscreenet, men på afdelinger, hvor der bliver formidlet nyheder, er 54,5% af patienterne heller ikke screenet. Ses der på kostregistreringen fremgår det, at på afdelinger, hvor der ikke bliver formidlet nyheder, er 50% af patienterne ikke kostregistreret, mens

på afdelinger, hvor der bliver formidlet nyheder, er 73,9% af patienterne ikke kostregistreret. Denne forskel har en p-værdi = 0,058, hvilket viser, at der er en tendens til en statistisk signifikant forskel på afdelingerne. Den logistiske regression giver en OR på 0,4 (0,1-1,1), hvilket betyder, at der er 0,4 mindre odds for, at patienten ikke er kostregistreret, hvis der ikke bliver formidlet nyheder. Konfidensintervallet krydser 1, men er snævert. Det ser derfor ud til, at det at formidle nyheder ikke er fremmede for, at patienter bliver kostregistreret. Den samme tendens med OR < 1 gør sig gældende for, om patienten har fået ernæringsdrikke, hvor 70,3% af patienterne ikke har fået ernæringsdrikke, selvom der bliver formidlet nyheder og 57,1% ikke får ernæringsdrikke, når der heller ikke formidles nyheder. Ud fra p-værdien (0,311) ses dog en noget mindre signifikant sammenhæng. At der bliver formidlet nyheder, har en mere positiv indflydelse på, om patienter i ernæringsrisiko får mellemmåltider. På afdelinger, hvor der ikke formidles nyheder, får 42,9% af patienterne mellemmåltider, mens 60,1% af patienterne får mellemmåltid på en afdeling, hvor der bliver formidlet nyheder. Ved den logistiske regression, fremkom en OR på 2, hvilket betyder, at der er 2 større odds for, at patienten ikke har fået mellemmåltid, hvis der ikke bliver formidlet nyheder fra ernæringsteamet. Sammenhængen er ikke statistisk signifikant, da p-værdien > 0,05, men i konfidensintervallet ses en positiv trend, idet størstedelen af konfidensintervallet ligger over 1. Der er således ingen af nulhypoteserne, som kan forkastes.

Tabel 19	Spg 45: Oplever I at mellemmåltider er tilgængelige og lette at finde til patienten?				
	Nej	Ja	Total	P-værdi	OR
spg. 87: Ifølge kostregistreringen: Har patienten fået ernæringsdrikke? (for pt. i risiko)					
Nej	10 (76,9)	110 (70,5)	120 (71,1)		
Ja	3 (23,1)	46 (29,5)	49 (29,9)		
Total	13 (100)	156 (100)	169 (100)	0,625	1,4 (0,4-5,3)
spg 90: Ifølge kostregistreringen: Har patienten fået mellemmåltider? (for pt. i risiko)					
Nej	4 (30,8)	68 (43,6)	72 (42,6)		
Ja	9 (69,2)	88 (56,4)	97 (57,4)		
Total	13 (100)	156 (100)	169 (100)	0,369	0,56 (0,2-1.9)

Tabel 19: Analyse mellem variablerne spg. 45 fra afdelingsspecifikke data og spg. 87 og 90 fra patientspecifikke data.

Resultatet af tabel 19 viser, at selvom de fleste afdelinger synes, mellemmåltider er tilgængelige og lette at finde, ses der ikke nogen signifikant sammenhæng mellem dét og at patienterne også får dem. På afdelinger, hvor mellemmåltider ikke opleves tilgængelige, får 76,9% af patienterne ikke ernæringsdrikke og 30,8% får ikke mellemmåltider. På afdelinger hvor mellemmåltider er tilgængelige, ses lignende fordeling, hvor 70,5% ikke får ernæringsdrikke og 43,6% ikke får mellemmåltider. Det betyder, at selvom mellemmåltider er tilgængelige, er det stadig under halvdelen af patienter i ernæringsrisiko, der får ernæringsdrikke eller mellemmåltider. For ernæringsdrikke fremkommer OR på 1,4 (0,4-5,3) i den logistiske regression, hvilket viser en tendens til, at der er 1,4 større odds for, at patienten ikke har fået ernæringsdrikke, hvis der er manglende tilgængelighed af mellemmåltider. Konfidensintervallet er bredt, og sammenhængen er ikke statistisk signifikant, da p-værdien er >0,05. I associationen mellem om patienten har fået mellemmåltider, fremkommer en OR på 0,6 (0,2-1,9). Dette tyder på, at der er 0,6 mindre odds for, at patienten ikke har fået mellemmåltid, hvis mellemmåltider ikke er tilgængelige. OR er ikke statistisk signifikant, hvilket indikerer, at tilgængelighed af mellemmåltider ikke er af afgørende betydning for, om patienter i ernæringsrisiko får ernæringsdrikke eller mellemmåltider. Nulhypoteserne kan derfor ikke forkastes.

Tabel 20	Spg. 47: Jeg skal gå langt efter mellemmåltider på frost og køl?				
	Nej	Ja	Total	P-værdi	OR
Spg. 87: Ifølge kostregistreringen: Har patienten fået ernæringsdrikke? (for pt. i risiko)					
Nej	96 (71,1)	24 (70,6)	120 (71,1)		
Ja	39 (28,9)	10 (29,4)	49 (28,9)		
Total	135 (100)	34 (100)	169 (100)	0,952	1 (0,5-2,3)
Spg 90: Ifølge kostregistreringen: Har patienten fået mellemmåltider? (for pt. i risiko)					
Nej	61 (45,2)	11 (32,4)	72 (42,6)		
Ja	74 (54,8)	23 (67,6)	97 (57,4)		
Total	135 (100)	34 (100)	169 (100)	0,176	1,7 (0,8-3,8)

Tabel 20: Analyse mellem variablerne spg. 47 fra afdelingspecifikke data og spg. 87 og 90 fra patientspecifikke data.

Tabel 20 viser, at hvis personalet skal gå langt efter mellemmåltider, får 70,6% af patienterne ikke ernæringsdrikke. Hvis personalet ikke skal gå langt, er der 71,1% der ikke får ernæringsdrikke. OR er 1 (0,5-2,3) og p-værdien = 0,952, er der derfor ikke statistisk signifikant forskel på, om patienten får ernæringsdrikke, hvis personalet skal gå langt.

I forhold til mellemmåltider er der 32,4% af patienterne, der ikke får mellemmåltider, hvis personalet skal gå langt. Hvis personalet ikke skal gå langt, er der 45,2% af patienterne, som ikke får mellemmåltid. Ved logistisk regression fremkommer en OR på 1,7 (0,3-3,8), hvorfor der er 1,7 odds for, at patienten ikke har fået et mellemmåltid, selvom de ikke skal gå langt efter varer på frost og køl, men ud fra p-værdi = 0,176 er denne sammenhæng ikke signifikant, omend der ses en tendens med et konfidensinterval der har overvægt over 1. Nulhypoteserne kan dog ikke forkastes.

9.3 Syntese af resultater og forfinet programteori

Syntesen har til formål at sammenholde resultaterne fra den kvalitative og kvantitative analyse. Dette gøres med udgangspunkt i de fremkomne CMO-konfigurationer fra den kvalitative analyse, hvor de kvantitative resultater bidrager med viden om association mellem kontekst og outcome. De samlede resultater illustreres til sidst i den forfinede programteori.

Den deskriptive analyse af patientspecifikke data viser, at 44,1% af samtlige patienterne er blevet ernæringsscreenet af afdelingspersonalet, hvilket er under hospitalets mål om, at 80% af patienterne skal ernæringsscreenes. Ligeledes ses det, at 53,1% af patienterne er blevet vurderet til reelt at være i ernæringsrisiko, hvormed der er flere i ernæringsrisiko end der er ernæringsscreenet. Dette er problematisk, da de patienter, der ikke screenes, risikerer ikke at blive opsporet, og dermed ikke få den rette behandling. Foruden den relative lave screeningsprocent, viser den deskriptive analyse også, at 73,4% af patienter i ernæringsrisiko ikke er blevet kostregistreret, hvormed det ikke monitoreres, om patienterne i ernæringsrisiko får den rette og tilstrækkelige ernæringsbehandling. Ligeledes ses, at 71,1% af patienterne i ernæringsrisiko ikke får ernæringsdrikke og 42,6% ikke får mellemmåltider. Sammenholdt med, at 50,3% af patienterne i ernæringsrisiko ikke opnår min. 75% af deres energibehov, og 69,2% ikke opnår min. 75% af deres proteinbehov, er dette problematisk, da forskning af Mortensen et al. (2019) viser, at mellemmåltider og ernæringsdrikke er med til at sikre, at patienterne opnår deres energi- og proteinbehov. Disse tal giver således et tydeligt incitament for, at der fortsat er brug for at arbejde med implementering af korrekt ernæringspraksis.

Ud fra den deskriptive analyse af afdelingsdata ses, at 72% af ernæringsteams får planlagt tid til at arbejde med ernæring og kostforplejning, hvormed knap en fjerdedel af ernæringsteams potentielt har dårligere forudsætning for at arbejde med implementering af korrekt ernæringspraksis. Der ses dog ikke en statistisk signifikant forskel på afdelinger med eller uden planlagt tid ift. udførelsen af korrekt ernæringspraksis. Derfor kan det ikke med sikkerhed siges, at afsat tid til fordybelse i ernæring og kostforplejning har en sammenhæng med god ernæringspraksis målt ud fra screening og kostregistrering. Dog viser den kvalitative analyse, at på afdelinger, hvor ledelsen bakker op om implementering af korrekt ernæringspraksis fx ved at afsætte tid til ernæringsteamets arbejde, er der en tydelig forventning om, at det bliver lettere for personalet at løfte opgaverne og dermed udføre korrekt ernæringspraksis.

De deskriptive afdelingsdata viser, at 8 ud af 29 afdelinger (27,6%) ikke har et lokalt PRI-dokument. Ud fra CMO 5 i den initierende programteori, er der en forventning om, at tydelige retningslinjer fremmer implementering af god ernæringspraksis, hvorfor dette kan forventes at være en afgørende forskel på afdelingerne. Dog viser den statistiske analyse, at det, at en afdeling har et lokalt PRI-dokument, ikke har en statistisk signifikant betydning for udførelsen af korrekt ernæringspraksis, hvorfor dette statistisk set ikke ser ud til at have en betydning. Dette bekræfter til dels CMO 4 fra den kvalitative analyse, som beskriver, at et lokalt PRI-dokument kan bidrage til udførelsen af korrekt ernæringspraksis ved at skabe fælles forståelse for arbejdsopgaverne, men ikke er afgørende for korrekt ernæringspraksis.

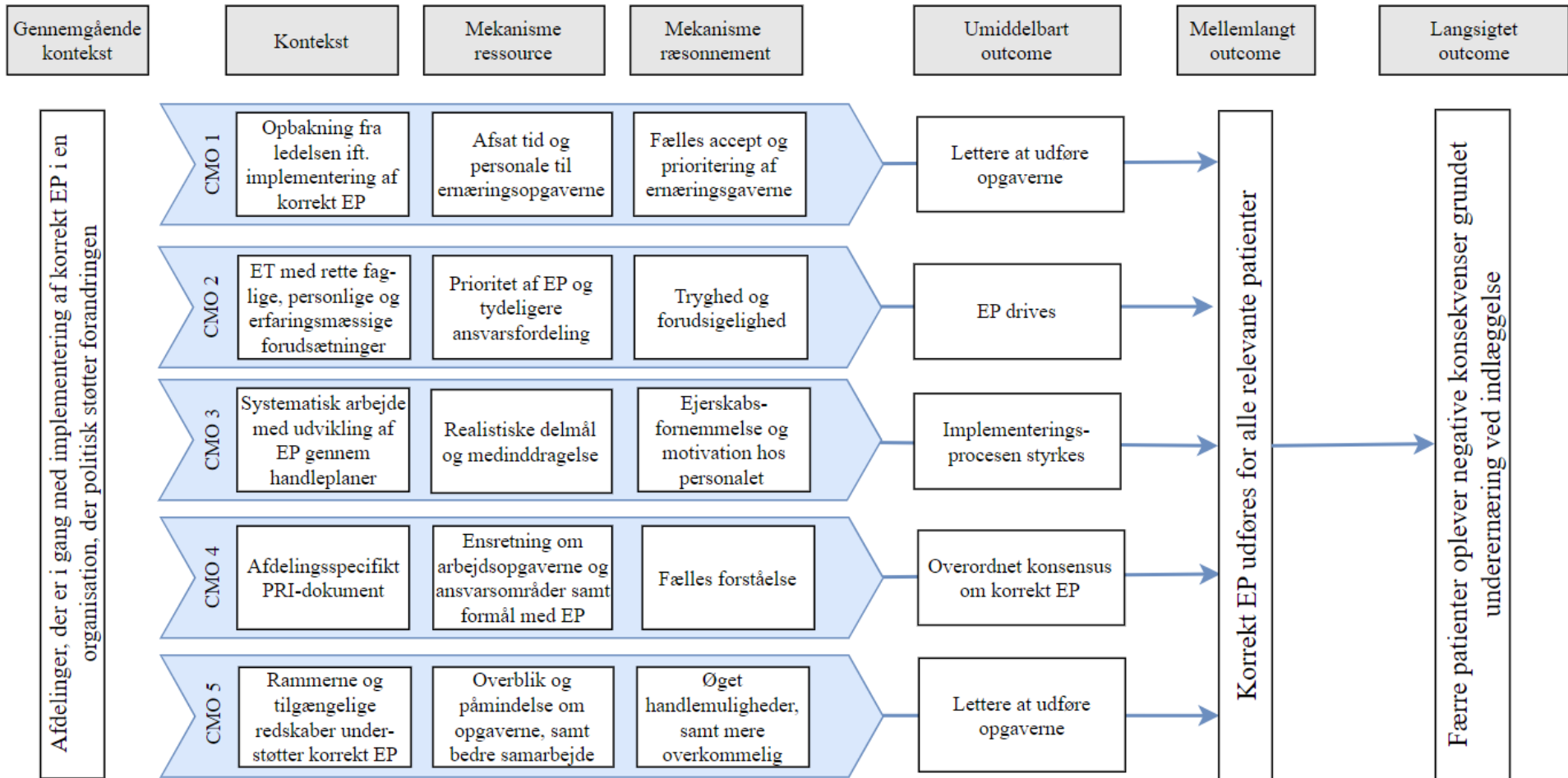
Ud fra den deskriptive analyse af afdelingsdata ses, at 51,7% af afdelingerne tilbyder undervisning af nyt personale om klinisk ernæring og kostforplejning, hvormed nyt personale har forskellige forudsætninger fra start alt efter afdeling. Der ses her en statistisk signifikant forskel på afdelinger med undervisning og afdelinger uden undervisning ift. screening af patienter med 2,6 større odds for, at patienten ikke er screenet, hvis der på afdelingen ikke er undervisning af nyt personale. Der er således en association mellem undervisning af nyt personale og screening af patienter, hvormed nyt personale på afdelinger uden undervisning kan have dårligere forudsætning for at lære og udføre korrekt ernæringspraksis. Ud fra CMO 7 fra den kvalitative analyse ses, at på en afdeling, hvor der er undervisning af personalet, bliver ernæringspraksis forbedret, da personalets handlekompetencer øges gennem den nye viden fra undervisningen. Den kvantitative analyse understøtter således denne CMO 7.

