

ANALYSE AF MARKEDSPOTENTIAL
FOR SALG AF KOST TIL PATIENTER MED
DYSFAGI I REGIONSHOSPITAL
NORDJYLLANDS OPTAGEKOMMUNER

Medical Market Access 10. Semesters Speciale

FIRAS EL-SAYED
&
MORSAL
GHAFORY

Abstract

Dysphagia is defined as swallowing difficulties, which most frequently occurs to the senior populations due to underlying illnesses such as neurological conditions, apoplexy, Parkinson's disease, and moreover. The symptom can cause both physical and mental distress to the individual patient. A modified dysphagia diet can influence the treatment of the symptom as the Dysphagia diet is divided into soft, gratin and crème diets and thus, readjusted to the functional capacity of the individual patient. The Regional Hospital of North Denmark (RHN), with its kitchen in charge of developing the Dysphagia diet, produces modified dysphagia diet, ensuring the patient-specific diet and nutritional needs. However, RHN's resources are limited, wherefore a further development of the current modified Dysphagia diet is desired to meet the needs and requirements of professionals', patients suffering with Dysphagia, and public servers. In the long term, by RHN desires that the Dysphagia diet will furthermore generate interest among entrepreneurs in North Denmark and potentially lead to successfully market penetration both commercially and in the public sector. To conclude on the research question, a qualitative method will be utilized, in terms of interviews with professionals, citizens with Dysphagia, and public servers. The transcribed interviews will be utilized in the qualitative analysis. The collected data will be delimited and compartmentalized into themes, to thoroughly conclude on the research question. Thereafter the informant's statements, in relation to the different themes, will be analyzed.

The qualitative analysis has in the theme; *Wishes and requirements for dysphagia diet*, concluded that texture, flavor, appearance and nutritional composition, has a significant impact on the Dysphagia diet. From the theme *Economic aspect of Dysphagia*, it is indicated that there is a willingness from the citizens to pay a higher price for dysphagia diet, however, at the same time it is indicated, by local public sever, that the resources are limited and therefor it has to prioritized. The qualitative analysis further concludes a need for further development of the current modified dysphagia diet regarding texture, taste/flavor, and appearance. These elements have a significant impact on the further development of the modified diet, as it can contribute to an increased quality of life for patients suffering from Dysphagia. Furthermore, the costs of the newer developed diet must be held low, due to the municipalities' restrictions of pricing within acceptable frames, to comply with the limited resources at their disposal.

Resume

Introduktion: Dysfagi defineres som problemer med synkeprocessen, som opstår hyppigt hos den ældre befolkning og grundet bagvedliggende sygdomme, herunder neurologiske tilstande, apopleksi, Parkinsons sygdom med mere. Symptomet kan både skabe fysiske og psykiske lidelser hos den enkelte patient. Den modificeret dysfagikost kan have en indflydelse på håndtering af dysfagi, hvor dysfagikosten inddeles i blød-, gratin- og cremet kost, som tilpasses den enkeltes funktionsevne. Udviklingskøkkenet på Regionshospital Nordjylland (RHN) producerer modificeret dysfagikost, hvor de tilgodeser patientens specifikke kost og ernæringsbehov. RHN har et begrænset sortiment, derfor ønskes en videreudvikling af den eksisterende modificeret dysfagikost for at efterkomme fagpersonernes, borgere med dysfagis og embedsmænds krav og ønsker. Der ønskes på sigt at dysfagikosten skal vække interesse hos de erhvervsdrivende i Nordjylland, som skal overtage projektet og derefter indtræde det kommercielle - og kommunale marked.

Metode: Til besvarelse af forskningsspørgsmålet er den kvalitative metodetilgang anvendt, i form af interview med fagpersoner, borgere med dysfagi og embedsmænd. De transskriberet interviews blev anvendt til den kvalitative analyse. De indsamlede data blev afgrænset samt inddelt i temaer med det formål at besvare det ønskede forskningsspørgsmål. Dernæst blev informanternes udtalelser i forbindelse med de forskellige temaer analyseret.

Analyse: Den kvalitative analyse resulterede i at teamet *Ønsker og krav til dysfagikost*, herunder konsistens, smag, udseende og ernæringssammensætning, har en væsentlig indflydelse på dysfagikosten. Temaerne *Videreudviklet modificeret dysfagi kost* og *Påvirkning af livskvaliteten* resulterede yderligere at der er behov for videreudvikling af den eksisterende modificeret dysfagikost samt har en indflydelse på livskvaliteten. Ud fra teamet *Det økonomiske aspekt af dysfagi*, indikeres der en villighed hos borgerne til at betale en merpris for dysfagikosten, dog tyder den kommunale embedsmænds at ressourcerne er knappe og dermed handler det om prioritering.

Konklusion: Ud fra den kvalitative analyse kan der konkluderes, at der er behov for at videreudvikle den eksisterende modificeret dysfagikost med hensyn til konsistens, smag, udseende. Disse elementer har en væsentlig indflydelse på videreudvikling af den modificeret dysfagikost, da det kan skabe en bedre livskvalitet for borgere med dysfagi. Ydermere skal omkostningerne for den videreudviklet modificeret dysfagikost holdes lave. Dette skyldes at kommunerne skal holde sig indenfor en acceptabel ramme for at kunne overholde de knappe ressourcer de stilles til rådighed.

Indholdsfortegnelse

Abstract	2
Resume	3
Forord	6
Læsevejledning	7
1. Introduktion	8
2. Baggrundsinformation	10
2.1 Den normale synkeproces.....	10
2.2 Dysfagi.....	11
2.2.1 Fysiske og psykiske komplikationer ved dysfagi	13
2.3 Diagnostisering og behandling af dysfagi	14
2.3.1 Undersøgelsesprocedurer	15
2.3.2 Ernæringsdiagnose	15
2.3.3 Ernæringsintervention	16
2.3.4 Ernæringsprincipper	16
2.3.5 Konsistenstrappen	17
2.4 Modificeret kost.....	18
2.4.1 Den eksisterende modificeret dysfagikost.....	19
2.4.2 Den videreudviklet modificeret dyfagikost.....	22
2.5 Påvirkning af livskvaliteten	22
2.6 Markedsadgang.....	22
2.6.1 Produktlivscyklus	24
2.6.2 Produktudvikling.....	25
2.6.3 Markedstyper	28
2.6.4 Serviceloven.....	30
3. Forskningsformål.....	31
4. Metode	32
4.1 Forskningsdesign	32
4.2 Metodevalg.....	33
4.2.1 Det semistruktureret interview	33
4.2.2 De 7 faser.....	34
Etiske overvejelser	38
5. Analyse.....	41
5.1 Ønsker og krav til dysfagikost.....	41
5.1.1 Konsistens	41
5.1.2 Smag	42
5.1.3 Ernæringssammensætning	43
5.1.4 Udseende.....	44
5.1.5 Sortiment	45
5.2 Det økonomiske aspekt af dysfagi.....	46

6. Diskussion	49
6.1 Primære fund	49
6.2 Styrker og begrænsninger.....	52
6.3 Forfatterens placering	53
6.4 Troværdighed og generaliserbarhed	54
6.5 Fremtidig forskning.....	55
7. Konklusion.....	57
Referenceliste	58
Bilag 2 - Interviewguide for borgere med dysfagi.....	62
Bilag 3 - Interviewguide for embedsmænd	64
Bilag 4. Samtykke dokument til informanter.....	66

Forord

Specialeprojektet på 10. semester er udarbejdet af en gruppe bestående af to studerende, Firas Elsayed og Morsal Ghafory, fra Aalborg Universitet. De to studerende har en bachelorgrad i Medicin med Industriel Specialisering og er på nuværende tidspunkt i gang med kandidatretningen Medical Market Access. Specialeprojektet er udarbejdet fra perioden september 2019 til januar 2020.

Specialet er udarbejdet i samarbejde med Regionshospital Nordjylland (RHN). På gruppens vegne skal der lyde en særlig tak til projektets hovedvejleder adjunkt, Cathrine Elgaard Jensen fra Aalborg Universitet samt til de to eksterne vejleder fra RHN, Kathrine Jepsen og Dorthe Melgaard Kristiansen.

Læsevejledning

IMRad opbygningen er anvendt til strukturen af specialeprojektet, hvilket inddeler hovedafsnittene i henholdsvis Introduktion, Baggrundsinformation, Metode, Analyse, Diskussion og Konklusion, samt med tilhørende underafsnit. Ydermere er de forskellige afsnit nummeret samt sat i kronologisk rækkefølge, hvorved hovedafsnittene er nummeret 1. og de tilhørende underafsnit er 1.1 eller 1.1.1. I specialeprojektet anvendes terminologien for de anvendte forkortelser første gang med forkortelsen i parentes.

Microsoft Office Word[®] er benyttet til at konstruere de anvendte figurere, illustrationer og tabeller i projektet, samt er de forklaret med enten en tabel- eller en figurtekst.

Til projektets referencer er Mendeley[®] anvendt som referenceprogram, samt er referencerne organiseret efter et talsystem. Vancouver-modellen er anvendt til organisering af referencerne, hvilket sætter dem i kronologisk rækkefølge. Referencelisten kan findes sidst i projektet.

Referencelisten er struktureret på følgende måde:

- Artikler: Forfatter, år, titel, udgave, sideantal og sidetal.
- Bøger: forfatter, udgivelsesår og titel.
- Websites: Forfatter, udgivelsesår, titel, URL-link og dato.

1. Introduktion

Dysfagi defineres som udfordringer med synkeprocessen, hvilket ofte opstår som et symptom ved neurologiske tilstande og sygdomme, der medfører, at musklerne omkring munden, svælget og spiserøret bliver svage og ukoordinerede, grundet lammelser eller føleforstyrrelser (1–3).

Symptomet opstår hyppigst hos den ældre befolkning grundet forskellige bagvedliggende sygdomme, herunder apopleksi (4,5), Parkinsons sygdom, Alzheimers sygdom, Amyotrofisk lateral sklerose (6,7) og hoved- og halscancer (8). Derudover kan symptomet både skabe fysiske og psykiske lidelser hos den enkelte patient, henholdsvis motorisk planlægning, kontrol forstyrrelser og angst, depression, nedsat livskvalitet, social isolation også videre (1,9,10). Ifølge en undersøgelse udført af Melgaard et al. påpeges det, at borgere med dysfagi er mere samfundsmæssige omkostningstunge holdt op imod andre patienter, da der skal anvendes flere ressourcer på hjemmepleje, genoptræning, indlæggelser samt dødelighed (11). Håndteringen af dysfagi kan varetages på forskellige måder, men den mest anvendte metode er i form af indtagelse af modificeret kost og drikke, som inddeles i blød-, gratin- og cremet kost, som skal tilpasses den enkelte patients funktionsevne (12,13).

Regionshospitalet Nordjylland (RHN) har et forankret køkken, kaldet Udviklingskøkkenet, der i samarbejde med det lokale erhvervsliv i Nordjylland samt vidensinstitutioner, har til formål at udvikle og skabe innovativ fødevareproduktion, til borgere med særlige kost- og ernæringsbehov, herunder dette projekts fokus i forbindelse med en videreudvikling af dysfagikost (14). Køkkenet forsøger løbende at videreudvikle og forbedre kosttilbuddene til borgere og patienter kontinuerligt. Ifølge ansatte på RHN er det overordnede sortiment og udvalg af mad begrænset, når dette omhandler kost til borgere med dysfagi. Borgere, som har mulighed for at tilgå dysfagikosten fra RHN, er borgere som har enten været indlagt på RHN eller er bosiddende i følgende kommuner; Brønderslev, Hjørring, Frederikshavn, Jammerbugt og Læsø.

På nuværende tidspunkt ønsker Udviklingskøkkenet en videreudvikling af den allerede modificerede dysfagikost, i gratin-form, for at efterkomme de respektive borgere og fagpersonernes forventninger og krav i forhold til optimering af dysfagikost. I dag tilbyder Udviklingskøkkenet tilbyder gelésmørrebrød samt hele gelérugbrød, som er blevet efterspurgt af borgerne.

Derudover ønsker udviklingskøkkenet på RHN at afdække muligheden for at indtræde det kommercielle marked for tilstedeværelse i detailhandel, med henblik på at udbrede dysfagikost og

gøre det let tilgængeligt for borgere med dysfagi. Til sammenligning med allergene venlige fødevarer, såsom glutenfri og laktosefri.

Udover en optimering af dysfagikosten, kræves det yderligere økonomiske ressourcer at implementere dysfagikost på eksempelvis plejehjem. Af denne årsag bør embedsmænd inddrages i arbejdet med videreudviklingen af den modificeret dysfagikost, for at kunne imødekomme og opfylde serviceloven jf. §83 vedrørende tildeling af specialkost til borgere med særlige kost- og ernæringsbehov (15).

Ifølge ansatte hos Udviklingskøkkenet er organisationen forhindret i at skabe fortjeneste på deres produkter, hvilket kan være årsagen til den begrænsede udbredelse af den modificerede dysfagikost. Som tidligere nævnt, blev Udviklingskøkkenet etableret med et ønske om et samarbejde med erhvervslivet i Nordjylland. Da Udviklingskøkkenet ikke har tilladelse til at føre virksomhed, som skaber fortjeneste, er ønsket netop at samarbejdet med erhvervslivet vil resultere i at projektet vil have interesse for private virksomheder, som derefter kan overtage og kommercialisere det.

Dette projekt har fokus på at undersøge og identificere inputs til ændringer af den eksisterende modificeret dysfagikost. Dette gøres for at optimere den eksisterende modificeret dysfagikost ud fra et ønske om at komme ind på det kommercielle marked og det kommunale marked.

2. Baggrundsinformation

2.1 Den normale synkeproces

I det følgende afsnit vil anatomien af den normale synkeproces gennemgås. Dette gøres for at skabe en bedre forståelse for dysfunktionel synkning. Synkning er en kompliceret proces, som er styret af kontraktioner fra muskler, hvilket muliggør transport af mad og vand fra munden gennem svælget og spiserøret og ned til mavesækken. Den normale synkeproces består af tre faser; ofte tilføjes en ekstra fase før de tre faser, i form af den præorale fase, dernæst kommer den orale fase. Den tredje fase er den pharyngeale fase og den sidste og fjerde fase, er den øsofageale fase (16,17).

Præorale fase

Den præorale fase begynder inden maden er kommet ind i munden. Denne fase påbegyndes allerede når maden bliver tilberedt, berørt, anrettet, ved duft af maden og madens tilførsel til munden. I denne fase involveres spytt og mavesaftsproduktion og samtidigt forberedes synkningsprocessen, som reaktion på duft og synet af maden (17).

Den orale fase

Den orale fase påbegyndes når maden kommer ind i munden. Denne fase foregår i mundhulen, som bliver styret af det somatiske nervesystem. I denne fase sker nedbrydningen af fødebollen (bolus) ved hjælp af tungen, tyggemusklene samt spytt. Bolus bliver presset mod ganen, hvor musklerne musculus mylohyoideus og musculus styloglossus bliver aktiveret. Herefter bliver bolus nedbrudt til mindre dele, hvor det derefter bliver ført fra mundhulen til svælget ved hjælp af musklen isthmus faucium (16,17).

Den pharyngeale fase

I den pharyngeale fase åbnes musklen isthmus faucium, hvorved overtrykket i mundhulen presser bolus ned i svælget, som kaldes for synkebevægelsen. Synkebevægelsen sker ved, at neuronerne i svælget sender signaler til synkecenteret i hjernestammen. Bolus forhindres i at komme op i næsesvælget på grund af kontraktion af musculus tensor veli palatini og musculus constrictor pharyngis superior. Derudover lukker stemmebåndene sammen samt strubelåget bøjes bagud, så bolus ikke kommer i luftvejene, som forhindrer aspiration (16,17).

Den esophageale fase

I den esophageale fase befinder bolus sig i svælget, hvorved bolus bliver transporteret fra svælget ned til spiserøret ved hjælp af peristaltiske bølger. Bølgerne er kontraktionsbølger, som bliver aktiveret af synkecentret. Den nedre del af spiserøret åbner og bolus bliver transporteret videre ned til mavesækken via de peristaltiske bølger, samtidig med, at den øvre del af spiserøret lukker (16,17).

2.2 Dysfagi

Dysfagi defineres som forstyrrelser i synkeprocessen, hvilket kan være associeret med anatomiske, strukturelle, mekaniske eller neurologiske abnormaliteter (1,13,18).

Dysfagi inddeles i to typer, henholdsvis øvre og nedre dysfagi, hvor øvre dysfagi er problemer i munden og svælget mens nedre dysfagi er relateret til problemer i spiserør og mavesæk. I nærværende projekt fokuseres der på øvre dysfagi, da det opstår ved neurologiske sygdomme eller strukturelle forandringer i halsen (1,19).

Problemer i synkeprocessen vanskeliggør synkning af mad, væske eller medicin. Desuden kan patienten have svært ved at synke selvstændigt eller sikkert (1,19).

Dysfagi opstår grundet forskellige tilstande eller som følge af forskellige lidelser. Nedenstående tabel 1 viser lidelser forbundet med den ældre befolkning samt lidelser, som kan føre til udvikling af dysfagi.

