

Ongewenst gewichtsverlies tijdens de Ziekte van Parkinson
Een casestudie op de Parkinson longstay-afdeling binnen Groenhuysen

DE HAAGSE
HOGESCHOOL



Groenhuysen

Bachelor-scriptie

Voeding en Diëtetiek

Auteur:

Merel van den Heuvel

Datum van verschijnen:

18 maart 2019



Ongewenst gewichtsverlies tijdens de Ziekte van Parkinson

Een casestudie op de Parkinson longstay-afdeling binnen Groenhuysen

De Haagse Hogeschool
Johanna Westerdijkplein 75
2521 EN Den Haag
Tel.: 070 4458300

Datum van verschijnen: 18 maart 2019
Aantal woorden van het rapport: 10836
Aantal woorden van de samenvatting: 493
Docent begeleider: S.J. Salmon
Organisatie: Groenhuysen
Opdrachtgevers: B. van den Beemt en P. Nijssen – van Ineveld

Merel van den Heuvel
15042111@student.hhs.nl
15042111

Voorwoord

Voor u ligt het afstudeeronderzoek met als titel 'Ongewenst gewichtsverlies tijdens de Ziekte van Parkinson'. Deze bachelor-scriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen van de opleiding Voeding en Diëtetiek aan de Haagse hogeschool te Den Haag. De scriptie omvat een onderzoeksverslag met daarbij bijlages waarin gedetailleerde informatie en data van het onderzoek wordt weergegeven.

In de periode van 1 september tot en met 18 maart ben ik als vierdejaarsstudent bezig geweest met schrijven en onderzoek uitvoeren op de Parkinson longstay-afdeling binnen Groenhuysen in Roosendaal. In deze periode heb ik mezelf ontplooid tot een onderzoeker en heb ik mezelf geprofileerd in de richting waarin ik mijn passie met voeding kan verwezenlijken.

Ik zou mijn dankbaarheid willen betuigen aan de mensen die mij hebben gesteund tijdens het schrijven van deze afstudeerscriptie. Ik zou mijn docentbegeleidster mevr. S.J. Salmon willen bedanken voor het geven van de constructieve en kritische feedback, het begeleiden van het proces en haar begrip tijdens het overlijden van mijn schoonvader op 12 januari 2019.

In het bijzonder ben ik dankbaar voor mijn begeleidsters, Bonny van den Beemt en Petra Nijssen, die mij toegang gaven tot een organisatie waar ik een passie voor revaliderende en palliatieve ouderenzorg ontdekte, een discipline waarvan ik hoop nog verder in te ontwikkelen de komende tijd. Ik wil hen tevens bedanken voor de leerzame en leuke feedbackmomenten en de kans die zij mij hebben gegeven binnen Groenhuysen.

Tevens ben ik tijdens mijn onderzoeksperiode in contact gekomen met veel betrokkenen en belanghebbende personen binnen Groenhuysen. Ik wil hen hartelijk bedanken voor het bijdragen van informatie en hun ervaringen op de parkinsonafdeling binnen Groenhuysen.

Tot slot wil ik de mensen om me heen, mijn moeder, mijn broer en mijn partner bedanken voor het creëren van een omgeving waarin ik in staat was om vooruitgang te boeken, te groeien en hopelijk uit te blinken. Met deze scriptie hoop ik succesvol mijn hbo-diploma in ontvangst te mogen nemen.

Omdat het schrijven van deze scriptie een uitdaging was, maar zeker ook leuk was, hoop ik dat het eindproduct op dezelfde manier wordt gelezen.

Dit rapport is bedoeld voor de afdeling diëtetiek binnen Groenhuysen, ParkinsonNet diëtisten en ieder ander die geïnteresseerd is in voeding rondom de ziekte van Parkinson.

Samenvatting

De Ziekte van Parkinson (ZvP) is een chronische en progressief verlopende ziekte en treft momenteel meer dan vijftigduizend personen in Nederland. Ongewenst gewichtsverlies en ondervoeding zijn veelvoorkomende problemen tijdens de ZvP. Uit statistieken blijkt dat 24% van de parkinsonpatiënten ondervoed is en 60% van de patiënten risico heeft op ondervoeding. Ondanks de dieetbehandeling en het huidige voedingsbeleid binnen Groenhuysen, blijven parkinsonpatiënten op de longstay-afdeling ongewenst gewichtsverlies ervaren. De gestelde hoofdvraag binnen het onderzoek luidt daarom als volgt: *“Hoe komt het dat patiënten met de ZvP op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen blijven lijden aan ongewenst gewichtsverlies?”*. Het doel van het onderzoek is inzicht verkrijgen in de oorzaak van het ongewenst gewichtsverlies, waarna aanbevelingen geformuleerd kunnen worden ter verbetering van de voedingsinname en kwaliteit van leven van parkinsonpatiënten.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is kwantitatief en kwalitatief onderzoek verricht onder parkinsonpatiënten en parkinson-zorgverleners op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen. Kwantitatief onderzoek is verricht middels een vierdaags-voedingsdagboek, waarbij geanalyseerd is in hoeverre de voedingsinname correspondeert met het dieetadvies. Kwalitatief onderzoek is verricht middels semigestructureerde interviews en een participierend observatie instrument, om inzicht te krijgen in het begrip van het belang van voeding, de houding ten aanzien van het dieetbehandelplan en wensen en behoeften van parkinsonpatiënten.

Resultaten laten zien dat het ongewenst gewichtsverlies te wijten valt aan verschillende oorzaken. Ten eerste voldoet de huidige voedingsinname van patiënten niet aan het dieetadvies wat betreft energie en macronutriënten. Daarnaast komen aangeboden hoeveelheden basisvoedingsmiddelen niet overeen met aanbevolen hoeveelheden van de richtlijn voeding tijdens de ZvP. Ook blijkt dat de aangeboden voeding leidt tot een verminderde voedingsinname, wegens gebrek aan smaak, variatie en flexibele eetmomenten. Verder bestaat er een onvolledig begrip van het belang van voeding tijdens de ZvP en een licht negatieve houding ten aanzien van het dieetadvies door gebrek aan informatie en toelichting over de inhoud ervan.

Er kan dus geconcludeerd worden dat het huidige voedingsbeleid leidt tot een ongewenst gewichtsverlies door meerdere oorzaken. Als reactie hierop dient het huidige voedingsbeleid te worden aangepast. Daarnaast dient het begrip van het belang van optimale voeding bij ongewenst gewichtsverlies tijdens de ZvP te worden vergroot. Dit kan gerealiseerd worden door betrokkenheid van de diëtist te waarborgen bij het opstellen van de menu-cyclus, inzet van een Parkinson-voedingsassistent, het invoeren van flexibele eetmomenten en het creëren van keuzemogelijkheden in warme maaltijden en tussendoortjes. Tot slot wordt aanbevolen het begrip van het belang van voeding bij de ZvP te vergroten door meer inhoudelijke informatie te verstrekken over het dieetplan en de rol van de diëtist.

Beperkingen van dit onderzoek liggen in het geringe aantal parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies, wat de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van resultaten limiteert. Tevens wordt betrouwbaarheid ondermijnd door het ontbreken van voedingswaardige informatie, twee transcripten en is een klein deel van de data afkomstig van een secundaire bron. Echter ligt de bijdrage van dit onderzoek met name in de praktische inzetbaarheid binnen Groenhuysen en vergelijkbare omgevingen, waardoor het onderzoek wel degelijk waardevol is gezien het groeiende maatschappelijk belang bij de ZvP.

Abstract

Parkinson's disease is a chronic and progressive illness and currently affecting over fifty thousand patients in the Netherlands. Unintentional weight loss and malnutrition are frequently occurring problems during the course of the disease. Statistics demonstrate that 24% and 60% of Parkinson's disease patients suffer or have a risk on malnutrition, respectively. Despite diet treatment and the current nutritional policy within the Groenhuysen healthcare institution, it's Parkinson's disease patients in the long stay department still experience unintentional weight loss. Therefore, the research question of the present study reads as follows: *"How do Parkinson's disease patients in the long stay department within Groenhuysen still suffer unintentional weight loss?"*. The goal of this study is to identify causes of the unintended weight loss, to formulate recommendations and managerial implications for improving nutritional intake and quality of life of Parkinson's disease patients.

For answering the research question in this study, a combination of quantitative and qualitative research was conducted among Parkinson's disease patients within the long stay department at Groenhuysen. The quantitative part was performed by tracking a four-day food diary, comparing the correspondence between actual nutritional intake with the dietary advice. The qualitative part was executed using semi-structured interviews and a participatory observation tool. This allowed for mapping patients understanding of the importance of nutrition, patients attitude towards diet treatment, and the needs of Parkinson's disease patients.

Results show the unintended weight loss is subject to multiple causes, starting with the failure of the current nutritional intake to comply with the diet advice in terms of energy and macronutrients. Secondly, offered quantities of basic foods don't meet the advised quantities for basic food intake in case of Parkinson's disease. It was also shown that the offered nourishments in this study lead to reduced intake as a result of lacking flavors, variation and missing flexibility in eating moments. Additionally, an incomplete understanding of the importance of nutrition during Parkinson's disease was experienced among patients and respondents, as well as a slightly negative attitude towards the diet advice. A lack of information and explanation from the dietician towards the patients and caregiver is the cause of this.

Hence, it can be concluded that the current nutritional policy leads to unintentional weight loss through various causes. As a result, the current policy needs modification. Furthermore, the understanding of the importance of nutritional value in case of unintended weight loss needs to be increased. This can be realized by increasing involvement of the dietician when composing the menu cycle, deploying a Parkinson's disease dedicated food assistant, organizing flexible time windows for having meals, and offering a wider variety of hot meals and snacks. Finally, increasing understanding can be achieved by having dieticians providing more elaborate information about the diet plan and the dieticians role in the process.

Limitations of the present study lie in the relatively low number of patients in the data sample with unintentional weight loss. This limits the extent to which results are generalizable and reliable. Also, the lack of nutritional information, two missing transcripts and a fraction of data being secondary instead of primary undermines the reliability. However, considering Parkinson's disease increasing social relevance, great value of this study lies in the practical applicability for Groenhuysen and comparable environments.

Inhoudsopgave

Voorwoord	i
Samenvatting	ii
Abstract	iii
Begrippenlijst	vi
1. Inleiding	1
1.1 Ziekte van Parkinson	1
1.2 Gezondheidseffecten	1
1.3 Behandeling	2
1.4 Groenhuysen	2
1.5 Hoofdvraag	4
1.6 Deelvragen	4
1.7 Doelstelling	4
2. Methode	5
2.1 Praktijkonderzoek	5
2.1.1 Kwantitatief onderzoek – vierdaags-voedingsdagboek	5
2.1.2 Kwalitatief onderzoek – semigestructureerde interviews	7
2.1.3 Kwalitatief onderzoek – participerende observaties	9
3. Resultaten	10
3.1 Kwantitatief onderzoek – vierdaags-voedingsdagboek	10
3.1.1 Voedingsinname	10
3.1.2 Aangeboden hoeveelheden	11
3.1.3 Richtlijnen	12
3.2 Kwalitatief onderzoek – interview parkinsonpatiënten	13
3.2.1 Belang van voeding	13
3.2.2 Houding dieetbehandelplan	14
3.3. Kwalitatief onderzoek – interview parkinson-zorgverleners	15
3.3.1 Houding dieetbehandelplan	15
3.4 Wensen en behoeften	16
3.4 Kwalitatief onderzoek – participerende observaties	18
4. Conclusie	20
4.1 Deelvragen	20
4.2 Hoofdvraag	21
5. Discussie	23
5.1 Beperkingen	23
5.2 Vervolgonderzoek	24
5.3 Vergelijking resultaten met bestaande literatuur	24
6. Aanbevelingen	26
6.1 Betrokkenheid bij opstellen menu-cyclus	26
6.2 Keuzemogelijkheden rondom de warme maaltijd	26
6.3 Flexibele eetmomenten	26

6.4 Tussendoortjes	26
6.5 Lijst met tussendoortjes	27
6.6 Parkinson-voedingsassistent.....	28
6.7 De rol van de diëtist en het dieetbehandelplan	28
7. Referentielijst.....	29
Bijlagen	31
Bijlage 1 – Introductieformulier	32
Bijlage 2 – Toestemmingsformulier.....	33
Bijlage 3 – Voedingsdagboek leeg.....	34
Bijlage 4 – Tabel: aangeboden hoeveelheden voedingsmiddelen in vergelijking met de aanbevolen hoeveelheden voedingsmiddelen	35
Bijlage 5 – Topiclijsten met voorbeeldvragen voor interviews	36
Topiclijst met voorbeeldvragen voor interview met parkinsonpatiënt	36
Topiclijst met voorbeeldvragen voor interview met zorgprofessional	38
Bijlage 6 - Codeer schema.....	40
Bijlage 7 – Definitie codes en sub codes	41
Bijlage 8 – Categorisering sub- en codes	42
Bijlage 9 – Observatie instrument tijdens avondmaaltijden op de longstay-afdeling.....	43
Bijlage 10 – Gecodeerde data per topic uit interviews met parkinsonpatiënt	44
Bijlage 11 – Gecodeerde data per topic uit interviews met zorgverleners	50
Bijlage 12 – Cirkeldiagrammen.....	58
Bijlage 13 – Observatie tabellen.....	59
Observatietabel 1 avondmaaltijd 12-11-2018 - gestoomde bleekselderij met aardappelpuree en procureurlapje.....	59
Observatietabel 2 avondmaaltijd 13-11-2018 – frietjes met snack	61
Observatietabel 3 avondmaaltijd 14-11-2018 – nasi goreng, saté, kroepoek en atjar	62
Observatietabel 4 avondmaaltijd 15-11-2018 – hutspot met rookworst en vleesjus	63
Observatietabel 5 avondmaaltijd 16-11-2018 – gyros met tzatziki saus en krul friet	65
Observatietabel 6 avondmaaltijd 17-11-2018 – boerenkool met rookworst.....	66
Bijlage 14 – Foto's van maaltijden tijdens observaties	68

Begrippenlijst

Begrip	Definitie of omschrijving
Bradykinesie	Vertraagde beweging
Neurodegeneratie	Een progressieve afname van de structuur of functie van de zenuwcel in de hersenen
Neuronen	Zenuwcellen
Rigiditeit	Stijfheid
Rusttremor	Trillen of beven van een lichaamsdeel dat ondersteunt wordt
Tonusregulatie	Spierspanning regulatie

1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de theorie beschreven die relevant is voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen. De theorie omvat een omschrijving van de Ziekte van Parkinson (ZvP), de gezondheidseffecten die als gevolg hiervan worden ervaren, de behandeling en tot slot een analyse van het probleem in de omgeving waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden, Groenhuysen te Roosendaal.

1.1 Ziekte van Parkinson

De ZvP is een chronische en progressief verlopende ziekte die vooral bij ouderen voorkomt¹. De ziekte treft momenteel meer dan vijftigduizend personen in Nederland, waarbij de diagnose na het zestigste levensjaar is gesteld². Door de vergrijzing wordt verwacht dat het aantal patiënten met de ZvP in 2025 stijgt naar negentigduizend. De duur van de ZvP is gemiddeld vijftien jaar¹.