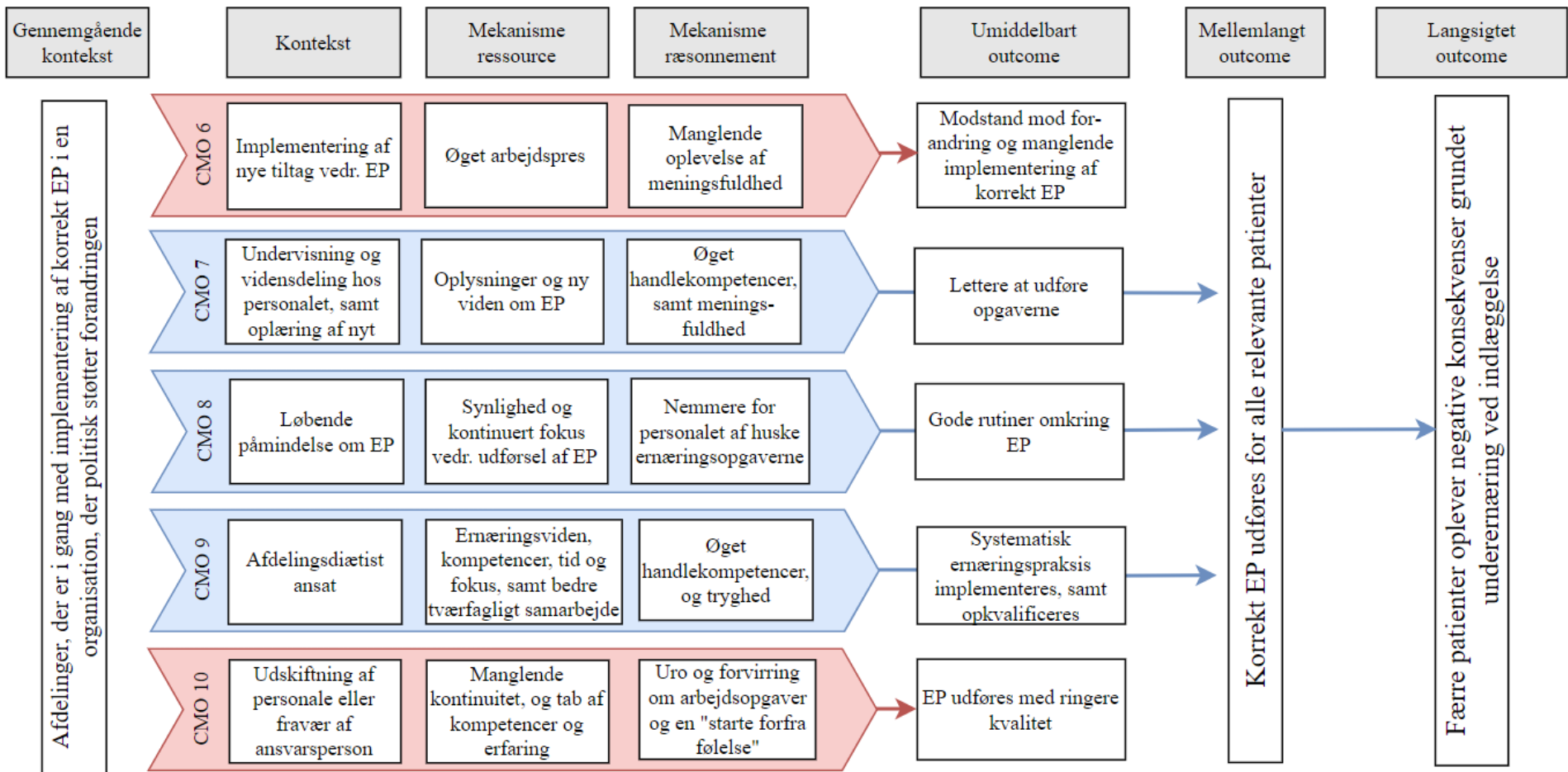
De deskriptive afdelingsdata viser, at på 82,8% af afdelingerne formidler ernæringsteamet nyheder inden for klinisk ernæring og kostforplejning til det øvrige personale, hvilket tyder på, at vidensdeling på de fleste afdelinger udbredes, men at det stadig bør være et fokuspunkt for de ernæringsteams, der ikke opfylder deres funktion omkring formidling. I den statistiske analyse ses der ikke nogen tydelig statistisk sammenhæng mellem formidling af nyheder og udførelse af korrekt ernæringspraksis. Dog ses der en tendens til at være en statistisk signifikant sammenhæng mellem formidling af nyheder og kostregistrering (p-værdi = 0,058). Den statistiske analyse er knyttet til CMO 7 og CMO 8 fra den kvalitative analyse, hvor resultaterne viste en sammenhæng mellem korrekt ernæringspraksis og undervisning, og mellem korrekt ernæringspraksis og kontinuert påmindelse om ernæringsfaglig viden. For enkelte variabler ses der således en tendens til signifikant sammenhæng for disse CMO-konfigurationer, men ikke for alle variablerne.

Ud fra den deskriptive analyse af afdelingsdata oplever 82,6% - 93,1% af afdelingerne, at mellemmåltiderne er tilgængelige, hvilket er positivt, da manglende tilgængelighed forventes at være en potentiel barriere for at tilbyde et mellemmåltid eller ernæringsdrik. Dog viser den statistiske analyse, at på trods af at størstedelen af afdelingerne oplever, at mellemmåltiderne er tilgængelige, er der stadig 70,5% af patienterne i ernæringsrisiko, der ikke får ernæringsdrikke og 43,6%, der ikke får mellemmåltider. Der ses ydermere ingen association mellem afdelingerne ift. oplevelse af tilgængelighed og om patienterne får mellemmåltider og ernæringsdrikke. Disse resultater indikerer således, at tilgængelighed af mellemmåltiderne ikke har en afgørende betydning for om patienter i ernæringsrisiko får mellemmåltider eller ernæringsdrikke. I den kvalitative analyse fremkom en CMO 5 vedrørende fysiske rammer, som også handlede om tilgængelighed af mellemmåltider. Denne CMO-konfiguration viser, at afstand til fx mellemmåltider kan være en afgørende faktor for, om patienten får mellemmåltid eller ej. Der ses således her en uoverensstemmelse mellem de kvalitative og kvantitative resultater, som vil blive diskuteret i diskussionsafsnittet.

De nye CMO, som er fremkommet ud fra kvalitative og kvantitative data, bliver illustreret i nedenstående programteori (figur 11)

Figur 11: Revideret programteori (fortsætter på næste side).



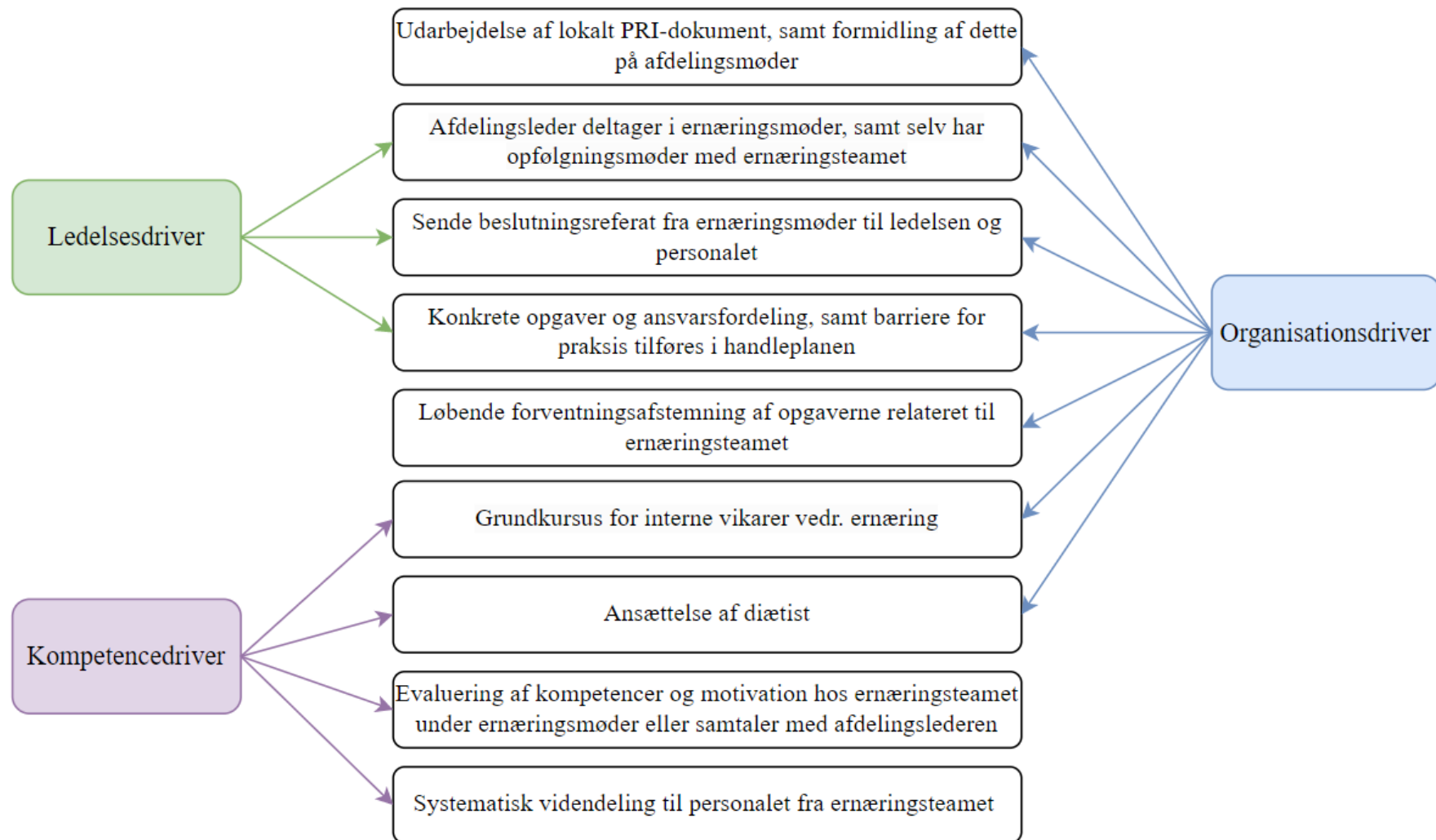


Figur 11: Revideret programteori (fortsat fra forrige side).

10. Forandringsforslag

Resultatet fra dataindsamlingen vil sammen med relevant teori og videnskabelig litteratur kvalificere More2Eat-kvalitetsudviklingsmodellen. Der vil i det nedenstående blive præsenteret et forslag til en implementeringsstrategi med konkrete forandringsforslag. Strategien vil tage afsæt i Bertram et al. (2015) vedrørende implementeringsstadier og implementeringsdrivers, som blev beskrevet i problemanalysen.

En implementeringsproces kan ikke anskues som et enkeltstående event, men bør anses som en iterativ proces over to-fire år, der foregår over fire stadier; *udforskning*, *programinstallation*, *initial implementering* og *fuld implementering* (Bertram et al., 2015). I *programinstallationen* bør der særligt være fokus på organisations- og kompetencedrivers, mens der i den *initiale implementering*, bør være fokus på ledelsesdriver (Bertram et al., 2015). Som beskrevet i problemanalysen og i metodeafsnittet om planlægningsmodellen, er implementeringen af korrekt ernæringspraksis gennem More2Eat igangsat i 2022, hvormed afdelingerne kan være forskellige steder i den iterative proces. Dette er relevant at være opmærksom på, ift. hvilke drivers der med fordel kan fokuseres og justeres på. Såfremt det på en afdeling ikke er muligt at justere på en bestemt implementeringsdriver, kan der kompenseres for dette ved at fremme de øvrige drivers, idet de er gensidigt afhængige (Bertram et al., 2015). Derfor tager forandringsforslag til praksis udgangspunkt i de tre implementeringsdrivers og illustreres nedenfor i figur 12.