Tabel 1 viser en oversigt over de forskellige ætiologier for dysfagi hos ældre (1)..

ÆTOLOGIER FOR DYSFAGI	
STRUKTUREL	Tandforringelse Neoplastiske forandringer i synkeprocessen
SLIMHINDESYGDOMME	Infektioner eller inflammation i mundhulen
NEUROLOGISKE OG NEUROMUSKULÆR LIDELSER	Akut: Apopleksi Degenerativ: Parkinsons sygdom, multiple sklerose også videre. Muskeldystrofi Dystoni
TERAPEUTISKE	Medicinske effekter

	Strålingseffekter Operative effekter
KOGNITIVE	Demens Niveau af ophidselse, opmærksomhed og motivation Langsom/nedsat kognitive handlinger
ANDRE	Depression Smerte (eksempelvis traumer, infektion) Psykkiske lidelser (eksempelvis spiseforstyrrelser)

Dysfagi opstår oftest hos ældre over 65 år samt hos patienter med neurologiske sygdomme, eksempelvis patienter med apopleksi, Alzheimer sygdom, Parkinsons sygdom og Amyotrofisk Lateral Sklerose med mere (4–7). Hoved- og halscancer patienter kan desuden udvikle dysfagi i forbindelse med strålebehandling eller operation (8). Prævalensen af dysfagi ved de nævnte sygdomme vist i nedenstående tabel 2. Studier indikerer at prævalensen af ældre borgere i plejebolig og på hospitaler ligger på 40 % (20,21). Dysfagi opstår desuden hos patienter med traumatisk hjerneskade i den tidlige rehabiliteringsfase, hvor 27-30% af disse lider af dysfagi (7).

Tabel 2 viser en oversigt over prævalensen af dysfagi ved forskellige sygdomme.

Sygdomme	Prævalens	Kilde
Parkinson	>80 %	(6,7)
Apopleksi	64 %	(5)
Alzheimer	>80 %	(6,7)
Amyotrofisk lateral sklerose	48-86 %	(6,7)
Hoved-halscancer	20-80 %	(8)

2.2.1 Fysiske og psykiske komplikationer ved dysfagi

Inden diagnosticering af dysfagi opstår der nogle forskellige kliniske tegn, som kan opfanges af sundhedsfaglige professionelle, som vist i tabel 3 (13,22,23).

Tabel 3 viser en oversigt over de forskellige kliniske tegn ved dysfagi (13,22,23).

Kliniske tegn
Utilsigtede vægttab
Hyppige feber episoder
Hosten under måltider
Ændret stemme, ”våd” stemme
Langsom synkeproces
Synkningssmerter
Frygt for at synke
Besvær med mundvand
Vejrtrækningsproblemer
Opkast under og efter måltider

Forstyrrelser eller problemer med synkeprocessen kan medføre forskellige komplikationer, såsom lungebetændelse, underernæring og dehydrering, samt i svære tilfælde død (13,24,25). Et studie af Melgaard et al. indikerer en mortalitetsrate på 33 % hos borger med dysfagi kontra borgere som ikke lider af dysfagi, over en tidshorisont på et halvt år (26). Dysfagi kan ydermere føre til psykiske lidelser i form af angst og depression, som har en indflydelse på det sociale liv (9). Dette skyldes forsigtigheden og besværet ved at spise, ikke mindst ved større arrangementer og i sociale relationer. Dysfagi kan ydermere føre til nedsat spiselyst, mindske madglæde og gøre det svært at færdiggøre måltider. Studiet af Ekberg et al. viste, at patienter med dysfagi led af social isolering. Undersøgelsen viste desuden, at patienter med dysfagi undgik at spise sammen med andre samt at de blev underernæret, hvilket førte til nedsat aktivitet og sløvhed (9). Borgere med dysfagi har endvidere større risiko for øget sygelighed og reduceret livskvalitet (9,10,27,28).

2.3 Diagnosticering og behandling af dysfagi

Under diagnosticering samt opsporing af niveauet af dysfagi hos den enkelte patient, anvendes systematiske og kliniske undersøgelsesmetoder (12). Undersøgelsesmetoderne anvendes for at vurdere om der forekommer tegn på dysfagi og om patienten kan synke forskellige konsistenser af føde og væsker. Formålet med de forskellige indsatser er at sikre patientsikkerheden med henblik på at mindske komplikationer (12). Det er derudover til for at sikre den optimale ernæringstilstand samt mindske de negative psykologiske konsekvenser, der kan medfølge grundet ineffektiv synkning (12). Diagnosticeringen sikres ved hjælp af et tværfagligt team, bestående af læger, kliniske diætister, ergoterapeuter og andre sundhedsprofessionelle (29). Ergoterapeuternes arbejde består i at fremme aktiviteter samt forhindre komplikationer hos patienter med dysfagi. De fokuserer desuden på helhedsperspektivet omkring den orale ernæring (30). Ergoterapeuterne skal derudover være med til at skabe forbedret livskvalitet, optimal ernæring og deltagelse ved socialt samvær, som kommer ved hjælp af synkefunktionens funktionalitet. Dette gøres, da ergoterapeuterne ikke kun ser dysfagi som et medicinsk problem, men der fokuseres også på de kognitive og sociale komponenter, som kan påvirke patienten (30,31).

Diætisterne har til opgave at udarbejde en diætvejledning og ernæringsterapi for respektive patienter. Diætisten skal i forbindelse med ernæringsbehandling af patienter med dysfagi vurdere den enkeltes ernæringsbehov og udarbejde individuelle planer for sondeernæring eller parenteral ernæring. De skal desuden udarbejde diætvejledning til de indlagte patienter med dysfagi, så den enkelte kan opnå en sufficient ernæring (12,30,32). Samtidig vurderes patientens funktionsniveau. Ud fra patientens funktionsniveau tilpasses konsistensen af kosten ligeledes til den enkelte patient. De enkelte patienter kan desuden ud fra behandlingsplanen træne og stimulere deres synke-, spise-, og drikkefunktion (12).

2.3.1 Undersøgelsesprocedurer

Første led i proceduren består af at observere patienten. Dernæst udføres en klinisk screening, som anvendes til at undersøge synkeprocessen ved hjælp af forskellige konsistenser af føde og væsker. Screeningen anvendes for at teste underernæring hos borgere med dysfagi. For at kunne vurdere underernæring hos den enkelte, anvendes ernæringsvurderings skemaet EVS, som er udarbejdet af Socialstyrelsen. EVS anvendes for at kunne udarbejde hvilke interventioner, der skal benyttes samt tilbydes for at sikre den bedste indsats for patienten. En klinisk diætist har altså til formål at vurdere om patienten lider af dysfagi, ud fra EVS (12,30,31). Er screeningen positiv for dysfagi, påbegyndes kliniske undersøgelser, som skal vurdere graden af dysfagi. Herefter bestemmes hvilken intervention, som efterfølgende skal anvendes, eksempelvis Volume – Viscosity Swallow Test (V-VST) (12,22). Er resultatet af disse informationer ikke sufficente, findes årsagen til dysfagi ved hjælp af objektiv information, hvor de instrumentelle undersøgelser anvendes i form af Fiberoptisk Endoskopisk Evaluering af Synkefunktionen (FEES). Denne metode undersøger anatomen i munden og svælget ved hjælp af et fleksibelt fiberoptisk endoskop, som føres op gennem næsen og ned til svælget. Der undersøges derudover om patienten kan synke sit eget mundvand, indtage forskellige typer konsistens og mængder af føde samt væsker. Tillige vurderes patientens sensibilitet (12). En anden instrumentel undersøgelse er Funktionel Videoradiologisk Evaluering af Synkefunktionen (FVES), som undersøger synkefunktionen ved hjælp af røntgen, hvor aspiration vurderes før og efter synkning af væsker. Begge undersøgelser er øjebliksbilleder, som derfor skal suppleres med andre kliniske undersøgelser og observationer. Diagnosen stilles både af en ergoterapeut samt en lægevurdering (12).

2.3.2 Ernæringsdiagnose

Kliniske diætister anvender en ernæringsdiagnose for at kunne identificere hvilke ernæringsrelaterede udfordringer der opstår og som skal behandles eller forbedres ved forskellige interventioner. For at kunne identificere problemet analyseres forskellige parametre. Første parameter er indtagelsen, hvor energi, næringsstoffer, væsker, bioaktive stoffer fra mad og drikkevarer eller sondeernæring ud fra kostanamnesen eller kostregistreringen observeres. Dernæst sammenlignes med det estimerede behov. Der tages højde for om grundlæggende kalorie-,

væskeindtagelsen, makro- og mikronæringsstoffer, mængden af frugt, grønt, fisk, mejeriprodukter og tilsat sukker er for høje eller for lave. Et anden parameter er den kliniske tilstand, hvilket omhandler ernæringsmæssige komplikationer, der kan påvirke den fysiske tilstand (12,22,29,30).

2.3.3 Ernæringsintervention

Ernæringsinterventionen anvendes som et redskab for at kunne afhjælpe eller forbedre ernæringsdiagnosen. Dette gøres ved hjælp af vejledning, uddannelse, undervisning og/eller en ernæringsanbefaling, som bliver skræddersyet til den enkelte patients behov. Ernæringsdiagnosen bestemmer hvilke ernæringsinterventioner der skal igangsættes. Dette gøres for at ændre ernæringsrelateret adfærd, levestandard, miljø samt adgang til ernæringsvejledning. Interventionens formål er at skabe en effekt som ønskes af behandlingen samt følge fremskridt ved opfølgningen af den givne behandling (22,29).

2.3.4 Ernæringsprincipper

Diætbehandlingen for patienter med dysfagi indledes når graden af dysfagi er konstateret samt når konsistensstypen for mad og drikke, er tilpasset den enkelte. Patienter med dysfagi, som ikke opnår den tilstrækkelige mængde ernæring, skal suppleres med sondeernæring efter måltid.

Sondeernæring gives til patienter med dysfagi, som har svære vanskeligheder ved oral ernæring eller hvis de ikke er i stand til at indtage tilstrækkelig mængde føde og/eller væsker. Ydermere gives sondeernæring for at forebygge tilbagevendende aspiration. Der er dog stadig risiko for aspiration også med sondeernæring (22,29).

Diætisterne er med til at sikre, at den enkelte opnår den optimale ernæringstilstand, ved at opstille nogle krav, anbefalinger for kost og energifordeling og lyder som følgende (13).

Energifordelingen hos den småt spisende borger skal være (13);

- 50 E % fra fedt
- 18-20 E % Protein
- 30-32 E % kulhydrat

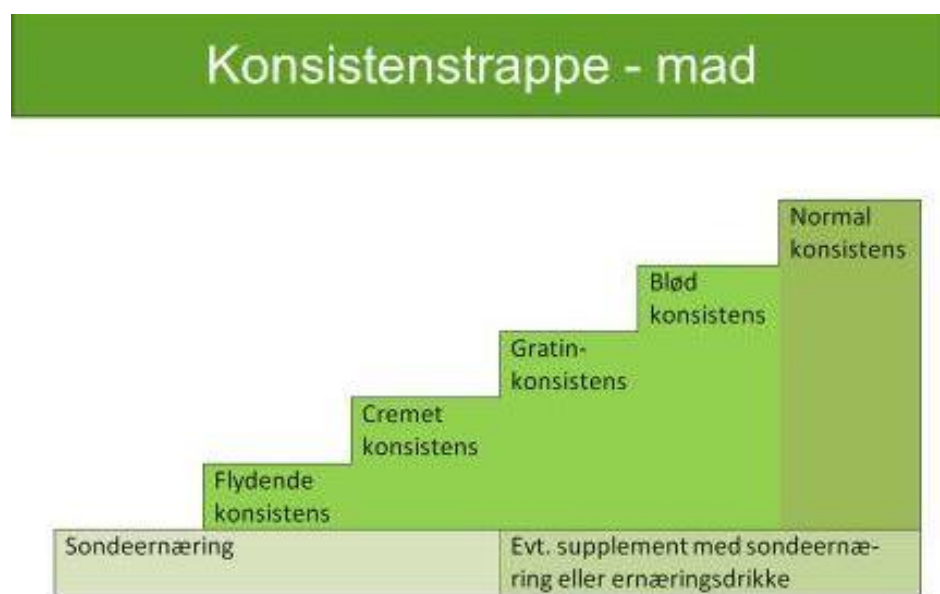
Der er ingen specifikke krav for fedttypen, dog bør fedtindtagelsen være monoumættet hvis den enkelte patient indtager mere end det anbefalede (33). Proteinindtagelsen hos underernæret kronisk

syge bør være 1-1,5 gram protein per kilogram legemsvægt (33,34). Kulhydratindtagelsen bør ikke være fiberrige levnedsmidler i form af nødder, brød og frugt grundet tygge- og synkebesvær. Kulhydratanbefalingerne for mænd og kvinder bør være henholdsvis 35 gram og 25 gram kostfibre dagligt, der dog kan være svære at opnå (34). anbefalingerne for vitaminer og mineraler skal være tilsvarende sygehuskosten. Ydermere skal anbefalingerne for væskebehovet beregnes: 30 milliliter væske per kilogram legemsvægt (29,33). Diætens konsistens ved oral ernæring tilpasses den enkelte borgers funktionsniveau ud fra konsistenstrappen (29).

2.3.5 Konsistenstrappen

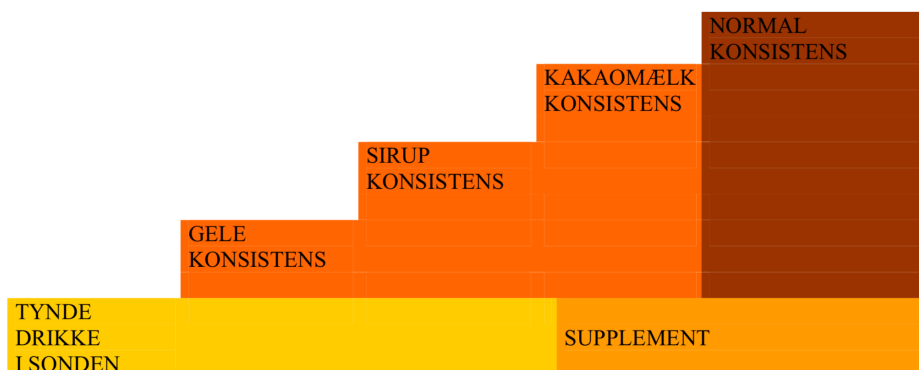
Ergoterapeutens arbejde består i at konkludere dysfagi-screening og det rette kostniveau til patienten.

Konsistenstrappen beskriver fire niveauer for konsistens af kost og væsker, som ses på figur 1 og 2. Konsistenstrappen er bygget ud fra Den Nationale Kosthåndbogs definitioner (13). Kosten inddeles i blød-, gratin-, cremet- og normal kost. Væsken inddeles ligeledes i gelé-, sirup-, kakaomælk- og normal konsistens (13).



Figur 1 illustrerer konsistenstrappen for forskellige kost konsistenser (13).

DRIKKE



Figur 2 illustrerer konsistenstrappen for forskellige drikkesvare (13).

2.4 Modificeret kost

Borgere med dysfagi spiser typisk mindre, hvorfor protein- og fedtindholdet skal være højere deres måltider, sammenlignet med resten af befolkningen (13).

Den forskellen på den normale kost og den eksisterende modificeret dysfagikost er konsistensen, smagen, udseendet samt portionsstørrelse (13), som kan medvirke til at madlysten forsvinder. Den rette modificeret dysfagikost er derfor nødvendig og kan have en væsentlig betydning for borgere med dysfagi. De officielle anbefalinger fra Den Danske Institutionskost og Den Nationale Kosthåndbog beskriver de forskellige niveauer af modificeret kost. På nuværende tidspunkt findes der tre typer af modificeret konsistens: Blød-, gratin- og cremet kost (13).

Blød kost:

Denne form for konsistens skal kunne tygges samt indeholde naturlige bløde eller tilberedte ingredienser, såsom kogt, dampet eller bagt. Formålet med denne type konsistens er, at det skal være nemt at bide over eller mose med en gaffel (13).

Gratin kost:

Konsistensen ved gratin kost er blød, ensartet og sammenhængende. Ved denne form er det hovedsageligt tungen, som nedbryder maden og blander det med spytt, så der dannes en bolus nemt.

Ved denne form moses alle ingredienser inden brug, hvorved konsistensen bliver fast og formen holdes på tallerkenen (13).

Cremet kost:

Cremet kost er tyk, cremet, ensartet og sammenhængende i konsistensen, hvor bolusen dannes af sig selv. Ingredienserne som anvendes i denne kostform, er naturligt cremet eller pureret til en cremet konsistens inden servering. Maden skal desuden være fugtig og sammenhængende (13).

De tre nævnte typer af modificeret konsistens kan have forskellige udseende og kan de have forskellige farvesammensætninger, alt efter hvordan maden tilberedes. Ifølge ansatte på RHN er disse komponenter, samt variationen af retterne, kan bidrage til at fremme madlysten hos den enkelte borger. Det er derfor essentielt at inkorporere disse komponenter i en videreudvikling af den eksisterende modificeret dysfagikost for at opnå en større madoplevelse hos den enkelte borgere med dysfagi. I det nedenstående afsnit beskrives det eksisterende modificeret dysfagikost, som findes på udviklingskøkkenet i Regionshospitalet Nordjylland (RHN).