De ZvP is een progressieve neurodegeneratieve aandoening, waarbij sprake is van een verlies aan dopamine producerende neuronen in de hersenen³. Het ontstane tekort aan dopamine zorgt voor een verslechterde signaaloverdracht in de hersenen wat effect heeft op de motoriek, houding en tonusregulatie van een patiënt¹. Dit leidt tot het hypokinetisch rigide syndroom, wat zich uit in bradykinesie, rigiditeit, rusttremor en houdings- en balansstoornissen⁴. Tevens ervaren parkinsonpatiënten naast het hypokinetisch rigide syndroom, klachten op niet-motorische gebieden waardoor zij een verminderde reuk, maag- en darmklachten en psychische- en slaapstoornissen ervaren⁵. Ongewenst gewichtsverlies wordt naast deze symptomen vaak gedocumenteerd tijdens de ZvP⁶.

1.2 Gezondheidseffecten

Ongewenst gewichtsverlies en ondervoeding is een veelvoorkomend probleem bij patiënten met de ZvP. Uit statistieken blijkt dat 24% van de patiënten met de ZvP ondervoed is en 60% van de patiënten risico heeft op het krijgen ondervoeding.⁷ Het gewichtsverlies neemt progressief toe naar mate de ziekte vordert of wanneer sprake is van een slechte respons op de behandeling. Gewichtsverlies en ondervoeding ontstaan door een negatieve energiebalans, wat betekent dat het energieverbruik hoger is dan de inname.⁸

Bovendien zorgen tremors en constante hoge spierspanning bij een parkinsonpatiënt voor een verhogend effect op het energieverbruik⁹. Een retrospectief onderzoek toont aan dat wanneer parkinsonpatiënten een Deep Brain Stimulation (DBS) operatie ondergaan, waarbij de tremor wordt verholpen, de patiënten als gevolg een lager energieverbruik hebben¹⁰. Ook wordt de voedingsinname beïnvloed doordat de parkinsonpatiënten door de ziekte een verlies aan eetlust, misselijkheid, maagklachten, kauw- en slikklachten en obstipatie ervaren¹⁻⁴. Het verhoogd energieverbruik en de verminderde energie-inname worden als oorzaken beschouwd van het ongewenst gewichtsverlies bij patiënten met de ZvP.

Wanneer sprake is van ondervoeding, heeft dit een negatief effect op de gehele gezondheidstoestand van de patiënt. Een ondervoede gezondheidstoestand zorgt voor een langzamer herstel, slechte (wond)genezing, afname van kwaliteit van leven en het verhoogt de kans op complicaties en mortaliteit⁹. Daarnaast wordt bij parkinsonpatiënten het gewichtsverlies en ondervoeding in verband gebracht met problemen zoals vallen, botbreuken en infecties¹¹. Hierdoor heeft gewichtsverlies of een ondervoede toestand een negatief effect op het beloop van de ZvP en de kwaliteit van leven³⁻¹¹. Gewichtsverlies en ondervoeding wordt echter door de patiënt zelf niet als probleem ervaren, zij zijn zich vaak niet bewust van het effect op hun gezondheid¹². Het inzien van de rol van voeding tijdens de ZvP door parkinsonpatiënten is hierdoor van belang, zodat door hen gestreefd kan worden naar een optimale voedingsinname en voedingstoestand.

Verder worden parkinsonpatiënten steeds afhankelijker naarmate de ziekte vordert. Zij behoeven steeds meer hulp in het dagelijks leven en dienen blijvend verpleegd te worden,

waardoor parkinsonpatiënten worden opgenomen in een verpleeghuis. Er dient hulp te worden gegeven bij de inname van voeding, koken en lichamelijke verzorging. Hierdoor zijn parkinsonpatiënten in de laatste fase geheel afhankelijk van de gegeven zorg door de zorgverleners.¹³ Doordat parkinsonpatiënten zorgafhankelijk zijn tijdens de eetmomenten, is het van belang dat de zorgverleners het dieetbehandelplan van de diëtist in acht nemen.

1.3 Behandeling

Levodopa, het meest effectieve medicijn bij de ZvP, speelt een rol tijdens de voedingsinname van parkinsonpatiënten¹⁴. Levodopa wordt in het lichaam omgezet in dopamine en passeert de bloed-hersenbarrière om het dopaminetekort in de hersenen aan te vullen, waardoor symptomen van de ZvP worden onderdrukt¹⁴. Echter kunnen eiwitten uit voeding bij de opname in de dunne darm evenals bij het passeren van de bloed-hersenbarrière een competitie aangaan met levodopa¹⁵. Deze interactie vermindert mogelijk de werkzaamheid van levodopa. Hierdoor wordt de aanbevolen eiwitinname tijdens ondervoeding van 1,2-1,5 gram per kilogram lichaamsgewicht voor een parkinsonpatiënt beperkt naar maximaal 0,8 gram per kilogram lichaamsgewicht in de dieetbehandelingsrichtlijn van de ZvP¹⁶. Het medicijn levodopa dient een half uur voor of een uur na een maaltijd te worden ingenomen met een eiwitarme drank, zodat concurrentie tussen levodopa en eiwitten uitblijft¹. Al met al, doordat eiwitinname wordt beperkt, kan dit leiden tot gewichtsverlies en het verslechteren van de voedingstoestand bij parkinsonpatiënten¹⁷.

In het ASE-model van de Vries (1998) staat ASE voor Attitude, Sociale invloed en Eigen effectiviteit-model en wordt gebruikt om bepaald gedrag te verklaren. Volgens het ASE-model draagt de attitude, ook wel houding genoemd, van een persoon bij aan de intentie die hij of zij heeft om bepaald gedrag uit te voeren¹⁸. Om optimaal effect te behalen van de dieetbehandeling is het daarom van belang om de houding ten aanzien van het dieetbehandelplan van zowel parkinsonpatiënten als zorgverleners te achterhalen. In het behandelplan van de diëtist wordt professionele voedingszorg met daarin informatie met hoge mate van onderbouwing, professionele kennis en de wensen en vooruitzichten van de patiënt omschreven¹⁹. Hierdoor kan op begrijpelijke wijze het dieetbehandelplan worden opgevolgd door de zorgverleners¹⁹.

1.4 Groenhuysen

Sinds 1993 zet Groenhuysen zich in voor ouderen in de regio Roosendaal. Zij biedt zorgmogelijkheden aan voor verschillende patiëntgroepen. Dit doen zij door middel van brede dienstverlening in thuiszorg en verzorgde woonvoorzieningen. Sinds 2002 heeft Groenhuysen een speciale afdeling voor parkinsonpatiënten. De afdeling bevat een revalidatie- en een longstay-afdeling. Op de revalidatieafdeling verblijven patiënten, die zich bevinden in de beginfase van de ZvP, om het leefpatroon aan te passen en de parkinsonmedicatie in te stellen. Daarentegen verblijven op de longstay-afdeling patiënten die zich in een gevorderd (eind)stadium van de ZvP bevinden en compleet zorgafhankelijk zijn. Deze patiënten verblijven hier tot zij komen te overlijden.

De diëtetiekafdeling binnen Groenhuysen beschikt over twee diëtisten, Bonny van den Beemt en Petra Nijssen, die zijn aangesloten bij het landelijke netwerk ParkinsonNet. Deze diëtisten zijn gespecialiseerd in het behandelen en begeleiden van patiënten met de ZvP. Op dit moment bevat de longstay-afdeling negentien parkinsonpatiënten, waarvan zeven patiënten wegens ongewenst gewichtsverlies onder behandeling zijn van de diëtist. Deze afdeling bevat in vergelijking met de revalidatieafdeling het grootste aantal parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies, waardoor het onderzoek gericht is op de longstay-afdeling.

Het dieetbehandelplan van de diëtist bestaat uit het handhaven of verbeteren van de voedingstoestand en het berekenen van de voedingsbehoefte middels de WHO-formule, waarin de formule wordt voorzien van een toeslag van dertig procent om een toename in lichaamsgewicht te krijgen. Daarnaast geldt voor parkinsonpatiënten met ongewenst

gewichtsverlies of ondervoeding de richtlijn van 1,2-1,5 gram eiwit per kilogram lichaamsgewicht. Het is van belang dat de energie-inname voldoende is om de eiwitten uit de voeding op de juiste manier te kunnen benutten. Wanneer de energie-inname namelijk onvoldoende is, worden eiwitten gebruikt als energie¹.

De berekende voedingsbehoefte wordt door de diëtist vergeleken met de huidige voedingsinname van de parkinsonpatiënt op het gebied van energie in kilocalorieën en de macronutriënten: eiwitten in grammen, voedingsvezel in grammen en vocht in liters. In overleg met de patiënt en/of mantelzorger(s) wordt het dieetbehandelplan opgesteld, waarbij vanuit wordt gegaan dat de aangeboden voeding op de afdeling toereikend is. Het dieetbehandelplan wordt overgedragen aan de verpleegkundige en verzorgers op de afdeling. Zij dienen dit op te volgen en uit te voeren tijdens de dagelijkse zorg voor de patiënt.

Daarnaast wordt sinds 2006 binnen Groenhuysen een voedingsbeleid²⁰ gehandhaafd voor alle bewoners met diverse aandoeningen, waarin beschreven staat dat bij de aangeboden maaltijden rekening wordt gehouden met de voedingswaarde, schikking op het bord, smaak en kleur. Volgens het voedingsbeleid dient de aangeboden voeding aan te sluiten op de individuele wensen en gewoonten van de patiënt. Het aanbieden van passende voeding is van belang om de voedingsinname van de patiënt te stimuleren. Voor alle longstay-afdelingen binnen Groenhuysen is in het voedingsbeleid een menucyclus van 365 dagen opgesteld, waarbij elke dag één soort warme maaltijd wordt geserveerd. Bij het opstellen van het voedingsbeleid in 2006 geven de ParkinsonNet diëtisten aan hierbij niet betrokken te zijn geweest, waardoor zij geen inzicht hebben in de samenstelling van de aangeboden maaltijden en de voedingsinname van de parkinsonpatiënten binnen Groenhuysen.

1.4.1 Probleemidentificatie

Ondanks het handhaven van het voedingsbeleid van Groenhuysen en het ondergaan van de dieetbehandeling van de ParkinsonNet diëtist, blijven de parkinsonpatiënten op de longstay-afdeling ongewenst gewichtsverlies ervaren. Hierdoor ondervinden de diëtisten geen gewenst effect van de dieetbehandeling bij de patiënt. Een vermoeden is dat de parkinsonpatiënten aan ongewenst gewichtsverlies blijven lijden door een niet optimale voedingsinname. Dit kan mogelijk worden veroorzaakt door het onvoldoende aanbieden van voeding en het niet voldoen van de aangeboden voeding aan de wensen en behoeften van de parkinsonpatiënten. Aangezien de ZvP een progressieve ziekte is, is het van belang dat de voedingstoestand van de parkinsonpatiënten gedurende de ziekte optimaal is.

1.5 Hoofdvraag

Resultierend uit de in de inleiding beschreven situatie luidt de hoofdvraag als volgt:

“Hoe komt het dat patiënten met de ziekte van Parkinson op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen blijven lijden aan ongewenst gewichtsverlies?”

Om het onderzoek te structureren, een compleet beeld te creëren en een passend antwoord op de hoofdvraag te realiseren zijn de volgende deelvragen geformuleerd.

1.6 Deelvragen

1. *Hoe ziet de voedingsinname van parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies eruit op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen?*
2. *In hoeverre komt de voedingsinname van parkinsonpatiënten overeen met het dieetadvies voor parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen?*
3. *In hoeverre komt de aangeboden voeding overeen met het dieetadvies voor parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen?*
4. *In hoeverre begrijpen parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies op de longstay-afdeling het belang van voeding tijdens de ZvP?*
5. *Welke houding hebben parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies en parkinson-zorgverleners op de longstay-afdeling ten aanzien van het dieetbehandelplan van de diëtist?*
6. *In hoeverre komt de aangeboden voeding overeen met de wensen en behoeften van parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen?*

1.7 Doelstelling

Het doel van het onderzoek is het verkrijgen van (meer) inzicht in de huidige voedingsinname van de parkinsonpatiënten, de houding ten aanzien van de aangeboden voeding, de houding ten aanzien van het dieetbehandelplan en hoe de aangeboden voeding en het voedingsbeleid dienen te worden aangepast om een optimale voedingsinname bij parkinsonpatiënten te verwezenlijken binnen Groenhuysen. Met de resultaten van het onderzoek kan de aangeboden voeding en het voedingsbeleid herzien worden, waardoor mogelijk de voedingsinname van patiënten met de ZvP op de longstay-afdeling kan worden geoptimaliseerd. Dit zal bijdragen aan het mogelijk maken van het behalen van het gewenste effect van de dieetbehandeling, waardoor het creëren van een goede voedingstoestand effect zal hebben op het progressieve beloop van de ZvP.

Antwoord op deze hoofdvraag verschaft Groenhuysen informatie waarmee zij de dieetbehandeling voor parkinsonpatiënten kunnen optimaliseren en daarmee de voedingsinname en de kwaliteit van leven kunnen verbeteren. Daarnaast kan het resultaat van dit onderzoek gegeneraliseerd worden ter voorkoming van ongewenst gewichtsverlies bij de ZvP op vergelijkbare zorg verlenende afdelingen in de praktijk. Gezien de mate waarin ongewenst gewichtsverlies bij de ZvP in de beroepspraktijk voorkomt¹⁻², kan het resultaat van dit onderzoek gebruikt worden ter uitbreiding van de bestaande informatie over de aan te bieden voeding en dieetbehandeling bij de ZvP.

2. Methode

In dit hoofdstuk wordt de toegepaste methode verantwoord en uiteengezet.

2.1 Praktijkonderzoek

Om de hoofdvraag en de deelvragen te beantwoorden is kwantitatief en kwalitatief onderzoek verricht, waarbij gebruik is gemaakt van verschillende dataverzamelmethode. Er is data verzameld door middel van een vierdaags-voedingsdagboek, semigestructureerde interviews en observaties waarbij fotografische beelden zijn gemaakt van de aangeboden avondmaaltijden. In de periode van 15 oktober 2018 t/m 12 november 2018 is het kwantitatief en kwalitatief onderzoek verricht op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen.

2.1.1 Kwantitatief onderzoek – vierdaags-voedingsdagboek

Om antwoord te geven op de vraag: *“Hoe ziet de voedingsinname van parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies eruit op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen?”*, is onderzoek verricht met behulp van een vierdaags-voedingsdagboek.

Procedure

Voorafgaand aan het onderzoek onder de parkinsonpatiënten is een steekproefselectie gemaakt op basis van de onderstaande inclusie- en exclusiecriteria. Deze criteria zijn gehanteerd om de probleemstelling doelgericht te kunnen onderzoeken.

Inclusiecriteria voor parkinsonpatiënten:

- Diagnose: ziekte van Parkinson
- Woonachtig op de longstay verblijfsafdeling binnen Groenhuysen
- Leeftijd ≥ 60 jaar
- Body Mass Index (BMI) $\leq 20 \text{ kg/m}^2$ of BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ met progressief gewichtsverlies van $>0,5$ kilogram lichaamsgewicht per week
- Gediagnosticeerd onbedoeld gewichtsverlies $> 5\%$ in 1 maand en/of 10% in 6 maanden
- Onder behandeling bij de ParkinsonNet diëtist binnen Groenhuysen
- Bij ernstige cognitieve achteruitgang is mantelzorger aanspreekbaar

Exclusiecriteria voor parkinsonpatiënten:

- Oncologische aandoening
- Volledige sondevoeding
- Ernstige cognitieve achteruitgang indien mantelzorger niet aanwezig is
- Patiënt ondergaat een duodopa-traject, waarbij vloeibare levodopa via een PEG-sonde wordt toegediend
- De patiënt is door psychische problematiek niet in staat deel te nemen aan het onderzoek
- Patiënt, familie en/of mantelzorger geeft geen toestemming

De eerste vijf exclusiecriteria worden gehanteerd, omdat deze vrijwel zeker de voedingsinname al beïnvloeden⁹⁻¹⁰.