Figur 12: Forandringsforslag

10.1 Ledelsesdriver

Forandringsforslagene til ledelsesdriveren har til hensigt at øge inddragelse af afdelingsleder, samt at øge ernæringsteamets ledelse af korrekt ernæringspraksis på afdelingerne. På Aalborg Universitetshospital er der allerede en politik om, at afsnitsledende sygeplejerske har ansvaret for at give ernæringsteamet mulighed for at være ajourført inden for det ernæringsfaglige område (Skadhauge & Holst, 2023). På baggrund af den kvalitative dataindsamling gav informanterne tilsvarende udtryk for, at det er vigtigt, at afdelingsledelsen afsætter tid og personale til at løfte og opkvalificere ernæringsopgaverne. Det fremgik ligeledes af den kvantitative undersøgelse, at hvis ernæringsteamet ikke har planlagt tid til at arbejde med ernæring og kostforplejning i afdelingen, så var der også 60% af patienterne, som ikke var ernæringsscreenet og 67,7% af patienterne, som ikke var kostregistreret. Det er derfor vigtigt, at ledelsen bakker op om ernæringspraksis, og at ledelsen prioriterer ressourcer til ernæringspraksis. En nuance hertil er, at det at få tid til opgaver ikke i sig selv er med til at løfte kvaliteten af praksis. Leder og ernæringsteam bør så vidt muligt sikre sig, at den tid, der er afsat til udvikling, også bidrager til at løfte ernæringspraksis for hele afdelingen. Ifølge Jacobsen & Thorsvik (2013) spiller ledelsen en central rolle i forandringsstrategier, da ledelsen kan styre både informationer, og hvad der foregår, og det kræver derfor, at ledelsen er involveret i tiltagene. Flere kvalitative studier (Andersen, 2005; Beck et al., 2001; Roberts et al., 2019) viser tilsvarende, at støtte, inddragelse og engagement fra ledelsen havde en positiv indflydelse på implementeringen af ernæringsindsatsen, hvorfor ledelsesinddragelse er en vigtig faktor for at lykkes med implementering og udvikling af ernæringspraksis på sygehusene. Ud fra resultater i projektet og fund i litteraturen tyder det på, at ledelsen på nogle afdelinger med fordel kan inddrages endnu mere for at få prioriteret ernæringspraksis og de nødvendige ressourcer dertil. Derfor opstilles forslaget om, at afdelingsledelsen i højere grad bliver inddraget i kvalitetsudviklingsmodellen, More2Eat. Dette kan være ved, at afdelingslederen deltager i ernæringsmøderne med udviklingskoordinatoren sammen med ernæringsteamet. Derudover kan udviklingskoordinatoren fremsende beslutningsreferat til ledelsen på den enkelte afdeling, hvor det i handleplanen konkretiseres, hvilke tiltag der er i fokus, så ledelsen også er informeret om, hvilke tiltag der iværksættes på afdelingen.

Ud fra den forfinede programteori fremgår det desuden, at inddragelse af ernæringsteamet i samarbejde med udviklingskoordinatoren forventes at fremme følelsen af ejerskab til ernæringsteamet, hvilket forventes at øge sandsynligheden for at målene bliver realiseret. Professor

Bjarne Bruun Jensen (2009) beskriver ligeledes, at gennem deltagelse øges sandsynligheden for, at en given intervention opnår de tiltænkte mål. Jensen (2009) nuancerer ved, at for at en handling finder sted, er der behov for både handlekompetence, handlemuligheder og "handlerum". Heri fremgår det, at for at delmålene for ernæringspraksis bliver realiseret, er det nødvendigt, at ernæringsteamet og personalet har den tilstrækkelige handlekompetence til at udføre implementerings- og ernæringsopgaverne, men også at der er rimelige muligheder og betingelser for, at handlingen kan igangsættes, herunder at ledelsen bakker op om og giver mulighed for handlefrihed ift. implementering af nye tiltag. For at styrke ejerskabsfølelse over udvikling af ernæringspraksis og ledelsesopbakning, foreslås det, at udover at afdelingslederen deltager i to ernæringsmøder årligt, afholdes også to årlige opfølgingsmøder mellem lederen og ernæringsteamet i implementeringsperioden med henblik på at sikre den fornødne opbakning fra ledelsen. Der vil således være tale om mobilisering af en ledelsesdriver, da både afdelingsledelsen og ernæringsteamet er nødt til at være tæt på beslutningerne vedrørende implementeringen. Når afdelingsledelsen deltager i ernærings- og opfølgingsmøder, kan der ligeledes mobiliseres en organisationsdriver, da afdelingsledelsen således bliver opmærksom på, hvilke behov afdelingens har, når der skal implementeres tiltag vedrørende korrekt ernæringspraksis.

10.2 Organisationsdriver

Forandringsforslag relateret til organisationsdriveren handler om, hvordan der kan tilføres de nødvendige kompetencer til ernæringsteam og afdelingen, samt øge fokus på redskaber, der letter ernæringspraksis. Ud fra CMO-konfigurationer i den forfinede programteori er det fremkommet, at en tydelig ansvarsfordeling af konkrete opgaver for ernæringspraksis og udviklingsopgaver fremmer implementeringen af korrekt ernæringspraksis. Ifølge Jacobsen & Thorsvik (2014) kræver det en klar forståelse af ens faglige roller og ansvarsområder, for at få personerne til at handle på en bestemt måde. Ligeledes viser en guide fra Europarådet, at manglende klar ansvarsfordeling udgør en barriere for ernæringspraksis på hospitaler (Beck et al., 2001). For at sikre god implementering af ernæringspraksis bør der derfor være en tydelig ansvarsfordeling omkring opgaverne. I Ernærings- og Måltidspolitikken for Aalborg Universitetshospital fremgår det allerede, hvem der har ansvaret ift. ernæringspraksis (Skadhauge & Holst, 2023). Til trods for at der findes en overordnet politik med nedskrevne ansvarsområder, ses der stadig et problem med forskel i korrekt ernæringspraksis på afdelingerne. Derfor anbefales det at kvalitetsudviklingsmodellen More2Eat i højere grad medtænker konkretisering og tydeliggørelse af ansvarsområder for ernæringspraksis i handleplanerne. En måde

at imødekomme dette kan være med et fast punkt til hvert møde med udviklingskoordinatoren, hvor der i handleplanen tilføjes, hvem der har ansvar for at sætte handlinger i gang efter ernæringsmødet, hvem der overtager, når ansvarspersonen er fraværende (fx formidle at der er kommet nye produkter), samt en løbende forventningsafstemning omkring ernæringsteamets overordnede opgaver. Dette kan være med til at tydeliggøre, hvordan forskellige aktører bidrager til at tiltagene realiseres, og bidrager til en mere konkret plan i handleplanerne. Disse ansvarsområder kan med fordel også gøres tydelige for hele afdelingen, fx ved at hænge dem op i personalestuen eller sende handleplaner med beslutningsreferat ud på mail til resten af afdelingen og ledelsen. Ud over endnu tydeligere ansvarsfordeling, anbefales det i udarbejdelsen af handleplanerne fremadrettet at fokusere på at identificere de største barrierer for ernæringspraksis på afdelingen, og derefter beskrive hvilke konkrete tiltag der kan imødekomme dette.

I samarbejdet mellem udviklingskoordinator og ernæringsteam anbefales desuden at have fokus på, hvordan udviklingskoordinatoren kan være med til at lette implementeringen og udførelsen af ernæringspraksis ved at tilføre ressourcer til afdelingerne i form af redskaber. Såfremt udviklingskoordinatoren tydeliggør for personalet, at de sammen skal identificere, hvor arbejdet kan gøres nemmere, vil personalet, ud fra teorien om modstand mod forandring (Jacobsen & Thorsvik, 2014), udvise mindre modstand mod nye tiltag. Når de forskellige barrierer er identificeret, kan forskellige relevante ressourcer tilføjes, såsom en lommebog til personalet, nudging i journalsystemet, ansættelse af diætist eller andre værktøjer fra udviklingskoordinatoren. Dette sker med henblik på at mobilisere organisationsdrivers på afdelingerne, så rammer og redskaber understøtter praksis. En vigtig nuance er, at tiltag skal kunne fungere uden tilstedeværelsen af udviklingskoordinatoren på afdelingen, hvorfor ansvaret for implementering af tiltag skal tildeles ernæringsteamet eller afdelingslederen, og ikke udviklingskoordinatoren.

På afdelinger, hvor der er større behov for forbedring af praksis, kan etablering af et lokalt PRI-dokument, efterfulgt af et nyt tiltag, der indeholder gennemgang af dette på afdelingsmøder, være med til at skabe en grundlæggende fælles forståelse hos personalet omkring vigtigheden af ernæringspraksis.

Ud fra interviews blev det også tydeligt, at et stort brug af vikarer kan påvirke ernæringspraksis negativt. Ifølge Bourdieu (Wilken, 2010) udgør sociale felter mindre subkulturer med forskellige logikker og værdier. Ved udskiftning i en personalegruppe må det forventes, at der tilsvarende sker udskiftning eller påvirkning af de logiske handlinger, herunder også hvad der anses som god ernæringspraksis. For at fremme korrekt ernæringspraksis medtages forslaget fra to af informanterne

om et grundkursus om ernæring for interne vikarer. På den måde imødekommes barrieren omkring manglende viden og kompetencer hos det ikke faste personale. Organisationsdriveren mobiliseres, idet organisationen understøtter god ernæringspraksis ved at tilbyde kurser til vikarer. Dermed vil der også blive tilført en kompetencedriver til afdelingerne, da interne vikarer får træning i korrekt ernæringspraksis, hvormed de er mere kvalificerede til disse opgaver.

10.3 Kompetencedriver

Forandringsforslag relateret til kompetencedrivere sætter fokus på at styrke vidensdeling til personalet og mobilisere rette ressourcer i ernæringsteamet. I de kvantitative resultater blev der fundet en signifikant p-værdi (0,00) og en OR på 2,7 (1,7-4,3) for sammenhængen mellem undervisning af personalet og korrekt ernæringspraksis, hvilket indikerer at manglende undervisning er associeret med mindre udførelse af korrekt ernæringspraksis. Flere studier peger tilsvarende på, at manglende interesse, undervisning og viden er en af de største barrierer hos personalet mod udførelse af korrekt ernæringspraksis (Beck et al., 2001; Lindorff-Larsen et al., 2007; O'Connell et al., 2017). Øget viden hos personalet er således med til at mobilisere kompetencedriveren i implementeringsprocessen. Derfor bør der i handleplanerne faciliteres til systematisk vidensdeling og sparring fra ernæringsteamet med det øvrige personale. Dette kan gøres ved et fast interval (tirsdags tips eller fredags fif), hvor der i personalestuen eller på mail sendes relevant ernæringsrelateret viden, eller ved at der indføres obligatorisk undervisning omkring ernæringspraksis få gange årligt. Nyeste viden om afdelingens udvikling kan også udbredes ved at efter møder med udviklingskoordinator skal ernæringsteamet have et fast punkt til næste afdelingsmøde, hvor delmålene fra handleplanen fremlægges.

For at mindske usikkerhed og fremme opbakning til tiltag, er det vigtigt at oplyse med saglige argumenter om, hvorfor det er nødvendigt med disse tiltag og inddrage personalet (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Vidensdeling mellem udviklingskoordinator og ernæringsteamet, og dernæst til resten af afdelingen, kan være en måde at håndtere modstand mod forandring på, idet det kan oplyse om meningen med forandringen. Undervisning og vidensdeling er således ikke kun med til at øge kompetencer hos personalet, men kan også være med til at mindske modstand mod ændring af praksis, der begge er vigtige for implementering af god ernæringspraksis.

Ifølge Jacobsen & Thorsvik (2014) er kompetente og motiverede medarbejdere desuden med til at øge kvaliteten, produktiviteten og udviklingen. Ud fra CMO-konfigurationer er der en forventning

om, at ernæringsteamets opgaver omkring undervisning og formidling har betydning for ernæringspraksis, samt at det er vigtigt med de rette personer til det. Hvorfor dette er vigtigt, kan forklares ud fra Bourdieus teori om symbolsk magt. Ifølge Bourdieus teori anvendes symbolsk magt til at få andre mennesker til at anskue og forstå verden på en bestemt måde (Wilken, 2010). Symbolsk magt udøves gennem pædagogiske tiltag såsom undervisning eller vidensdeling (Wilken, 2010). Undervisning og formidling omkring ernæringspraksis er således en form for symbolsk magtudøvelse, der har til hensigt at præge personalets virkelighedsopfattelse omkring vigtigheden af ernæringspraksis. For at ernæringsteamet medtænker ernæringspraksis som en større del af hverdagen, er det derfor vigtigt, at de selv fortsat får undervisning og sparring fra udviklingskoordinator gennem møder og ernæringssymposium. Dernæst bør det prioriteres, at ernæringsteamet formidler ernæringsfaglig viden videre til det øvrige afdelingspersonale for at styre hele afdelingen mod større fokus på ernæringspraksis. Ud fra Bourdieus teori, kan ernæringsteamet gennem undervisning og formidling udøve symbolsk magt over for resten af afdelingen, for at præge den måde de anskuer vigtigheden af ernæringspraksis på. Ligesom Jensen (2009) beskriver, at der er behov for at både personlige handlekompetencer og kontekstuelle handlemuligheder og -rum før handling kan finde sted, er det jævnfør Wilken (2010) en forudsætning for symbolsk magtudøvelse, at personernes rolle i det sociale rum og deres habitus stemmer overens. Habitus er et andet begreb af Bourdieu, og dækker over en persons samlede erfaringer og kompetencer (Gravesen, 2023). Ud over rum til at udøve symbolsk magt i, skal personer i ernæringsteamet derfor besidde rette kompetencer og erfaringer for at kunne udøve symbolsk magt, og derigennem påvirke det øvrige personale. Et vigtigt fokuspunkt for at styrke kompetencedriver i implementeringsprocessen er derfor, at der stilles spørgsmål ved, om de rette personer og kompetencer er i ernæringsteamet, eller sørge for at fremme motivationen hos dem, der er der. For at imødekomme dette og af hensyn til både kompetenceløft og ansvarsplacering, kan løbende forventningsafstemning med udviklingskoordinator eller ledelsen være med til at tydeliggøre, om der er motivation for at være i ernæringsteamet og om personerne besidder rette kompetencer til at løfte opgaverne. Ifølge Jacobsen & Thorsvik (2014) kan motivation skabes gennem symbolsk belønning, fx i form af ros og anerkendelse fra ledelsen, hvorfor samarbejdet mellem leder og ernæringsteam er vigtigt. Såfremt der ikke er identificeret væsentlige barrierer for ernæringsteamets arbejde, fx i drivers relateret til det organisatoriske eller ledelsesmæssige, og det heller ikke er muligt at fremme motivationen hos de aktuelle personer i ernæringsteamet, anbefales det, at der ansættes en afdelingsdiætist. I den kvalitative dataindsamling blev det italesat, at en afdelingsdiætist på flere måder, kan være med til at

løfte det faglige arbejde omkring ernæringspraksis på afdelingen. Et systematisk review viser, at diætister for nogle patientgrupper er en underudnyttet ressource, som med fordel kan anvendes i højere grad for at højne ernæringsdelen i den samlede behandling (Boocock et al., 2021). Dette indikerer, at brug af diætister kan være en hjælp for nogle afdelinger til at fremme korrekt ernæringspraksis. Ansættelse af en afdelingsdiætist er således en måde at tilføre en kompetencedriver til afdelingen, da dette forventes at fremme den tværfaglige sparring omkring ernæring og kan være en hjælp til ernæringsteamet ved, at de kan overlevere nogle opgaver omkring fx oplæring af korrekt ernæringspraksis. Ansættelsen af en afdelingsdiætist, som er motiveret for at implementere korrekt ernæringspraksis, kan ligeledes være med til at sikre, at implementeringen bliver en succes, da et kriterium for implementeringssucces jævnfør Fixsen et al. (2005) er, at personalet er performer ift. afsatte mål, har de rette kompetencer, samt er motiveret.