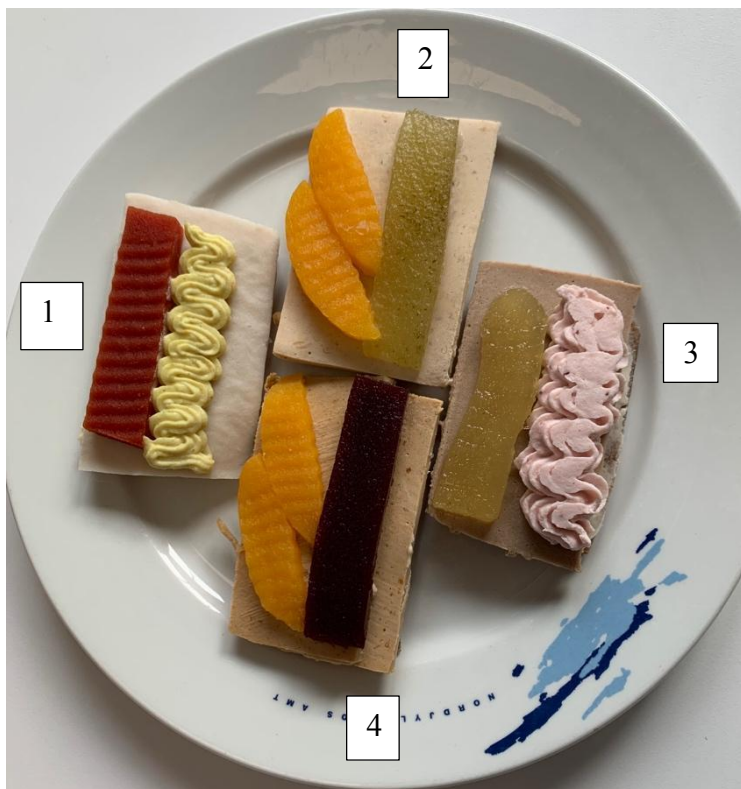
2.4.1 Den eksisterende modificeret dysfagikost

På nuværende tidspunkt findes der forskellige retter af modificeret dysfagikost, som er udviklet af RHN. Der findes både varme retter, mellemmåltider, gelésmørrebrød og desserter. I det følgende afsnit vil produktbeskrivelsen af de eksisterende modificeret gelésmørrebrød blive uddybet og nogle af gelésmørrebrødene er illustreret i nedenstående figur 3. På nuværende tidspunkt findes der seks forskellige slags gelésmørrebrød:

De seks gelésmørrebrød indeholder følgende elementer.

1. Kyllingesteg med agurkesalatsky og appelsinsky (Se figur 4 og 5)
2. Oksesteg med peberrodstyttebærsalat og picklessky
3. Flæskesteg med rødkålssky og appelsinsky
4. Marineret sild med tomat sky og karrysalat
5. Fiskefilet med remoulade og rugbrød
6. Leverpostej med rødbede og syltet agurk

Disse færdiglavede retter, som opbevares på frost ved minus 18 grader celsius. Produkterne bliver udleveret i små plastikbægere, som illustreret i figur 6.



Figur 3 illustrere fire forskellige gelésmørrebrød. 1: Sild med tomatsky og karrysalat, 2: kylling steg med agurksalatsky og appelsinsky 3: flæsketeg med rødkålssky og appelsinsky, 4: oksesteg med peberrodstyttebærsalat og picklessky.



Figur 4 illustrerer elementer til gelésmørrebrød.



Figur 5 illustrerer elementer til gelésmørrebrød.



Figur 6 illustrerer emballagen for gelésmørrebrød.

De seks førnævnte gelésmørrebrød har ifølge ansatte på RHN nogle ulemper. Da smagen udvandes ved tilsætning af vand eller mælk under blanding, kan eksempelvis rugbrødet smage i retning af øllebrød, så smagen ikke er eksakt med normalt rugbrød. Retterne får desuden en mere fast og tung konsistens, men som stadig er blød. En anden ulempe er, ifølge de ansatte, at disse retter er færdiglavede og hvorfor opnår borgerne ikke følelsen af selvstændighed ved selv at smøre deres egen mad.

2.4.2 Den videreudviklet modificeret dyfagikost

Udviklingskøkkenet arbejder på nuværende tidspunkt med at eksperimentere samt forbedre retterne. Eksempelvis vil de gøre gelérugbrødet mere luftigt og ønske fremadrettet at gelérugbrødet kommer til at nærme sig den rigtige form. Udviklingskøkkenet er desuden ved at videreudvikle et helt gelérugbrød, så borgere med dysfagi fremadrettet vil få mulighed for at købe et helt gelérugbrød, hvorved de kan skære deres egne skiver og smøre den med smør eller pålæg efter eget ønske, dette gøres for at skabe hele madoplevelsen for den enkelte borger. Derudover ventes der nye input fra borgerne til videreudvikling af nyt dysfagikost i samarbejde med diætister og en uddannet kok.

2.5 Påvirkning af livskvaliteten

Livskvalitet defineres som den enkeltes opfattelse af livet inden for rammerne af deres egne idealer og kultur og handler desuden om den enkeltes måde at leve på, deres mål, forventninger til livet samt levestandarder. Ydermere handler dette ikke kun om den fysiske sundhed, men er også relateret til det psykiske helbred og sociale forhold (35,36).

Sundhedsrelateret livskvalitet er et multidimensionalt effektmål, som anvendes til at måle den enkeltes sundhed - det vil sige sygdommens eller lidelsens påvirkning på den enkeltes livskvalitet (37). Ved den sundhedsrelaterede livskvalitet måles det følelsesmæssige, fysiske, mentale og sociale aspekt, hvilket udføres ved anvendelse af spørgeskemaer (37). Studiet af Swan et al. undersøgte i et systematisk review effekten af modificeret kost på sundhedsrelateret livskvalitet ved øvre dysfagi (36). Studiet indikerer, at modificeret kost har en negativ indvirkning på livskvaliteten hos patienter med øvre dysfagi (36). Ydermere viste studiet af Ekberg et al. at dysfagi har en påvirkning på patienternes sociale muligheder samt glæder under måltid (9). Dysfagi underminerer desuden borgernes sundhed, selvtillid, selvværd og værdighed. Ydermere kan sygdommen medføre social isolation og patienten kan blive ængstelig og urolig under måltider (9).

2.6 Markedsadgang

Den begrænsede udbredelse af dysfagikost på markedet skyldes, ifølge ansatte på RHN, at køkkenet ikke har mulighed for at sælge dysfagikost med fortjeneste. Udviklingskøkkenet er etableret med forudsætningen om at en lokal erhvervsdrivende i Nordjylland i fremtiden vil overtage projektet for videre at kommercialisere det (14). Før den erhvervsdrivende kan implementere den modificerede dysfagikost på det kommercielle marked, skal udbuddet og efterspørgslen undersøges.

Der eksisterer allerede et marked for den modificeret dysfagikost da flere kommuner, herunder: Aalborg, Hjørring, Herlev og Skejby i forvejen tilbyder dette til deres patienter. Det tyder på at efterspørgslen er til stede. Ydermere er borgere med dysfagi beskyttet af Serviceloven jf. §82 og jf. §83, da de har nedsat funktionsevne og skal tilbydes den nødvendige hjælp og støtte under sygdommen (15). (En dybere redegørelse af Serviceloven vil findes i afsnit 2.6.4.)

Er det ikke muligt for borgeren at tilgå dysfagi retter fra udbydere, er alternativet altså for borgeren at købe normal mad og blende dette, for at tilpasse det til eget funktionsniveau. Ved at indtrænge og implementere dysfagikost på det kommercielle marked, kan det altså forenkle borgerens hverdag. Vedkommende vil have mulighed for købe/tilgå færdige modificeret retter og mad som på normal vis.

Udviklingskøkkenet er godkendt til produktion af mad og lever op til standarder og krav, som er fastsat af Fødevarestyrelsen. Da køkkenet behandler fødevarer og tillige udvider produktionen af gelésmørrebrød, er der et behov for opdatering af køle og frysefaciliteter. Gelésmørrebrødet skal nemlig opbevares på -18 grader, for sikring mod bakteriedannelse. For en mulig erhvervsdrivende, er det derfor essentielt at kunne varetage og vedligeholde de gældende krav for fødevarehåndtering i et storkøkken (14).

Udviklingskøkkenet er etableret med det gængse apparatur, til produktion af mad i storkøkkener dog med mangler i forhold til de specielle krav der stilles til udstyr, såsom beholdere til flydende nitrogen eller udstyr til gaspakning. Der er altså et behov for at lease/købe eller benytte det produktionsudstyr, som en potentiel virksomhed har til rådighed (14).

Overordnet eksisterer der forskellige markeder som medicinske eller sundhedsmæssige produkter kan indtræde, herunder det farmaceutiske, medical device (dansk medicinsk udstyr) og personalized nutrition (den personlige ernæring). Love, krav og reguleringer af produkterne differentierer sig fra hinanden, alt efter markedstypen de agerer på. Eksempelvis er den farmaceutiske regulering mere omfattende end reguleringen af medicinske udstyr (38,39). Farmaceutiske produkter skal igennem randomiserede forsøg og udførlige tests, før de kan godkendes til brug af/på mennesker. Medicinsk udstyr skal derimod gennem godkendelsesprocessen, CE-mærkning (CE: Conformité Européenne).

Tildeles CE-mærkning er det et blåstempel på, at udstyret overholder EU-krav på området, som er til for at regulere markedet samt sikre en høj patientsikkerhed (39). For begge produkter gælder dog at eksempelvis markedsføring ikke må påbegyndes før godkendelserne er tildelt.

Markedstypen for personlig ernæring er til for at hjælpe personer med en ernærings- og/eller kostmæssig ændring, som gavner helbredet (40). Ydermere er formålet med dette markedskrav at øge sundheden ved hjælp af personlig ernæring (40). Markedet for personlig ernæring inkluderer både borgere med og uden diagnoser (40). Desuden koncentrerer markedet sig om to områder: det første område er til specifikke sygdomme eller borgere, som har behov for ernæringsstøtte, eksempelvis borgere med dysfagi. Det andet område anvendes til effektivisering af interventioner til forbedring af folkesundheden (40).

Da dysfagikosten hverken kan karakteriseres som et farmaceutisk produkt eller et medicinsk udstyr, er disse markedstyper derfor ikke relevante for den videreudviklet modificeret dysfagikost. Da den videreudviklet modificeret dysfagikost er mad, der skal forbedre, afhjælpe og give næring til personer med dysfagi, bestemmes derfor at produktet skal indtrænge markedet for personlig ernæring.

2.6.1 Produktlivscyklus

Produktlivscyklus defineres som produktets slag over tid og viser samtidigt produktforløbets udvikling. Produktlivscyklussen forklarer hvordan et produkt efter udviklingen i begyndelsen er langsomt stigende med hensyn til salgsvæksten, hvor det derefter stiger kraftigt (38). Når produktet er nået den maksimale salgsvækst i forløbet, begynder væksten at falde langsomt. Alle produkter har en livscyklus. Produkternes livscyklus kan enten være kort eller lang, hvilket beskrives med hvor lang tid produktet er på markedet (38). Dette inkluderer også den modificerede dysfagikost. Ved en lang livscyklus tjener produktet på sigt et højere vedvarende overskud med forudsætningen om større omsætning end udgifter. Da produktet i denne del af livscyklussen har opnået markedsaccept, har det derfor ikke høje promoverings-, investerings-, samt produktionsomkostninger.

Nye produkters salg består af fem trin, hvilket også inkluderer salget af den videreudviklet modificeret dysfagikost (38). Livscyklussen begynder allerede når en ide opstår og slutter når det er ude på markedet. Cyklussen opdeles i fem stadier (38):

1. Første stadiet er *produktudviklingen* af den videreudviklet modificeret dysfagikost, hvilket er stadiet, som dysfagikosten befinder sig i. I dette stadiet er salget nul og investeringsomkostningerne stigende (38).
2. Det andet stadiet er *introduktion*. I dette stadiet ville dysfagikosten introduceres på markedet. Ydermere er salgsvæksten i denne periode langsom. Fortjeneste er derfor ikke-eksisterende grundet de tunge udgifter til produktintroduktion (38).
3. Det tredje stadiet benævnes *vækststadiet*, som er perioden hvor dysfagikosten får en hurtig markedsaccept hvorved fortjenesten vil stige (38).
4. Det fjerde stadiet er *modenhed*, hvilket er stadiet, hvor der er nedgang i den økonomiske vækst. Dette skyldes købers accept samt en stigende konkurrence på markedet (38). I dette stadiet skal dysfagikosten modnes, hvilket gøres ved promovning og udvikling til forbedrede eller andre versioner af den videreudviklet modificeret dysfagikost. Dette kan eksempelvis være i form af et større sortiment, for at imødekomme forbrugers behov og efterspørgsel. I dette stadiet er markedsudgifterne høje for at kunne være konkurrencedygtige men vil derfor udjævne fortjenesten.
5. Det femte stadiet omhandler *fald*. Dette er perioden hvor både salg og overskuddet derfor vil falde. Dette stadiet er en del af en organisk proces hvor der skal tages højde for vitale ændringer, der kan have en effekt på virksomhedens overlevelse. Som eksempel døde VHS, da kundebehovet ændrede sig grundet den teknologiske udvikling (38).

2.6.2 Produktudvikling

Videreudvikling af den eksisterende modificeret dysfagikost kan ske på forskellige måder. Eksempelvis ved produktion af originale produkter, produktforbedringer eller produktændringer (38).

Videreudvikling af den eksisterende modificeret dysfagikost hører under produktforbedringer og produktændringer (38). Produktion af den videreudviklet modificeret dysfagikost er både væsentligt for borgere med dysfagi, da det kan skabe nye løsninger og variationer som forenkler

hverdagen, samt vigtigt for Udviklingskøkkenet da det kan skabe interesse for erhvervsdrivende i Nordjylland.

Udviklingsprocessen af den videreudviklet modificeret dysfagikost består af otte faser (38):

Fase 1: Idégenerering

Idégenerering er fasen hvor alle idéer brainstormes for at finde frem til de bedste udviklingsideer for videreudviklingen af den modificeret dysfagikost. Ideer til videreudvikling af den modificeret dysfagikost kan komme fra forskellige interessenter, eksempelvis fra diætister, ergoterapeuter eller borgere (38).

Fase 2: Idéscreeningsfasen

Idéscreeningsfasen er hvor antallet af ideer til videreudvikling reduceres på baggrund af udviklingskøkkenets egne kriterier, som i den sidste del af denne proces, udvælger de idéer de finder mest eftertragtet. Efter idéerne er blevet screenet, skal idéerne gennem næste fase, som omhandler konceptudvikling og test (38).

Fase 3: Konceptudvikling og test

Under konceptudviklingsfasen testes den/de nye ideer til den videreudviklet modificeret dysfagikost (38). I denne fase vil de ideer, som er udvalgt af Udviklingskøkkenet, blive udviklet til produktkoncepter, som er en detaljeret udgave af ideen, som er genereret på baggrund af fagpersonernes og borgernes betingelser. Produktkoncepterne testes af en udvalgt målgruppe, som i dette tilfælde er borgere med dysfagi, der enten er indlagt på RHN eller frivillige forsøgspersoner. Denne test udføres for at afgøre styrker og begrænsninger samt identificere om der er behov for ændringer (38). Test af de videreudviklet modificeret dysfagikost kan foregå på forskellige måder, blandt andet ved en fysisk præsentation af selve produktkonceptet eller ved hjælp af billedbeskrivelse. Efterfølgende skal målgruppen udtale sig omkring de videreudviklet modificeret dysfagikost for at finde de foretrukne (38). Målgruppens mest foretrukne produktkoncepter bliver dernæst videreført til den næste fase, som er markedsføringsstrategiudvikling (38).

Fase 4: Markedsføringsstrategiudvikling

I denne fase udformes den indledende markedsføringsstrategi ud fra produktkoncepterne for de videreudviklet modificeret dysfagikost. Denne fase består af tre dele (38);

Fase 4.A er en beskrivelse af målmarkedet, mål for salg, planlagte tilbud og profit mål for de første par år (38).

Fase 4.B består af en beskrivelse af de videreudviklet modificeret dysfagikosts planlagte pris, distribution samt budget, det første år (38).

Fase 4.C beskriver den videreudviklet modificeret dysfagikosts langsigtede salgs-, overskudsmål- samt marketingmix strategi (38).

Fase 5: Forretningsanalysefasen

I forretningsanalysefasen gennemgås salg, omkostninger og overskudsfremskrivninger for den videreudviklet modificeret dysfagikost, for at determinere om den opfylder virksomhedens mål. Ved positive resultater fra forretningsanalysefasen, vil idéerne videreføres til produktudviklingsfasen (38).