De parkinsonpatiënten zijn benaderd door middel van een schriftelijk introductieformulier, waarin het doel en de uitvoering van het onderzoek worden beschreven, zie bijlage 1. Door iedere respondent is een formulier ondertekend waarin hij of zij toestemming geeft voor inzage in het Elektronische Cliënten Dossier (ECD) van Groenhuysen, zie bijlage 2. Uit ECD worden de volgende gegevens gebruikt: geslacht, leeftijd, gewicht en medische voorgeschiedenis.

De onderzoeker is een week lang aanwezig geweest tijdens de eetmomenten om de voedingsinname van de respondenten middels een voedingsdagboek in kaart te brengen.

Doordat de ZvP een grote impact heeft op de kwaliteit van leven en het dagelijks leven²⁰⁻²¹, is in overleg met de opdrachtgever besloten om de onderzoeker zelf vier dagen de voedingsinname van de respondenten gedurende een week te laten noteren. Hierdoor zijn de respondenten niet belast met het bijhouden van het voedingsdagboek. De kans op onderrapportage wordt tijdens dit onderzoek om deze reden verkleind²². De voedingsdagboeken zijn compleet en begrijpelijk ingevuld door de onderzoeker, waardoor een inzichtelijk beeld wordt gevormd van de huidige voedingsinname van de respondenten. Dit zorgt dat de betrouwbaarheid van het onderzoek wordt vergroot.

Meetinstrument

De eetmomenten vonden plaats om 08:00u, 12:00u en 17:15u. De voedingsinname van de respondenten is schriftelijk genoteerd in een voedingsdagboek, waarbij onderscheid is gemaakt in de hoeveelheid en soort van het voedingsproduct. In bijlage 3 wordt het voedingsdagboek weergegeven. Doordat de respondenten zich in de late fase van de ZvP bevinden, kan de werkzaamheid van de parkinsonmedicatie fluctueren⁴. Hierdoor kunnen er perioden gedurende de dag zijn waarbij de respondenten meer parkinsonverschijnselen ervaren dan normaal⁴⁻²³⁻²⁴. Deze onverwachte en onvoorspelbare perioden kunnen van invloed zijn op de voedingsinname van de respondent. Hierdoor is gekozen om minstens vier dagen de voedingsinname van de respondenten te noteren, zodat inzicht wordt verkregen in de dagelijkse voedingsinname van de desbetreffende patiënten²⁵.

Analyse

Om antwoord te kunnen geven op de vraag: *“In hoeverre komt de voedingsinname van parkinsonpatiënten overeen met het dieetadvies voor parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen?”*, zijn de ingevulde voedingsdagboeken ingevoerd in ‘Mijn Eetmeter’ van het Voedingscentrum. Per respondent is een gemiddelde voedingsinname berekend van de vier dagen. Vervolgens is de gemiddelde inname vergeleken met het voedingsadvies van de respondenten dat is opgesteld door de diëtist in het ECD. De voedingsinname is op de voedingsaspecten vergeleken: energie in kilocalorieën (kcal), eiwitten in grammen (g), voedingsvezel in grammen (g) en vocht in liters (l). Bovengenoemde aspecten staan centraal in het dieetadvies en de dieetbehandelingsrichtlijn van de ZvP¹⁻². In de vergelijking wordt gekeken of de voedingsinname van de respondenten voldoet aan hun dieetadvies.

Tevens wordt de aangeboden voeding per eetmoment op de longstay-afdeling genoteerd in een tabel, zie bijlage 4. De aangeboden voeding wordt vergeleken met de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid basisvoedingsmiddelen in het dieetadvies van de diëtist om antwoord te geven op de vraag in hoeverre de aangeboden voeding overeenkomt met het dieetadvies. De aangeboden voeding wordt op de volgende aspecten uit het dieetadvies dat gebaseerd is op de richtlijnen voeding tijdens de ZvP²⁻³⁻⁴¹ vergeleken: aantal gram groente en fruit, aantal sneden bruine of volkoren boterhammen, aantal opscheplepels volkoren graanproducten of aardappelen, portie vlees of vis, aantal porties zuivel en aantal milliliters vocht.

2.1.2 Kwalitatief onderzoek – semigestructureerde interviews

Om de onderstaande deelvragen te onderzoeken zijn semigestructureerde interviews verricht onder zowel de parkinsonpatiënten als de parkinson-zorgverleners. Voor het interview met de parkinsonpatiënten worden dezelfde in- en exclusiecriteria gehanteerd.

4. *In hoeverre begrijpen parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies op de longstay-afdeling het belang van voeding tijdens de ZvP?*
5. *Welke houding hebben parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies en parkinson-zorgverleners op de longstay-afdeling ten aanzien van het dieetbehandelplan van de diëtist?*
6. *In hoeverre komt de aangeboden voeding overeen met de wensen en behoeften van parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen?*

Procedure en meetinstrument

Het uitvoeren van semigestructureerde interviews biedt de mogelijkheid dieper op een onderwerp in te gaan en door te vragen. Hierdoor worden achterliggende gedachten en redenen van de respondenten verkregen betreft de onderwerpen van het interview²⁶. In beide interviews komen de volgende hoofdonderwerpen aan bod: het belang van voeding tijdens de ziekte van Parkinson, het dieetbehandelplan van de diëtist en de aangeboden voeding. In bijlage 5 worden de topiclijsten voor beide respondentengroepen weergegeven. Het belang van voeding tijdens de ZvP is als hoofdonderwerp tot stand gekomen wegens het effect van de ZvP op de gezondheidstoestand¹. Het tweede hoofdonderwerp, het dieetbehandelplan van de diëtist, dient voor zowel de parkinsonpatiënt als voor de zorgverlener begrijpelijk en uitvoerbaar te zijn om het behandelplan na te kunnen streven¹⁹. Het laatste hoofdonderwerp, de aangeboden voeding, is gekozen, omdat voeding dient te voldoen aan de wensen en behoefte van een patiënt om de voedingsinname te stimuleren²⁷. Alle interviewvragen per topic zijn gebaseerd op bovengenoemde literatuur.

Het opstellen van de twee topiclijsten voorafgaand aan het verrichten van de interviews, zorgt ervoor dat alle interviews dezelfde vragen en vaste structuur hebben, wat de interne validiteit van het onderzoek verhoogt. De begripsvaliditeit van de topiclijsten is verhoogd, doordat zowel twee ParkinsonNet-diëtisten als een parkinsonverpleegkundige binnen Groenhuysen de topiclijst hebben voorzien van feedback. De feedback is vervolgens verwerkt, waardoor de topiclijsten als een definitief instrument tot stand zijn gekomen.

Aansluitend is een proefinterview uitgevoerd met behulp van de definitieve topiclijsten met een parkinsonpatiënt en een parkinson-zorgverlener. De vragen van de topiclijsten zijn hierdoor getest op helderheid en begrijpbaarheid van de respondenten. Voor het totaal aantal respondenten voor de interviews is gestreefd naar minimaal vijf parkinsonpatiënten en minimaal vijf parkinson-zorgverleners binnen Groenhuysen. Dit minimum is gesteld om de relevante kenmerken van de respondenten per respondentgroep te kunnen vertegenwoordigen in dit onderzoek²⁸. De interviews met de parkinsonpatiënten vonden plaats op de kamer van de patiënt op de longstay-afdeling. Het interview met een parkinson-zorgverlener vond plaats in een spreek- of behandelkamer binnen Groenhuysen. Beide respondentengroepen worden hierdoor niet beïnvloed door omgevingsfactoren, wat de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot.

Tijdens de interviews is gestreefd naar verzadiging door vragen te blijven stellen tot er zich geen nieuwe informatie voordeed²⁹. Om de interne validiteit en betrouwbaarheid van de interviews te vergroten, zijn deze opgenomen met behulp van een geluidsrecorder. Hiervoor is voorafgaand aan de interviews aan elke respondent toestemming gevraagd om het gesprek op te nemen met een geluidsrecorder. Aansluitend zijn de geluidsopnames van alle interviews getranscribeerd in Word. Het Word bestand is geëxporteerd naar het kwalitatieve analyseprogramma ATLAS.ti. Dit programma wordt het meest aangeraden bij kwalitatieve data-analyses, wegens de hoge kwaliteit en gebruiksvriendelijkheid³⁰.

Analyse

Vervolgens zijn de transcripten met behulp van ATLAS.ti open gecodeerd, waarbij codes worden toegevoegd aan de antwoorden in de transcripten. Daaropvolgend zijn de codes vergeleken en verfijnd, waarna subcodes zijn afgeleid. Deze subcodes zijn gecategoriseerd binnen één overkoepelende code. Hierdoor ontstaat een categorisering waarin verbanden en patronen kunnen worden geanalyseerd en worden verduidelijkt³¹. In bijlage 6 en 7 wordt per topic de code met bijbehorende afkorting en definitie weergegeven. De uiteindelijke categorisering wordt in bijlage 8 getoond met daarbij de definitie van de codes en subcodes.

De ingevulde vierdaags-voedingsdagboeken, audio-opnames en transcripten van de interviews zijn op verzoek beschikbaar.

2.1.3 Kwalitatief onderzoek – participerende observaties

Om een compleet antwoord te kunnen geven op de vraag *“In hoeverre komt de aangeboden voeding overeen met de wensen en behoeften van parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen?”*, is gekozen om naast semigestructureerde interviews, participerende observaties uit te voeren. Door de complexiteit, de vele symptomen en complicaties, beïnvloedt de ZvP in toenemende mate de kwaliteit van leven en zijn de parkinsonpatiënten zorgafhankelijk tijdens activiteiten van het dagelijks leven, met name bij het consumeren van voeding³². Het uitvoeren van participerende observaties zorgt voor het creëren van meer inzicht in de wensen en behoeften van de patiënten tijdens de eetmomenten. Door middel van een observatie-instrument met daarbij genoteerde opmerkingen of citaten, kan worden achterhaald of de aangeboden voeding overeenkomt met de wensen en behoeften van de patiënten op dat moment³³.

Procedure

In samenspraak met de opdrachtgever is gekozen om tijdens zes avondmaaltijden op de longstay-afdeling participerende observaties uit te voeren. De respondenten worden door de observant, de onderzoeker, direct waargenomen en worden de observaties middels het observatie-instrument in bijlage 9 vastgelegd. Doordat de observant deelneemt aan de verzorging van de avondmaaltijden van de respondenten, maakt de observant deel uit van het eetmoment en kan de observant kort de maaltijden met de respondenten evalueren. Hierdoor kan gedetailleerd duidelijk gemaakt worden of de aangeboden avondmaaltijden voldoen aan de wensen en behoeften van de patiënten op de afdeling³³.

Meetinstrument

Het observatie-instrument is opgesteld aan van hand de kwaliteitsaspecten uit het voedingsbeleid in het kwaliteitshandboek van Groenhuysen. In het instrument komen de volgende aspecten naar voren: gebruik van verse levensmiddelen, waaronder een complete maaltijd wordt verstaan; presentatie van de maaltijd, betreft samenstelling en opmaak; de dienstverlening van de zorg tijdens het eetmoment. Onder dienstverlening wordt de betrokkenheid van de zorgverlener naar de patiënt verstaan²⁰. Tevens bevat het instrument een kolom waarin de evaluatie van de maaltijd kan worden genoteerd. Aan de hand van de bovenstaande aspecten zijn de observatiepunten opgesteld en is het observatie-instrument tot stand gekomen, zie bijlage 9.

Daarnaast worden de zes avondmaaltijden voor- en achteraf fotografisch vastgelegd middels een camera. Het fotografisch vastleggen zorgt voor het creëren van een inzichtelijk beeld van de maaltijden en de daadwerkelijke voedingsinname. De beelden worden tevens gebruikt om aan te geven in welke mate de voedselinname onafhankelijk is van het toeval en om de validiteit en betrouwbaarheid van het observatieonderzoek te vergroten.

Analyse

De data van de zes ingevulde observatie-instrumenten worden geëxporteerd naar Excel. In Excel wordt de data per observatieaspect middels cirkeldiagrammen verwerkt, waarin de frequenties van wel of niet voldoen per aspect wordt weergegeven. De fotografische beelden voor- en achteraf van de aangeboden avondmaaltijden worden gebruikt om weer te geven of de maaltijd voldoet aan het aspect van het gebruik van verse levensmiddelen en de presentatie van de maaltijd. Hierdoor wordt meer inzicht gecreëerd in de aangeboden voeding en de daadwerkelijke voedingsinname van de respondenten.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van alle verzamelde data besproken. In verband met het privacybeleid binnen Groenhuysen worden de namen van de respondenten niet weergegeven. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de respondenten door middel van de afkortingen: P(x)=parkinsonpatiënt 'x' | R(y)=zorgprofessional 'y'

3.1 Kwantitatief onderzoek – vierdaags-voedingsdagboek

In deze sectie worden de resultaten van het kwantitatief onderzoek beschreven om antwoord te kunnen geven op “Hoe ziet de voedingsinname van parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies eruit op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen?”, “In hoeverre komt de voedingsinname van parkinsonpatiënten overeen met het dieetadvies voor parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen?” en “In hoeverre komt de aangeboden voeding overeen met het dieetadvies voor parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen?”

3.1.1 Voedingsinname

De voedingsinname is van zeven parkinsonpatiënten in kaart gebracht met behulp van het vierdaags-voedingsdagboek. Zij voldoen allen aan de vooraf opgestelde in- en exclusiecriteria. De groep van zeven respondenten bestaat uit twee vrouwelijke en vijf mannelijke respondenten. De vrouwelijke respondenten hebben een leeftijd van 72 en 85 jaar en de mannelijke respondenten zijn 67, 75, 76 en 79 jaar oud. Met behulp van de ingevulde gegevens in Mijn Eetmeter is de gemiddelde voedingsinname van vier dagen berekend. De gemiddelde inname is per respondent en per voedingsaspect vergeleken met het dieetadvies dat is opgesteld door de diëtist. In tabel 1 worden de resultaten van deze vergelijking weergegeven.

Tabel 1 – gemiddelde inname per respondent (links) in vergelijking met het dieetadvies (rechts)

Respondent	Gemiddelde inname energie en macronutriënten van 4 dagen				Dieetadvies			
	Energie (kcal)	Eiwitten (g)	Vezels (g)	Vocht (l)	Energie (kcal)	Eiwitten (g)	Vezels (g)	Vocht (l)
P1*	1303	59	16	1,3	1502	61-77	30-40	1,5-2,0
P2	1275	37	19	1,2	1593	58-72	30-40	1,5-2,0
P3*	1721	58	28	1,5	1719	65-81	30-40	1,5-2,0
P4*	1633	54	25	1,1	1804	65- 81	30-40	1,5-2,0
P5	1997	69	26	1,5	2037	83-104	30-40	1,5-2,0
P6	1886	73	26	1,6	2048	84-105	30-40	1,5-2,0
P7	2045	92	26	1,3	2252	101-126	30-40	1,5-2,0

Rood = voldoet niet aan dieetadvies | groen = voldoet aan dieetadvies | *= incl. consumeren van dieetvoeding

Zes van de zeven respondenten voldoen gemiddeld niet aan het dieetadvies betreft de energie-inname in kilocalorieën (kcal). De energie-inname van de zes respondenten is gemiddeld 157 kcal lager dan hun energiebehoefte. Daarnaast wordt door respondent P1, P3 en P4 dieetvoeding geconsumeerd naast hun voedingsinname. Deze dieetvoeding bevat 306 kilocalorieën en 12 gram eiwitten. Ondanks het consumeren van deze dieetvoeding voldoen respondent P1 en P4 niet aan het dieetadvies op het gebied van energie en eiwit. Alleen respondent P3 voldoet op het gebied van energie en vocht aan het dieetadvies.