10.4 Anvendelse af forandringsforslag til praksis

Projektets overordnede formål har været at undersøge hvorfor der er forskel på afdelingerne i implementering af korrekt ernæringspraksis, samt hvordan kvalitetsudviklingsmodellen, More2Eat, kan videreudvikles med henblik på at tage højde for disse forskelle. Forandringsforslagene skal ses som et supplement til Ernærings- og Måltidspolitik for Aalborg Universitetshospital (Skadhauge & Holst, 2023), da de tilfører en plan for, hvordan politikerne og ansvarsområderne konkret føres ud i praksis. Ud fra projekts inddragelse af teori og metodiske fund, kan en forskel på afdelingerne forklares ud fra forskel på implementeringsdrivers på afdelinger. Det betyder også, at forskellige forandringsforslag kan være relevante på forskellige afdelinger. Første punkt for udviklingskoordinator er derfor at identificere, hvilke drivers der er mangelfulde eller bør mobiliseres på de forskellige afdelinger, hvorefter der kan tages afsæt i de konkrete forandringsforslag til hvordan dette kan gøres.

11. Diskussion af forandringsforslag

Følgende afsnit har til formål at diskutere forandringsforslag til praksis, herunder implementering af forslagene, potentielt utilsigtede konsekvenser og tilføjelse af flere nuancer til udvalgte forslag. Dette sker med henblik på at oplyse om usikkerheder i forbindelse med forslagene og tilføre overvejelser, der bør være, før de implementeres i More2Eat-modellen.

11.1 Implementering og evaluering af forandringsforslag

I afsnittet med forandringsforslag præsenteres konkrete tiltag som udviklingskoordinatoren kan foreslå til afdelingerne, fokuspunkter til udvikling af More2Eat-modellen centreret omkring handleplaner og et styrket samarbejde med afdelingen, samt en implementeringsstrategi med fokus på mobilisering af drivers i forskellige implementeringsstadier. Forandringsforslagene er lavet ud fra dataindsamling, der primært bygger på viden fra sygeplejersker, men forslagene vil påvirke både afdelingsledere og diætister, hvis de anvendes. Idet projektets arbejde tager afsæt i sygeplejersperspektiv og en ernæringseksperter erfaringer, men at forslagene berører flere fagpersoner, er det ikke sikkert, at det er overførbart til andre involverede parter kontekst. Omvendt er More2Eat-modellen primært relateret til samarbejdet med ernæringsteamet og sygeplejerskerne, der udfører ernæringspraksis, hvorfor det har været relevant at tage udgangspunkt i deres erfaringer med udfordringer i ernæringspraksis.

I sundhedsvæsenet er der knappe ressourcer i form af tid og personale, og det kan være nødvendigt at tænke nye og kreative løsninger for at få praksis til at lykkes (Danske Patienter, 2023; Kjeld et al., 2022; Rasch et al., 2016). Det er således et vilkår, at der ikke altid er mulighed for at tilføje ressourcer i form af kompetencer eller mere tid til praksis. Den anbefalede implementeringsstrategi med identificering og mobilisering af de tre drivers, tager delvis højde for dette. Tilføjelse af ressourcer til ernæringspraksis kan både ske ved at tilføje flere ressourcer udefra eller mobilisere de interne ressourcer, der allerede findes på afdelingerne eller hospitalet. At nogle afdelinger på forhånd har prioriteret, at en større del af deres ressourcer skal prioriteres på ernæringspraksis, kan derfor også være med til at forklare, at der er forskel i implementering af korrekt ernæringspraksis blandt afdelingerne. Når forandringsforslagene anbefaler at øge fokus på ernæringspraksis, bør det også overvejes hvilke andre områder der i stedet nedprioriteres, såfremt det ikke er muligt at tilføje flere ressourcer udefra. Eksempelvis kan anbefalinger om øget inddragelse af afdelingsledelsen have den negative utilsigtede konsekvens, at andre opgaver må nedprioriteres fra ledelsens side.

I projektet blev der identificeret to årsager til mangelfuld implementering, som er illustreret i den forfinede programteori som dark logic. Disse er forsøgt at blive imødekommet som en del af forandringsforslagene. Inddragelse af andre afdelinger eller andet personale i den kvalitative dataindsamling, fx en diætist eller afdelingssygeplejerske, kunne potentielt have bidraget til andre utilsigtede konsekvenser til dark logic. Derfor kan der være en række utilsigtede konsekvenser ved

forandringsforslagene til More2Eat, som endnu ikke er identificeret. Forandringsforslagene er tiltænkt alle afdelinger, men der bør tages højde for, at afdelingerne har forskellige ressourcer, overskud og tilgang til udviklingen af deres ernæringspraksis. Hvis det primært er de ressourcestærke afdelinger med allerede god ernæringspraksis, der får gavn af forandringsforslagene, fremfor at det løfter de afdelinger med størst behov, skabes utilsigtet en endnu større ulighed mellem afdelingerne og deraf øget ulighed i behandling af patienterne. For at mindske øget ulighed mellem afdelingerne, er det derfor relevant i det videre arbejde med More2Eat at sætte flest ressourcer ind på de afdelinger, der har mest brug for det, fx mere samarbejde med udviklingskoordinatoren.

Projektets arbejde med videreudviklingen af More2Eat har til hensigt at sikre bedre ernæringspraksis, hvorfor udeblivelse af effekt også er en potentiel negativ utilsigtet konsekvens. Derfor anbefales det ud fra MRC-tankegangen, at der efter implementering af udvalgte forandringsforslag foretages evaluering af disse. Dette med henblik på at evaluere effekten (outcome) samt identificere potentielt utilsigtede konsekvenser over forandringsforslagene, for at understøtte et dynamisk udviklingsarbejde med fokus på løbende tilpasning til konteksten.

11.2 Ansættelse af diætist

Et fokuspunkt i forandringsforslaget har været ansættelse af en diætist på afdelingerne. Ansættelse af diætist er et konkret forslag til at opnå målene i hospitalets ernærings- måltidspolitik frem for en kvalificering af udviklingsmodellen. Det fremkom i de kvalitative resultater, at en diætist vil kunne bidrage med viden og kompetencer om ernæring til det øvrige personale. Det kan dog også have nogle negative utilsigtede konsekvenser at ansætte en diætist på afdelingen, hvorfor der er nogle faktorer, der skal tages højde for. Under den kvalitative dataindsamling blev det italesat, at en diætist vil kunne tage nogle arbejdsopgaver fra personalet i dagligdagen, hvilket på den ene side, vil kunne frigive tid til personalet, så de har mulighed for at have fokus på de mange andre opgaver, der skal udføres i dagligdagen. På den anden side er der risiko for, at det faste personale fralægger sig ansvar, da diætisten nu har opgaverne, hvorved opgaverne ikke vil blive udført, hvis diætisten er fraværende. Det er derfor vigtigt, at ved ansættelse af diætist på afdelingerne, at diætisten derfor udnytter sin viden og kompetencer, til at kvalificere og styrke det øvrige personales viden og handlekompetencer, frem for kun at overtage deres opgaver. Dette er særligt en fordel på afdelinger, hvor det er en udfordring at afsætte tid til systematisk undervisning og formidling fra ernæringsteamet. Diætisten som kompetencedriver, kan således kompensere for manglende tid til træning og undervisning. Det er dog

ikke alle afdelinger, der ønsker en diætist, eller som ikke har behov for det. Det fremkom af interviews, at hvis der kom en diætist på afdelingen, kunne personalet få frataget nogle opgaver, som de var glade for at udføre. Dette er en indgriben i personalets hverdagsliv. Ifølge Broholm-Jørgensen & Tjørnhøj-Thomsen (2022) kan indgriben i menneskers hverdagsliv resultere i utilsigtede konsekvenser, hvis forestillingen om livet og handlemulighederne ikke stemmer overens med individets. Det er derfor væsentligt, at der inden ansættelse af en diætist, laves en vurdering af afdelingens patientgruppe, samt motivation, viden og kompetencer hos personalet. Denne vurdering vil kunne laves af udviklingskoordinatoren, i samarbejde med lederen og ernæringsteamet. Idet det er et komplekst problem at implementere ernæringspraksis, er det ikke samme løsning, der er det rigtige for alle afdelinger, hvorfor det skal vurderes på den enkelte afdeling om, der er behov for en afdelingsdiætist.

11.3 Samarbejdet mellem udviklingskoordinator og ernæringsteam

Et andet forandringsforslag omhandler samarbejdet mellem udviklingskoordinatoren og ernæringsteamet, hvor der foreslås løbende forventningsafstemning og at konkrete opgaver og ansvarsfordeling skal tilføjes handleplanen. Dette forslag har til formål at opkvalificere More2Eat-udviklingsmodellen. Ifølge Petersen og Andersen (2022) kan interessentinvolvering føre til større indsigt i og forståelse af problemet, samt være et middel til at opnå medejerskab og selvbestemmelse. At medarbejdere bliver inddraget i beslutningsprocesser, kan ifølge Skivington et al. (2021a) føre til, at der sker forandring i praksis. Inddragelse af medarbejdere vil derfor betyde større sandsynlighed for at lykkes med implementeringen af ernæringsindsatsen på afdelingen. På den anden side kan der ifølge Petersen & Andersen (2022) opstå den utilsigtede konsekvens i form af utilfredshed, hvis ikke forventningerne fra interessenterne indfries, og der loves indflydelse, som ikke indfries. Derfor er det særlig vigtigt, at udviklingskoordinatoren har fokus på at forventningsafstemme, og i samarbejde med ernæringsteamet lave en tydelig og nedskrevet plan for de tiltag, der iværksættes. Det er også væsentligt, at der bliver lavet en realistisk plan, og at der ikke bliver igangsat for meget. Et kvantitativt studie af Keller et al. (2021) fandt, at på afdelinger, hvor det er sværere at afsætte tid og ressourcer til implementeringen, kan det være vigtigt at fokusere på at implementere én ting ad gangen. Først når der er succesfuld implementering af det ene tiltag på afdelingen, bør næste tiltag iværksættes.

Et forslag som et punkt til ernæringsmøderne er, at der skal foretages evaluering af kompetencer og motivation hos ernæringsteamet under ernæringsmøderne. Dette kan betyde, at personalet i ernæringsteamet kan føle sig mindreværdige, hvis de får at vide, at der ikke er tilstrækkelige

kompetencer i ernæringsteamet. Der er således risiko for, at personalet kan opleve at føle sig stigmatiseret, hvilket ifølge Broholm-Jørgensen og Tjørnhøj-Thomsen (2022) sker, hvis individet føler sig stemplet eller opnår et statustab. Derfor er det særlig vigtigt, at udviklingskoordinatoren samt afdelingslederen gør sig etiske overvejelser om, hvordan de undersøger og italesætter ernæringsteamets kompetencer og motivation for at fremme ernæringspraksis på afdelingerne.

11.4 Inddragelse af afdelingsledelser

Inddragelse af afdelingsledelsen gennem deltagelse i ernærings- og opfølgingsmøder eller gennem tilsendt beslutningsreferat har fokus på, at ernæringsteamet skal have den tilstrækkelige opbakning i form af tid og personale til at varetage deres opgaver. Hvis afdelingsledelsen ikke formår at deltage i møderne eller holde sig opdateret på ernæringsteamets arbejde, kan det medføre den negative utilsigtede konsekvens, at ernæringsteamet ikke får de rette vilkår til at arbejde med udviklingsarbejdet. Dermed vil der også kunne stilles spørgsmål ved, om afsnitsledende sygeplejerske lever op til sine ansvarsområder jævnfør Ernærings- og måltidspolitikken for Aalborg Universitetshospital (Skadhauge & Holst, 2023), herunder at sikre at ernæringsteamet får mulighed for at holde sig opdateret indenfor ernæringsområdet. Ud fra litteratur, teori og dataindsamling blev det identificeret at ledelsesopbakning er et vigtigt element i implementeringsfasen, hvorfor der er et forandringsforslag om mere inddragelse af afdelingslederen. En ulempe ved inddragelsen kan dog være, at arbejdet med udvikling af ernæringspraksissen på afdelingen kan blive mere kompleks når flere interessenter er involveret. Afdelingsledelsen har mulighed for at stille flere krav til ernæringsteamet om, at de ressourcer de får stillet til rådighed, også kommer afdelingen og patienterne til gode. Der er en forventning om, at afsat tid til ernæringsteamets opgaver fremmer ernæringspraksis, fx i form af tid til fordybelse. Tid til fordybelse i sig selv fremmer dog ikke ernæringspraksis, hvorfor det her er vigtigt at sikre et samspil mellem den viden ernæringsteamet opnår, og hvordan denne tilføjes til praksis. Det er således vigtigt, at ernæringsteamets opgaver og ansvarsområder er tydelige, så de kan udnytte ressourcerne optimalt. Dette kunne fx være ved, at ernæringsteamet kontaktede udviklingskoordinatorer for at få hjælp og støtte i udviklings- og implementeringsarbejdet. Det er dog ikke systematisk blevet undersøgt i projektet, hvordan disse ressourcer bedst bliver udnyttet, hvormed dette fortsat er et videnshul for implementeringen af korrekt ernæringspraksis.