Fase 6: Produktudviklingsfasen

I produktudviklingsfasen vil der føres yderligere testet for eventuelle fejl og mangler. Produktkonceptet blive udviklet til det endelige og salgsbare produkt, men er ikke klar til lancering endnu (38).

Fase 7: Markedsføringstestfasen

De videreudviklet modificeret dysfagikost kommer kun gennem markedsføringstestfasen, hvis de har haft positive testresultater i produktudviklingsfasen (38). I denne fase testes markedsføringsprogrammet af de videreudviklet modificeret dysfagikost, herunder målretning, placeringsstrategi, promovring, prisfastsættelse, branding, emballering og budgetniveau. Markedsføringstestfasen er desuden med til at hjælpe med at tage beslutningen om de videreudviklet modificeret dysfagikost skal lanceres (38).

Fase 8: Kommercialiseringsfasen

I denne fase lanceres den videreudviklet modificeret dysfagikost - her sker altså kommercialiseringen (38).

Som afsluttende opsamling på dette afsnit, kan det altså fastlægges at den videreudviklet modificeret dysfagikosts, i henhold til ovenstående faser, er under *Fase 1 Idégenereringsfasen*. Altså brainstormes der ideér, herunder en del af dette projekts undersøgelser af krav og input til ændringer en sådan kost, der senere vil blive selekteret og anvendt i de næst kommende faser.

2.6.3 Markedstyper

Der findes tre markedstyper som Udviklingskøkkenet's videreudviklet modificeret dysfagikost kan agere i. De tre markeder er monopol, monosponi og oligopol, og vil uddybet mere detaljeret nedenfor (38).

Disse markedstyper har en indflydelse på forholdet mellem pris og efterspørgsel. Forståelsen for en potentiel kundens værdiopfattelse af et produkt, er en vigtig faktor for en god prisfastsættelse fra organisatorisk side. Forbrugerne og de industrielle købere opvejer fordelene og ulemperne for et givent produkt. Derfor er det vigtigt at forstå forholdet mellem pris og efterspørgsel af produktet (38). Prisfastsættelse af den modificeret dysfagikost afhænger af, hvilket markedsform dysfagikosten skal indtræde på, da prisfriheden varierer ved de forskellige typer af markeder, som har hver deres prisudfordring.

2.6.3.1 Monopol

Monopol findes på områder, hvor en virksomhed er den eneste og den dominerende i forhold til et givet produkt i en branche (39). Dette medvirker, at virksomheden kan holde andre konkurrenter væk fra markedet på grund af virksomhedskraften (39).

Monopol er sjældent en fordel for kunderne da den manglende konkurrence kan skabe ulemper. En virksomhed som har monopol på markedet kan frit fastsætte prisen, da kunden ikke kan vælge andre produkter eller services. Altså begrænser forbrugernes mulighed for at tilgå alternativer, da der ikke findes nogen anden alternativer på markedet (38,39).

Da der på nuværende tidspunkt ikke findes konkurrenter til den modificeret dysfagikost på det kommercielle marked, får dysfagikosten altså monopol på markedet. Dette gør at den

erhvervsdrivende er den eneste prisudbyder og dermed selv fastlægge prisen. Den erhvervsdrivende skal dog være opmærksom på indirekte konkurrence til den modificeret dysfagikost, som produceres af tidligere nævnte kommuner. Af denne grund kan Udviklingskøkkenet være nødsaget til at gå på kompromis med prisfastsættelsen, for at gøre sit eget produkt mere attraktivt for borgere med dysfagi.

2.6.3.2 Monopsoni

Et monopsoni marked involverer kontrollen over et marked, hvor der kun er én distributør der styrer markedet. Denne distributør er den eneste på markedet i forhold til et bestemt produkt eller tjeneste. Har distributøren monopsoni på marked vil denne have mulighed for at anvende sin forhandlingsstyrke til at nedbringe priser og betingelser til sin fordel med leverandørerne (38,39).

2.6.4.3 Oligopol

Hvis den videreudviklet dysfagikost skal indtræde det kommunale marked, skal det operere på det oligopolmarked. Et oligopol marked består af to eller flere mindre virksomheder, som kontrollerer markedet. Ingen af dem kan have den fulde indflydelse på markedet selv, derfor er det muligt at sælge produkter, som ligner hinanden (38,39). Den modificeret dysfagikost skal derfor ind og konkurrere med andre virksomheder af forskellige størrelser, eksempelvis Det Danske Madhus som tilbyder modificeret dysfagikost til Aalborg kommune. På dette marked skal der tænkes hvordan den modificeret dysfagikost kan differentiere sig fra konkurrenterne, som gøres ved smag og konsistens på den videreudviklet dysfagikost. Det vurderes nemlig at den videreudviklet modificeret dysfagikost har en høj trussel fra andre leverandører som udbyder dysfagikost til de forskellige kommuner. Prisniveauet i et oligopolmarked er moderate, da den er afhængig af konkurrenterne, som er på markedet. Det gælder om at forblive konkurrencedygtige, som gøres ved at justere prisen efter konkurrenterne. I dette marked ser virksomheder sig sommetider nødsaget til at samarbejde med konkurrenterne i branchen, for at forhindre andre små aktører i at komme ind på det samme marked, dog skal der være en vis grad for konkurrence i et oligopol ellers er det et monopol (38,39).

2.6.4 Serviceloven

Borgere med nedsat funktionsevne, herunder borgere med dysfagi, er beskyttet af servicelovens jf. §82 og jf. §83 som lyder, at kommunalbestyrelserne i de forskellige kommuner skal tilbyde korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb med den nødvendige hjælp og støtte under forløbet. Borgere med dysfagi skal derfor tilbydes modificeret dysfagikost (15).

§ 83, stk. 1 (15): *“Rehabiliteringsforløbet, jf. stk. 1, skal tilrettelægges og udføres helhedsorienteret og tværfagligt. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte individuelle mål for rehabiliteringsforløbet i samarbejde med den enkelte modtager af forløbet”* (15).

Borgere med dysfagi er desuden inkluderet af jf. §83 stk. 1 nr. 3 i Serviceloven, hvilket omhandler madservice. Denne lov sikrer, at borgere med dysfagi skal være visiteret til at modtage mad, som skal foretages af kommunen alene (15).

Borgere med dysfagi er ydermere dækket af Serviceloven's §91, som inkluderer borgere med dysfagi i eget hjem og sikrer et frit leverandørvalg. Denne lov efterkommer kommunen ved at sikre kvalificerede leverandører efter jf. §83 stk. 1 via godkendelsesmodellen (15).

Ved godkendelsesmodellen godkender kommunen leverandører enten med en kort- eller en langsigtet kontrakt (41). Dette gøres for at sikre den bedste kvalitet og bedste løsning for borgerne. De kommunale embedsmænd skal sikre den bedste løsning for den enkelte kommunes økonomiske perspektiv, derfor afholdes der udbudsrunder for forskellige virksomheder. Virksomhederne har mulighed for at fremvise deres produkter og fremlægge den bedste økonomiske løsning til de forskellige kommuner (41).

Ved anvendelse af godkendelsesmodellen sikrer kommunen altså at borgere med dysfagi frit kan vælge mellem private såvel som kommunale leverandører. De sikre den bedste pris, da de forskellige leverandører skal være konkurrencedygtige og den bedste kvalitet (41).

3. Forskningsformål

Dysfagi er en hyppig lidelse, som rammer forskellige patientgrupper. Dog er dysfagi mest udbredt hos den ældre del af befolkningen (12). Dysfagi er et symptom på bagvedliggende sygdom, som begrænser den normale synkning. Dette medfører, at borgere med dysfagi udvikler nogle komplikationer. Dysfagi kan have følgesygdomme i form af angst, depression samt have en påvirkning på det sociale liv (9,10,27).

Dette projekt vil undersøge hvilke ændringer, der skal foretages med henblik på at øge værdien af den modificeret dysfagikost med henblik på at øge interessen og incitament, for potentiel og fremtidig lancering på det kommercielle marked. Da dysfagikost både har en indflydelse på hverdagen hos borgere med dysfagi og at mange borgere lider af det, er det værd at undersøge disse muligheder for at udbrede produkterne. På nuværende tidspunkt findes der kun begrænset tilbud inden for dysfagikost til borgere med dysfagi hvilket kun kan tildeles af kommunerne.

Udviklingskøkkenet på Regionshospital Nordjylland arbejder innovative og søger kontinuerligt at videreudvikle de forskellige retter og kostformer, som de producerer (14). I relation til dysfagikosten ønskes at videreudvikle på en allerede eksisterende gratinkost, hvilket vil være hovedfokus i dette projekt. Videreudviklingen af gratinkosten skal tage højde for både fagpersonalets og borgernes forventninger og krav, med respekt for organisatoriske økonomiske ressourcer.

Dette leder frem til følgende forskningsspørgsmål:

“Hvilke ændringer kunne der laves for at øge produktets værdi og gøre det attraktivt for de nordjyske erhvervsdrivende”

4. Metode

For at afdække projektets forskningsspørgsmål anvendes en kvalitative metodisk tilgang gennem forskellige interviews med fagpersoner og borgere med dysfagi, for at kunne videreudvikle den eksisterende modificeret dysfagikost og øge dens værdi, med henblik på at introducere produktet på det kommercielle marked i fremtiden.

4.1 Forskningsdesign

Det er vigtigt at klarlægge projektets forskningsdesign, som anvendes til at se hvordan man vil gribe undersøgelsen an. Der findes forskellige designs herunder; narrativ designs, casestudier, tværsnitsdesign, longitudinelt design med mere (42). I dette projekt er der anvendt et casestudie design, da målet er at videreudvikle den eksisterende modificeret dysfagikost fra RHNs udviklingskøkken. Ved casedesignet undersøges en bestemt case i dybden så problemstillingens helhed forstås. På grund af denne grundighed i undersøgelsesformen, og ved dybtgående studering af den valgte case, øges den interne validitet samtidig (42). I dette tilfælde består casen af den modificeret dysfagikost. Det er herunder relevant at undersøge, hvilke forventninger og krav der er til videreudvikling af den eksisterende dysfagikost, samt hvordan den videreudviklet modificeret dysfagikost kan blive attraktivt for nordjyske erhvervsdrivende. Tidsdimensionen i interviewene kommer til udtryk i de semistrukturerede interviews. Fokuset i disse vil være på et retrospektivt- samt et prospektivt aspekt (42). Dette gør, at informanten både skal tænke tilbage på tidligere begivenheder og det nutidige samt fremtidige. Det retrospektiv vil i dette tilfælde være, at fagpersonerne skal tænke tilbage på deres erfaringer omkring den modificeret dysfagikost, som de har gjort ved at arbejde med borgere med dysfagi. Borgere med dysfagi skal i det retrospektive tilfælde huske samt tænke tilbage på maden før sygdommen. Her menes der hvordan udseendet på den normale mad var, herunder hvordan smagen samt konsistens var, da målet er at få den eksisterende dysfagikost til at ligne den almindelig mad før sygdommen på konsistens, udseende og smag. Det prospektivt aspekt i dette tilfælde er, hvordan den eksisterende dysfagikost er i dag, hvilke forbedringer skal der foretages før det efterlever fagpersonernes og borgernes forventninger og krav i fremtiden.

4.2 Metodevalg

For at besvare projektets forskningsspørgsmål er der gjort brug af den kvalitative metode. Kvalitative metoder er kendetegnet ved, at forskeren ønsker at opnå en dybdegående viden om, hvordan individer agerer i og oplever den verden, hvori de indgår (42). Dette medfører en større grad af subjektivitet. Kvantitative metoder er derimod oftest kendetegnet ved en højere grad af objektivitet og er interesseret i "hårde data" som kan måles, talstørrelser, tabeller og statistikker (42). De kvantitative metoder er derfor ikke relevante for projektets undersøgelse, da målet netop er at undersøge informanternes oplevelser, erfaringer og subjektive meninger, hvilket kun kan indfanges ved de kvalitative metoder. I håbet om kunne fremvise og forstå, hvor stor en efterspørgsel, der er efter modificeret dysfagikost, vil informanternes egen historie, erfaringer, synspunkter og opfattelse af det givne produkt undersøges gennem en række interviews (42). Dette stemmer overens med projektets fænomenologiske ståsted, hvilket er kendetegnet ved at undersøge individers livsverden. Derudover styrker dette metodevalg den eksplorative vinkel som fremgår af forskningsspørgsmålet, da dette åbner muligheden for at opnå en bredere og mere nuanceret viden omkring emnet der undersøges (42), herunder markedspotentialet for modificeret dysfagikost på det kommercielle marked.

4.2.1 Det semistruktureret interview

Indsamling af data i den kvalitative analyse kan ske på forskellige måder, både ved observationer, interviews, dokumentindsamling eller ved hjælp af digitale medier (42). I dette projekt er dataindsamlingen som sagt foretaget ved hjælp af interviews, nærmere bestemt semistrukturerede interviews. Det semistruktureret interview muliggør at informanten får plads til at berette, fortælle nuanceret og bredt om emnerne, dog ud fra en række fastlagte men åbne spørgsmål (42). Her er det dog vigtigt at være opmærksom på, at informanten kan komme til at styre samtalen og dreje den hen på et emne, som de ønsker at tale om (42). Dette semistrukturerede interview får dermed en eksplorativ vinkel, da der ikke er en fast struktur og interviewet er relativt åben, hvorfor der er mulighed for en bred forståelse og der findes en vis åbenhed overfor ny viden (42).

Undersøgelsen består af i alt tre forskellige semistrukturerede interview. Det første interview er et såkaldt ekspertinterview, der indbefatter ergoterapeuter og diætister, hvor udgangspunktet er, at de

kan komme med deres erfaringer og iagttagelser til videreudvikling af den eksisterende modificeret dysfagikost. Med deres baggrund, viden og kompetencer i dagligdagen, hvor de omgås borgere med dysfagi, har de en brugbar faglig og praktisk viden, som er værd at medtage til videreudvikling af den modificerede dysfagikost. Dette gøres med henblik på at skabe et fremtidigt tilbud, da den primære fokus skal leve op til ernæringssammensætninger og andre potentielle faktorer, der kunne have indflydelse på den videreudviklet modificeret dysfagikost.

Det andet interview afholdes med borgere med dysfagi. Disse individuelle interview har til formål at høre borgernes forventninger til maden og om villigheden til at købe den videreudviklet modificeret dysfagikost er til stede. Det sidste er interview laves med embedsmænd, da det økonomiske perspektiv skal indgå, hvis det i fremtiden skal sælges til kommunerne. I dette såkaldte eliteinterview vil de kommunale embedsmænd høres om hvilke investeringsforudsætninger der findes i forhold til den fremtidige videreudviklet modificeret dysfagikost. Dette gøres da borgere med dysfagi eksempelvis på ældrecentret ikke må betale mere for maden end de andre borgere, derfor skal kommunerne kompensere for det resterende madbeløb.

Ved disse interviews er det relevant at frembringe informanternes holdninger og synspunkter til den videreudviklet modificeret dysfagikost. Fordelen ved de to første interviews er, at man får et subjektivt syn på den modificeret dysfagikost, samt informanternes erfaringer og synspunkter, som vil give en værdifuld og nuanceret empiri til undersøgelsen.

En del af det semistrukturerede interview er, at interviewereren tager udgangspunkt i en interviewguide, hvor forskningsspørgsmålene bliver omdannet til interviewspørgsmål (42,43). Der er i alt udarbejdet tre forskellige interviewguides, én til hver af de tre interview. Disse interviewguides anvendes som en retningsvisende guide til afholdelsen af interviewet.

4.2.2 De 7 faser

Der findes ingen fast skabelon for udarbejdelsen af interviews, hvor der i dette projekt er taget udgangspunkt i den tidligere professor for Psykologisk Institut på Aarhus Universitet, Steinar Kvaales syv grundlæggende faser i et interviewforløb, som gennemgås i det følgende afsnit. De syv faser er henholdsvis; tematisering, design, interview, transskribering, dataanalysering, verificering og afrapportering (43).

Tematisering

Et interview omhandler syv grundlæggende stadier, hvor det første stadie er tematisering. I dette stadie klarlægges forskningsspørgsmål, altså hvad der ønskes at blive undersøgt. For at kunne udarbejde en interviewundersøgelse er der tre spørgsmål, der skal besvares (43). Det første spørgsmål er *hvorfor*, det er her forskningsspørgsmål klarlægges, hvor det i dette projekt omhandler at få afdækket hvilke ændringer der skal laves for at øge den modificeret dysfagikosts værdi samt hvordan det kan gøres attraktivt for de nordjyske erhvervsdrivende som i fremtiden skal overtage projektet. Det andet spørgsmål er *hvad* der ønskes at undersøges. Ved dette spørgsmål indsamles viden omkring det givne emne, for at øge den videreudviklet modificeret dysfagikosts værdi. Det tredje og sidste spørgsmål er *hvordan*, her klarlægges metoden som anvendes, henholdsvis hvilke interview- og analyseteknikker som skal anvendes (43). I dette projekt er et semistrukturerede interview anvendt til få den bedste viden omkring hvilke ændringer og inputs der skal foretages for at forbedre den modificeret dysfagikosts samt produktets værdi.