Daarnaast voldoet de gemiddelde eiwitinname van alle respondenten niet aan het dieetadvies. De eiwitinname van de respondenten is gemiddeld 11 gram lager dan hun behoefte conform het dieetadvies. Tevens ligt de vezelinname van de respondenten gemiddeld 6 gram lager dan wordt geadviseerd. Tot slot voldoen respondenten P3, P6 en P7 aan de vochtinname van minstens 1,5 liter per dag. De respondenten P1, P2, P4 en P7 voldoen niet aan de vochtinname. De gemiddelde vochtinname van hen is 1,2 liter per dag.

3.1.2 Aangeboden hoeveelheden

In tabel 2 wordt per eetmoment de basis en de hoeveelheid van de aangeboden voedingsmiddelen weergegeven. Dit is voortgekomen uit het aanwezig zijn bij de eetmomenten ten behoeve van het invullen van de voedingsdagboeken.

Tabel 2 – basis en hoeveelheid van aangeboden maaltijden per eetmoment

Eetmoment	Samenstelling aangeboden maaltijden
Ontbijt 08:00-09:00	1-2 licht bruine boterhammen of 1-2 snee krentenbrood 1-2 plakjes vleeswaar of licht besmeerd zoetbeleg per boterham of een gebakken ei 1 cup roomboter (10 gram) 1-2 kopjes thee of koffie met of zonder suiker (max. 125 ml/kop) of 1 glas (125 ml) (vruchten-)melk of karnemelk
Lunch 12:00-13:00	1 kop (200ml) heldere of gebonden soep (kant-en-klaar aangeleverd) 1-2 licht bruine boterhammen 1-2 kopjes thee of sap (max.150 ml/kopje)
Avondmaal 17:15-18:15	1-2 opscheplepels aardappel/rijst/pasta 1 stuk vlees of vis 1-2 opscheplepels groente 1-2 glazen water (max.200 ml/glas) 1 schaaltje (150ml) vla met toefjes slagroom
Tussendoor 14:00/15:00	1-2 kleine biscuitjes/koekjes 1-2 kopjes thee of sap of voorgeschreven medische dieetvoeding

Uit tabel 2 komt naar voren dat bij de lunch elke dag een heldere of gebonden soep wordt aangeboden, waarbij een snee (krenten-) brood wordt aangereikt. De respondenten kunnen aangeven wanneer zij wel of geen behoefte hebben aan een kop soep. Wanneer de respondenten geen voorkeur hebben voor soep, wordt hen een boterham met vleeswaar of zoetbeleg aangeboden.

De avondmaaltijd van de respondenten bestaat uit drie componenten. Deze drie componenten bestaan per stuk uit één tot twee opscheplepels. Wanneer de respondenten geen trek hebben in een component van de aangeboden avondmaaltijd wordt dit niet opgeschept. Er wordt door de zorg geen vervanging aangeboden ten behoeve van de ontbrekende component. Tevens omvat een dag op de longstay-afdeling vier vaste eetmomenten. Deze eetmomenten worden structureel gehandhaafd door de zorgverleners.

3.1.3 Richtlijnen

In tabel 3 worden de aangeboden hoeveelheden basisvoedingsmiddelen weergegeven in vergelijking met de aanbevolen hoeveelheden basisvoedingsmiddelen volgens het dieetadvies gebaseerd op de voedingsrichtlijnen van de ZvP²⁻³⁴.

Tabel 3 – aangeboden hoeveelheden voeding in vergelijking met aanbevolen voeding

Aangeboden hoeveelheden	Aanbevolen hoeveelheden volgens richtlijnen	Resultaat
50-100 gram groenten (1-2 opscheplepels)	250 gram groenten (4-5 opscheplepels)	Voldoet niet
Fruit wordt niet aangeboden	2 porties fruit	Voldoet niet
2-4 sneden licht bruine boterhammen	4-6 sneden bruine of volkoren boterhammen	Voldoet niet
1-2 opscheplepels normale rijst, normale pasta of aardappelen	4 opscheplepels volkoren graanproducten of aardappelen	Voldoet niet
1 portie vlees of vis	1 portie vlees of vis (100-125 gram)	Voldoet
2 porties zuivel	4 porties zuivel	Voldoet niet
+/- 1500 ml vocht	1500-2000 ml vocht	Voldoet

Uit de resultaten in tabel 3 blijkt dat de aangeboden voeding op vijf aspecten niet voldoet aan de aanbevolen voeding uit dieetadvies van de diëtist. Er worden te weinig groenten en graan of aardappelproducten aangeboden aan de parkinsonpatiënten. Opvallend is dat in de aangeboden voeding geen gebruik wordt gemaakt van volkoren producten, zoals volkorenbrood of volkorenpasta. Tevens wordt door de zorgverleners geen vers fruit aangeboden en schiet de aangeboden voeding betreft fruit tekort. Betreft het aantal porties zuivel, wordt maar de helft van de aanbevolen hoeveelheid aangeboden.

3.2 Kwalitatief onderzoek – interview parkinsonpatiënten

In totaal zijn zeven interviews gehouden onder de respondenten die geselecteerd zijn op basis van de in- en exclusiecriteria. Vijf interviews zijn gehouden met de respondent zelf. De overige twee respondenten waren niet in staat om zelf antwoord te kunnen geven op de interviewvragen wegens een te zwakke stem. De mantelzorgers van deze twee respondenten gaven in samenspraak met de respondent antwoord op de interviewvragen en vulden indien nodig het antwoord van de respondent aan. Betreft het geven van toestemming voor opname, gaven drie respondenten geen toestemming in verband met hun privacy. Er zijn aantekeningen gemaakt van de gegeven antwoorden tijdens de interviews die niet zijn opgenomen. De gemiddelde duur van de interviews bedroeg 29 minuten.

De resultaten van de interviews met de parkinsonpatiënten komen voort uit de gecodeerde data weergegeven in bijlage 10.

3.2.1 Belang van voeding

Om antwoord te kunnen geven op de vraag *“In hoeverre begrijpen parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies het belang van voeding tijdens de ZvP?”*, worden de volgende resultaten weergegeven.

Alle zeven respondenten geven aan dat zij voeding tijdens hun ziekte belangrijk vinden. Op schaal van 1 tot 10 is een gemiddeld cijfer van 7,8 gegeven door de respondenten. Drie respondenten geven het belang van voeding op schaal van 1 tot 10 het cijfer 7. Deze drie respondenten tonen aan dat zij voeding belangrijk vinden, omdat hun voedingsinname door de ZvP wordt belemmerd. Een uitspraak van een desbetreffende respondent, P1: *“Ja lekker eten vind ik wel belangrijk ja. Ik kon het best goed en nu met die parkinson gaat het klaarmaken ook niet, het lukt allemaal niet. Het is niet wat het moet zijn.”*

Bovendien geven twee respondenten op schaal van 1 tot 10 het cijfer 6 en 8. De overige twee respondenten, waarvan één mantelzorger, geven het cijfer 10 op de schaal van 1 tot 10 betreft het belang van voeding tijdens de ZvP. Zij vinden voeding met name belangrijk, omdat het de enige manier is waarop het lichaam aan bouwstoffen kan komen die men nodig heeft om gezond te blijven. Een citaat van een mantelzorger van P7: *“Het is de enige manier, de goede manier, om de stoffen binnen te krijgen die je nodig hebt. En er zijn een hoop stoffen die je zelf aanmaakt, maar die je door de ziekte, medicijnen, maar zeker ook door het ouder worden, niet meer worden aangemaakt, niet meer in de grote hoeveelheden. Je hebt voeding nodig om gezond te blijven.”*

Het ongewenst gewichtsverlies wordt door vijf van de zeven respondenten niet als een probleem ervaren. Op schaal van 1 tot 10 is een gemiddeld cijfer van 6.5 gegeven in hoeverre de respondenten het gewichtsverlies als een probleem ervaren. Zij geven aan dat ongewenst afvallen in een korte tijd geen kwaad kan voor de gezondheid, omdat zij destijds te zwaar wogen. Er wordt gedacht dat het ongewenst gewichtsverlies niet kan leiden tot een ondervoede toestand en het goed is voor de gezondheid tijdens de ZvP. *“Nou, ik vind het eigenlijk wel goed, want ik was te zwaar. Dus er is 10 kilo af en ik heb daar geen problemen mee.” – P5.*

Wanneer gevraagd wordt naar de oorzaak van het ongewenst gewichtsverlies, geven de respondenten aan dat de aangeboden voeding leidt tot een verminderde voedingsinname, waardoor zij zijn gaan afvallen. Een citaat uit het interview met P2: *“Ja, best vaak, dan neem ik een paar hapjes en de rest laat ik staan. [...] Nou, ik heb er gewoon geen trek in [...] Nou, dat wil ik niet meteen zeggen, maar ik vind het gewoon echt niet lekker.”* Bovendien wordt door twee respondenten aangegeven dat zij geen idee hebben waar het gewichtsverlies vandaan komt. Een uitspraak van respondent P1: *“Ik wist op dat moment niet wat ik had en wat ik moest doen. Ik denk: stel je voor als het toch iets voornaams is, dan moeten die kilo's toch terug.”*

Vervolgens is gevraagd wat de respondenten zouden kunnen doen om het ongewenst gewichtsverlies te kunnen bestrijden door middel van de voedingsinname. Twee respondenten hebben hier geen antwoord op. Zij weten niet wat zou kunnen helpen om het gewichtsverlies te verminderen. Een andere respondent geeft aan dat het gebruik van drinkvoeding de enige manier is om aan te komen in gewicht. De overige respondenten duiden aan dat zij soms iets extra's tussendoor nemen, maar verder niets veranderen aan de hoeveelheid van een product en hun eetpatroon. Een uitspraak van respondent: *“Nou, gewoon gegeten, meer niet, niks bijzonders.” – P2*

3.2.2 Houding dieetbehandelplan

Om antwoord te kunnen geven op de vraag *“Welke houding hebben parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies en parkinson-zorgverleners op de longstay-afdeling ten aanzien van het dieetbehandelplan van de diëtist?”*, worden in deze paragraaf resultaten uit de interviews met de parkinsonpatiënten besproken. In paragraaf 3.3.1 worden de resultaten uit de interviews met de parkinson-zorgverleners weergegeven.

Betreft het dieetadvies van de diëtist geven alle respondenten aan dat het advies met name gebaseerd is op medische drinkvoeding. Zij geven aan dat zij niet op de hoogte zijn van het verdere dieetadvies naast de voorgeschreven medische drinkvoeding door de diëtist. De respondenten missen in het dieetadvies het geven van voedingsadvies door middel van normale voeding. Eén respondent geeft specifiek aan dat zij verwacht dat de diëtist op een natuurlijke wijze de voedingsinname van een patiënt optimaliseert, zonder het gebruik van supplementen. Dit wordt weergegeven in de volgende uitspraak van een mantelzorger van respondent P7: *“Gaaf zij van die supplementen geven of gaaf zij kijken van waar zitten de goede voedzame stoffen in en veel koolhydraten, dat moet meneer wat vaker hebben, dat is goed voor meneer. Dat zou ik wel willen. [...] Dus ik heb dat dus ook aangekaart en gezegd dat ze ervoor moet zorgen dat de proteïne in de voeding zit. [...] Het werkt niet zo'n bommetje. Een bommetje kan nooit werken, je bent altijd veel beter als je dingen verdeeld over de dag.”*

Daarnaast wordt het dieetbehandelplan met medische drinkvoeding door vier van de zeven respondenten niet als smakelijk ervaren. Zij geven aan dat zij medische drinkvoeding vaak laten staan of niet consumeren. Door de respondenten is aan de diëtist gevraagd om een vervangend tussendoortje in plaats van een drinkvoeding. Opvallend is dat de respondenten aangeven dat zij geen vervangend tussendoortje aangeboden krijgen op de afdeling. De respondenten vermelden dat zij niet weten wat zij zelf kunnen consumeren als een vervangend tussendoortje dat voldoet aan de voedingswaarde van een drinkvoeding. Een uitspraak van P5 zijn mantelzorger: *“Maar mijn vader en ik hebben allebei wel dat de diëtist best weleens mag aangeven van: wat kunnen wij (mantelzorger) doen?”*

Verder geven 3 respondenten aan dat zij niet tevreden zijn over de betrokkenheid van de diëtist tijdens het proces van gewichtsverlies bij de respondenten. Een van de mantelzorgers van de twee respondenten geeft zelfs aan niet op de hoogte te zijn dat de respondent onder behandeling is bij de diëtist. Het contact met de diëtist wordt door vijf van de zeven respondenten als beperkt ervaren in vergelijking met andere zorgverleners op de longstay-afdeling. De overige twee respondenten ervaren het bezoek van de diëtist als aangenaam en betrokken. Betreffende de voedingsafspraken uit het dieetbehandelplan, wordt door twee respondenten aangegeven dat de opgestelde voedingsafspraken niet worden nagekomen. Het doorvoeren van de afspraken rondom de extra tussendoortjes wordt niet toegepast op de afdeling. Tot slot geven alle respondenten aan dat zij behoefte hebben aan meer informatie over de diëtist en haar behandeling. Een uitspraak van de mantelzorger van P5:

“De betrokkenheid van de diëtist zou van mij wel meer mogen, zeker rondom het gewichtsverlies, daar hebben we echt wel een keer of drie vier zelf naar gevraagd: is dit nou normaal? Wordt hij gewogen? Wordt hij in de gaten gehouden? [...] Ja, vanuit de

mantelzorger willen wij ook graag helpen en wat kunnen wij doen? En we zijn al 4 maanden verder. En wij weten nog steeds niet precies wat het allemaal inhoudt.”

3.3. Kwalitatief onderzoek – interview parkinson-zorgverleners

Voor dit onderzoek zijn vijf parkinson-zorgverleners geïnterviewd aan de hand van de opgestelde topiclijst. Het interview is gehouden met een parkinsonverpleegkundige, de kwaliteitsverpleegkundige en drie verzorgers die werkzaam zijn op de parkinson longstay-afdeling binnen Groenhuysen. Alle vijf parkinson-zorgverleners zijn vrouwelijke respondenten en zijn minimaal 1 jaar werkzaam op de parkinsonafdeling binnen Groenhuysen. De respondenten gaven allen toestemming voor het opnemen van het gesprek met behulp van een geluidsrecoder. De gemiddelde duur van de vijf interviews bedroeg 18,5 minuten. In verband met het privacy beleid van Groenhuysen worden de namen van respondenten niet weergegeven.

De resultaten van de interviews met de parkinson-zorgverleners komen voort uit de gecodeerde data weergegeven in bijlage 11.

3.3.1 Houding dieetbehandelplan

In deze paragraaf worden de resultaten besproken om antwoord te kunnen geven op de vraag *“Welke houding hebben parkinson-zorgverleners op de longstay-afdeling ten aanzien van het dieetbehandelplan van de diëtist?”*.