12. Diskussion af metoder

I nedenstående afsnit vil den overordnede planlægningsmodel for projektet MRC blive diskuteret ift. bidrag i projektet og samspil med valgte videnskabsteori kritisk realisme. Dernæst vil de anvendte metoder, herunder den systematiske litteratursøgning, kvalitative metode og kvantitative metode, blive diskuteret med henblik på at vurdere kvaliteten af disse jævnfør anvendte kvalitetsbegreber.

12.1 Planlægningsmodel

Projektet tog udgangspunkt i MRC som en overordnet planlægningsmodel. For at favne kompleksiteten af evaluerings- og udviklingsarbejdet, er MRC anvendt i egenskab af sin anerkendelse som planlægningsmodel målrettet komplekse sociale interventioner. Modellen er ligeledes anerkendt og veldokumenteret i den sundhedsfaglige kontekst. For at identificere *hvorfor* der er forskel på afdelinger, har der gennem hele projektet været fokus på kerneelementerne kontekstuelle overvejelser, udvikling og justering af programteori, inddragelse af brugere og identificering af nøgleusikkerheder, hvilket har været med til at højne kvaliteten af arbejdet omkring en kompleks intervention. De sidste to kerneelementer i MRC er justering af interventionen og økonomiske overvejelser. Justeringen af interventionen kommer til udtryk i form af forandringsforslag, der er udarbejdet på baggrund af projektgruppens resultater. For et mere stringent udviklingsarbejde omkring forandringsforslagene kan der efterfølgende suppleres med INDEX-guide til udvikling af interventioner, som det anbefales i MRC (Skivington et al., 2021a). Til forandringsforslagene er der endnu ikke foretaget økonomisk evaluering, men ifølge Skivington et al. (2021a) anbefales dette. Anbefalingen og behovet for en grundig analyse af, hvad ernæringsindsatser på hospital koster, påvirker kompleksiteten af udviklingsarbejdet omkring ernæringspraksis yderligere. En sundhedsøkonomisk komparativ analyse af forandringsforslagene vil kunne være med til at belyse, hvilke omkostninger og gevinster der er forbundet med udvikling af ernæringspraksis, både for hospitalet og i det større samfundsperspektiv. Dernæst bør forslagene testes i en mindre skala inden de implementeres fuldt (pilottest). Inddragelse af økonomisk evaluering og pilottest vil derfor yderligere kunne styrke kvaliteten af forandringsforslagene og højne relevansen for praksis.

Med afsæt i kritisk realisme, har der i projektet været fokus på at undersøge de generative mekanismer, som er bindeled mellem konteksten og det outcome, at ernæringspraksis bliver udført. Derfor var det nærliggende at anvende MRC som planlægningsmodel, idet planlægningsmodellen

bygger på en kritisk teoretisk tilgang til programteori over indsatsen (Skivington et al., 2021a), hvilket har været med til at sikre metodologisk sammenhæng. Med valg af kritisk realisme har der været mulighed for at anvende flere metodiske tilgange under samme videnskabsteori (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Det anbefales at teste programteorien på forskellige måder for at højne gyldigheden af CMO-konfigurationerne (Manzano, 2016). Her har den kvantitative analyse, hvor data er fra samtlige afdelinger, højnet overførbareheden af resultaterne ift. om identificerede CMO-konfigurationer fra nogle afdelinger også gør sig gældende for resten af afdelingerne. I realistiske interviews bør der både foregå teori-opsamling, teori-justering og teori-konsolidering (Manzano, 2016). Dette er sket gennem projektets overordnede metodiske fremgangsmåde med afsæt i både litteratursøgning, kvalitative og kvantitative data. For at højne kvaliteten af identificerede CMO-konfigurationer yderligere, kunne der med fordel have været planlagt endnu en interviewrunde med informanter fra andre afdelinger, da arbejdet med MRC er en iterativ proces.

12.2 Diskussion af systematisk litteratursøgning

Til vurdering af kvaliteten af den systematiske litteratursøgning bliver begreberne *recall* og *precision* af Frandsen et al. (2014) anvendt. *Recall* er et teoretisk begreb, som beskriver den andel af relevant litteratur, som er blevet identificeret i den systematiske søgning (Frandsen et al., 2014). *Precision* vedrører, om søgningen har opfanget litteratur, som er relevant og kun det som er relevant (Frandsen et al., 2014).

I projektet er der valgt tre databaser: Cinahl, Embase og ProQuest. Disse bidrog med forskellige sundhedsfaglige perspektiver, herunder sygepleje, sociologisk og medicinsk, hvorfor databaserne er velvalgte til informationssøgning ift. projektets problemstilling. På den ene side kunne et større antal databaser bidrage til at endnu mere relevant litteratur blev fremsøgt, hvormed *precisionen* ville have været højere. På den anden side kunne det have givet mere støj i form af flere dubletter og flere ikke-relevante hits, hvis der blev søgt i for mange databaser, som også indeholdte andre emner end sundhedsfaglige. Som supplement kunne det have været gavnligt at søge i danske databaser eller i danske tidsskrifter for fag- og forskning, fx ”Sygeplejersken” og ”Diætisten”, da der her kunne have været relevante danske publicerede studier, som ikke ville være fremsøgt i de udenlandske databaser. Dermed ville både *recall* og *precisionen* have været højere. Udvælgelsen af søgeord har jævnfør Frandsen et al. (2014) betydning for *recall* og *precision*, hvor manglende relevante tesaurusser og fritekstord nedsætter både *recall* og *precision*, mens valg af irrelevante søgeord nedsætter *precisionen*. Dette er blevet forsøgt imødekommet, da søgeordene blev udvalgt nøje ved at søge

enkeltvis på disse og undersøge om der fremkom relevante hits. Yderligere blev der differentieret i søgeord mellem databaserne afhængig af indekseringen af artiklerne, samt i Cinahl søgt på *evaluation* i fritext og *program evaluation* som headings, da denne database ikke er lige så stor, og derfor ikke fremkaldte så mange hits. Dette var med til at højne recall og præcision for søgning.

I søgningen blev der anvendt søgefiltre, herunder at artikler med børn (< 18 år) skulle frasorteres i søgningen. Dermed blev populationen for søgningen indskrænket, hvilket var med til at højne præcisionen, da der i projektet ikke var interesse i artikler vedrørende børn. Ved anvendelsen af filtre er der dog risiko for, at relevante hits går tabt (Københavns Universitetsbibliotek, 2023), hvorfor det kunne have højnet recall, hvis frasorteringen af artikler vedrørende børn var blevet gjort manuelt. Manuel frasortering ud fra gennemlæsning havde i stedet krævet en større mængde arbejde for projektgruppen, hvorfor valget omkring filter for alder blev anvendt.

Inden udvælgelsen af artikler, blev der opstillet in- og eksklusionskriterier. Dette blev gjort for at sikre, at relevante studier blev udvalgt, samt at der var konsensus i gruppemedlemmernes udvælgelse. Der blev valgt kun at inkludere peer-reviewed litteratur. Dette kan på den ene side betyde udelukkelse af relevant litteratur, hvormed recall ville blive svækket. På den anden side, kan det sikre højere kvalitet af de fundne studier, at de har undergået en videnskabelig fagfællesbedømmelse (Københavns Professionshøjskole Bibliotek, 2023). Derudover blev det tydeligt efter første selektionsrunde, at der var behov for nogle mere kontekstnære inklusionskriterier. Derfor blev der opstillet yderligere tre inklusionskriterier, hvilket sikrede overførbareheden af de inkluderede studier.

Der blev til vurderingen af den metodiske kvalitet og dermed troværdigheden af artiklerne anvendt en tjekliste fra Joanna Briggs for kvalitative studier. Brugen af dette validerede og operationelle redskab bidrog til at kvalitetsvurderingen fortrinsvis kunne gennemføres af en person med sparring fra de øvrige, når der oplevedes uklarheder. Kvalitetsvurderingen af hver artikel blev kun foretaget af et gruppemedlem, hvormed pålideligheden ville have været højnet, hvis den var blevet udført af flere gruppemedlemmer. Dog blev der udført sparring gennem vurderingen og eventuelle udfordrende elementer i artiklerne blev diskuteret, hvormed kvalitetsvurderingerne vurderes at være tilstrækkelige. Sidst er en overordnet styrke ved projektets litteratursøgning den udførlig beskrevne søgestrategi, hvilket jævnfør Lund et al. (2014) er med til at skabe transparens, hvormed litteratursøgningen bliver reproducerbar.

12.3 Diskussion kvantitativ metode

Som kvalitetskriterier bliver begreberne intern validitet, ekstern validitet og reliabilitet anvendt. Intern validitet refererer ifølge Juul (2017) til troværdigheden af resultaterne i relation til, om det ønskede forhold mellem to variable måles. Ekstern validitet refererer til generaliserbarheden af resultaterne, ift. om resultaterne fra studiepopulationen kan bredes ud på hele populationen (Juul, 2017). Reliabilitet handler om, hvorvidt resultaterne er pålidelige og refererer til, om det er muligt at gentage studiet og opnå samme resultater (Juul, 2017).

12.3.1 Spørgeskemaets validitet og reliabilitet

I projektet blev anvendt kvantitative data, som på forhånd var indhentet af forskningsteamet på Aalborg Universitetshospital, hvilket betød, at projektgruppen ikke selv havde indflydelse på udformningen af spørgeskemaet og spørgsmålene. Fordelen ved dette var, at det er tidsbesparende, idet det oftest er tids- og ressourcekrævende at udarbejde et spørgeskema, da der skal tages højde for, at der kan opstå både tilfældige og systematiske bias (Launsø et al., 2017). Ulempen ved ikke selv at have udformet spørgeskemaet eller anvendt et valideret redskab var, at der i projektet blev anvendt proxy-variabler for udførsel af ernæringspraksis. Dette kan skabe en usikkerhed omkring validiteten af resultatet, når data er anvendt som mål for noget andet (Oxfords references, 2023). For projektets resultater betød det, at selvom der ikke blev fundet mange signifikante associationer mellem de kontekstuelle variable og proxy-variablerne, så er det ikke nødvendigvis et udtryk for, at der ikke er en sammenhæng i virkeligheden. Potentielt kan det i stedet skyldes, at anvendte variable for om korrekt ernæringspraksis var udført ikke var dækkende for alle elementer af korrekt ernæringspraksis. Dog blev udvalgte variabler vurderet til at være de mest anvendelige ud fra spørgeskemaet til at kunne sige noget generelt om, hvorvidt ernæringspraksis blev udført på afdelingerne.

Ved flere af analyserne for om ernæringspraksis blev udført, blev det valgt at inkludere den population af patienter, som blev vurderet i ernæringsrisiko af eksperterne, frem for den population af patienter, der blev vurderet i ernæringsrisiko af personalet. De patienter, der ikke blev vurderet i ernæringsrisiko af personalet, har således heller ikke været i fokus hos personalet for at udføre korrekt ernæringspraksis, herunder at kostregistrere og at give mellemmåltider. Dette kan give en skævvridning af resultatet således der blev lavet en undervurdering, hvorved den interne validitet svækkes.

Derudover har anvendelsen af et spørgeskema, som ikke er udformet specifikt til projektets problemstilling, også betydet en begrænset mulighed for at teste alle ønskede CMO-konfigurationer fra den initierende programteori, idet der ikke har været spørgsmål, der har favnet det hele.

Når der anvendes et spørgeskema, er det vigtigt at vurdere risikoen for selektions- og informationsbias, da begge dele kan føre til en systematisk under- eller overvurdering af en association (Juul, 2017). Selektionsbias kan opstå, hvis stikprøven ikke er repræsentativ for målpopulationen, og informationsbias kan opstå, hvis der forekommer forkert information om informanterne i stikprøven (Juul, 2017). Spørgeskemaet til afdelingerne er udfyldt enten af en afdelingssygeplejerske eller et medlem fra ernæringsteamet. At spørgeskemaet kun er udfyldt af én person på afdeling betyder, at svarene, som skal repræsentere en hel afdeling, er givet på baggrund af kun ét personales perspektiv. Dette kan betyde, at repræsentativiteten af respondenterne ikke er fyldestgørende, hvilket ifølge Juul (2017) kan resultere i selektionsbias. Det kunne derfor have styrket både den interne og eksterne validitet, hvis spørgeskemaet var besvaret af hele personalet på afdelingerne.

Derudover er der risiko for informationsbias, hvis respondenterne afgiver forkerte eller utilstrækkelige oplysninger (Juul, 2017). Det kan derfor være et problem, hvis nogle af spørgsmålene er svære at forstå, eller hvis spørgsmålene ikke føles relevante for den, som besvarer spørgeskemaet (Bjørner, 1997). Dette er dog forsøgt imødekommet ved en pilottest af spørgeskemaet. Det kan dog stadig være en udfordring at sikre reliabilitet ved subjektive spørgsmål, og dette i højere grad, når spørgeskemaet ikke er blevet valideret (Aarhus Universitet, 2023). For eksempel til spørgsmålet “*om der gives undervisning til nyt personale*”, kan det at give undervisning og at opleve at få undervisning være forskelligt, hvorfor det kan være misvisende, hvad der er svaret ift. hvad personalet oplever. Det er ligeledes en subjektiv vurdering, hvorvidt personalet oplever at skulle gå langt efter mellemmåltider på frost og køl. Personalet på afdelingerne har også forskellige forudsætninger, idet der er færre personale på arbejde om aftenen og i weekender, hvorfor der kan være en anden oplevelse af at have langt til mellemmåltider. Derudover er det ikke præciseret til spørgsmålet, “*Formidler ernæringsteamet nyheder inden for klinisk ernæring og kostforplejning til det øvrige personale?*”, hvor ofte dette gøres, samt hvilke nyheder der formidles. Det kan potentielt have betydning for associationen, om der formidles nyheder ugentligt eller årligt, hvorved reliabiliteten kan være reduceret.