Design

Design af et interview omfatter de metoder, planlægning og teknikker, som anvendes til at besvare undersøgelsens forskningsspørgsmål, samt hvordan interviewet skal foregå og udføres (43). Ved dette stadie af et interview er det vigtigt at inddrage alle de syv stadier, for at besvare formålet med interviewene bedst muligt. Til indsamling af interviewinformation anvendes en interviewguide, som foregår ved fysisk tilstedeværelse (43). Interviewguiden for både diætister, ergoterapeuter, borgere og embedsmænd kan findes i bilag 1, 2 og 3. Formålet med interviewguiden er at få besvaret forskningsspørgsmålet, hvilket udføres ved at stille spørgsmål og i dette projekt stilles omtrent 10 spørgsmål i hver interviewguide. Interviewguiden er desuden udarbejdet ud fra forskningsspørgsmålet, altså forskningsspørgsmålet er omformet til interviewspørgsmål, som kaldes en operationalisering. Det er vanskeligt at stille forskningsspørgsmålet som et spørgsmål i interviewguiden, da det er abstrakt og ikke er et interviewspørgsmål, da interviewspørgsmålene er udformet mere ligetil.

Interviewguiden er opbygget på følgende måde; første trin er indledning, hvor intervieweren introducerer sig til informanten, samt fortæller formålet med interviewet. Intervieweren oplyser desuden informanten omkring informeret samtykke samt at interviewet optages til videre analyse ved transskribering, så essentielle detaljer ikke mistes. Informanten bliver dernæst bedt om at introducere sig selv. Indledningsspørgsmål stilles derefter, som er det første spørgsmål.

I gennem interviewet som nævnt tidligere, stilles dybere spørgsmål som er opfølgningsspørgsmål. I løbet af interviewet stilles desuden sonderende spørgsmål, hvilket er spørgsmål, som giver en mere detaljeret, konkret og uddybende beskrivelse af informantens svar.

Fortolkende spørgsmål anvendes også, for at afstemme om det som bliver sagt, er forstået korrekt (43).

Under designstadiet bestemmes desuden antallet af informanter, som er nøje udvalgt til syv informanter samt udvælges de personer som skal indgå i de tre førhen nævnte former for interviews, ekspert-, individuelle-, og eliteinterview, på baggrund af forskningsspørgsmålet. Projektets informanter er valgt til at være:

1. To diætister og to ergoterapeuter
2. To tidligere cancer-borgere, som har udviklet dysfagi
3. En embedsmand

De forskellige informanter er valgt på baggrund af, at de har forskellige opfattelser af den modificerede dysfagikost som ønskes at indføres, samt kan have en indflydelse på prissætningen, da de er kunder. Informanterne er desuden valgt ud fra viden fra sektion 4.1.1 *Tematisering*. Der bliver desuden taget forbehold for projektets tidsramme, som skal være realistisk til at kunne udføre alle interview stadier.

Ved valg af borgere som informanter blev der opstillet nogle inklusionskriterier som skulle opfyldes. Inklusionskriterierne er; de skulle have en moderat eller en svær form for dysfagi, de skal spise modificeret dysfagikost enten i form af blød-, gratin- eller cremet kost og kunne forstå eller tale dansk.

Interviewet

Det næste punkt er selve interviewet. I denne fase udføres interview ved hjælp af den udarbejdet interviewguide (43).

I dette projekt vil diætister og ergoterapeuter blive interviewet først, da de arbejder med borgere med dysfagi til dagligt og ud fra deres erfaringer har kendskab til borgernes forventninger til den eksisterende modificeret dysfagikost, som derved kan øge kostens værdi. Borgere med dysfagi vil dernæst blive interviewet for at afdække efterspørgslen af modificeret dysfagikost samt tilgodse

deres krav og præferencer og til sidst interviewes embedsmænd for at dække det økonomiske perspektiv, for at finde ud af hvorvidt det er en realitet rent økonomisk.

Transskribering

De afholdte interviews er optaget på *to* diktafoner for at nedsætte chancen for tekniske fejl, hvorefter de er transskriberet og vedlagt som bilag 5-11. Alle interview er transskriberet fuldt ud, dog er ord som øh, øhm og hm undladt. Ved transskriberingsstadiet bliver det indsamlede interviewmateriale nedskrevet fra talesprog til skrift, hvilket er det mest tidskrævende stadie og derefter klargøres til analyseringsstadiet (43). I transskriberingsprocessen, er der flere aspekter der går tabt. Kropssprog, mimik og ironi, forsvinder idet talen bliver omskrevet, hvilket vil medføre at vise nuancer går tabt. Transskribering og analysering af data foregår i Microsoft Word.

Data analysering

Kvalitative data analyseres ved afgrænsning af indsamlede data til temaer (43).

Dataanalysen i dette projekt blev foretaget ved at opdele de transskriberede interviews i fagpersoner, borgere med dysfagi og embedsmand. Informanterne blev inddelt i informant 1 og informant 2, alt efter om det var fagpersoner, borgere eller embedsmand. Eksempelvis blev ergoterapeuterne inddelt i; ergoterapeut 1 og ergoterapeut 2.

De indsamlede data blev afgrænset samt inddelt i forskellige temaer med tilhørende underemner, såsom *Ønsker og krav til dysfagikost*, med det formål at besvare det ønskede forskningsspørgsmål. Under de forskellige temaer blev udtalelser fra de forskellige informanter medtaget, dog kun hvis udtalelserne stemte overens med temaet. Dernæst igangsættes analysebearbejdningen.

Verificering

Verificering anvendes til at sikre interviewmaterialets reliabiliteten, validitet og generaliserbarhed.

Ved reliabiliteten ses der på resultaterne af interviewet, om de er overensstemmende, hvorimod validitet omhandler spørgsmålene i interviewet, om de dækker og besvare interviewet (43).

Den interne validitet styrkes, da interviewguides er udformet på baggrund af forskningsspørgsmål. Spørgsmålene er dermed opstillet i tråd med, hvad der menes bedst at kunne berøre områder der er centrale for at besvare projektets forskningsspørgsmål. Der vurderes derudover at den valgte metode, altså interviews, er den mest hensigtsmæssige metode at anvende for at besvare og

udtømme forskningsspørgsmålet og casen bedst muligt. Dette er ydermere medvirkende til en styrkede validitet i projektet. Projektets eksterne validitet altså generaliserbarheden, vil være udfordret i interviewet med borgerne med dysfagi. I disse interview er det de enkelte borgers subjektive livsverden og oplevelser der undersøges, dermed vil det formentligt være svært at generalisere statistisk på disse udtalelser. Interviewet med fagpersonerne vil derimod besidde en større grad af ekstern validitet, da deres oplevelser udspringer af at arbejde med adskillige borgere med dysfagi og dermed opnår en stor generel viden om disse. Interviewene med embedsmændene vil ligeledes indeholde en stor grad af ekstern validitet, da deres udtalelser gerne skulle være relativt ens og ikke variere, da der er visse regulativer og budgetter de alle skal overholde.

Ved projektets reliabilitet er det igen vigtigt at have interviewet med borgerne med dysfagi for øje. Som nævnt før er deres udtalelser subjektive og derfor kan det være udfordrende at udføre en lignende undersøgelse og opnå samme resultater. Reliabiliteten formindskes yderligere da interviewene indeholder åbne spørgsmål, hvilket kan indebære stor variation i svarene. For at styrke projektets reliabilitet er alle tre interviewguides nøje beskrevet og vedlagt i bilag 1-3, sammen med transskriberingen, hvilket højner muligheden for at genskabe undersøgelsen og dermed skabe de samme resultater til en vis grad.

Afrapportering

Ved det sidste stadie afrapporteres det verificerede interviewmateriale. Dette skal følge standarden for de videnskabelige kriterier, som der er for en rapport og de anvendte metoder. Afrapporteringen skal inkludere de etiske overvejelser, som er bestemt inden et interview og være skrevet på en forståelig måde for læseren (43).

Etiske overvejelser

Ved udførelse af den kvalitative forskningsmetode er det vigtigt at tage forbehold for etiske overvejelser. Dette omhandler blandt andet overvejelser under interviewets udførelse, datahåndtering og information til informanterne (42,43). I dette projekt arbejdes der ydermere med informanternes private liv, hvor informantens subjektive meninger, erfaringer og udtalelser kommer til udtryk. Derfor er det vigtigt at skabe tryghed og sikkerhed for informanterne, som i dette projekt gøres ved udarbejdelse af samtykkedokument (42,43), som ses i bilag 4. Samtykkedokumentet informerer om formålet med interviewene og at informanten skal give samtykke til at interviewene kan optages, og at informanternes udtalelser anvendes til fremtidig transskribering og analysering

(42,43). Hvis informanten ikke har ønsket dette, ville interview, optagelser og lignende ikke være blevet opført og anvendt.

Processen for at samle den nødvendige empiri er desuden mødt med visse udfordringer. Nogle informanter kan lide af demens og har derfor ikke mulighed for bidrage med en fyldestgørende empiri. Andre informanter har ikke opfyldt de førnævnte inklusionskriterier. Borgere med dysfagi er ydermere kun indlagt i kort tid og derfor kan det være svært at få interview dem inden de bliver udskrevet.

For at beskytte informanterne er de sikret anonymitet samt fortrolighed. Det er kun forfatterne og vejlederne som er tilknyttet dette projekt, der har adgang til projektets informationer ud fra informanternes udtalelser. Dette gøres for at sikre informanterne, så der på intet tidspunkt vil kunne spores tilbage til de pågældende involverede.

Borgere med dysfagi lider af forskellige komplikationer, som kan være et sensitivt emne for borgerne, hvilket der skal tages hensyn til. Intervieweren skal derfor være opmærksom på, at det kan være svært for en borger med dysfagi at sidde med udefrakommende og fortælle åbent om sin sygdom. Det er derfor vigtigt ligeledes at være opmærksom på forskernes rolle.

De interviewede borgere med dysfagi får desuden den modificeret dysfagikost leveret fra Aalborg Kommune. Det vil sige at de interviewet borgere med dysfagi ikke får leveret den modificeret dysfagikost som er produceret af Udviklingskøkknet på RHN. Borger 1 har dog været testperson og har smagt den modificeret dysfagikost, som tilbydes af Udviklingskøkkenet på RHN.

Forskerrolle

En interviewsituation består af en informant og en forsker, som i dette projekt benævnes som intervieweren. Interviewerens rolle i en interviewsituation er vigtig, da det gælder om at skabe et trygt miljø ved at få informanten til at føle sig godt tilpas derved, vindes informantens tillid. Dette er med at få informanten til at tale (42). Emnet dysfagi kan være et sensitivt emne for borgerne, derfor er det afgørende at skabe forudsætning for, at informanterne får en god og tryk interviewoplevelse. Som nævnt i ovenstående, kan det være overvældende for en borger med dysfagi at indgå i en interviewsituation. Dette kan føre til at informanten kan skjule eller undlade forskellige relevante oplysninger, som kan være brugbare. For at undgå dette forsøges der at skabe et trygt miljø, så informanten føler sig tilpas, ydermere fokuseres der på at lytte anerkendende samt forstående til lytteren.

Desuden har interviewerens anvendt forskellige teknikker for at kunne udføre et godt interview. Papegøjemetoden er heriblandt anvendt, som går ud på at gentage og dermed opsamle på det informant har sagt. Dette gøres for at holde samtalen kørende og opretholde flowet, samtidig med at dette sikre at informantens udtalelser er forstået korrekt af interviewerens. Der er desuden givet plads til at informant kan snakke ud, så deres beretninger føles anerkendt og informant kan føle sig godt tilpas. Intervieweren afbryder derfor ikke informant, da det kan få informant til at føle sig utryk. Intervieweren giver desuden informant lov til at tænke på sine svar før der svaret på de stillede spørgsmål.

En såkaldt interviewereffekt er ligeledes vigtig at være opmærksom på. Dette indebærer at interviewerens egen deltagelse i interviewet vil påvirke informanterne og deres svar. Interviewerens modsvær, kropssprog og reaktioner kan muligvis forme informanternes svar og misinformation kan opstå (42).

5. Analyse

Analysen tager udgangspunkt i syv interviews, henholdsvis to ergoterapeuter, to diætister, to borgere med dysfagi samt en embedsmand. Informanternes udtalelser vil blive analyseret i dette afsnit, som er opdelt efter temaerne: *Ønsker og krav til dysfagikost*, *Videreudviklet modificeret dysfagikost* og *Det økonomiske aspekt af dysfagikost*. Det første tema er desuden opdelt i underemner herunder konsistens, smag, ernæringssammensætning og udseende. På baggrund projektets fænomenologiske tilgang, er disse temaer nedlagt i henhold til deres relevans samt kontinuerlige gennemgang, under interviewene.

5.1 Ønsker og krav til dysfagikost

I følgende afsnit benyttes både fagpersoners og borgere med dysfagis udtalelser for at afdække deres respektive forventninger og krav til den modificeret dysfagikost. Dette afsnit anvendes til at identificere inputs til ændringer samt optimering af den eksisterende modificeret dysfagikost. Analysen i dette afsnit tager udgangspunkt i seks interviews, henholdsvis to ergoterapeuter, to diætister og to borgere med dysfagi. De transskriberede interviews ses i bilag 5-11.

5.1.1 Konsistens

De seks informanter blev spurgt ind til deres krav og ønsker i forhold til dysfagikostens konsistens. Ergoterapeuterne og diætisterne blev i henhold til dysfagikostens konsistens spurgt ind til hvilke krav de stillede hertil. Alle fagpersoner besvarede at konsistensen er et væsentligt element i den modificeret dysfagikost.

Diætist 2 forklarer at fejlsynkning, grundet forkert konsistens kan ende fatalt for patienten” (...) *Fori det er nogle gange fatalt når man fejlsynker som patient, man i forvejen er en svækket borger eller patient når man ligger i vores senge her, det er jo at man er udsat for at udvikle en pneumoni og det er jo en af de der meget hyppige dødsårsager hvis man i forvejen er en svækket patient*”. (Diætist 2, bilag 10) Der udtales tillige at den rette konsistens er vigtig i overvejelserne af kosten for at beskytte af luftvejene. “... *hvis det er noget der er tyndere så løber det bare ned, så skal du selvfølgelig kunne beskytte luftvejene når du synker, fordi hvis når noget det er tyndere så kommer det hurtigere ned, er det tykkere så har det mere tid til at nå og gøre klar til at synke og beskytte luftvejene*” (Ergoterapeut 1, bilag 7)

Fra fagpersonerne ønskes et bredere og et mere varieret sortiment, hvori konsistens er indtænkt for borgere med dysfagi. Blandt andet forklarer **ergoterapeut 1** at det kan være en udfordring at finde dysfagi-venlig frokost/aftensmad, når der ses på menuen: *“(...) det er sjældent at der er kartoffelmos, og nogle andre blødere form. (...) så skal vi være heldige med en frugtsalat.”* og videre uddybes: *“... jeg tænker at frokost og aften der kunne godt være nogle flere tilbud, med blød kost”*.

Tillige udtaler **ergoterapeut 1** *“(...) hvis det er blød kost så skal det passe til blød kost. Hvis det skal være noget der er lidt mere grov, så skal det være det.”* Altså udtaler informanten her, at der også er en vigtighed i, at konsistens af maden som serveres, passer tilnærmelsesvis den normale mad.

Diætist 2 udtaler i nedenstående udtalelse, at det er væsentligt at finde det rette konsistensniveau for at undgå fejlsynkning.

Diætist 2 ” *(...) vi sikrer en eller anden hjælp med at sikre og passe på at patienten ikke fejlsynker. Fordi det er nogle gange fatalt når man fejlsynker som patient, man i forvejen er en svækket borger eller patient når man ligger i vores senge her, det er jo at man er udsat for at udvikle en pneumoni og det er jo en af de der meget hyppige dødsårsager hvis man i forvejen er en svækket patient”*.

Borgere med dysfagi blev spurgt *“Hvad er vigtigt for dig, når du skal vælge mad med hensyn til udseende, smag, ernæringssammensætning, konsistens?”*

Borgerne udtrykker i interviewene at der er behov for ændringer i konsistensen af den modificeret dysfagikost, som bliver tilbudt af Aalborg kommune.

Borger 1 udtrykker et ønske om en mere fast konsistens, der er mere tilsvarende den respektive ret: *“(...) den måtte gerne være lidt mere fast i det, altså hvis man nu forestiller sig en frikadelle, den konsistens kunne jeg godt bruge lidt mere af, det andet det er næsten for blødt”* Dertil forklarer **Borger 2** at *”konsistensen er også lidt kedelig”*.

5.1.2 Smag

På baggrund af interviewene med både fagpersonerne og borgerne, blev der lagt vægt på selve smagen af maden og at den bør have en lighed til den normal mad, som den erstatter for borgere med dysfagi. Fællestrækkene for informanterne er at smagen har mangler og/eller er smagsløs.

Diætist 1 udtaler i henhold til smagen således *“(...) at det er noget der tiltaler den der skal spise*

det". (Diætist 1, Bilag 9). Ligeledes udtaler **borger 1**, der får dysfagikost leveret af Aalborg Kommune, at "*maden hedder noget forskelligt men de smager ens, der kan godt stå frikadeller eller flæskesteg men de smager ens*" mens **borgere 2** udtaler; "*Det er ikke vildt godt, det er ikke noget man har vildt meget lyst til*".