Alle respondenten geven aan dat zij ervan uit gaan dat door de diëtist een passend dieetadvies voor de parkinsonpatiënten wordt voorgeschreven. Echter geven de respondenten aan dat zij niet weten of de voedingsinname van de parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies voldoet aan de benodigde hoeveelheid voedingsstoffen volgens het dieetadvies. Door alle respondenten wordt aangegeven dat de diëtist kritischer mag kijken naar de daadwerkelijke voedingsinname van de parkinsonpatiënten.

Een uitspraak van de parkinsonverpleegkundige: *“Sommige mensen eten misschien voldoende, maar voldoen ze ook aan alle voedingsstoffen die ze nodig hebben zeg maar. [...] Ik vind het wel een rol van de diëtist dat zij dit begeleidt en hier rekening mee houdt.”*

Verder wordt door vier respondenten aangegeven dat door de diëtist vaker medische drinkvoeding wordt voorgeschreven in plaats van normale voeding. De respondenten geven aan dat de medische drinkvoeding in de meeste gevallen niet wordt geconsumeerd, omdat dit niet als lekker wordt ervaren. De drie verzorgers van de afdeling geven aan dat zij het geplande moment van het consumeren van de drinkvoeding door de patiënt niet passend vinden, de drinkvoeding wordt direct aangeboden na een hoofdmaaltijd. Zij geven aan dat hierdoor de drinkvoeding niet wordt geconsumeerd. Volgens de respondenten is het een taak van de diëtist om in de dieetbehandeling eerst via normale voeding de voedingstoestand van de parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies te verbeteren. Een uitspraak van een verzorger, R2: *“Nou, wat ik wel vind is dat er best wel regelmatig naar de bijvoeding wordt gepakt. De Nutridrink en zo. Terwijl dat niet altijd door de cliënt lekker gevonden wordt. Ik ben geen diëtist, maar dan zou ik kiezen voor wat ‘gewonere’ tussendoortjes, zodat het voor de mensen normaal blijft en als de mensen bijvoorbeeld thuis zijn dit ook kunnen nemen.”*

Daarnaast wordt door alle respondenten aangegeven dat de diëtist meer betrokken moet zijn bij de parkinsonpatiënten tijdens de eetmomenten. De twee diëtisten zijn momenteel niet betrokken of aanwezig bij de eetmomenten op de afdeling. Volgens de kwaliteitsverpleegkundige (R5) is hiervoor op dit moment te weinig aandacht vanuit de diëtisten. De respondenten geven aan dat toezicht van een diëtist nodig is om een passend advies te kunnen geven. *“Maar goed, jullie geven advies en zijn daarna niet erbij als het gebeurt.” – R4 “Maar het is geen kwaad om zelf eens te kijken, als diëtist, wat de andere bewoners allemaal doen en eten.” – R5*

Twee respondenten geven aan dat sommige parkinsonpatiënten niet op de hoogte zijn van het dieetbehandelplan en de uitleg hierover ontbreekt. *“Soms ontbreekt met name bij de cliënten de kennis over de inhoud van het dieetadvies. Ze vragen zich dan af waarom ze Nutridrink moeten drinken.” – R4*

3.4 Wensen en behoeften

Resultaten van zowel de parkinsonpatiënten als van de zorgverleners worden in deze paragraaf weergegeven om antwoord te kunnen geven op de vraag *“In hoeverre komt de aangeboden voeding overeen met de wensen en behoeften van parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen?”*.

Op schaal van 1 tot 10 wordt door alle parkinsonpatiënt-respondenten een gemiddeld cijfer van 5,6 gegeven voor de aantrekkelijkheid en presentatie van de aangeboden maaltijden op de afdeling. Vijf van de parkinsonpatiënten geven het cijfer 5 op schaal van 1 tot 10. De overige twee respondenten geven het cijfer 7 op schaal van 1 tot 10. Een uitspraak van respondent P2: *“Nou, ik vind het eigenlijk helemaal niet aantrekkelijk. M: En als u er bijvoorbeeld een cijfer aan zou kunnen geven? P: Nou... een 5 en hooguit een 6.”*

De parkinsonpatiënt-respondenten geven aan dat de maaltijden zelden voldoen aan hun wensen en behoeften. De parkinsonpatiënten geven aan dat aangeboden maaltijden wekelijks dezelfde samenstelling hebben. Ze geven aan dat sprake is van weinig variatie, waardoor zij de aangeboden maaltijden vaak laten staan. *“Ja het past soms niet bij wat we lekker vinden, soms zijn het pastaschotels of aparte rijstgerechten, ja dat lijkt mij niet echt passend voor ons. [...] Want er wordt nu ook veel weg gegoooid omdat we het niet eten. Heel vaak staat er kip op het menu, maar we willen geen kip. De meeste willen geen kip.” – P5*

Daarnaast wordt door vier parkinsonpatiënten aangekaart dat zij keuzemogelijkheden willen hebben bij het samenstellen van hun avondmaaltijd. Er wordt aangegeven dat de zorgverleners vooraf niet met hen de avondmaaltijd bespreken, waardoor de respondenten eventueel een aanpassing of voorkeur niet kunnen doorgeven. Bovenstaand wordt verduidelijkt door de volgende uitspraken van P2: *“Ja, weet je wat het is, iedereen heeft zijn voorkeur voor bepaald eten. De een houdt niet van dit of de ander houdt niet van dat, dus ja. Je kan het nooit iedereen naar de zin maken, nee dat gaat niet. [...] Vroeger konden we ook kiezen, dan waren er twee dingen en dat was toch wel fijn. Dat was toch wel lekker, dan kon je toch kiezen: wil je een gehaktbal of wil je een stukje vis.”*

Verder wordt door de zorgverleners aangegeven dat zij vermoeden dat er te weinig aandacht is voor de samenstelling van de aangeboden maaltijden. De voeding is volgens de zorgverleners niet toereikend voor de parkinsonpatiënten wegens weinig smaak, structuur en verkeerde consistentie. Zij geven aan te ervaren dat de parkinsonpatiënten hierdoor gemiddeld vijf van de zeven dagen hun avondmaaltijd niet volledig consumeren. Tevens is de aangeboden voeding op de afdeling volgens hen niet gevarieerd genoeg. Een uitspraak van verzorger R3: *“Ik zie wel 3 keer aardappels achter elkaar, dat werkt niet. Je merkt wel als ze iedere keer aardappelen krijgen, dat ze gewoon stoppen met eten. Dat zeggen ze zelf ook. Zo van: ‘alweer’ of het stukje vlees is weer hetzelfde. Ik vind persoonlijk dat dit echt een verbeterpunt kan zijn.”*

Doordat sprake is van gewichtsverlies en een verminderde voedingsinname bij de parkinsonpatiënten, wordt door de kwaliteitsverpleegkundige aangegeven dat zij twijfelt over de huidige samenstelling van de aangeboden voeding en voedingsinname van de parkinsonpatiënten. Zij geeft aan dat het van belang is dat de aangeboden voeding dient te voldoen aan de wensen en behoefte van de patiënten. De mogelijkheid om een keuze te hebben in de samenstelling van de maaltijd ontbreekt volgens haar. *“Door goede evenwichtige voeding, kan je daar een hoop mee doen. En dan is het belangrijk dat ze dingen krijgen die ze ook lusten, want anders slaan ze over.” – R5*

Tevens wordt het voorschrijven van obstipatiemedicatie volgens de zorgverleners, met name de kwaliteitsverpleegkundige, gezien als een gevolg van de huidige voedingsinname van de patiënten. *“[...] Ik vraag me af: eten mensen hier 2x per dag fruit, dat weet ik niet. Ik weet niet of dat het wordt aangeboden, eten ze genoeg groenten? Het is natuurlijk ook een afdeling waar bijvoorbeeld, zoals ik net zei: elke dag een ei wordt gegeten. Het is lullig gezegd maar het is het laatste station, het eindstadium. Dus je wilt ook wel dat mensen genieten en lekker kunnen eten wat ze willen, maar ja aan de andere kant als je daar weer Movucolon moet voorschrijven of de levodopa moet aanpassen, dan denk ik ja: weegt dat op?” – R5*

3.4 Kwalitatief onderzoek – participerende observaties

In deze paragraaf worden de resultaten van de observaties met behulp van cirkeldiagrammen, tabellen en citaten van de respondenten besproken om een compleet antwoord te kunnen geven op de vraag *“In hoeverre komt de aangeboden voeding overeen met de wensen en behoeften van parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen?”*. In bijlage 12 worden de cirkeldiagrammen weergegeven. In bijlage 13 worden de observaties weergegeven in tabellen met daarbij verwijsafkortingen die worden gebruikt in onderstaande tekst; O(getal) = Observatie(x). In bijlage 14 zijn de foto's van de geobserveerde maaltijden zichtbaar, hierin wordt de verwijsafkorting F(getal) = Foto(x) gebruikt.

De zes observatie omvatten de volgende avondmaaltijden:

- Gestoomde bleekselderij met aardappelpuree en procureurlapje – observatie 1
- Frites met snack – observatie 2
- Nasi goreng met saté, kroepoek en atjar – observatie 3
- Hutspot met rookworst en vleesjus – observatie 4
- Gyros met tzatzikisaus en krulfrites – observatie 5
- Boerenkool met rookworst en vleesjus – observatie 6

Tijdens deze zes observaties wordt geen enkele keer de samenstelling van de avondmaaltijd met de parkinsonpatiënten besproken. De parkinsonpatiënten krijgen niet de mogelijkheid om vooraf hun wensen en behoeften door te geven betreffende de avondmaaltijd. De zorg schept zonder overleg de maaltijden op tijdens alle zes observaties.

Daarnaast voldoen drie van de zes aangeboden avondmaaltijden niet aan de criteria: vlees, groente en aardappelen, waardoor de maaltijd niet compleet wordt aangeboden. De maaltijd tijdens observatie 2 bestond uit frites met een snack, waarbij geen groenten werden aangeboden. Uit observatietabel 4 komt naar voren dat drie van de zeven respondenten geen rookworst willen bij de hutspot. De maaltijd van deze respondenten bestond uit hutspot zonder rookworst, zie F9. Tevens wordt bij observatie 6 wederom de rookworst afgewezen door drie respondenten. De zorg bood hen bij beide maaltijden geen vervangend vleesproduct voor de rookworst aan. Bij observatie 5 wordt wederom een onvolledige avondmaaltijd geserveerd. De maaltijd bestond uit gebakken gyros met krulfrites en tzatzikisaus, de groenten ontbraken.

Bij alle observaties worden de maaltijden voor een groot deel niet geconsumeerd wegens de smaak en structuur, zie O1, O2, O3. Dit wordt bevestigd door een uitspraak van respondent P1: *“Hij is erg flauw hé, smaakt naar niks.”* Tevens doen respondent P5 en P7 hierover de volgende uitspraken: *“Gadver, die boerenkool is nog lang niet gaar.”* *“Nou dit is echt geen combinatie en dan is het vlees ook nog eens veel te hard!”*. De aangeboden maaltijden komen niet overeen met de eisen uit het voedingsbeleid. Er wordt geen gebruik gemaakt van zachte of aangepaste structuur of consistentie van de maaltijd. Daarnaast worden de maaltijden als flauw ervaren, de maaltijden worden niet op smaak gebracht met kruiden of specerijen.

Verder worden vier van de zes avondmaaltijden aantrekkelijk geserveerd, zie foto F1, F5, F10 en F14. De overige twee avondmaaltijden zijn niet aantrekkelijk geserveerd, zie F9 en F15 in bijlage 14. Het eten op het bord ligt niet centraal en de schikking van het bord klopt niet. Een uitspraak van respondent P3 (O2): *“Het is een dot hier en dat was het.”*.

Verder wordt bij drie observaties door de zorgverlener gevraagd of de respondenten nog meer willen consumeren. Bij de overige drie observaties wordt dit niet gevraagd en worden de borden direct afgeruimd, nadat de respondenten hun maaltijd voor een deel hebben geconsumeerd, zie O4. De respondenten stopten tijdens deze drie observaties na een korte tijd met het consumeren van de maaltijd in verband met de samenstelling en structuur van de

maaltijd. Twee uitspraken van een respondent, zie O2: *“De uien zijn nog lang niet gaar, jakkes.”* *“Ik krijg het niet doorgeslikt.”*

Vervolgens kregen twee respondenten bij vijf van de zes observaties hulp bij het consumeren van de avondmaaltijd. Er is met name hulp verricht door middel van het vlees klein te snijden en het fijnmaken van de maaltijd. De hulp werd door deze respondenten gevraagd, omdat zij zelf beperkt zijn in het eten met mes en vork. Foto F10 in bijlage 14 geeft de verrichte hulp rondom de maaltijd weer.

Op de longstay-afdeling dienen twee zorgverleners aanwezig te zijn tijdens de eetmomenten. Bij vier van de zes observaties waren twee zorgverleners zichtbaar aanwezig. Tijdens de overige twee observaties waren de zorgverleners niet aanwezig. Zij waren met name bezig met het opruimen van de keuken en het heen en weer lopen op de afdeling. Zij konden tijdens deze observatie hierdoor geen hulp bieden bij de maaltijden. Bij observatie 3 was maar één zorgverlener aanwezig op de afdeling.

Tot slot hebben enkele respondenten tijdens vijf van de zes observaties de avondmaaltijd niet geconsumeerd. Één respondent kon wegens onverwachte toegenomen parkinsonverschijnselen geen voeding tot zich nemen tijdens observatie 1. De zorgverlener bood deze respondent achteraf geen vervangende maaltijd aan, zie O9. Tijdens observatie 4 werd door vier respondenten de maaltijd niet geconsumeerd. Zij hadden een afkeer van het vlees dat werd geserveerd, zie O10. Een uitspraak van respondent P1 hierbij was: *“Alweer die plastic worst?!”*, zie O2. De maaltijd bij observatie 5 werd door de respondenten als ‘apart’ ervaren. De maaltijd bestond uit een nieuw recept (gyros met tzatzikisaus en krulfrites) dat de respondenten voorheen nooit binnen Groenhuysen hebben geconsumeerd. Een uitspraak van respondent P1 was: *“Ik weet nog niet zo goed of dit in de smaak valt.”*, zie O11. Volgens O8 in observatietabel 5 bleef het bij het proeven van de maaltijd, maar werd de maaltijd niet verder geconsumeerd.

4. Conclusie

Door middel van het onderzoek is inzicht verkregen in de huidige voedingsinname van de parkinsonpatiënten, de aangeboden voeding, de houding die parkinsonpatiënten en zorgverleners hebben ten aanzien van het dieetbehandelplan en in hoeverre de aangeboden voeding overeenkomt met de wensen en behoeften van parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen. Naar aanleiding van de verkregen resultaten in hoofdstuk 3 zal middels deelconclusies antwoord worden gegeven op de deelvragen, waarna antwoord volgt op de hoofdvraag *“Hoe komt het dat patiënten met de ziekte van Parkinson op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen blijven lijden aan ongewenst gewichtsverlies?”*

4.1 Deelvragen

De eerste deelvraag *“Hoe ziet de voedingsinname van parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies eruit op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen?”* wordt beantwoord middels resultaten verkregen uit het bijhouden van een vierdaags-voedingsdagboek. Hieruit is gebleken dat de huidige voedingsinname van de respondenten niet toereikend is in vergelijking met hun voedingsbehoefte. Alle zeven respondenten hebben een te lage eiwit- en vezelinname in vergelijking met hun behoefte. Er wordt gemiddeld 157 kcal per dag te weinig geconsumeerd door zes van de zeven respondenten. Het gebruik van dieetvoeding bij de drie desbetreffende respondenten behaalt niet het beoogde resultaat, doordat de respondenten een te lage inname hebben van de gewone aangeboden voeding naast de dieetvoeding.