12.3.2 De statistiske analyser

Der blev lavet associationstest med en χ^2 -test, hvoraf der fremkom p-værdier for de enkelte associationer. Der var meget få af disse, som var statistisk signifikante. Som identificeret i problemanalysen er det jævnfør Flottorp et al. (2013) usandsynligt at finde en tydelig sammenhæng mellem enkelte variabler og forandring i praksis inden for sundhedsinterventioner, idet forandring langt oftere er et resultat af samspillet mellem flere faktorer. Dette kan være med til at understøtte, hvorfor der blev fundet få signifikante associationer målt på enkelte variabler. Ligeledes kan det være et udtryk for, at selvom der ikke er målt en direkte signifikant sammenhæng mellem to udvalgte variabler, kan der i praksis godt eksistere et samspil. Derfor kunne det have været relevant at undersøge sammenhængen med en justeret logistisk regression, hvor flere uafhængige kontekstuelle variabler indgik.

Trods få signifikante p-værdier, blev der alligevel valgt at lave logistiske regressioner for at få en OR. Dette med henblik på at kunne undersøge tendensen for de enkelte associationer, altså om OR er over eller under 1, samt kunne bruge konfidensintervallerne til samme formål. Konfidensintervallet er et udtryk for om estimaters præcision er lav eller høj (Juil, 2017), og det var derfor muligt at sige noget om den statistiske usikkerhed ved de enkelte analyser, hvor resultaterne viste et forholdsvis smalt konfidensinterval, ift. det sparsomme data. Hvis der havde været andre variable relateret til informanten, havde det været relevant at justere for forskellige baggrundsvariabler, fx hvem der havde besvaret spørgeskemaet, hvor meget erfaring denne person havde på afdelingen eller hvilken afdeling besvarelsen kom fra, idet konteksten med fx tilgængelighed af mad er forskellig. Justering for baggrundsvariabler, kunne potentielt have givet et bedre billede af sammenhængen mellem to variable. Justering kan dog ofte give problemer med sparsomme data, da konfidensintervallerne kan risikere at blive meget brede (Kirkwood & Sterne, 2003), hvilket kunne have mindsket kvaliteten af resultaterne.

12.4 Diskussion af kvalitativ metode

Følgende afsnit tager udgangspunkt i kvalitetsbegreberne for kvalitativ metode af Kristiansen (2015) suppleret med Launsø et al. (2011), som præsenteres i det følgende.

Pålidelighed i kvalitative metoder er et udtryk for, at fremgangsmåden er transparent og tydeligt beskrevet, samt om der er anvendt valide og konsistente metoder til dataindsamling og i den efterfølgende analyse (Kristiansen, 2015). Pålidelighed højner den metodiske kvalitet, idet det er et

udtryk for, om dataindsamling og -bearbejdning er sket forsvarligt og troværdigt (Kristiansen, 2015). *Gyldighed* i kvalitativ metode er et udtryk for, at forskerens udlægning af data er tilstrækkelig og stemmer overens med den indsamlede data (Kristiansen, 2015). Gyldighed har således betydning for kvaliteten, idet det er et udtryk for troværdighed af datafremstilling og fortolkning. *Intercoder-reliabilitet* er et udtryk for pålideligheden af den samlede fortolkning, når flere arbejder i materiale mod en fælles kodning (Kristiansen, 2015). Kvaliteten styrkes, når kodningen er konsistent mellem de forskellige parter og data kodes i samme kategorier uanset, hvem der gør det (Kristiansen, 2015). Overførbare er et udtryk for i hvor høj grad resultaterne fra én kontekst er overførbare til en anden, men sammenlignelig kontekst (Launsø et al., 2011).

12.4.1 Det individuelle interview

Forud for interviews blev der lavet en detaljeret beskrivelse af metodeafsnittet, hvilket højner projektets pålidelighed omkring dataindsamling. Metodiske overvejelser og opbygning af interviewguide bygger på valide kilder og forsvarlige metoder, hvilket også fremmer pålideligheden omkring dataindsamlingen. Interviews foregik som to duo interviews og fire enkeltinterviews. I fokusgruppeinterview kan informanterne facilitere hinanden i diskussionen om et emne og undervejs forfine deres egne perspektiver, hvilket bidrager med en anden type viden end ved enkeltinterviews (Merriam & Tisdell, 2016). Samme principper kan gøre sig gældende ved duo interviews med en "gruppe" på to personer, hvorved duo interviews har bidraget med flere perspektiver på barrierer og facilitatorer ved ernæringspraksis. Da metoderne til kvalitativ dataindsamling ikke var konsistente, kan det potentielt have svækket pålideligheden, da interviewpersonerne ved enkeltinterviews ikke havde samme forudsætning for at forfine deres perspektiver med en kollega under interviewet. Fokusgruppeinterviews til dataindsamling var også en overvejelse hos projektgruppen. Fra start var det et ønske at samle personale eller afdelingssygeplejersker fra forskellige afdelinger til at diskutere, hvad der påvirker det at udføre korrekt ernæringspraksis i hverdagen. Dette kunne potentielt have bidraget med flere nuancer og debat om udfordringer på de forskellige afdelinger, og derved tydeliggjort hvori forskellene ligger. Omvendt ville der være risiko for, at nogle afdelinger ville dominere i interviewet, så der ville være mangelfulde data fra de øvrige afdelinger. Derudover ville der opstå etiske overvejelser relateret til det at samle afdelinger med henholdsvis god og mindre god ernæringspraksis. Fokusgruppeinterviews var desuden ikke muligt, da det krævede større logistik at samle nok personer, hvorved det blev til enkelt- og duo-interviews. Ud af 29 afdelinger var fem

afdelinger repræsenteret i den kvalitative dataindsamling, og idet flere afdelinger er repræsenteret, styrkes overførbareheden af fund til alle afdelinger.

Kvalitativ dataindsamling foregik dels ved fysiske interviews og dels ved telefoninterviews. Grundet logistiske udfordringer hos informanterne var det ikke muligt, at alle interviews foregik fysisk. Ifølge Sturges & Hanrahan (2004) er telefoninterviews en mulighed for at informanter kan deltage, når de ikke har mulighed for at møde op fysisk. Valg omkring delvis dataindsamling over telefon har således bidraget til større datamætning med flere afdelinger repræsenteret. I telefoninterviews kan det være sværere at styre samtalen pga. manglende nonverbal kommunikation (Brinkman & Kvale, 2015), og det kan afskære forskeren fra vigtig information, der ellers kunne være indhentet ved fysiske interviews (Sturges & Hanrahan, 2004). Derudover anbefales det, at telefoninterviews er kortere end fysiske interviews og sker ud fra en struktureret interviewguide (Sturges & Hanrahan, 2004). Interviewguiden blev ikke justeret efter, om det var telefoninterview eller fysisk interview. I transskribering af interviews var der flere længere passager med tale hos de informanter, der blev interviewet over telefon. Dette indikerer, at det var sværere at styre samtalen, hvorved mængden af relevant data var mindre. Alle informanter var dog repræsenteret i analysen, hvilket indikerer, at samtlige interviews til en vis grad bidrog med relevant viden, og derfor styrkede den samlede datamængde.

Af hensyn til anonymisering af informanter, fremgik det ikke i udvalgte citater, hvem der har deltaget i telefoninterviews, hvilket mindsker den metodiske transparens og dermed pålideligheden af data. Omvendt blev der anvendt samme pilottestede interviewguide til samtlige informanter fra afdelingerne, hvilket var med til at højne pålideligheden af fund. Under analysen af data blev det tydeligere, at social- og sundhedsassistenten og sygeplejersker uden for ernæringsteam bidrog med en anden type af viden, og enkelte gange havde svært ved at svare fyldestgørende på spørgsmål fra interviewguiden. Projektgruppen erfarede således, at spørgsmålene i interviewguiden primært var rettet mod sygeplejersker i ernæringsteamet. Såfremt projektgruppens havde været opmærksom på dette, kunne der være lavet en tilpasning af interviewguide til de forskellige personalegrupper, hvilket havde styrket kvalitetskriteriet omkring relevans af data. Dette blev dog gjort for interviewguiden til ernæringseksperter, da der på forhånd var fokus på, at hun kunne bidrage med anden viden om CMO-konfigurationerne end afdelingspersonalet.

12.4.2 Rekruttering

Projektets rekrutteringsstrategi var delvis maximum variation og delvis convenience sampling. Der blev taget afsæt i maximum variation, idet dette anbefales af Manzano (2016), når det skal undersøges, om en programteori er gældende for samtlige parter. Med maximum variation ønskes den bredeste rækkevidde af informanter inden for studiet interesse (Merriam & Tisdell, 2016). Derfor blev det forsøgt at rekruttere forskelligt personale fra alle afdelinger, da både personale fra ernæringsteamet, sygeplejersker uden for ernæringsteamet, en ernæringsekspert og social- og sundhedsassistenter kunne bidrage med viden om ernæringspraksis. Forskellige informanter har kunnet bidrage med righoldigt datamateriale fra forskellige perspektiver, hvilket øger gyldigheden af resultatet. Denne form for rekruttering blev ligeledes anvendt for at opnå mætning af data, da mætning af data jævnfør Manzano (2016) er afhængig af indholdet i data. Da informanterne kom fra fem ud af 29 afdelinger, ville det have styrket den kvalitative metode yderligere, hvis flere afdelingerne havde været repræsenteret, og dermed undersøgt deres perspektiver på, hvad der påvirker implementering af korrekt ernæringspraksis. Dette kunne potentielt have ført til dybere viden om prioritering af ressourcer og barrierer eller facilitatorer for tværfagligt arbejde omkring ernæringspraksis.

Rekrutteringen af informanter skete som en åben invitation på mail til samtlige afdelinger og dels som henvendelse til enkeltpersoner eller afdelinger, hvis de på forhånd selv havde givet udtryk for at ville deltage, men ikke fulgt op. Selvom rekrutteringen af informanter bidrog med relevant data, er der risiko for, at convenience sampling som rekrutteringsstrategi, har betydet en overvægt af ressourcestærke afdelinger, der i forvejen havde fokus på ernæringspraksis og derfor ønskede at fortælle om deres gode erfaringer. Ifølge Petersen & Andersen (2022) er det ofte ressourcestærke personer, som tilmelder sig til deltagelse i interviews. Dette kan have resulteret i en stikprøve, hvor data er mindre overførbart til øvrige afdelinger. For at have imødekommet dette, kunne der med fordel være lagt større vægt på at sikre maximum variation ved mere målrettet også at rekruttere fra afdelinger med mindre god ernæringspraksis

12.4.3 Interviewguide

I realistiske interviews har interviewer en aktiv rolle, idet interviewer diskuterer CMO-konfigurationerne med informanten i en teacher-learner cycle (Manzano, 2016). Derfor kan det ikke undgås, at interviewer til en vis grad påvirker dataindsamlingen. Idet der er anvendt tre forskellige interviewere, kan det påvirke pålideligheden ved indsamling af data, da det ikke har været konsistent. Dette er dog forsøgt at blive imødekommet ved at anvende samme interviewguide med nedskrevne

prober, samt ved at have et af de andre gruppemedlemmer med som observatør, der både kunne supplere med spørgsmål, samt sikre gensidig peer learning blandt gruppens medlemmer. Ifølge Kristiansen (2015) anses det som en kvalitetsstyrke, når interviewer normalt er en del af feltet og har oparbejdet et tillidsforhold til informanterne. Da projektgruppen ikke til dagligt er en del af feltet, kan det have svækket kvaliteten. I stedet blev der før hvert interview i en briefing, forsøgt at skabe en tryghed for informanterne, hvor formålet med interviewet og krav om tavshedspligt blev italesat. Der er således forsøgt at skabe de bedste betingelser for en tillidsfuld relation mellem interviewer og informant.

12.4.4 Transskribering

Transskriberingen blev foretaget af et af de gruppemedlemmer, der var til stede under interviewet, og det blev gjort umiddelbart efter interviewet. Dette muliggjorde, at analysen kunne påbegyndes allerede der, idet forskere, der transskriberer deres egne interviews, vil kunne huske nogle sociale og emotionelle aspekter af interviewsituationen (Kvale & Brinkmann, 2015). Idet alle gruppemedlemmer transskriberede, blev der lavet en transskriberingsguide, hvilket sikrede en ensretning og pålidelighed.

12.4.5 Analyse

Til analysen er der anvendt en anerkendt analysestrategi af Gilmore et al. (2019), som er beskrevet forud for kodning, hvilket øger pålideligheden ved at skabe transparens. Derudover valgte gruppens medlemmer at analysere data sammen. Dette sikrede fælles forståelse af datamaterialet. Ud fra kvalitetskriterium om gyldighed, blev det anset som en styrke, at alle tre interviewere bidrog til kodning af data for at inddrage flere perspektiver fra alle interviewere. Undervejs i analysen blev der flere gange diskuteret mulige kategorier og hvordan data bedst kunne bidrage til at besvare projektets problemformulering. Når der opstår forskel i kodningen på tværs af flere forskere, er det nødvendigt at genoverveje kategorierne (Kristiansen, 2015). En løbende diskussion og justering af kodningens kategorier skabte refleksion over datamaterialet og højnede intercoder-reliabiliteten, da kodningen blev konsistent blandt gruppens medlemmer. Derudover var et samarbejde omkring kodningsarbejdet med til at styrke gyldigheden omkring de kvalitative data, idet alle i projektgruppen skulle være enige i fremstilling og tolkninger af data, hvormed overfortolkning blev undgået. Det kan potentielt også have påvirket hinandens synspunkter løbende, at processen foregik sammen, hvorfor dette kunne være undgået, hvis gruppemedlemmerne hver især havde lavet analyserne, og dermed lavet en

forskertrianglering. Dette var dog ikke muligt af tidsmæssige årsager. Kodningsarbejdet blev gennemlæst af flere omgange og ved behov for præcisering blev citater flyttet til andre kodninger. Et grundigt kodningsarbejde er en styrke for de kvalitative resultater (Kristiansen, 2015), hvorfor denne metodiske fremgang forventes at have højnet projektets gyldighed.