Da **borger 1** har deltaget som testperson for RHN samt modtaget dysfagikost fra Aalborg Kommune, forklarer borgeren nærmere om sine smagsoplevelser fra de forskellige udbydere. Blandt andet udtaler informanten at smagsoplevelsen fra begge udbydere smagte ens, da det var sovsen som afgjorde selve smagsoplevelse. "*... det eneste der skifter lidt det er smagen på sovsen, og hvis den er god, så smager det udmærket og resten smager ikke af pind.*" I forlængelse af dette udtaler **borger 1** "*Madglæden og oplevelsen er forsvundet.*" Ydermere pointerer **borger 1** at "(...) *testmaden har været absolut det bedste.*" samt "*Altså hvis jeg vidste hvor mange gange jeg drømmer om et stykke franskbrød med ost, det er simpelthen det jeg godt kunne tænke mig og det har jeg så fået igennem test.*" (Borger 1, bilag 5)

5.1.3 Ernæringssammensætning

I henhold til ernæringssammensætningen af den modificeret dysfagikost lagde fagpersonerne vægt på, at denne skal opfyldes for at borgere med dysfagi får det rette energi- og proteinniveau. I forhold til dette udtaler **ergoterapeut 1** således:

Ergoterapeut 1 "*Det tænker jeg i hvert fald er rigtig vigtigt. Der skal være noget næring i det her kost, fordi det er jo, folk med dysfagi, de har også tit tabt sig, så de skal komme sig igen, og bygge noget muskelmasse op igen*".

I henhold til energi- og proteinbehovet er dysfagikosten målrettet småtspisende patienter til at være energi- og proteinberigende for blandt andet at vinde den eventuelle tabte muskelmasse tilbage.

Diætist 1 "*Der er i forhold til med indhold med energi og protein, f.eks. der er et højere, eller anderledes fordeling fordi det tit også er til småt spisende patienter (...)*".

Diætist 2 "*Jeg tænker at det tilbud vi har i dag ... er målrettet ... småt spisende, så er det energi og proteinberiget*".

Fællestrækkene ved de ovenstående udtalelser er vigtigheden i have den rette ernæringssammensætning til borgere med dysfagi. Ydermere udtrykker borgerne i interviewet at en fordel ved dysfagikost er, at ernæringsbehovet bliver dækket; "*fordelen er jo, at jeg får det jeg skal have ernæringsmæssigt*" (Borger 1, bilag 5).

I forbindelse med ernæringssammensætning er det ifølge **diætist 2** fordelagtigt med variation af ernæringssammensætningen i kosten hos borgere, som er svært adipøse. Da en svær adipøs borger har et andet energibehov og dermed ikke har behov for et højt energi- og fedtindhold i deres måltider, som andre borgere. I henhold til dette udtaler **diætist 2** således: *“en svær adipøs patient der ligger, altså en stor patient der ligger og har et andet energibehov”*. Der kunne altså tilbydes modificeret dysfagikost med samme ernæringsindhold som i normalkost ellers med en anderledes næringsfordeling, eksempelvis med mindre fedtindhold; *“... det kunne være godt for os at have et tilbud der var på normalkost niveau, når jeg siger normalkost niveau så betyder det at der er mindre fedt deri men vores dysfagi kost ligger på sygehuskost niveauet (...). Når man har den svær adipøse, kan måske nogle gange stadigvæk være godt med at vi har proteinerne, vi vil gerne have energiprocenten på 18% men vi vil måske gerne have lidt højere andel af kulhydrater og lidt mindre af fedtet, hvis du kan føle mig i det?”* (Diætist 2, bilag 10) Altså forklarer informanten at der er behov for at tage hensyn til forskellige former for BMI'er i videreudviklingen af den modificeret dysfagikost.

5.1.4 Udseende

I henhold til udseendet af den modificeret dysfagikost var fællestrækkende i borgernes interview, at den udleverede modificeret dysfagikost, som bliver udleveret af deres respektive kommuner, ikke ser indbydende ud.

Ifølge **borger 2** lyder: *“Det er ikke noget vildt, det er ikke noget man har lyst til. (...) Udseende og smag hænger meget sammen, det er jo grå på grå kan man godt sige, der er jo ingen farver. Det må jeg jo leve med (...) Jeg tror det har meget at gøre med mad, at det også er noget for øjnene og ikke bare for smagen.”*

Borger 1 forklarer i forbindelse med dette, at udseendet er et væsentligt element i dysfagikosten og pointerer vigtigheden af, at ingredienserne udseendemæssigt har ligheder til den ‘rigtige’ slags; *“... at gulerødder ligner gulerødder og at ærter ligner ærter. Hvis nu det er flæsketeg at det så ligner to skiver flæsketeg.”* Ydermere svarer **borger 1**, på spørgsmålet om vedkommende har samme madglæde som før, hvilket ikke var tilfældet. Ifølge **borger 1** skyldes den manglende madglæde udseendet på dysfagikosten, som spiller en rolle for vedkommende; *“nej, det gør jeg ikke, det skyldes udseende og i høj grad smagen (...) Madglæden og oplevelsen er forsvundet.”* (Borger 1, bilag 5)

Borger 1 udtaler: “*ej, altså testmaden har været absolut det bedste. Jeg kan jo dårligt snart huske det men jo, altså udseendemæssigt så var det bedre end det jeg er vant til (...)*” i forlængelse af dette udtaler **borger 1** om udseendet at: “*Det synes jeg er meget kedeligt, ja udseendet, (...) Det ligger i Thisted, de er bedre til at lave det, at f.eks. hvis det er gullerødsmos, så laver de det i stove så det ligner gulerødder, og ærter laver de runde. Så synsmæssigt så er deres meget bedre.*”

Fællestrækkene ved fagpersonernes udtalelser i henhold til udseendet af den modificeret dysfagikost var, at de lagde vægt på, at kosten så vidt muligt skal ligne den normale kost.

I henhold med dette udtaler **ergoterapeut 2** at; “*det er vigtigt fordi at hvis det bare er en grå klat, der ligger foran mig så vil jeg jo ikke have lyst til at spise det, det må meget gerne ligne det mad som jeg ellers ville have spist. Det synes jeg er rigtig vigtigt, fordi vi spiser jo også meget med vores øjne (...)*”.

I forlængelse af dette udtaler **diætist 2** således:

“*Fordi noget som man her i vores køkken har været rigtig gode til, det er det her med gelé smørrebrød det ligner jo det de siger det er (...)*”.

Ydermere udtaler **ergoterapeut 1** at hvis man lider af dysfagi, er det ikke ensbetydende med at kosten ikke behøver at se indbydende ud, hertil udtaler **ergoterapeut 1** videre at:

“*(...)Det skal se indbydende ud, eller så er det godt nok oppe af bakke at have dysfagi. Det behøver det ikke at være, bare fordi at man har lidt svært ved at tygge maden, det behøver jo ikke at være noget træls at leve med(..)*”

5.1.5 Sortiment

I henhold til sortimentet af den modificeret dysfagikost udtrykte fagpersonerne i interviewene, at sortimentet på nuværende tidspunkt er begrænset, samt at nytænkning af de eksisterende retter skulle overvejes. I forbindelse med det begrænsede sortiment udtaler **ergoterapeut 2**; “*(..) derudover er en ulempe også at det er begrænset, så det jo ikke alt mad du kan få i gelekost, jeg tænker at sortimentet er helt klart en begrænsning*”. I forlængelse med dette udtrykker **diætist 1** at sortimentet er begrænset når der tale om gratin konsistensen, dertil udtaler **diætist 1**:

“*Nogle af ulemper kan måske være, at de tit er de søde ting vi har, f.eks. til gratin konsistens, eks. fromager og is, hvis man tænker på de der mellem måltider, altså det er svært at få sådan noget lidt*

mere saltede ting. Der er nogle patienter som helst ikke vil have de søde ting, også er det nogle gange lidt svært hvad de skal tilbydes.”

Yderligere forklarer **ergoterapeut 2** omkring menneskers forskellige præferencer i forhold til kosten. I forlængelse af dette udtrykker **ergoterapeut 2** således.

“hvordan kan man ramme befolkningen bedst muligt, hvordan kan vi sikre os at vi har så bredt et sortiment som overhovedet muligt. Fordi at vi har jo med vidt forskellige mennesker at gøre, det vil sige vi har også med vidt forskellige patienter at gøre og med vidt forskellige behov og ønsker”.

5.2 Det økonomiske aspekt af dysfagi

I det nedenstående afsnit benyttes både borgere med dysfagis samt embedsmandens udtalelser for at afdække den modificeret dysfagikosts økonomiske aspekt. Analysen af dette afsnit tager udgangspunkt i tre interviews, henholdsvis to borgere med dysfagi samt en embedsmand. De transskriberede interviews ses i bilag 5 og 6 for borger samt bilag 11 for embedsmanden.

I henhold til serviceloven udtalte embedsmanden, at de forskellige kommuner ved lov skal kunne tilbyde forskellige specialkost til svækkede borgere, herunder borgere med dysfagi. Til dette udtaler embedsmanden således:

“ (...) vi tilbyder kost til to grupper i virkeligheden af borgere i vores kommune, dels er der nogle hjemmeboende, som kan blive visiteret, altså man kan sige det er en ydelse efter serviceloven, at man kan blive visiteret til at få kost, man skal selvfølgelig betale for det”.

I interviewet udtrykker embedsmanden yderligere at den respektive kommune har nogle forskellige kosttilbud til borgere med dysfagi i form af forskellige pakker, såsom varmholdigt-, vakuumpakket- eller frostmad. Dertil udtaler embedsmanden således:

“(...) vi har forskellige muligheder, forskellige pakker, nogle vil have varmeholdigt mad og nogle vil have mad som er vakuumpakket, og nogle vil gerne have noget frostmad (...)”

I forbindelse med dette forklarer embedsmanden, at der desuden afholdes udbudsrunder for at kunne opretholde kvaliteten af dysfagikosten, som gøres ved at smage de forskellige tilbud fra leverandørerne. I henhold til dette udtaler embedsmanden således:

“ når vi har haft de her udbud, så en stor del af det er jo i virkeligheden sådan noget prøvesmagninger, hvor vi sidder og smager på det her mad og ser om det lever op til osv. ”

Ydermere udtrykker embedsmanden at kvaliteten sikres ved at kommunerne anvender det sundhedsfaglige personale, som besøger borgerne dagligt eller et par gange om ugen.

“vi har også nogle kostfaglige som arbejder, det er primært ude på plejecentrene de arbejder og som selvfølgelig løbende følger med i hvad er det for noget kost, vores beboer og borgere får “(...).

Embedsmanden gav desuden udtryk for at kvaliteten sikres ved at der kigges på kostens udseende, smag og næringsindhold. I henhold til dette udtaler embedsmanden således:

“Det handler i høj grad også af udseende, smag og om det næringsindhold der er, altså det er jo de ting som vi har lagt vægt på, så kan man sige at prisen spiller selvfølgelig også en rolle. I de udbud som vi har haft, det er jo derfor man holder udbud for at køre en skarp pris på det, altså så det er jo sådan nogle parametre der indgår”.

Embedsmanden forklarer yderligere, at kommunen får en andel penge til rådighed som skal fordeles til forskellige poster. Derfor vælges de bedste tilbud inden for den mængde ressource der er til rådighed. *“(...) Det er klart hvis det er sådan at man konstaterer, at der nogle der har behov for at få noget særligt kost, så må vi jo ind og arbejde med det, så gælder det selvfølgelig om at få mest muligt for de ressourcer vi nu engang har til rådighed. (...)” (Embedsmand, bilag 11)*

Embedsmanden udtaler desuden at det er op til hver enkelt kommune at vægte livskvaliteten i forhold til rådige ressourcer, dertil udtaler embedsmanden således:

“Det er jo op til det kommunale system at finde ud af at definere hvor meget livskvalitet vil man tilbyde borgerne i de tilbud som vi har. Hvad er vigtigst, er det at tilbyde så mange borgere som muligt eller er det at nogle få borgere lidt mere livskvalitet? Det er jo sådan en klassisk ressource diskussion, som foregår hele tiden”.

I interviewet bliver der desuden udtrykt at kosttilbuddene er brugerbetalt, samt udtaler embedsmanden, at der gives tilskud i forhold til dysfagikost til borgerne som bor i eget hjem. I forbindelse med tilskud udtaler embedsmanden således:

“Jeg mener nok det er maksimalt omkring 60 kroner per måltid (...)”

Der blev stillet spørgsmålstegn ved den økonomiske smertegrænse, som blev stillet på følgende måde: *“Hvad er den økonomiske smertegrænse for at I fortsat vil tilbyde dysfagikost. Er det ok hvis det er 10% eller 20% dyrere end almindelig kost?”*.

I forbindelse med dette udtaler embedsmanden at der ikke fastlagt en bestemt smertegrænse, men det er en vurderingssag omkring hvor meget mere kan man tillade borgerne at betale ekstra per måltid. Dertil udtaler embedsmanden:

“det er jo ikke spørgsmålet om vi ikke skal tilbyde det, spørgsmålet er bare hvad er det for et produkt vi skal tilbyde, altså hvor meget kan vi tillade os at sige og hvor meget ekstra kan tillade os at det koster”.

I interviewene med borgerne udtrykkes der interesse i den videreudviklet modificeret dysfagikost både ved hjemmelevering og på det kommercielle marked. Et af interviewspørgsmålene omhandlede hvor meget borgerne var villige til at betale ekstra for dysfagikost. Borgernes udtalelser differentierede fra hinanden, i forbindelse med villigheden om at betale ekstra for kosten. I henhold til dette udtalte **borger 1** således:

“det kan jeg jo blive nød til, altså hvis man sætter prisen op, så bliver jeg nød til at følge med, jeg kan jo ikke sige nej nu bliver det for dyrt, eller det kan jeg jo godt i teorien, men så kommer jeg til at leve af oksefars og flæskefars. Det synes jeg ikke lige er sagen, men det er svært at tage stilling til, så længe det er håndgribeligt”.

Borger 1 udtaler yderligere således:

Jeg vil vælge den der smager bedst, så økonomien spiller ikke helt det store hvis smager. Smagsoplevelsen er vigtigt, frem for økonomien. Udseende er også vigtigt for mig, at det ser forskelligt ud dag for dag, så jeg ikke får det samme, og det skal minde så meget som muligt som almindelig kost.

Borger 2 udtalte således:

“Det kan jeg ikke vide, fordi det kommer også an på konsistensen, udseende og smagen, jeg synes at der er så mange faktorer der spiller ind på mad. Det har meget at gøre med synet også. (...) Ja det ser godt ud, altså hvis det så sådan ud så er jeg interesseret”.

Udover dette gav borgerne desuden udtryk for, at de helst selv ville tilgå kosten i detailbutikker i stedet for at få det leveret til døren. I henhold til dette udtaler **borger 2** således:

“Jeg vil gå ned i supermarkedet”.

6. Diskussion

6.1 Primære fund

Ud fra de udledte analyseresultater besvares forskningsspørgsmålet “*Hvilke ændringer kunne der laves for at øge produktets værdi og gøre det attraktivt for de nordjyske erhvervsdrivende*”. Emnet *Ønsker og krav til dysfagikost* fra analyseafsnit 5.1 resulterer i inputs til ændringer, både fra interviews med fagpersoner og borgere med dysfagi. Disse elementer tages ind som input og tages i betragtning som en del af idegenereringsfasen for at kunne videregå de næste faser i produktudviklingscyklussen.

På baggrund af analysen kan det udledes at kostens konsistens, smag og udseende har en indflydelse borgernes madglæde og madlyst. Blandt andet er fællestrækkene i både fagpersonernes og borgernes udtalelser, at der ønskes en større lighed mellem smagen, konsistensen og udseendet af den modificerede dysfagikost og den normale kost. Dette kan bekræfte at de nævnte elementer af den eksisterende dysfagikost overordnet set ikke er eftertragtet af borgerne, på nuværende tidspunkt. De fleste fagpersoner lægger samtidigt vægt på at konsistensen af den modificeret dysfagikost er væsentlig, da det i nogle tilfælde kan have fatale konsekvenser for borgerne, hvis det ikke tilpasses den enkeltes funktionsniveau (5.1.1 Konsistens).

I henhold til konsistensen udtrykker **ergoterapeut 1** i afsnit 5.1.1 Konsistens at der kunne være behov for et større sortiment. Det begrænsede sortiment kan gøre det vanskeligt for fagpersonerne at finde den rette kost med en konsistens som passer til den enkelte borgere med dysfagis funktionsniveau.