Daarnaast kan uit de voedingsanamneses geconcludeerd worden dat de eetmomenten een vaste structuur en samenstelling hebben, hier wordt door de zorgverleners niet van afgeweken. Deze eetmomenten bestaan uit een broodmaaltijd, een kop soep met brood, de warme maaltijd met dessert. Door de zorgverleners wordt zelden een tussendoortje aangereikt, indien geen dieetvoeding is voorgeschreven. Opmerkelijk is dat de zorgverleners geen vervangend product of maaltijd aanreiken indien de respondent een afkeur heeft voor de aangeboden voeding. Hieruit kan geconcludeerd worden dat maaltijden en tussendoortjes niet volledig worden aangeboden.

De tweede deelvraag *“In hoeverre komt de voedingsinname van parkinsonpatiënten overeen met het dieetadvies voor parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen?”* wordt ook beantwoord middels de analyse van de vierdaagse-voedingsdagboeken. Er kan geconcludeerd worden dat de voedingsinname van geen enkele respondent volledig voldoet aan zijn of haar voedingsbehoefte volgens het opgestelde dieetadvies van de diëtist. De voedingsinname komt niet overeen met de energie- en macronutriëntenbehoefte uit het dieetadvies.

Kijkend naar de derde deelvraag *“In hoeverre komt de aangeboden voeding overeen met het dieetadvies voor parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen?”* leidt een vergelijking tussen de aangeboden hoeveelheden voeding en het dieetadvies tot de volgende conclusie. Het blijkt namelijk dat de aangeboden hoeveelheden voeding op het gebied van groenten, fruit, graanproducten, aardappelen en zuivel niet overeenkomend zijn met de aanbevolen hoeveelheden voedingsmiddelen uit het dieetadvies dat gebaseerd is op de richtlijn voeding tijdens de ZvP.

Betreffende de vierde deelvraag *“In hoeverre begrijpen parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies het belang van voeding tijdens de ZvP?”* komt uit de resultaten van de semigestructureerde interviews het volgende naar voren. Alle respondenten vinden voeding tijdens de ZvP belangrijk. De reden waarom dit belangrijk wordt gevonden, verschilt onder de respondenten. Voor sommige respondenten is voeding de enige manier om gezond te blijven. Andere respondenten geven geen specifieke reden en geven aan dat kennis hierover bij hen ontbreekt. Tevens is de oorzaak of reden van het ongewenst gewichtsverlies niet bekend bij de respondenten. Het gewichtsverlies wordt door meer dan de helft van de

respondenten niet erkend als een probleem. Er kan geconcludeerd worden dat de respondenten niet op de hoogte zijn van de mogelijke effecten van ongewenst gewichtsverlies en welke rol voeding hierbij speelt. Hierdoor wordt door de respondenten het belang van voeding tijdens bij de ZvP waarbij sprake is van ongewenst gewichtsverlies niet volledig begrepen.

De vijfde deelvraag *“Welke houding hebben parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies en parkinson-zorgverleners op de longstay-afdeling ten aanzien van het dieetbehandelplan van de diëtist?”* wordt beantwoord met behulp van resultaten uit het codeerschema betreffende het dieetbehandelplan van de semigestructureerde interviews. Hieruit blijkt dat alle parkinsonpatiënt-respondenten een licht negatieve houding hebben ten aanzien van het dieetbehandelplan. De respondenten zijn niet op de hoogte van de inhoud en onderbouwing van het dieetbehandelplan van de diëtist. In hun ogen wordt door de diëtist alleen medische drinkvoeding voorgeschreven en is verdere inhoud van de behandeling bij hen onbekend. Een toelichting van het dieetadvies ontbreekt, waardoor de respondenten geen inzicht of bewustwording kunnen creëren in het doel van het behandelplan, namelijk aankomen in gewicht en ongewenst gewichtsverlies voorkomen.

Door zowel de zorgverleners als parkinsonpatiënten wordt verwacht dat het dieetbehandelplan gebaseerd is op een verrijking van normale voeding in plaats van medische drinkvoeding. Evenzeer vinden de zorgverleners dat op dit moment de diëtist te weinig aandacht heeft voor de voedingsinname van de parkinsonpatiënten. Ondanks dat de zorgverleners vertrouwen op het dieetadvies van de diëtist, vermoeden zij dat de diëtist niet voldoende betrokken is bij de voedingsinname van de parkinsonpatiënten. De voorgeschreven dieetvoeding wordt volgens de zorgverleners op het verkeerde moment van de dag ingezet, namelijk direct na de hoofdmaaltijden. Bovendien dient de diëtist volgens zowel de zorgverleners als parkinsonpatiënten meer betrokken te zijn bij het uitvoeren van het dieetbehandelplan op de afdeling. Deze respondenten tonen aan dat het dieetbehandelplan met daarin persoonsgebonden afspraken niet wordt opgevolgd op de afdeling, waardoor het behalen van het wenselijke effect van de behandeling uitblijft.

Tot slot wordt de laatste deelvraag *“In hoeverre komt de aangeboden voeding overeen met de wensen en behoeften van parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen?”* beantwoord middels de semigestructureerde interviews met de parkinsonpatiënten en zorgverleners. Ook hebben de uitgevoerde observaties een rol gespeeld in het beantwoorden van deze deelvraag. Na het analyseren van de interviews en observaties wordt duidelijk dat de aangeboden voeding niet overeenkomt met de wensen en behoeften van de parkinsonpatiënten. Dit komt wegens het gebruik van weinig variatie, smaak en geen keuzemogelijkheden. Ontbrekend gebruik van kruiden of specerijen, geen flexibele eetmomenten en de structuur of consistentie zijn niet passend bij de behoeften van patiënten met de ZvP op de longstay-afdeling. De aangeboden voeding, met name de warme maaltijd, wordt hierdoor in dit onderzoek geen enkele keer volledig geconsumeerd, wat leidt tot een niet optimale voedingsinname onder de parkinsonpatiënten.

4.2 Hoofdvraag

Bovenstaande deelconclusies maken het mogelijk om de hoofdvraag te beantwoorden, die als volgt luidt:

“Hoe komt het dat patiënten met de ziekte van Parkinson op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen blijven lijden aan ongewenst gewichtsverlies?”

Voortbouwend op de bevindingen uit zowel de kwantitatieve als kwalitatieve analyse kan geconcludeerd worden dat de aangeboden voeding conform het voedingsbeleid van Groenhuysen leidt tot een niet optimale voedingsinname van de parkinsonpatiënten met als gevolg ongewenst gewichtsverlies op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen. De

aangeboden voeding en het voedingsbeleid dienen te worden aangepast aan de wensen en behoeften van de parkinsonpatiënten, waarvoor verandering in smaak, samenstelling en structuur van de eetmomenten van de aangeboden voeding nodig is. In hoofdstuk 6 worden aanbevelingen gedaan over hoe dit te bereiken.

Daarnaast bestaat bij de parkinsonpatiënten een onvolledig begrip van het belang van voeding tijdens de ZvP en is sprake van een licht negatieve houding ten aanzien van het dieetbehandelplan van de diëtist bij zowel parkinsonpatiënten als zorgverleners. Het begrip van het belang van optimale voeding, wanneer sprake is van ongewenst gewichtsverlies tijdens de ZvP dient te worden vergroot. Er is meer uitleg en argumentatie vanuit de diëtist nodig over het belang van voeding en welke rol voeding speelt bij ongewenst gewichtsverlies tijdens de Ziekte van Parkinson. Dit geldt voor zowel de parkinsonpatiënten als parkinson-zorgverleners, zodat gestreefd kan worden naar een optimale voedingsinname van de parkinsonpatiënten. Wederom worden in hoofdstuk 6 hierover aanbevelingen gedaan.

5. Discussie

In dit hoofdstuk worden beperkingen van het onderzoek besproken en worden mogelijkheden voor vervolgonderzoek gegeven. Tot slot worden bevindingen uit dit onderzoek vergeleken met bestaande literatuur.

5.1 Beperkingen

Tijdens het kwantitatief onderzoek is gekozen om vier dagen de voedingsinname middels een voedingsdagboek bij te houden. Aan de hand van de voedingsinname is een analyse uitgevoerd om tot een gemiddelde voedingsinname per patiënt te komen. Tijdens het ontbijt en de middagmaaltijd was het mogelijk om de soort en voedingswaarde van de gekozen voedingsmiddelen per respondent te beoordelen. Doordat de avondmaaltijden kant-en-klaar op de afdeling worden gebracht, was het niet mogelijk om de voeding specifieke eigenschappen van de maaltijden in kaart te brengen. Hierdoor zijn de resultaten van het kwantitatief onderzoek rondom de avondmaaltijden niet direct bruikbaar om de gemiddelde voedingswaarde te bepalen en kunnen deze mogelijk afwijken van de daadwerkelijke voedingsinname²⁵.

Daarnaast dient het kwantitatief onderzoek herhaald te worden om de betrouwbaarheid van het onderzoek te bepalen. Het onderzoek behoort op dezelfde wijze te worden herhaald, waarna de resultaten van het huidige onderzoek kunnen worden vergeleken en de validiteit van het onderzoek eventueel wordt verhoogd. Tevens kan door het onverwacht voorkomen van parkinsonverschijnselen de voedingsinname per dag verschillend zijn, wat de betrouwbaarheid van de gemiddelde voedingsinname van vier dagen mogelijk minder betrouwbaar maakt.

Tijdens het uitvoeren van de interviews van het kwalitatief onderzoek, zijn drie interviewgesprekken niet opgenomen met de geluidsrecorder in verband met privacyredenen. Hierdoor was het niet mogelijk om de gesprekken te transcriberen. Relevante informatie van deze respondenten kan daardoor niet meegenomen zijn in de verwerking van de resultaten, wat de betrouwbaarheid van het onderzoek beïnvloedt. Echter heeft de onderzoeker wel geprobeerd om zoveel mogelijk informatie te noteren en heeft zij tijdens de analyse gebruik gemaakt van de genoteerde aantekeningen van uitspraken of antwoorden die opvallend waren tijdens de interviews met deze respondenten.

Daarnaast zijn twee interviews afgenomen met de mantelzorgers in het bijzijn van de desbetreffende respondenten. De mantelzorgers spraken tijdens de interviews namens de respondenten, waardoor antwoorden niet afkomstig zijn van de primaire bron. In dit onderzoek is gevraagd naar de houding, het begrip en de wensen en behoeften van de parkinsonpatiënt zelf. Uitspraken van de mantelzorgers kunnen afwijkend zijn ten opzichte van de gedachten van de parkinsonpatiënten. Er dient hierdoor rekening te worden gehouden met het feit dat antwoorden niet bruikbaar zouden kunnen zijn, waardoor mogelijk resultaten van de interviews niet van toepassing zijn op de parkinsonpatiënten, de primaire bron.

De observaties zijn alleen door de onderzoeker zelf uitgevoerd en geanalyseerd, waarbij geen gebruik is gemaakt van een onafhankelijke observant. Hierdoor zijn de verzamelde gegevens van de observaties niet vergeleken met uitkomsten van een onafhankelijke observant, waardoor mogelijk andere bevindingen over het hoofd zijn gezien. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten dienen de verzamelde gegevens van de observaties te worden vergeleken met die van een onafhankelijk observant, waarbij tussen dezelfde observaties overeenstemming wordt verkregen over de gegevens. Dit voorkomt dat de uitslag van de observaties alleen gebaseerd is op de interpretatie van de onderzoeker.

Ondanks de beperkingen van het onderzoek kan op basis van de onderzochte probleemstelling en de resultaten hiervan verbetering plaatsvinden op het gebied van de aangeboden voeding en dieetbehandelplan op de parkinson longstay-afdeling binnen

Groenhuysen. Door het uitvoeren van het huidige onderzoek is inzicht verkregen in de daadwerkelijk voedingsinname van de parkinsonpatiënten en de aangeboden voeding op de longstay-afdeling, waardoor mogelijke oorzaken van het ongewenst gewichtsverlies bij de parkinsonpatiënten zijn geïdentificeerd en aangepakt kunnen worden.

5.2 Vervolgonderzoek

Aangezien in dit onderzoek alleen parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies van de longstay-afdeling binnen Groenhuysen zijn geïnccludeerd, zijn de resultaten beperkt generaliseerbaar naar andere parkinson-verzorgafdelingen zowel binnen als buiten Groenhuysen. De resultaten en conclusies van het onderzoek beperken zich tot patiënten met de ZvP met ongewenst gewichtsvlies die verblijven op de longstay afdeling binnen Groenhuysen. Het gebruik van het geringe aantal parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies, limiteert de generaliseerbaarheid van het onderzoek. Een algemene uitspraak kan hierdoor niet worden gedaan. Een aanbeveling voor vervolgstudies is onderzoek naar het effect van het aanbieden van optimale voeding op het gewichtsverloop van parkinsonpatiënten. Er dient onderzocht te worden of het aanbieden van optimale voeding daadwerkelijk de voedingsinname van de parkinsonpatiënten optimaliseert en ongewenst gewichtsverlies wordt voorkomen.

5.3 Vergelijking resultaten met bestaande literatuur

Eerder onderzoek³⁵ heeft aangetoond dat voeding voor mensen die lijden aan de ZvP aangepast dient te worden naarmate de ziekte vordert. Dit wegens het progressieve verloop van de ZvP, waarbij symptomen en complicaties, zoals geur- en smaakverlies, kauw- en slikklachten en verminderde eetlust kunnen leiden tot een onvoldoende voedingsinname van parkinsonpatiënten³⁵⁻³⁶. In het onderzoek binnen Groenhuysen is nagegaan in hoeverre de aangeboden voeding overeenkomt met de wensen en (voedings-)behoefte van een parkinsonpatiënt. De resultaten van het onderzoek geven weer dat de aangeboden voeding niet doelgroep specifiek wordt aangeboden. De aangeboden voeding voldoet aan geen enkel punt in het voedingsbeleid, terwijl in bestaande literatuur wordt geadviseerd om gebruik te maken van zachte of eventueel vloeibare maaltijden om de voedingsinname optimaal te houden. Tevens wordt het gebruik van kruiden en andere specerijen bij het bereiden van voeding tijdens de ZvP aanbevolen³⁷, maar wordt dit binnen Groenhuysen niet gedaan.

Uit eerder onderzoek³⁸ door Stuurgroep Ondervoeding naar hoe zorginstellingen de verzorging van de maaltijden hebben ingericht, komen door middel van een benchmarktabel de succesfactoren en verbeterpunten rondom de maaltijden naar voren. De volgende succesfactoren worden hierin genoemd: het aanbieden van een onbeperkt aantal eetmomenten, aanbieden van menu-opties, aandacht voor de voedingswaarde van het verstrekte voedsel en beslissingen over de aangeboden voeding in gezamenlijk overleg met de afdeling diëtetiek, facilitaire dienst en andere belanghebbenden.