Til analysen blev computerprogrammet Nvivo anvendt. Computerprogrammer kan både styrke projektets pålidelighed og gyldighed, idet det kan registrere den analytiske proces og dokumentere, hvordan resultaterne er fremkommet (Kristiansen, 2015). Vedlagte bilag af kodningsprocessen fra Nvivo styrker derved projektets pålidelighed og gyldighed, idet det er forsøgt at dokumentere processen tilstrækkeligt og skabe transparens.

13. Konklusion

Projektets formål var at undersøge hvorfor korrekt ernæringspraksis er implementeret med forskellig succes på hospitalsafdelinger på Aalborg Universitetshospital, samt videreudvikle kvalitetsudviklingsmodellen More2Eat, så den i højere grad tilgodeser afdelingernes forskellige kontekstuelle betingelser med henblik på at skabe positiv forandring af ernæringspraksis.

Den systematiske litteratursøgning bidrog med viden fra eksisterende forskningslitteratur om fremmende og hæmmende mekanisme for implementering af ernæringsindsatser, hvorfra den initierende programteori blev opstillet, sammen med teori fra problemanalysen. Der blev anvendt kvalitativ og kvantitativ metode til at teste den initierende programteori og opstille den forfinede programteori som resultat heraf. Kvalitative resultater fra interviews viste en variation på afdelingernes arbejde omkring ernæringspraksis, samt at en række kontekstuelle betingelser havde betydning for kvaliteten af ernæringspraksis. Kvantitative resultater viste få signifikante associationer mellem kontekstuelle betingelser og ernæringspraksis. Forandringsforslag til kvalificering af More2Eat blev udarbejdet på baggrund af den forfinede programteori.

Forandringsforslagene anbefaler, at More2Eat-modellen får tilføjet en implementeringsstrategi med tre implementationsdrivers; kompetence-, organisations-, og ledelsesdriver. Der er opstillet en række konkrete forslag til, hvordan disse kan mobiliseres. Idet der tages afsæt i en implementeringsstrategi og det igennem en programteori er identificeret, hvordan konkrete forslag kan fremme korrekt ernæringspraksis, forventes projektets forslag til videreudvikling af More2Eat at opkvalificere ernæringspraksis og styrke implementeringen heraf. For at opnå de tiltænkte mål med forandringsforslagene anbefales det, at ernæringsteams i samarbejde med udviklingskoordinatoren udvælger og igangsætter de tiltag, der passer til deres afdeling. Det anbefales yderligere, at der laves en evaluering af tiltagene løbende for at sikre, at tiltagene virker som tilsigtet.

I projektet blev afdelingspersonalet og udviklingskoordinatorens perspektiv undersøgt gennem interviews, men idet nogle af forslagene vedrører diætist og afdelingsledelse kan en systematisk undersøgelse af disse perspektiver med fordel inddrages for yderligere at kvalificere More2Eat-modellen.

14. Referenceliste

- Aalborg Universitet. (2023). *Oplysningspligt*. www.kontraktenheden.aau.dk. Retrieved 24.03.2023, from <https://www.kontraktenheden.aau.dk/Oplysningspligt/>
- Aalborg Universitetsbibliotek. (2023a). *CINAHL with full text*. www.aub.aau.dk. Retrieved 26.05.23, from https://kjdk-aub.primo.exlibrisgroup.com/discovery/fulldisplay?docid=alma9920755165605762&context=L&vid=45KBDK_AUB:AUB&lang=da&search_scope=MyInst_and_CI&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=Everything&query=any,contains,cinahl&offset=0
- Aalborg Universitetsbibliotek. (2023b). *Embase*. www.aub.aau.dk. Retrieved 26.05.23, from https://kjdk-aub.primo.exlibrisgroup.com/discovery/fulldisplay?docid=alma9920724804305762&context=L&vid=45KBDK_AUB:AUB&lang=da&search_scope=MyInst_and_CI&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=Everything&query=any,contains,embase&offset=0
- Aalborg Universitetsbibliotek. (2023c). *ProQuest*. www.aub.aau.dk. Retrieved 26.05.23, from https://kjdk-aub.primo.exlibrisgroup.com/discovery/fulldisplay?docid=alma9920727295205762&context=L&vid=45KBDK_AUB:AUB&lang=da&search_scope=MyInst_and_CI&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=Everything&query=any,contains,proquest&offset=0
- Aarhus Universitet. (2023). *Subjektive besvarelser (social desirability)*. www.metodeguiden.au.dk. Retrieved 25.05.2023, from <https://metodeguiden.au.dk/subjektive-besvarelser-social-desirability>
- Andersen, J. R., & Rigshospitalet. (2005). Underernæring på sygehusene. *Klinisk Sygepleje*, 19(2), 60-65. 10.18261/ISSN1903-2285-2005-02-09
- Beck, A. M., Balkn, U. N., Hasunen, K., Jones, L., Keller, U., Melchior, J., Mikkelsen, B. E., Schauder, P., Sivonen, L., Zinck, O., Øien, H., Ovesen, L., & Fürst, P. (2001). Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition—report and guidelines from the Council of Europe. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 20(5), 455-460. 10.1054/clnu.2001.0494

- Beck, A. M., Knudsen, A. W., Østergaard, T. B., Rasmussen, H. H., & Munk, T. (2020). Poor performance in nutrition risk screening may have serious consequences for hospitalized patients. *Clinical Nutrition ESPEN*, *41*, 365-370. 10.1016/j.clnesp.2020.10.019
- Bertram, R. M., Blase, K. A., & Fixsen, D. L. (2015). Improving Programs and Outcomes: Implementation Frameworks and Organization Change. *Research on Social Work Practice*, *25*(4), 477-487. 10.1177/1049731514537687
- Bjørner, J. B. (1997). *Dansk manual til SF-36 : et spørgeskema om helbredsstatus*. Lif.
- Bonell, C., Jamal, F., Melendez-Torres, G., & Cummins, S. (2015). 'Dark logic': theorising the harmful consequences of public health interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health (1979)*, *69*(1), 95-98. 10.1136/jech-2014-204671
- Boocock, R. C., Lake, A. A., Haste, A., & Moore, H. J. (2021). Clinicians' perceived barriers and enablers to the dietary management of adults with type 2 diabetes in primary care: A systematic review. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *34*(6), 1042-1052. 10.1111/jhn.12875
- Brinkmann, S. (2020). Etik i en kvalitativ verden. In S. Brinkmann, & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder : en grundbog* (3rd ed., pp. 581-600). Hans Reitzel.
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2020). Interviewet: samtalen som forskningsmetode. In S. Brinkmann, & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder : en grundbog* (3rd ed., pp. 33-64). Hans Reitzel.
- Broholm-Jørgensen, M., & Tjørnhøj-Thomsen, T. (2022). Ethiske overvejelser og utilsigtede konsekvenser i interventionsforskning. In K. S. Petersen, H. T. Maindal, L. Ledderer & C. Overgaard (Eds.), *Komplekse interventioner : udvikling, test, evaluering og implementering* (1st ed., pp. 245-266). Aalborg Universitetsforlag.
- Buch-Hansen, H., & Nielsen, P. (2012). Kritisk realisme. In S. Juul, & K. B. Pedersen (Eds.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - en indføring* (1st ed., pp. 277-318). Hans Reitzels Forlag.
- Buitrago, G., Vargas, J., Sulo, S., Partridge, J. S., Guevara-Nieto, M., Gomez, G., Misas, J. D., & Correia, M. I. (2019). Targeting malnutrition: Nutrition programs yield cost savings for

- hospitalized patients. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 39(9), 2896-2901.
10.1016/j.clnu.2019.12.025
- Byrnes, A., Young, A., Mudge, A., Banks, M., & Bauer, J. (2019). EXploring practice gaps to improve PERIoperativE Nutrition CarE (EXPERIENCE Study): a qualitative analysis of barriers to implementation of evidence-based practice guidelines. *European Journal of Clinical Nutrition*, 73(1), 94-101. 10.1038/s41430-018-0276-x
- Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S. C., Compher, C., Correia, I., Higashiguchi, T., Holst, M., Jensen, G. L., Malone, A., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Pirlich, M., Rothenberg, E., Schindler, K., Schneider, S. M., de van der Schueren, M. A. E., . . . Singer, P. (2016). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 36(1), 49-64.
10.1016/j.clnu.2016.09.004
- Craig, P., Di Ruggiero, E., Frohlich, K. L., Mykhalovskiy, E., & White, M. (2018). *Taking account of context in population health intervention research : guidance for producers, users and funders of research*. National Institute for Health Research & Canadian Institute of Health Research.
- Dahler-Larsen, P., & Krogstrup, H. K. (2003). *Nye veje i evaluering : håndbog i tre evalueringsmodeller*. Systime.
- Dalkin, S. M., Greenhalgh, J., Jones, D., Cunningham, B., & Lhussier, M. (2015). What's in a mechanism? Development of a key concept in realist evaluation. *Implementation Science*, 10(1), 49. 10.1186/s13012-015-0237-x
- Danielson, E. (2018). Kvalitativ forskningsinterview. In M. Henricson (Ed.), *Videnskabelig teori og metode fra idé til eksamination* (pp. 177-192). Munksgaard.
- Danske Patienter. (2023). *Fleksible faggrænser er en del af løsningen på sundhedsvæsenets problemer*. www.danskepatienter.dk. Retrieved 26.05.23, from <https://danskepatienter.dk/politik-presse/nyheder/fleksible-faggraenser-er-en-del-af-loesningen-paa-sundhedsvaesenets>

- Eide, H. D., Halvorsen, K., & Almendingen, K. (2015). Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5-6), 696-706. 10.1111/jocn.12562
- Fixsen, D., Blase, K., Naoom, S., & Duda, M. (2013). *Implementation Drivers: Assessing Best Practices*. (). UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA CHAPEL HILL: National Implementation Research Network.
[file:///C:/Users/L%C3%A6rke/Downloads/Implementation_Drivers_Assessing_Best_Practices%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/L%C3%A6rke/Downloads/Implementation_Drivers_Assessing_Best_Practices%20(1).pdf)
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research. A synthesis of the literature*. (). University of South Florida: National Implementation Research Network.
<https://nirn.fpg.unc.edu/sites/nirn.fpg.unc.edu/files/resources/NIRN-MonographFull-01-2005.pdf>
- Flottorp, S. A., Oxman, A. D., Krause, J., Musila, N. R., Wensing, M., Godycki-Cwirko, M., Baker, R., & Eccles, M. P. (2013). A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Science*, 8(1), 35. 10.1186/1748-5908-8-35
- Frandsen, T. F., Dyrvig, A., Christensen, J. B., Fæsterholdt, I., & Oelholm, A. M. (2014). En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. *Ugeskrift for Læger*, 176(7), 647-651.
- Frandsen, T. F., Gildberg, F. A., & Tingleff, E. B. (2019). Searching for qualitative health research required several databases and alternative search strategies: a study of coverage in bibliographic databases. *Journal of Clinical Epidemiology*, 114, 118-124. 10.1016/j.jclinepi.2019.06.013
- Freepik. (2023). *Hospital Food Images*. [Forsidefoto]. www.freepik.com. Retrieved 31.05.23, from https://www.freepik.com/free-photos-vectors/hospital-food?fbclid=IwAR2N8SchP_QA8EALLp77ZGehZh7lQI2Cohre15R11XP-ihUbQny3Cy055Fs

- GDPR.dk. (2023). *GDPR - så alle kan være med*. <https://gdpr.dk/>. Retrieved 26.05.23, from <https://gdpr.dk/>
- Gilmore, B., McAuliffe, E., Power, J., & Vallières, F. (2019). Data Analysis and Synthesis Within a Realist Evaluation: Toward More Transparent Methodological Approaches. *International Journal of Qualitative Methods*, 18, 160940691985975. 10.1177/1609406919859754
- Gravesen, D. T. (2023). 7.3 *Habitus og kapitaler – et spørgsmål om menneskelige erfaringer og ressourcer*. Pædagogik – introduktion til pædagogens grundfaglighed. Retrieved 23.05.2023, from <https://paedagogik.systeme.dk/?id=397>
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16(2), 250-279. 10.1016/0030-5073(76)90016-7
- Hersberger, L., Bargetzi, L., Bargetzi, A., Tribolet, P., Fehr, R., Baechli, V., Geiser, M., Deiss, M., Gomes, F., Kutz, A., Kägi-Braun, N., Hoess, C., Pavlicek, V., Schmid, S., Bilz, S., Sigrist, S., Brändle, M., Benz, C., Henzen, C., . . . Schuetz, P. (2020). Nutritional risk screening (NRS 2002) is a strong and modifiable predictor risk score for short-term and long-term clinical outcomes: secondary analysis of a prospective randomised trial. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 39(9), 2720-2729. 10.1016/j.clnu.2019.11.041
- Holgaard, J. E., Ryberg, T., Stegeager, N., Stentoft, D., & Overgaard Thomassen, A. (2020). *PBL: Problembaseret læring og projektarbejde ved de videregående uddannelser* (2nd ed.). Samfundslitteratur.
- Holst, M., Rasmussen, H. H., & Unosson, M. (2008). Well-established nutritional structure in Scandinavian hospitals is accompanied by increased quality of nutritional care. *E-SPEN, the European E-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism*, 4(1), e22-e29. 10.1016/j.eclnm.2008.09.002
- Holst, M., Staun, M., Kondrup, J., Bach-Dahl, C., & Rasmussen, H. H. (2014). Good nutritional practice in hospitals during an 8-year period: The impact of accreditation. *E-SPEN Journal*, 9(4), e155-e160. 10.1016/j.clnme.2014.05.001