De nævnte mangler i forbindelse med dysfagikostens konsistens, kan være en udfordring i videreudviklingen af den videreudviklede modificeret dysfagikost, da der grundlæggende skal tages højde for forventningerne om at 1) konsistensen tilnærmelsesvis skal ligne den normale mad så meget som muligt, 2) at konsistensen samtidigt skal være eksakt og passe den enkelte borgers funktionsniveau og 3) have god smag og se eftertragtet ud. Under konceptudviklingsfase skal der altså vurderes og testes hvorvidt de ovenstående tre punkter kan mødes, eller om man må gå på kompromis. Altså kan der i henhold til dette diskuteres om hvorvidt der kan ændres på konsistens og samtidig opretholde gratinkonsistensen. I et fremtidigt perspektiv, skal der altså under

produktudviklingen af den videreudviklede dysfagikost skulle tages højde for *hvilke* muligheder der er - om nogen - for at forbedre konsistensen af kosten. Altså er det muligt at få det *sprøde knæk*, som der er i en reel gulerød, i den videreudviklede modificeret dysfagikost? - Hvis ikke, hvor tæt på kan det komme med respekt for patientsikkerhed og hvilke materialer kan anvendes med respekt for fagpersonernes og de sundhedsspecifikke krav på området.

Et andet fællestræk fra borgernes og fagpersonernes input, er at der lægges vægt på at er en sammenhæng mellem smagen og udseendet på dysfagikosten, da udseendet influerer smagen. Dette kan bekræftes i afsnit 2.1 Den normale synkeproces i baggrundsinformationerne, da udseendet er maden, er en del af den præorale fase i synkeprocessen, hvor spytproduktionen/mundvand allerede igangsættes ved synet af maden. Hvis maden dermed ser indbydende ud, vil det have indflydelse på madlysten og motivationen for at spise. Dette kan yderligere bekræftes af **borgere 2** som udtaler i afsnit 5.1.4 Udseende at “(...) *Udseende og smag hænger meget sammen (...)*”.

Ydermere udtaler **borger 2** i afsnit 5.1.4, i henhold til udseendet at den eksisterende modificeret kost har mangel på farve, da den er ‘grå’ og ‘kedelig’. **Borgere 1** udtaler derimod at retterne, som borgeren får udleveret, ikke ligner det, der står på etiketten og at “*alle retterne er ensartet i udseendet*”. (Borger 1, bilag 5) Derudover udtrykkes den manglende madlyst hos borgerne ved den udleveret modificeret dysfagikost, at det ikke er noget de har lyst til, men noget de må leve med, som bekræftes af **borgere 2** i bilag 6.

“(...) *det er en nødvendighed at få mad og ikke en lyst.*”

Vigtigheden af smagen og udseendet af dysfagi venlig kost for borgerne er derfor væsentlig at diskutere. **Ergoterapeut 1** i afsnit 5.1.4 Udseende forklarer at selvom de er syge er det ikke ensbetydende med at maden skal være smagsløs eller ikke se indbydende ud.

I forbindelse med inputs til optimering af smagen kan det udledes fra borgernes udtalelser, at der er behov for en forbedring af smagen, på grund af den smagsløse dysfagikost som udleveres fra Aalborg Kommune til borgerne. De interviewede borgere er desuden enige om, at omdrejningspunktet i den udleveret modificeret dysfagikost er sovsens, da resten af måltidet er ensartet og ingen variation har, dette udtrykkes af både **borger 1 og 2** i bilag 5 og 6. Dette udledes yderligere ud fra **diætist 1** udtalelse at smagen af kosten skal tiltale borgerne.

I henhold til ernæringssammensætning er der tilrettelagt faste rammer for, henholdsvis hvor meget energi, fedt og protein den modificeret dysfagikost skal indeholde. Dette kommer til udtryk i fagpersonernes udtalelser, da borgere med dysfagi normalvis ofte er svækket og er småt spisende, som ses i afsnit 5.1.3 Ernæringssammensætning, men også at der mangler kost, som velegnet til den adipøse patientgruppe. I det fremtidige arbejde, der inkorporeres idegenerering og konceptudvikling til denne specifikke gruppe for dermed at kunne tilbyde dysfagikost med ernæringssammensætning der er velegnet til en brede målgruppe. Altså, I den fremtidige videreudvikling af den modificeret dysfagikost er variationen i ernæringssammensætningen et væsentligt element, da der kan tages højde for situationer hvor borgerne er svært adipøse. I disse situationer er det vigtigt med variation i ernæringsbehovet, da en svær adipøs borger har et andet energibehov og dermed ikke har behov for et højt energi- og fedtindhold i deres måltider, som andre borgere. Ydermere vægtes ernæringssammensætning ikke i samme grad hos borgere med dysfagi sammenlignet med konsistent, udseende og smag. Da det udtrykkes af borger 2 at de får den tilstrækkelig mængde næring fra den udleveret modificeret dysfagikost (Boger 2, bilag 6).

Emnet *Det økonomiske aspekt af dysfagikost* resulterede i at serviceloven, udbudsrunderne og godkendelsesmodellen er med til at beskytte borgerne i sådan et omfang at kommunerne skal tilbyde dem dysfagikost, som redegjort på baggrund af empirien i afsnit 2.5.

Fagpersonerne og embedsmanden udtrykker ingen konkret svar i forhold til kostens pris og den økonomiske smertegrænse. Borgernes interview resulterede derimod i villigheden til at betale ekstra for den videreudviklet modificeret dysfagikost, hvis den var i overensstemmelse med deres forventninger og krav samt at det var tilnærmelsesvis den almindelig kost i forhold til smag og udseende.

I videreudvikling af den eksisterende modificeret dysfagikost skal der tages højde for sammenspillet omkring prisfastsættelsen og kvaliteten af kosten, hvis den videreudviklet modificeret dysfagikost skal indtrænge det kommunale marked. Kommunerne har kun en andel ressourcerne som skal fordeles mellem de forskellige poster, derfor vil en høj pris med en høj kvalitet ikke være det optimale, da man som leverandør vil have sandsynlighed for at blive fravalgt i udbudsrunder. Et vigtigt punkt i disse overvejelser er skal man kunne optimere kvalitet af den modificeret dysfagikosten, men stadig holde omkostninger så lave som mulige, for at forblive konkurrencedygtige og vinde kommunale udbud. Med denne strategi skal der dog tages højde for de

lange beslutningsprocesser, som indgår i offentlige institutioner, herunder kommuner, til forskel for private sektor, såsom detailhandel, som har en kortere beslutningsproces og højere økonomiske ressourcer til rådighed. I forlængelse af dette er dog betragtningen af den langsigtede økonomiske gevinst ved at vinde kommunale udbud, da det garanterer en længere kontrakt som ene leverandør for den respektive kommune. I forhold til eksempelvis det kommercielle marked, herunder detailhandel, kan den samme form for økonomisk garanti ikke findes.

Den kvalitative analyse omhandlende *Påvirkning af livskvaliteten* resulterede i at dysfagi har en indflydelse på borgernes livskvalitet. I interview med både ergoterapeuterne og diætisterne blev der udtrykt at kosten har en indflydelse på livskvaliteten. Fællestrækkene ved fagpersonernes udtalelser var at patienterne bliver vredliden og mistede motivationen til at spise samt viste tegn på depression. **Ergoterapeut 1** udtaler at “det er tydeligt at mærke at det påvirker, fordi at sådan en som ham, der ikke har spist i to måneder, altså det bliver man da deprimeret af”.

Dette bekræftes ydermere fra borgernes udtalelser (Ergoterapeut 1, bilag 7).

I borgernes udtalelser i henhold dysfagis indflydelse på livskvaliteten bekræftes empirien i afsnit 5.2, da dysfagi føre til social isolering, nedsat spiselyst og nedsat madglæde. **Borger 2** “*jeg har haft svært ved at spise sammen med andre, det har jeg undgået. (...) det har det ved at jeg har afslået mig fra noget socialt*”.

I forhold til livskvaliteten og maden udtrykker **borger 1** at “det er en nødvendighed at få mad og ikke en lyst”, hvilket bekræfter at den nedsatte madglæde.

Der kan hertil diskuteres hvorvidt indtrædelse på det kommercielle marked, vil påvirke borgernes livskvaliteten. At borgerne pludselig har mulighed for selv at gå ned og købe/vælge varerne på hylden og efterfølgende tilberede måltidet. Og i fremtiden måske have mulighed for at inviterer folk hjem til middag og spise foran dem.

6.2 Styrker og begrænsninger

I henhold til metodevalget i dette projekt opstår der både styrker og begrænsninger. I dette projekt er den kvalitative metode anvendt, derfor belyses aspekter og data fra dette metodevalg som kommer til udtryk gennem iagttagelser fra de foretaget interview (42). Styrkerne ved anvendelse af den kvalitative metode er at informantens egne meninger og holdninger omkring den eksisterende modificeret dysfagikost kommer til udtryk samt dækker virkeligheden gennem nærkontakt.

Ydermere forklares og forstås verden fra informantens eget perspektiv (42). En anden styrke ved dette metodevalg, er at der ikke anvendes kvantitative data, men derimod kvantitative - eller bløde - data i form af ord. De bløde data minimerer usikkerhederne omkring inputs- samt i forhold til optimering videreudvikling af den eksisterende modificeret dysfagikost (42).

Under de tre forskellige kategorier; fagpersoner, borgere med dysfagi og embedsmændene, var der kun tilstrækkeligt nok informanter til interview med fagpersoner. Det endte ud med kun to borgere med dysfagi, selvom fem forskellige borgere blev interviewet. Tre af dem kunne ikke anvendes grundet deres milde form for dysfagi eller slet ikke havde dysfagi. To informanters udtalelser i disse interviews er altså ikke repræsentativt for en hel patientgruppe, der lider af dysfagi. Dog giver det en bevæggrund og en generel idé om hvilke ønsker, forventninger og krav en borger kunne have til forbedringer af dysfagikost, som helhed. Altså kan det, i sammenkobling med fagpersonalets interviews, danne grundlag for en dybere og større fremtidig undersøgelse.

Derudover var det kun muligt at få et interview med én embedsmand. Dette giver kun indblik for én kommunes procedurer og rammer for indkøb mv. på området. Danmarks i alt 98 kommuner har forskellige retningslinjer, krav og økonomiske ressourcer. Derfor er interviewet med den ene embedsmand ikke repræsentativt for alle landets kommuner. Dog har det bidraget med et overordnet indblik i processer omkring udbudsrunder, prisniveauer mv. som er væsentlige i forhold til produktudviklingsfasen.

En begrænsning i dette projekt er tiden. Det har været vanskeligt at koordinere tiden med at udarbejdelse af tre forskellige interviewguides, samtidig med at finde informanter som kunne stille op til interviews i den korte tidsperiode. Analysen har desuden givet flere nuancer og viden som kan anvendes til flere diskuterbare perspektiver.

En anden begrænsning er at de interviewede borgere med dysfagi får den modificeret dysfagikost leveret fra Aalborg Kommune. Det vil sige at de interviewet borgere med dysfagi ikke får leveret den modificeret dysfagikost som er produceret af Udviklingskøkkenet på RHN.

6.3 Forfatterens placering

Udviklingskøkkenet er placeret, som nævnt tidligere, på RHN. Dette har bevirket til nem adgang til de anvendte informanter af fagpersoner og borgere med dysfagi. De anvendte informanter har været en hjælp i forhold til inputs til ændringer og til optimering af den eksisterende modificeret

dysfagikost. Dette har været muligt, da ergoterapeuter og diætister er placeret i samme bygning som udviklingskøkkenet og borgerne enten tidligere har været indlagt på RHN eller været testperson i forbindelse med dysfagikost. Dog har placeringen givet en begrænsning i forhold til embedsmændenes lokation, da de er placeret i det tidligere nævnt kommuner. Dette gjorde det vanskeligere at få en forståelse for markedsadgangene i de forskellige kommuner. Forfatterne havde hellere ikke adgang til de forskellige kommuners ressourcefordeling, som ville kunne give et bedre indblik i den kommunale markedsadgang. Udviklingskøkkenets ansvarlige forskere anvendte deres netværk til indbringelse af interview med den anvendte embedsmand. Embedsmændene havde dog i forvejen et stort kendskab til udviklingskøkkenets arbejde, også indenfor dysfagikost, da han tidligere havde arbejdet på udviklingskøkkenet. I henhold til de anvendte fagpersoner som er placeret på RHN tæt på udviklingskøkkenet og embedsmændens baggrund, kan det lede frem til nogle begrænsninger i forhold til kendskabet af udviklingskøkkenets arbejde. Dette kan være med til at lede projektet i en bestemt retning. Informanterne ville nemlig i forvejen have dannet deres egen mening omkring den eksisterende modificeret dysfagikost, som kunne have haft en påvirkning på hvor projektet bæres hen. Det er dog en fordel for det anvendte metodevalg, da den kvalitative analyse tilpasses efter udviklingskøkkenets behov. Der kan derfor stilles spørgsmålstejn ved, hvor projektet ville have været henne hvis der var anvendte fagpersoner samt embedsmænd, som er uafhængige af RHN, udviklingskøkkenet og kommunen de befinder sig i.

6.4 Troværdighed og generaliserbarhed

Projektets reliabilitet, altså troværdigheden, fortæller hvor reproducerbar projektets resultater er (42). Som tidligere nævnt i metodeafsnittet er der forklaret, omkring metodevalget samt udarbejdelsen af de forskellige interviewguides, som er placeret i bilag 1, 2 og 3. I disse bilag ses de udarbejdet spørgsmål for den kvalitative analyse.

Som tidligere nævnt, er det væsentligt at være opmærksom på borgere med dysfagi, da de kommer med deres subjektive udtagelser, derfor er det som forventet ikke lignende udtalelser eller samme resultat. Interviewguiden til borgerne indeholder desuden også åbne spørgsmål, hvilket medfører stor variation i svarene, dette er med til at mindske reliabiliteten yderligere, dette var også forventet på grund af de subjektive udtalelser. Interviewguidene og informanternes transskriberet udtalelser er placeret i bilagene 1-3 og 5-11, hvilket giver mulighed for at genskabe undersøgelsen og dermed skabe de samme resultater til en vis grad.

Projektets eksterne validitet altså generaliserbarheden, anvendes til at se om usikkerheden som anvendes i analysen samt hvorvidt resultaterne kan anvendes på tværs af borgerne med dysfagi (42). Som førhen nævnt, vil det være svært at generalisere statistisk på borgerne med dysfagis subjektive udtalelser (42). Men derimod som forventet med fagpersoner er der en større grad af ekstern validitet, da deres oplevelser udspringer af at arbejde med adskillige borgere med dysfagi og dermed opnår en stor generel viden om disse. Det samme vil være forventet med embedsmændene ekstern validitet, da deres udtalelser gerne skulle være relativt ens og ikke variere, da der er visse regulativer og budgetter de alle skal overholde. Det kan dog ikke konkluderes i dette projekt, da vi kun interviewede en embedsmand.

6.5 Fremtidig forskning

Der kan stilles spørgsmålstejn om metodevalget i form af den kvalitative metodetilgang er fyldestgørende eller om den kvantitative metode tilgang ville have været relevant at udføre. Efter udførelsen af projektet opstod der interessante aspekter, som der viste sig at være meget brugbare for besvarelsen af forskningsspørgsmålet.

Som nævnt tidligere har den kvalitative metode nogle svagheder, hvilket kunne have været udlignet ved at anvende mixed methods, som er en kombination af den kvalitative – og kvantitative metode. Metode tilgangene udelukker ikke hinanden, men de skal ses som værende komplementære. Dette vil have gjort at projektet ville indeholde både de kvalitative og kvantitative aspekter og data. Dette kunne udligne svaghederne som kunne opstå og dermed ville de stå mere robuste. Grundet begrænset tid og de begrænset ressourcer der var stillet til rådighed har dette ikke været muligt for dette projekt, hvilket kunne være muligt i et fremtidigt projekt hvor der er taget højde for dette. Den kvalitative analyse med kvantitative data kunne have bidraget med yderligere fund. Dette kunne have sikret mere data eller anden empiri, og eventuelt andre fund, omkring inputs- og i forhold til optimering af den til eksisterende modificeret dysfagikost, som potentielt kunne have styrket analysen.

I forlængelse af dette kunne der i et fremtidigt projekt, hvor produktet har nået konceptudvikling og test fasen, kunne det være en mulighed at bruge fokusgruppeinterviews, som er fordelagtig i forhold til at opnå uddybende meninger og oplevelser af dysfagikosten da gruppen vil diskutere indbyrdes.

Det aspekt som kan diskuteres, er indtrædelsen på det kommercielle marked. Der vil altid opstå nogle usikkerheder som vil være forbundet med det fremtidige marked i forhold til konkurrence. På nuværende tidspunkt findes der ingen alternative produkter af dysfagikosten på detailmarked, det gør at dysfagikosten vil have tidsbegrænset monopol indtil en eventuel leverandør ville indtræde markedet. Indtil da vil den erhvervsdrivende som overtager projektet være første udbyder på prisfastsættelsen, derved frit fastsætte prisen. Dog skal den erhvervsdrivende være opmærksom på indirekte konkurrence, som kommer fra leverandør der tilbyder dysfagikosten til kommunerne. For at kunne differentiere fra kommunerne og gøre produktet attraktivt for borgerne bør den erhvervsdrivende justere prisen efter kommunerne.