De waargenomen resultaten uit het huidige onderzoek wijken af van de bovengenoemde succesfactoren, waarbij is aangetoond dat er behoefte is aan flexibiliteit rondom de eetmomenten, ingespeeld op de behoefte van de patiënt. De mogelijkheid om flexibel op elk moment van de dag eten te bestellen en binnen beperkte tijd de maaltijd te serveren, heeft een verhogend effect op voedingsinname van de patiënten³⁸. Uit de resultaten van het huidige onderzoek komt naar voren dat de parkinson longstay-afdeling binnen Groenhuysen drie tot vier eetmomenten handhaaft. Uit literatuur blijkt dat een beperkt aantal eetmomenten, zoals het ontbijt, de middagmaaltijd en de avondmaaltijd, het vaak onmogelijk maakt voor patiënten om een voldoende en waardige energie- en eiwitinname te behalen³⁸⁻³⁹. Tevens worden er geen keuzemogelijkheden aangeboden op de longstay-afdeling betreffende de aangeboden warme maaltijden en komen de warme maaltijden niet overeen met de doelgroep specifieke behoeften ten gevolge van voedingsgerelateerde problematiek die de ZvP met zich meebrengt.

De resulterende factoren uit het huidige onderzoek, dat verricht is op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen, worden bevonden als nieuwe mogelijkheden en verbeterpunten, gezien het succesfactoren blijken te zijn uit eerder onderzoek³⁸. Uit de conclusie van het onderzoek kan worden afgeleid dat Groenhuysen op basis van de bevindingen uit het onderzoek van Stuurgroep Ondervoeding meer succes kan behalen door de bovengenoemde factoren na te streven in de toekomst.

Tot slot heeft een vijfjarige populatie-gebaseerde incident-cohort studie¹³ bewezen dat parkinsonpatiënten in het laatste stadium van de ziekte zorgafhankelijk zijn rondom de algemene dagelijkse levensverrichtingen. De zorgverleners, waaronder ook mantelzorgers, dienen op de hoogte te zijn welke dieetbehandelingen de patiënt ondergaat. Zij zijn medeverantwoordelijk voor de voedingsinname van de patiënt. In de semigestructureerde interviews van het huidige onderzoek wordt dit bevestigd. Echter tonen de resultaten van het huidige onderzoek aan dat zowel de zorgverleners als de mantelzorgers niet op hoogte zijn van de inhoud van de dieetbehandeling en ontbreekt hen kennis over welke voeding juist is. Dit wordt tevens als verbeterpunt beschouwd binnen het onderzoek van Stuurgroep Ondervoeding en verklaard een oorzaak van de niet-toereikende voedingsinname van de parkinsonpatiënten³⁸.

6. Aanbevelingen

Op basis van de resultaten en conclusies van het onderzoek worden in dit hoofdstuk aanbevelingen gedaan. De genoemde aanbevelingen richten zich op optimalisatie van het voedingsbeleid, waarmee het antwoord op de hoofdvraag in de praktijk gerealiseerd kan worden.

6.1 Betrokkenheid bij opstellen menu-cyclus

Uit het huidige onderzoek blijkt dat de aangeboden voeding niet voldoet aan het dieetadvies en wensen en behoeften van de parkinsonpatiënten, waardoor een optimale voedingsinname niet kan worden nagestreefd. De diëtist dient daarom betrokken te worden bij het opmaken en samenstellen van de menucyclus binnen Groenhuysen. De diëtist is dé specialist op het gebied van voeding in relatie tot ziekte en gezondheid. Zij beschikt over brede kennis en vaardigheden op voedingskundig gebied die kunnen worden toegepast op medisch gebied. Verder zijn de diëtisten op de parkinson longstay-afdeling binnen Groenhuysen gespecialiseerd in de ZvP, waardoor zij over specialistische kennis beschikken aangaande voedingsgerelateerde problemen bij de ZvP. Door hen te betrekken bij het opstellen van de menu-cyclus, wordt de menu-cyclus specifiek en passend bij de voedingsgerelateerde problematiek die voorkomt tijdens de ZvP. Er dient door de diëtisten aandacht te worden besteed aan de smaak van de maaltijd in verband met smaak- en geurverandering, aangepaste of voorkeur consistenties in verband met de slikproblematieken en de verhoogde energie- en eiwitbehoefte van de parkinsonpatiënten.

6.2 Keuzemogelijkheden rondom de warme maaltijd

Om de aangeboden voeding te laten voldoen aan de wensen en behoeften van de parkinsonpatiënten, dienen keuzemogelijkheden rondom de samenstelling van de warme maaltijd te worden aangeboden. Uit de resultaten van het onderzoek komt naar voren dat de warme maaltijden zelden voldoen aan de wensen of behoeften van de parkinsonpatiënten, met als gevolg een minimale voedingsinname. Door de parkinsonpatiënten een keuze te geven in de samenstelling van de warme maaltijd, kan de patiënt zijn of haar voorkeur doorgeven. Hierdoor zullen de warme maaltijden meer overeenkomen met de wensen en behoeften van de parkinsonpatiënt, waardoor de voedingsinname wordt gestimuleerd.

Bovenstaande aanbevelingen zullen uiteindelijk leiden tot een bevordering van de implementatie van een adequaat voedingsbeleid.

6.3 Flexibele eetmomenten

Er wordt aanbevolen om flexibele eetmomenten toe te passen op de longstay-afdeling. Doordat de ZvP veel effect heeft op het dagelijks functioneren van een patiënt, kunnen vaste eetmomenten niet altijd benut worden door de patiënt wegens (onverwachte) parkinsonverschijnselen. Om een voldoende voedingsinname bij een patiënt te waarborgen wordt aanbevolen om flexibel om te gaan met de eetmomenten. Een eetmoment mag verlaat worden, maar mag niet worden overgeslagen.

6.4 Tussendoortjes

Naast de drie hoofdmaaltijden wordt aanbevolen om twee tot drie tussendoortjes tussen de hoofdmaaltijden rond 10:00u, 15:00u en 19:00u aan te reiken. Deze tijden worden gehanteerd om de competitie tussen eiwitten uit voeding en het medicijn levodopa te beperken. Het tussendoortje dient energie-, eiwitrijk, of een combinatie van beide te zijn en is geschikt voor de parkinsonpatiënten. Het aanreiken van twee tot drie tussendoortjes zal bijdragen aan het streven van het behalen van een voldoende en waardige voedingsinname van de parkinsonpatiënten.

6.5 Lijst met tussendoortjes

Voortbouwend op bovenstaande aanbeveling wordt aanbevolen dat de longstay-afdeling beschikt over een toegankelijke lijst met diverse energie- en eiwitrijke tussendoortjes. De tussendoortjes dienen direct beschikbaar op de afdeling te zijn of eventueel te worden gehaald in het algemene restaurant binnen Groenhuysen.

Energierijke tussendoortjes		Eiwitrijke tussendoortjes	
1 plak boerencake	Energie: 127 kcal Eiwit: 2,1 gram	1 gekookt ei of gevuld ei	Energie: 64 kcal Eiwit: 6,2 gram
Hummus dip met groente of broodsticks	Energie: 127 kcal Eiwit: 3 gram	4 stukjes worst (leverworst)	Energie: 129 kcal Eiwit: 6,5 gram
4 stukjes worst (leverworst)	Energie: 129 kcal Eiwit: 6,5 gram	2 lapjes kipfilet uit het vuistje	Energie: 36 kcal Eiwit: 7 gram
1 plak ontbijtkoek met roomboter	Energie: 136 kcal Eiwit: 1 gram	3 asperge- of augurk rolletjes in ham of kipfilet	Energie: 74 kcal Eiwit: 8 gram
2 chocolade bonbons	Energie: 154 kcal Eiwit: 1,6 gram	Een boterham met 100% pindakaas	Energie: 206 kcal Eiwit: 8,6 gram
1 kroket	Energie: 177 kcal Eiwit: 5,8 gram	4 blokjes kaas	Energie: 151 kcal Eiwit: 9,0 gram
1 krentenbol met boter en suiker	Energie: 198 kcal Eiwit: 4,2 gram	1 yoghurt Breaker high proteïne (van Melkunie)	Energie: 106 kcal Eiwit: 11,4 gram
1 bolletjes roomijs met slagroom	Energie: 235 kcal Eiwit: 3,3 gram	1 haring	Energie: 129 kcal Eiwit: 13,2 gram
1 (gevulde) grote koek	Energie: 242 kcal Eiwit: 3,6 gram	1 schaaltje Hüttenkware Vanille	Energie: 120 kcal Eiwit: 17 gram
Verse (gesuikerde) dadels of vijgen	Energie: 285 kcal Eiwit: 3,0 gram	1 schaaltje (volle- of vruchten) vla, yoghurt of kwark	Energie: 154 kcal Eiwit: 17,2 gram
1 stuk taart of gebak	Energie: 316 kcal Eiwit: 4,6 gram	Zalmbonbon gevuld met roomkaas of 2 plakjes gerookte zalm	Energie: 148 kcal Eiwit: 17,4 gram
1-2 wentelteefjes	Energie: 344 kcal Eiwit: 9,4 gram	1 blikje tonijn aangelengd (bv. met 1-2 lepels mayonaise)	Energie: 116 kcal Eiwit: 26 gram

6.6 Parkinson-voedingsassistent

Het aanbieden en het serveren van de maaltijden wordt op dit moment gedaan door de zorgverleners op de longstay-afdeling. Tijdens de eetmomenten blijken de zorgverleners niet altijd betrokken te zijn bij de patiënten. Het inzetten van een voedingsassistent die kennis heeft van voedingsgerelateerde problematiek en de rol van voeding tijdens de ZvP, wordt aanbevolen tijdens het aanbieden van de hoofdmaaltijden. Tevens dient de voedingsassistent op de hoogte te zijn welke voedingsproducten toereikend zijn voor de parkinsonpatiënten. Een parkinson specifieke voedingsassistent kan verder een rol spelen bij de hulp en uitleg aan een patiënt over voeding. Daarnaast heeft de voedingsassistent zicht op de hoeveelheid die de parkinsonpatiënten eten, waardoor tijdig gesignaleerd kan worden als een parkinsonpatiënt onvoldoende voedsel tot zich neemt. De voedingsassistent kan de patiënten basisadviezen geven rondom de inname, waardoor de voedingsinname van de patiënten zal worden gestimuleerd. Daarnaast kan op deze manier gemeten worden in hoeverre de aangeboden voeding daadwerkelijk wordt geconsumeerd. Vervolgens kan dit geëvalueerd worden met de diëtist en de facilitaire dienst. Hierdoor kan de aangeboden voeding geoptimaliseerd worden aan de hand van de bevindingen en evaluatie van de voedingsassistent.

6.7 De rol van de diëtist en het dieetbehandelplan

Gezien de licht negatieve houding van zowel de parkinsonpatiënten als zorgverleners ten aanzien van de diëtist en het dieetbehandelplan, wordt aanbevolen om meer inhoudelijke informatie betreffende de rol van de diëtist, het dieetbehandelplan en voeding tijdens de ZvP over te dragen. De diëtist dient haar functie en het dieetbehandelplan te vertalen naar een omschrijving en advies wat begrijpelijk is voor zowel de parkinsonpatiënten als zorgverleners. Hierin vertelt de diëtist wat zij kan betekenen en welke stappen zij met de patiënt zal ondergaan betreffende het ongewenst gewichtsverlies. Hierbij dient zij haar uitgebreide voedingskennis te binden tot leesbare en begrijpelijke informatie.

7. Referentielijst

1. Dicke H. Informatorium Voeding en Diëtetiek – Dieetleer. Voeding en de ziekte van Parkinson. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2013. P.: 961-971
2. Van Asseldonk MJMD, Dicke HC, Hof JI, van Harten B, Bloem BR, Keus SHJ, et al. Richtlijn Voeding bij de ziekte van Parkinson. Den Haag: Boom Lemma uitgevers. 2012. P.: 164
3. Ma K, Xiong N, Shen Y, Han C, Liu L, Zhang G, et al. Weight Loss and Malnutrition in Patients with Parkinson's Disease: Current Knowledge and Future Prospects. *Front. Aging Neurosci.* 2018 januari; 10 (1) DOI: 10.3389/fnagi.2018.00001
4. Draijer W, Eizenga W, Sluiter A. NHG Standaard Ziekte van Parkinson. *Huisarts en Wetenschap.* Juli 2011; 53 (7); 380-386
5. Chaudhuri KR, and Schapira AH. Non-motor symptoms of Parkinson's disease: dopaminergic pathophysiology and treatment. *Lancet Neurol.* 2009 mei; 8 (5), 464–474 DOI: 10.1016/S1474-4422(09)70068-7
6. Aziz NA, van der Marck MA, Pijl H, Olde Rikkert MGM, Bloem BR, Roos RAC. Weight loss in neurodegenerative disorders. *J Neurol.* 2008 december; 255 (12); 1872-1880. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00415-009-0062-8>
7. Sheard JM, Ash S, Silburn PA, Kerr GK. Prevalence of malnutrition in Parkinson's disease: a systematic review. *Nutrition Reviews.* 2011;69 (9) p.:520-532 DOI: 10.1111/j.1753-4887.2011.00413.x
8. Van Asseldonk GAEG, Van Duinen JJ, Former-Boon M, Van Nuland R. Zakboek gerelateerde ondervoeding bij volwassenen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2007.
9. Rodriguez-Oroz MC, Jahanshahi M, Krack P, Litvan I, Macias R, Bezard E, et al. Initial clinical manifestations of Parkinson's disease: features and pathophysiological mechanisms. *Lancet Neurol.* 2009 december; 8 (12); 1128–1139.
10. Tuite PJ, Maxwell RE, Ikramuddin S, Kotz CM, Billington CJ, Laseski MA, et al. Weight and body mass index in Parkinson's disease patients after deep brain stimulation surgery. *Parkinsonism Relat. Disord.* 2005; 11 (4); 247–252. DOI: 10.1016/j.parkreldis.2005.01.006
11. Wills AM, Pérez A, Jue Wang MS, Su X, Morgan J, Rajan SS, et al. Association Between Change in Body Mass Index, Unified Parkinson's Disease Rating Scale Scores, and Survival Among Persons With Parkinson Disease: Secondary Analysis of Longitudinal Data From NINDS Exploratory Trials in Parkinson Disease Long-term Study 1. *JAMA Neurol.* 2016 maart; 73 (3); 321-328 DOI: 10.1001/jamaneurol.2015.4265.
12. Rozeveld E. Ouderen zien zelf ondervoeding niet als probleem. Interview in *Nederlands Tijdschr Voeding en Diëtetiek.* 2016;30-1.
13. Bjornestad A, Tysnes OB, Larsen JP, Alves G. Loss of independence in early Parkinson disease: A 5-year population-based incident cohort study. *Neurology.* 2016 oktober; 87 (15).
14. Universitair Medisch Centrum Groningen. Neurologie. Medicijngebruik bij de ziekte van Parkinson.
15. Cotzias GC, Van Woert MH, and Schiffer LM. Aromatic amino acids and modification of parkinsonism. *N. Engl. J. Med.* 1967; 276 (7), 374–379. DOI: 10.1056/NEJM196702162760703
16. Riley D, Lang AE. Practical application of a low-protein diet for Parkinson's disease. *Neurology.* 1988 juli; 38 (7); 1026-1036
17. Barichella M, Marczewska A, De Notaris R, Vairo A, Baldo C, Mauri A, et al. Special low-protein foods ameliorate postprandial *off* in patients with advanced Parkinson's disease. *Mov disord.* 2006 oktober; 21 (10); 1682-1687 DOI: <https://doi.org/10.1002/mds.21003>
18. Brug J, Assema van P, Lechner L. Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. 5^e ed. Assen: Koninklijke Van Gorcum; 2007. P: 91-95