- Holst, M., Lauersen, B. S., & Rasmussen, H. H. (2012). Caring for Dinner. *Journal for Nursing & Care*, 1(5), 1-7. 10.4172/2167-1168.1000117
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2014). *Hvordan organisation fungerer* (3rd ed.). Hans Reitzels Forlag.
- Jagosh, J. (2019). Realist Synthesis for Public Health: Building an Ontologically Deep Understanding of How Programs Work, For Whom, and In Which Contexts. *Annual Review of Public Health*, 40, 361-372. 10.1146/annurev-publhealth-031816-044451
- Jensen, B. B. (2009). Sundhedspædagogiske kernebegreber. In F. Kamper-Jørgensen, B. B. Jensen & G. Almind (Eds.), *Forebyggende sundhedsarbejde : baggrund, analyse og teori, arbejdsmetoder* (5th ed., pp. 220-238). Munksgaard Danmark.
- Juul, S., Bech, B. H., Dahm, C. C., & Rytter, D. (2017). *Epidemiologi og evidens* (3rd ed.). Munksgaard.
- Jysk Analyse. (2023). *Duointerviews*. jyskanalyse.dk. Retrieved 01.05.23, from <https://jyskanalyse.dk/metoder/duointerview>
- Keller, H. H., Vesnaver, E., Davidson, B., Allard, J., Laporte, M., Bernier, P., Payette, H., Jeejeebhoy, K., Duerksen, D., & Gramlich, L. (2014). Providing quality nutrition care in acute care hospitals: perspectives of nutrition care personnel. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 27(2), 192-202. 10.1111/jhn.12170
- Keller, H., Koechl, J. M., Laur, C., Chen, H., Curtis, L., Dubin, J. A., Gramlich, L., Ray, S., Valaitis, R., Yang, Y., & Bell, J. (2021). More-2-Eat implementation demonstrates that screening, assessment and treatment of malnourished patients can be spread and sustained in acute care; a multi-site, pretest post-test time series study. *Clinical Nutrition*, 40(4), 2100-2108. 10.1016/j.clnu.2020.09.034
- Kirkwood, B. R., & Sterne, J. A. C. (2003). *Essential Medical Statistics* (2nd ed.). Wiley.
- Kjeld, S. G., Brautsch, L. A. S., Svartá, D. L., Hansen, A. F., Andersen, S., & Danielsen, D. (2022). *Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet - en systematisk litteraturgennemgang*. (No. 1). København: Sundhedsstyrelsen. 978-87-7014-404-9

https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Ulighed/8947-SST-Rapport-Ulighed-i-moedet_TILG.ashx

- Københavns Professionshøjskole Bibliotek. (2023). *Peer review*. www.bibliotek.kp.dk. Retrieved 24.05.2023, from <https://bibliotek.kp.dk/kp/opgaveskrivning/peerreview>
- Københavns Universitetsbibliotek. (2023). *Søgestrategi*. www.kub.kb.dk. Retrieved 23.05.23, from <https://kub.kb.dk/systematiske-reviews/soegestrategi>
- Kristiansen, S. (2015). Kvalitative analyseredskaber. In S. Brinkmann, & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder : en grundbog* (3rd ed., pp. 481-496). Hans Reitzel.
- Krogstrup, H. K. (2016). *Evalueringsmodeller* (3rd ed.). Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview. Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3rd ed.). Hans Reitzels Forlag.
- Launsø, L., Rieper, O., & Olsen, L. (2017). *Forskning om og med mennesker -forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning* (7. udgave, 3. oplag ed.). Munksgaard.
- Laur, C., McCullough, J., Davidson, B., & Keller, H. (2015). Becoming food aware in hospital: A narrative review to advance the culture of nutrition care in hospitals. *Healthcare (Basel)*, 3(2), 393-407. 10.3390/healthcare3020393
- 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*, 17(1), 498. 10.1186/s12913-017-2409-7
- Lewin, K. (1951). *Field Theory in Social Science. Selected Theoretical Papers*. University of Chicago Press.
- Lindorff-Larsen, K., Højgaard Rasmussen, H., Kondrup, J., Staun, M., & Ladefoged, K. (2007). Management and perception of hospital undernutrition—A positive change among Danish doctors and nurses. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 26(3), 371-378. 10.1016/j.clnu.2007.01.006
- Lockwood, C., Munn, Z., & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *International Journal Evidence Based Healthcare*, 13(3), 179–187.

- Louredo, F., de Sousa Gusmão, Raupp, E., & Araujo, C. A. S. (2023). Meaning of sustainability of innovations in healthcare organizations: A systematic review. *Health Services Management Research*, 9514848231154758. 10.1177/09514848231154758
- Lund, H., Juhl, C., Andreasen, J., & Møller, A. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning : redskaber til evidensbaseret praksis* (1st ed.). Munksgaard.
- Mac, A., & Hagedorn-Rasmussen, P. (2013). *Projektarbejdets kompleksitet - viden, værktøjer og læring* (1st ed.). Frederiksberg Samfundslitteratur.
- Manzano, A. (2016). The craft of interviewing in realist evaluation. *Evaluation (London, England.1995)*, 22(3), 342-360. 10.1177/1356389016638615
- Maribo, T., Vinther Nielsen, C., & Borg, T. (2016). *Rehabilitering: en grundbog* (2nd ed.). Gad.
- McCormack, B., Rycroft-Malone, J., DeCorby, K., Hutchinson, A. M., Bucknall, T., Kent, B., Schultz, A., Snelgrove-Clarke, E., Stetler, C., Titler, M., Wallin, L., & Wilson, V. (2013). A realist review of interventions and strategies to promote evidence-informed healthcare: A focus on change agency. *Implementation Science*, 8(1), 107. 10.1186/1748-5908-8-107
- McKenzie, J., Neiger, B., & Thackaray, R. (2016). *Planning, Implementing & Evaluating Health Promotion Programs: A Primer* (7th ed.). Pearson.
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research A guide to design and implementation* (4th ed.). Jossey-Bass a Wiley Brand.
- Merton, R. K. (2009). The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action. *Sotsiologicheskii Zhurnal*, 15(2), 5-17.
- Meyer, F., & Valentini, L. (2019). Disease-Related Malnutrition and Sarcopenia as Determinants of Clinical Outcome. *Visceral Medicine*, 35(5), 282-291. 10.1159/000502867
- Mikkelsen, H., & Riis, J. O. (2011). *Grundbog i projektledelse* (10th ed.). Prodevo.
- Mintzberg, H. (1979). *Structuring of organizations : a synthesis of the research*. Prentice-Hall.
- Møller Pedersen, K. (2013). *Sundhedsøkonomi* (1st ed.). Munksgaard.

- Mortensen, M. N., Larsen, A. K., Skadhauge, L. B., Høgsted, R. H., Beermann, T., Cook, M. E., Rasmussen, H. H., Mikkelsen, B. E., & Holst, M. (2019). Protein and energy intake improved by in-between meals: An intervention study in hospitalized patients. *Clinical Nutrition ESPEN*, *30*, 113-118. 10.1016/j.clnesp.2019.01.007
- Nielsen, S. A., Fischer, A., Sørensen, L. M. & Ernst, A. E. (2022). 'De offentlige sygehuse styrtbløder personale': 2400 sygeplejersker har forladt regionerne på ét år. DR. Retrieved 27.02.2023, from <https://www.dr.dk/nyheder/politik/folketingsvalg/de-offentlige-sygehuse-styrtbloeder-personale-2400-sygeplejersker-har>
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, *10*(1), 53. 10.1186/s13012-015-0242-0
- O'Connell, M. B., Jensen, P. S., Andersen, S. L., Fernbrant, C., Nørholm, V., & Petersen, H. V. (2017). Stuck in tradition-A qualitative study on barriers for implementation of evidence-based nutritional care perceived by nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, *27*(3-4), 705-714. 10.1111/jocn.14020
- Olesen, M. D., Modlinski, R. M., Poulsen, S. H., Rosenvinge, P. M., Rasmussen, H. H., & Holst, M. (2021). Prevalence of signs of dysphagia and associated risk factors in geriatric patients admitted to an acute medical unit. *Clinical Nutrition ESPEN*, *41*, 208-216. 10.1016/j.clnesp.2020.12.020
- Ottrey, E., Palermo, C., Huggins, C. E., & Porter, J. (2020). A longitudinal ethnographic study of hospital staff attitudes and experiences of change in nutrition care. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *33*(4), 574-583. 10.1111/jhn.12734
- Oxfords references. (2023). *proxy variable*. www.oxfordreference.com. Retrieved 23.05.23, from <https://www.oxfordreference.com/display/10.1093/oi/authority.20110803100351624;jsessionid=5325F59D528D0F48F8B3DAC846AB7455>
- Papier, I., Lachter, J., Hyams, G., & Chermesh, I. (2017). Nurse's perceptions of barriers to optimal nutritional therapy for hospitalized patients. *Clinical Nutrition ESPEN*, *22*, 92-96. 10.1016/j.clnesp.2017.08.002
- Pawson, R., & Tilley, N. (2004). *Realist Evaluation*

- Pedersen, P. U., Tewes, M., & Bjerrum, M. (2012). Implementing nutritional guidelines - the effect of systematic training for nurse nutrition practitioners. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 178-185. 10.1111/j.1471-6712.2011.00912.x
- Petersen, K. S., & Andersen, P. T. (2022). Interessentinvolvering og samskabelse i interventionsforskning. In K. S. Petersen, H. T. Maindal, L. Ledderer & C. Overgaard (Eds.), *Komplekse interventioner : udvikling, test, evaluering og implementering* (1st ed., pp. 227-244). Aalborg Universitetsforlag.
- Porter, J., & Ottrey, E. (2018). Process evaluation of implementing Protected Mealtimes under clinical trial conditions. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 74(8), 1955-1963. 10.1111/jan.13693
- Rasch, E. H., Stilling, A., Hedegaard, M. & Christiansen, S. E. (2016). *Knappe ressourcer tvinger til kreativitet*. www.dsr.dk. Retrieved 25.05.2023, from <https://dsr.dk/fag-og-forskning/blog/knappe-ressourcer-tvinger-til-kreativitet>
- Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Staun, M., Ladefoged, K., Lindorff, K., Jørgensen, L. M., Jakobsen, J., Kristensen, H., & Wengler, A. (2006). A method for implementation of nutritional therapy in hospitals. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 25(3), 515-523. 10.1016/j.clnu.2006.01.003
- Rasmussen, L. T., Remvig, K., & Wien, C. (2017). Litteratur- og informationssøgning til opgaven. In L. Rienecker, & P. S. Jørgensen (Eds.), *Den gode opgave. Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser* (5th ed., pp. 145-170). Samfundslitteratur.
- RKKP. (2019). *Den Landsdækkende Database for Geriatri. National årsrapport 2019*. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram.
- Roberts, S., Grealish, L., Williams, L. T., Hopper, Z., Jenkins, J., Spencer, A., & Marshall, A. P. (2019). Development and Process Evaluation of a Complex Intervention for Improving Nutrition among Hospitalised Patients: A Mixed Methods Study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 7(2)10.3390/healthcare7020079
- Rogers, P. J. (2008). Using Programme Theory to Evaluate Complicated and Complex Aspects of Interventions. *Evaluation (London, England.1995)*, 14(1), 29-48. 10.1177/1356389007084674

- Schein, E. H. (1994). *Organisationskultur og ledelse* (2nd ed.). Valmuen.
- Schuetz, P., Sulo, S., Walzer, S., Vollmer, L., Stanga, Z., Gomes, F., Rueda, R., Mueller, B., & Partridge, J. (2020). Economic evaluation of individualized nutritional support in medical inpatients: Secondary analysis of the EFFORT trial. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 39(11), 3361-3368. 10.1016/j.clnu.2020.02.023
- Skadhauge, L. B., & Holst, M. (2023). *Ernærings- og Måltidspolitik for Aalborg Universitetshospital*. www.pri.ru.dk. Retrieved 23.05.23, from https://pri.ru.dk/Sider/32206.aspx#a_Toc51665768
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021a). Framework for the development and evaluation of complex interventions: Gap analysis, workshop and consultation-informed update. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 25(57), i-132. 10.3310/HTA25570
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021b). A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ (Online); BMJ*, 374, n2061. 10.1136/bmj.n2061
- Sturges, J. E., & Hanrahan, K. J. (2004). Comparing Telephone and Face-to-Face Qualitative Interviewing: a Research Note. *Qualitative Research*, 4(1), 107-118. 10.1177/1468794104041110
- Sundhedsstyrelsen. (2022). *Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko*. (). København: Sundhedsstyrelsen.
- Thomsen, T. K., Pedersen, J. L., Sloth, B., Damsgaard, E. M., Rud, C. L., & Hvas, C. L. (2022). 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(1), 108-115. 10.1111/jhn.13025
- Vallgård, S., Diderichsen, F., & Jørgensen, T. (2014). *Sygdomsforebyggelse* (1st ed.). Munksgaard.

Wilken, L. (2010). *Bourdieu for begyndere*. Samfundslitteratur.

Williams, B., Perillo, S., & Brown, T. (2015). What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review. *Nurse Education Today*, 35(2), e34-e41. 10.1016/j.nedt.2014.11.012

World Medical Association. (2022). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* . www.wma.net. Retrieved 24.04.2023, from <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Young, A. M., Keller, H. H., Barnes, R., & Bell, J. J. (2019). Clinicians as novice facilitators: a SIMPLE case study. *Journal of Health Organization and Management*, 33(1), 78-92. 10.1108/JHOM-03-2018-0071