Som nævnt tidligere i baggrundsteorien, skal den videreudviklet modificeret dysfagikost indtræde det oligopolmarked med henblik på det kommunale marked. Indtrædelsen på det kommunale marked kan skabe nogle usikkerheder i forhold til alternativerne som i forvejen eksisterer. På det kommunale marked er der flere konkurrenterne og derfor bør den erhvervsdrivende være konkurrencedygtige med henblik på kvaliteten og prisen af dysfagikostens. Desuden kunne det ydermere tænkes at et fremtidigt samarbejde kunne etableres med en anden virksomhed indenfor samme branche, hvilket medføre til at virksomhederne ville kunne stå mere konkurrencedygtige i forhold til konkurrenterne.

Til fremtidig forskning kunne det yderligere være interessant at se hvilken detailbutik dysfagikosten skal indtræde. Det kræver dog mere uddybende data og analyser, som ville kunne identificere om det skal være discountbutikker eller supermarkeder.

7. Konklusion

Projektets mål har været at få inputs til ændringer af den eksisterende modificeret dysfagikost, for at kunne øge produktets værdi samt gøre det attraktivt for nordjyske erhvervsdrivende. Dette er gjort ud fra den valgte case, omhandlende ændringer til videreudviklingen af den modificeret dysfagikost, de syv informanternes udtalelser samt empirien er anvendt til projektets resultater. Ud fra den kvalitative analyse udleder, kan der konkluderes at de essentielle elementer til ændring af den modificeret dysfagikost er konsistens, smag, udseende, ernæringssammensætning og sortiment. Der kan yderligere udledes at disse vil øge produktets værdi, derved gøre det interessant for nordjyske erhvervsdrivende at overtage projektet. Informanternes udtalelser udleder desuden at dysfagi samt dysfagikosten medfører til nedsat livskvalitet hos borgere med dysfagi, derfor er videreudviklingen af den eksisterende modificeret dysfagikost væsentligt for at fremme borgernes livskvalitet.

Referenceliste

1. Miller N, Carding P. Dysphagia: Implications for older people. *Rev Clin Gerontol*. 2008;24(1):41–57.
2. Achem SR, DeVault KR. Dysphagia in aging. *J Clin Gastroenterol*. 2005;40(1):88.
3. Dysphagia O. American Gastroenterological Association medical position statement on management of oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterology*. 1999;116(2):452–4.
4. Eslick GD, Talley NJ. Dysphagia: Epidemiology, risk factors and impact on quality of life - A population-based study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008;27(10):971–9.
5. Mann G, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing Function After Stroke. *Stroke*. 1999;30(4):744–8.
6. Chen A, Garrett CG. Otolaryngologic presentations of amyotrophic lateral sclerosis. *Otolaryngol - Head Neck Surg*. 2005;132(3):500–4.
7. Takizawa C, Gemmell E, Kenworthy J, Speyer R. A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, Head Injury, and Pneumonia. *Dysphagia*. 2016;31(3):434–41.
8. Gourin CG, Starmer HM, Herbert RJ, Frick KD, Forastiere AA, Eisele DW, m.fl. Short-and long-term outcomes of laryngeal cancer care in the elderly. *Laryngoscope*. 2015;125(4):924–33.
9. Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. Social and psychological burden of dysphagia: Its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*. 2002;17(2):139–46.
10. McHorney CA, Robbins JA, Lomax K, Rosenbek JC, Chignell K, Kramer AE, m.fl. The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity. *Dysphagia*. 2002;17(2):97–114.
11. Westmark S, Melgaard D, Rethmeier LO, Ehlers LH. The cost of dysphagia in geriatric patients. *Clin Outcomes Res*. 2018;10:321–6.
12. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for øvre dysfagi - opsporing, udredning og udvalgte indsatser [Internet]. 2015. 78 s. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/-/media/Udgivelser/2015/NKR-Dysfagi/NKR-dysfagi-endelig-version-med-forside.ashx>
13. Kosthåndbog DN. Dysfagidiæt (kost med modificeret konsistens) [Internet]. 2016 [henvist 3. november 2019]. Tilgængelig hos: https://kosthaendbogen.dk/content/dysfagidiæt-kost-med-modificeret-konsistens?fbclid=IwAR0sQM599Z6as_J0qa6mJ4Z3fDbREUFjJAq9ZrscI_fYXMsRPhVV9t5jjA
14. Nordjylland R. Udviklingskøkkenet. 2018; Tilgængelig hos: <https://rh nordjylland.rn.dk/-/media/Hospitaler/Regionshospital-Nordjylland/Om-Regionshospital-Nordjylland/Servicefunktioner/Serviceafdeling/Udviklingskoekken-projektbeskrivelse.ashx?la=da>
15. Love D. Serviceloven § 83 a [Internet]. 2019 [henvist 4. december 2019]. Tilgængelig hos: <https://danske love.dk/serviceloven/83a>
16. Guyton AC, Hall JE. of Medical Physiology. *Physiology*. 2006. 1116 s.
17. Kjærsgaard A. Ansigt, mund og svælg. 1. udgave,. Copenhagen: FADL's forlag; 2005. 165 s.
18. Rosenvinge SK, Starke ID. Improving care for patients with dysphagia. *Age Ageing*. 2005;34(6):587–93.
19. Castell DO, Donner MW. Evaluation of dysphagia: A careful history is crucial. *Dysphagia*. 1987;2(2):65–71.
20. Steele CM, Greenwood C, Ens I, Robertson C, Seidman-Carlson R. Mealtime difficulties in a

- home for the aged: Not just dysphagia. *Dysphagia*. 1997;12(1):43–51.
21. Barczi SR, Sullivan PA, Robbins JA. How should dysphagia care of older adults differ? Establishing optimal practice patterns. *Semin Speech Lang*. 2000;21(4):347–61.
 22. Ekberg O. Dysphagia Diagnosis and Treatment [Internet]. 2012. Tilgængelig hos: <http://www.springer.com/series/4354>
 23. Park YH, Han HR, Oh BM, Lee J, Park J ae, Yu SJ, m.fl. Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. *Geriatr Nurs (Minneap)* [Internet]. 2013;34(3):212–7. Tilgængelig hos: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.02.014>
 24. Cabre M, Serra-Prat M, Palomera E, Almirall J, Pallares R, Clavé P. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age Ageing*. 2009;39(1):39–45.
 25. Marik PE, Kaplan D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest* [Internet]. 2003;124(1):328–36. Tilgængelig hos: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.124.1.328>
 26. Melgaard D, Rodrigo-Domingo M, Mørch M. The Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Acute Geriatric Patients. *Geriatrics*. 2018;3(2):15.
 27. García-Peris P, Parón L, Velasco C, de la Cuerda C, Camblor M, Bretón I, m.fl. Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: Impact on quality of life. *Clin Nutr*. 2007;26(6):710–7.
 28. Patel DA, Sharda R, Hovis KL, Nichols EE, Sathe N, Penson DF, m.fl. Patient-reported outcome measures in dysphagia: A systematic review of instrument development and validation. *Dis Esophagus*. 2017;30(5):1–23.
 29. Niemeier H, Jensen JB, Josephsen LB. Diætbehandling af voksne med øvre dysfagi. 2017;38.
 30. EFS Dysfagi. Dysfagi og aktivitets- problemer med at synke-spise-drikke. *Ergoterapeutforeningen*. 2015;(november):37.
 31. Kjærsgaard A. Dysfagi – er det et spørgsmål om ernæring og overlevelse ? *Ergoterapeuten*. 2006;(8):30–2.
 32. Cichero JAY, Murdoch BE. DYSPHAGIA Foundation, Theory and Practice. 2006. 582 s.
 33. Beck AM, Borre M, Christensen LM, Hansen HH, Hejgaard T, Kondrup J, m.fl. Anbefalinger for den danske institutionskost. Bd. 159, *Ugeskrift for Læger*. 2015. 174 s.
 34. Ministers NC of. Nordic Nutrition Recommendations 2012. 2012;
 35. Willem K. THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL): POSITION PAPER FROM THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1995;41(10).
 36. Swan K, Speyer R, Heijnen BJ, Wagg B, Cordier R. Living with oropharyngeal dysphagia: effects of bolus modification on health-related quality of life—a systematic review. *Qual Life Res*. 2015;24(10):2447–56.
 37. Yin S, Njai R, Barker L, Siegel PZ, Liao Y. Summarizing health-related quality of life (HRQOL): development and testing of a one-factor model. *Popul Health Metr* [Internet]. 2016;1–9. Tilgængelig hos: <http://dx.doi.org/10.1186/s12963-016-0091-3>
 38. Kotler P, Armstrong G. Principles of Marketing. 14th ed. Pearson Prentice Hall. 2012. 740 s.
 39. Pedersen KM. SUNDHEDSØKONOMI. 1. Edition. Munksgaard; 2013.
 40. Ordovas JM, Ferguson LR, Tai ES, Mathers JC. Personalised nutrition and health. *BMJ*. 2018;361.
 41. Udbudsportalen. Vejledning i tilvejebringelse af frit leverandørvalg for hjemmehjælpsmodtagere . 2014;(April):1–50.
 42. Brinkmann S, Tanggaard L. KVALITATIVE METODER. 2. udgave. Hans Reitzels Forlag; 2015. 640 s.
 43. Kvale S, Brinkmann S. Interview. 2. edition. København: Hans Reitzels Forlag; 2009. 376 s.

Bilag 1 - Interviewguide for diætister og ergoterapeuter.

Indledning:

Vi er to studerende fra Aalborg universitet, Morsal og Firas, som i samarbejde med Udviklingskøkkenet på Regionshospital Nordjylland (RHN) undersøger hvilke ændringer der skal til videreudviklingen det eksisterende modificeret dysfagikost. Interviewet vil blive optaget med vores telefoner, som skal anvendes til videre analyse, ydermere gennemgås samtykkeerklæringen. Interviewene bliver slettet efter transskribering. Informanten bliver dernæst bedt om at introducere sig selv:

- Profession:
- Antal års erfaring:
- Ansættelsessted:

Spørgsmål 1.

- Hvad er de eksisterende tilbud og erfaringer med modificeret kost, hvad er der af muligheder?
 - For hjemmeboende borgere
 - For plejehjem
 - For bosteder

Spørgsmål 2.

- Hvad er fordelene og ulemperne ved de eksisterende tilbud om modificeret kost?

Spørgsmål 3.

- Hvad er kravene til modificeret kost til patienter/borgere med dysfagi?
 - Ernæringssammensætning
 - Udseende
 - Konsistens
 - Smag
 - pris

Spørgsmål 4.

- Er der grund til at arbejde videre med modificeret dysfagikost?
- Hvis ja – hvorfor?

Spørgsmål 5.

- Hvilke overvejelser skal man, efter din mening, gøre sig når man arbejder med udviklingen af specialkost til patienter med dysfagi?
 - Ernæringssammensætning
 - Udseende
 - Smag
 - Konsistens
 - Økonomi

Spørgsmål 6.

- Hvordan oplever du at kost påvirker livskvaliteten?
- Hvordan?

Spørgsmål 7.

- Har modificeret dysfagikost en påvirkning på hospitalsindlæggelserne hos borgere med dysfagi?
 - Hvis ja, hvilke?

Spørgsmål 8.

- Hvordan oplever du at økonomi spiller en rolle i forhold til borgernes valg af kost og kosttilbud?

Spørgsmål 9.

- Hvordan mener du, at borgerne helst vil tilgå deres kosttilbud?
 - I almindelig detailhandel? Hjemmelevering? Andet?

Bilag 2 - Interviewguide for borgere med dysfagi.

Indledning:

Vi er to studerende fra Aalborg universitet, Morsal og Firas, som i samarbejde med RHN laver en markedsanalyse om dysfagi kost. Formålet med dette interview er at afdække hvilke ønsker og krav borgere med dysfagi har til ændringer i videreudviklingen af den modificeret dysfagikost.

Interviewet vil blive optaget med vores telefoner, og skal anvendes til videre analyse, ydermere gennemgås samtykkeerklæringen. Informanten bliver dernæst bedt om at introducere sig selv;

- Alder
- I forbindelse med hvilken sygdom har du udviklet dysfagi?

Spørgsmål 1.

- Hvor længe har du haft dysfagi?

Spørgsmål 2.

- Hvordan har dysfagi påvirket dig og din hverdag?
 - Hvilken indflydelse har det på din livskvalitet?
 - Føler du den samme glæde for mad som før sygdommen?

Spørgsmål 3.

- Hvad spiser du typisk i løbet af en dag?
 - Varieret kost? Eks. blendet.'
 - Simpel kost?
 - Billig

Spørgsmål 4.

- Er du bevidst om, at Regionshospital Nordjylland tilbyder et udvalg af modificeret kost til patienter og borgere med dysfagi? Hvis ja:
- Har du smagt på den modificeret kost? hvis ja:
 - Hvad synes du om det? Smag, udseende, mm.?
 - Synes du at det ser indbydende ud?
 - Hvordan synes du konsistensen er?
- Fordele og ulemper ved modificeret dysfagikost?
 - Hvilken type modificeret mad vil du gerne have?

Spørgsmål 5.

- Hvad er vigtigt for dig, når du skal vælge mad?
 - Udseende
 - Smag
 - Ernæringssammensætning
 - Konsistens
 - Økonomi
 - Andet?

Spørgsmål 6.

- Hvilken indflydelse har dysfagien på dit sociale liv?
 - Påvirker det dig i sociale sammenhænge? Hvis ja – hvordan?

Spørgsmål 7.

- Hvor meget tid ugentligt bruger du på mad?
- Er madlavningen mere tidskrævende nu end tidligere?

Spørgsmål 8.

- Hvor mange penge bruger du omtrent månedligt på mad efter du blev diagnosticeret med dysfagi?
 - Bruger du flere penge på mad og dagligvarer efter du blev diagnosticeret med dysfagi?

Spørgsmål 9.

- Hvis du fik mulighed for at tilgå et udvalg af færdige måltider med modificeret konsistens, tilpasset til dysfagi, kunne du så være interesseret i at købe det? Hvis ja:
- Hvordan vil du helst have maden leveret til døren, købe i butik eller en anden ting?
- Vil du købe maden, hvis den var f.eks. 10% eller 20% dyrere

Bilag 3 - Interviewguide for embedsmænd

Indledning:

Vi er to studerende fra Aalborg universitet, Morsal og Firas, som i samarbejde med RHN laver en markedsanalyse om dysfagi kost. Interviewet med embedsmanden har til formålet at afdække markedsadgangen. Interviewet vil blive optaget med vores telefoner, og skal anvendes til videre analyse, ydermere gennemgås samtykkeerklæringen. Informanten bliver dernæst bedt om at introducere sig selv;

- Profession:
- Antal års erfaring:
- Ansættelsessted

Spørgsmål 1.

- Ved du, at Regionshospital Nordjylland tilbyder et udvalg af modificeret kost til patienter og borgere med dysfagi? Hvis ja:
- Hvad mener du om det?

Spørgsmål 2.

- Hvilken form for modificeret dysfagi kost tilbyder I, i jeres kommune?
- Er det tilgængeligt for alle? På plejecentre? Boenheder for f.eks. udviklingshæmmede? For borgere i eget hjem? Borgere der ikke er tilknyttet hjemmeplejen?

Spørgsmål 3.

- Hvad er kriterierne for at man kan få tilbudt dysfagikost??

Spørgsmål 4.

- Økonomi er ofte en vigtig faktor ift. dysfagikost. Hvordan er kommunens holdning til den ekstra udgift der er forbundet med dysfagikost kontra almindelig kost?

Spørgsmål 5

- Både borgere og fagpersoner efterspørger at kvaliteten af dysfagikost er høj – hvordan sikrer I det? Hvor højt vægter I at tilgodese disse ønsker?

Spørgsmål 6.

- Hvad er jeres baggrund for at tilbyde dysfagikost?
- Har økonomien betydning for jer i forhold til dysfagi kost?
- Hvad er den økonomiske smertegrænse for at I fortsat vil tilbyde dysfagikost. Er det ok hvis det er 10% eller 20% dyrere end almindelig kost?

Spørsmål 7.

- Hvordan vil I gjøre borgerene opmærksom på tilbudet om dysfagikost i Jeres kommune?
- Hvordan sikrer I kvaliteten i jeres tilbud om dysfagikost?

Bilag 4. Samtykke dokument til informanter

Vi er to studerende fra Aalborg Universitet, som er i gang med at skrive speciale i samarbejde med Regionshospital Nordjylland (RHN), hvor der udføres interviews. Hvert interview forventes at vare mellem 30-40 minutter.

Informant nummer:

1. Interviewet består af X spørgsmål, der kan forekomme underspørgsmål til yderligere uddybelse.
2. Interviewet vil blive anvendt til specialeprojektet.
3. Informanten er anonym i projektet, samt er det kun dem som eksaminerer til eksamen der vil se informantens citationer.
4. Der stilles både meget åbne spørgsmål og lukkede, og intet svar ses som værende forkerte. Hvis spørgsmålene er utydelige eller ikke forståelige, kan informanten få det gentaget.
5. Interviewet optages med en mobiltelefon, hvilket efterfølgende anvendes til transskribering på computeren.
6. Via dette dokument giver informanten informeret samtykke til anvendelse af deres citationer.