19. Vanhauwaert E, Joossens S, Matthys C. Evidenced Based werken in de dieetpraktijk. Tijdschrift voor voeding en dietetiek. 2014 januari; 40 (6); 10-14)
20. Voedingsbeleid Groenhuysen. Kwaliteitsboek. 2016
21. Keranen T, Kaakkola S, Sotaniemi K, Laulumaa V, Haapaniemi T, Jolma T et al. Economic burden and quality of life impairment increase with severity of PD. Parkinsonism Relat Disord 2003; 9(3):163-168.
22. Goris AHC. Validation of the assessment of food intake in humans. NUTRIM School of Nutrition and Translational Research in Metabolism. Universiteit Maastricht. Proefschrift. 2001 januari 1.
23. ParkinsonNet. Medicatie. [internet] Beschikbaar via: <https://www.parkinsonnet.nl/parkinson/behandelingen/medicatie>. Geraadpleegd op: 30 november 2018
24. Keus SHJ, Bloem BR, Munneke M. Stimulus. De ziekte van Parkinson: wat zijn de therapiemogelijkheden? 22:183. Bohn Stafleu van Loghum; 2003
25. Vries JHM de, Boer EJ de. De voedingsanamnese – Methoden voor voedselconsumptieonderzoek van bevolkingsgroepen en individuen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2015; 646-687
26. Hijmans E, Kuyper M. Kwalitatief onderzoek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2007
27. Wapenaar J, de Groot L. Het belang van eten en drinken. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2018; 1-13
28. Van Zwieten M, Dickens W. Waardering van kwalitatief onderzoek. Huisarts wet. 2004 december; 47 (13); 38-43
DOI: <https://doi.org/10.1007/BF03083653>
29. Baarda B, Bakker E, Boullart A, Fischer T, Julsing M, Peters V, Van der Velden T. Basisboek Kwalitatief onderzoek. 4^e druk. Groningen/Utrecht: Noordhoff Uitgevers bv; 2018.
30. Lewis, BR. NVivo 2.0 and ATLAS.ti 5.0: A Comparative Review of Two Popular Qualitative Data-Analysis Programs. 2004 november; 4 (16); 439-464
DOI: 10.1177/1525822X04269174
31. Lucassen PLBJ, olde Hartmann TC. Kwalitatief onderzoek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2007
32. Sveinbjorndottir S. The clinical symptoms of Parkinson's disease. J Neurochem. 2016 juli 11; 139 (S1); 318-324
DOI: <https://doi.org/10.1111/jnc.13691>
33. Verhoeven, N. Wat is onderzoek? 5^e druk. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers; april 2014.
34. Stichting Voedingscentrum Nederland. Richtlijnen Schijf van Vijf. Den Haag: november 2018. P: 163
35. Cassani E, Barichella M, Ferri V, Pinelli G, Iorio L, Bolliri C, et al. Dietary habits in Parkinson's disease: Adherence to Mediterranean diet. Parkinsonism Relat Disord. 2017 september; 42; 40-46
36. Cersosimo MG, Raina GB, Pellene LA, Micheli FE, Calandra Cr, Maiola R. Weight Loss in Parkinson's Disease: The Relationship with Motor Symptoms and Disease Progression. Biomed Res Int. 2018 Juli 9;
DOI: 10.1155/2018/9642524.
37. Stichting Parkinson Fonds. Bon appétit, ondanks Parkinson. [internet] Beschikbaar via: <https://www.parkinsonfonds.nl/nieuws/tips/bon-appetit-ondanks-parkinson/> Geraadpleegd op 11 januari 2019.
38. Meij van der B, Kruizenga H. Dr.ir. Voedingsconcepten in de Nederlandse Ziekenhuizen. Mei 2016; 1-9
39. Kessel van A, Kramer J. Op tijd signaleren en adequaat behandelen van ondervoeding in de eerste lijn. In: Ondervoeding bij ouderen. Diëtistenpraktijk Janneke Kramer.

Bijlagen

Bijlage 1 – Introductieformulier



Geachte heer/mevrouw,

Graag wil ik mezelf eerst aan u voorstellen. Ik ben Merel van den Heuvel en ik ben vierdejaars studente van de opleiding Voeding en Diëtetiek van de Haagse Hogeschool in Den Haag. In kader van het afronden van mijn 4 jaar durende hbo-studie, dien ik een afstudeerscriptie te schrijven. Een afstudeerscriptie bestaat uit een onderzoek waarin een probleemstelling binnen een organisatie wordt onderzocht. Er zal een adviesrapport worden geschreven, waarin aanbevelingen en/of oplossingen betreft de probleemstelling worden gegeven. Door mijn passie met de zorg, heb ik ervoor gekozen om mijn scriptie op de Parkinson afdeling binnen Groenhuysen te schrijven.

Als opleidend diëtist, streef ik naar het adviseren van een optimaal en cliëntgericht voedingsadvies. Door de complexiteit van de ziekte van Parkinson, is een geheel passend advies niet altijd vanzelfsprekend. Bij de ziekte van Parkinson is vaak sprake van gewichtsverandering. Hierdoor is ongewenst gewichtsverlies een veel voorkomend probleem bij de ziekte van Parkinson. Het gewichtsverlies heeft effect op de kwaliteit van leven van de cliënt. Hierdoor is het van belang dat de cliënt adequaat wordt behandeld om ongewenst gewichtsverlies te voorkomen.

In mijn onderzoek staat de volgende vraag dan ook centraal: *“Hoe komt het dat patiënten met de ziekte van Parkinson op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen blijven lijden aan ongewenst gewichtsverlies?”*

Om deze vraag te beantwoorden dient er informatie te worden vergaard onder de Parkinsonpatiënten en/of mantelzorger(s) en het Parkinson-zorgteam. Dit zal m.b.v. interviews worden gedaan. De interviews zullen met m.n. gaan over het belang van voeding tijdens de Ziekte van Parkinson, het dieetbehandelplan van diëtist en de aangeboden voeding op de afdeling. Deze informatie, ook wel data genoemd, blijft anoniem en heeft alleen als doeleinden het afstudeeronderzoek. De data zal in geen enkele andere vorm gebruikt of openbaar gemaakt worden.

Mijn vraag aan u:

Zou u mij alstublieft willen helpen door deel te nemen aan bovenstaand onderzoek? *

*Door bijgevoegd formulier te ondertekenen helpt u mij enorm met het afronden van mijn opleiding. De verkregen informatie heeft als doeleinden de scriptie en zullen voor geen enkel ander doeleinden worden gebruikt.

Ik hoop u zo voldoende te hebben geïnformeerd.

Alvast bedankt.

Met vriendelijke groet,

Merel van den Heuvel



Bijlage 2 – Toestemmingsformulier

Toestemming voor inzage klantdossier ¹ en gebruik van gegevens in kader van kwaliteitsonderzoek

Titel onderzoek: afstudeeronderzoek – het optimaliseren van de voedingsinname van parkinsonpatiënten op de longstay-afdeling binnen Groenhuysen.

Gegevens klant:

Naam:

Ik heb voldoende informatie gekregen over het onderzoek en heb deze informatie begrepen.

Hiermee geef ik* toestemming aan de zorgmedewerker om mijn dossier in te zien en gegevens anoniem te gebruiken ten behoeve van een kwaliteitsonderzoek voor een opleiding die de zorgmedewerker volgt.

Datum:		Handtekening:	
--------	--	---------------	--

* In geval er een zorginhoudelijk vertegenwoordiger is, is toestemming van de zorginhoudelijk vertegenwoordiger nodig.

Hierbij geef ik, zorginhoudelijk vertegenwoordiger, toestemming aan de zorgmedewerker om het dossier in te zien ten behoeve van kwaliteitsonderzoek voor een opleiding die de zorgmedewerker volgt.

Gegevens zorginhoudelijk vertegenwoordiger

Naam:

Datum:		Handtekening:	
--------	--	---------------	--

Deze toestemming geldt alleen voor bovengenoemd onderzoek. U kunt uw toestemming op elk moment intrekken als u dat wenst zonder opgaaf van reden.

¹ Dit betreft het zorgdossier (exclusief het eventueel aanwezige medische en/of psychologische dossier).

Bijlage 3 – Voedingsdagboek leeg

Voedingsdagboek van parkinsonpatiënten longstay-afdeling Groenhuysen*

Client: _____

Datum: ...-...-...

Bezigheden/bijzonderheden: _____

	Wat wordt gegeten	Hoeveel	Bijzonderheden:
Ontbijt			
Tussendoor (indien van toepassing)			
Lunch			
Tussendoor (indien van toepassing)			
Avondmaaltijd			
Tussendoor (indien van toepassing)			

Bijlage 4 – Tabel: aangeboden hoeveelheden voedingsmiddelen in vergelijking met de aanbevolen hoeveelheden voedingsmiddelen

Aangeboden voeding	Aanbevolen voeding volgens richtlijnen	Resultaat
	250 gram groenten (4-5 opscheplepels)	
	2 porties fruit	
	4-6 sneden bruine of volkoren boterhammen	
	4 opscheplepels volkoren graanproducten of aardappelen	
	1 portie vlees of vis (100-125 gram)	
	4 porties zuivel	
	1500-2000 ml vocht	

Bijlage 5 – Topiclijsten met voorbeeldvragen voor interviews

Topiclijst met voorbeeldvragen voor interview met parkinsonpatiënt

Introductie	Goedendag meneer/mevrouw X, wat fijn dat u vandaag even tijd voor mij heeft kunnen maken. Zoals u misschien al weet ga ik vandaag met u een interview houden over het gewichtsverlies en voeding tijdens uw ziekte. Heeft u allereerst nog opmerkingen of onduidelijkheden voordat we beginnen met het interview?
Topic	Interviewvraag
Het belang van voeding tijdens de Ziekte van Parkinson	In hoeverre vindt u voeding belangrijk? En kunt u dat aangeven op schaal van 1-10? Hoe belangrijk vindt u voeding tijdens uw ziekte op schaal van 1 tot 10? In welke mate ziet u ongewenst gewichtsverlies als probleem op schaal van 1 tot 10? In welke mate ziet u ondervoeding als probleem, op schaal van 1 tot 10? Waar denkt u dat het gewichtsverlies vandaan komt? Wat denkt u dat u zou kunnen helpen om op goed gewicht te blijven betreft uw voedingsinname?
Dieetbehandelplan van de diëtist	Wat vindt u van het dieetbehandelplan van de diëtist op schaal van 1 tot 10? Hoe ervaart u het bezoek aan of van de diëtist op schaal van 1 tot 10? Wat verwacht u van de diëtist betreft uw gewichtsverlies? Heeft u nog opmerkingen of verbeteringen betreft de diëtist?
Aangeboden voeding	Wat vindt u van de voeding die wordt aangeboden op de afdeling? Wat vindt u van de kwaliteit van de aangeboden maaltijden? Wat vindt u van de aantrekkelijkheid van de maaltijden op schaal van 1 tot 10? Zijn er dingen die u graag anders zou willen in de maaltijden? Zo ja, hoe zouden volgens u de maaltijden eruit moeten zien? Ingeval van 0-5: Denkt u dat als de maaltijden aantrekkelijker er uit zien dat u ze dan helemaal op

	eet? Hoe vaak eet u een volledige maaltijd op per dag? Vindt u dat er verbetering plaats moet vinden? Hoe ervaart u de eetmomenten? Heeft u en/of krijgt u genoeg tijd om uw maaltijd te nuttigen? Waar heeft u het minst en het meest moeite mee tijdens het eten? Wat vindt u van de zorg rondom de eetmomenten, bijvoorbeeld op schaal van 1 tot 10? Wat zou u graag anders zien betreft de handelingen van de verzorgers tijdens de eetmomenten?
Afsluiting	Zo, dan denk ik dat ik nu een goed beeld heb van u mening over voeding. Ik wil u hartelijke bedanken voor uw tijd en uw antwoorden. Heeft u nog vragen of aanvullingen?

Topiclijst met voorbeeldvragen voor interview met zorgprofessional

Introductie	Goedendag meneer/mevrouw X, wat fijn dat u vandaag even tijd voor mij heeft kunnen maken. Zoals u misschien al weet ga ik vandaag met u een interview houden over het gewichtsverlies en voeding tijdens de ziekte van Parkinson. Heeft u allereerst nog opmerkingen of onduidelijkheden voordat we beginnen met het interview?
Topic	Interviewvraag
Het belang van voeding tijdens de Ziekte van Parkinson	Wat vindt u van voeding tijdens ziekte? In hoeverre vindt u voeding belangrijk op schaal van 1-10? Hoe belangrijk vindt u voeding tijdens de ZvP op schaal van 1 tot 10? Wat weet u over de rol van voeding bij de ziekte van Parkinson in relatie tot gewichtsverlies? Wat voor rol speelt voeding volgens u bij de ziekte van Parkinson op schaal van 1 tot 10? Wat weet u over gewichtsverlies in relatie tot de ZvP? In welke mate ziet u gewichtsverlies als probleem? En in welke mate op schaal van 1 tot 10? In welke mate ziet u ondervoeding als probleem? Als u hier een cijfer aan mag geven op schaal van 1 tot 10? Waar denkt u dat het gewichtsverlies vandaan komt bij de parkinsonpatiënten? Wat denkt u dat zou kunnen helpen om op goed gewicht te blijven betreft de voedingsinname? Bent u tevreden over de voeding die wordt aangeboden aan de patiënten op de afdeling? Of vindt u dat er verbetering plaats moet vinden?
Dieetbehandelplan van de diëtist	Wat vindt u van de rol van de diëtist tijdens de ziekte van Parkinson? Bv. op schaal van 1 tot 10? Bent u op de hoogte van de behandeling die diëtist voorschrijft voor de patiënt? Wat vindt u van de behandeling die de diëtist voorschrijft voor parkinsonpatiënten met ongewenst gewichtsverlies, op schaal van 1 - 10? In hoeverre komt volgens u het voedingsadvies overeen met de behoefte van de patiënt? Waarom denkt u dit? In hoeverre dient de diëtist volgens u betrokken te zijn

	bij een patiënt met de ZvP?
Aangeboden voeding	Wat vindt u van de voeding die wordt aangeboden op de afdeling? Wat vindt u van de kwaliteit van de aangeboden maaltijden? En als u dit kunt aangeven op schaal van 1 tot 10? Wat vindt u van de aantrekkelijkheid van de maaltijden op schaal van 1 tot 10? Zijn er dingen die u graag anders zou willen in de maaltijden? Zo ja, hoe zouden volgens u de maaltijden eruit moeten zien? Vindt u dat verbetering nodig is tijdens de eetmomenten?
Slot	Zo, dan denk ik dat ik nu een goed beeld heb van u mening over voeding. Ik wil u hartelijke bedanken voor uw tijd en uw antwoorden. Heeft u nog vragen of aanvullingen?

Bijlage 6 - Codeer schema

Topic	Afkorting	Definitie
Rol van voeding tijdens de ZvP	RVV	Alle data over voeding tijdens de ZVP
Het dieetbehandelplan van de diëtist	BPD	Alle data over het opgestelde behandelplan, waaronder het dieetadvies van de diëtist wordt verstaan binnen Groenhuysen
Aangeboden voeding	AGV	Alle data over de aangeboden voeding op de afdeling binnen Groenhuysen

Bijlage 7 – Definitie codes en sub codes

Code	Definitie
ROL	Rol/taak
HDG	Houding
PBM	Problematiek
WZH	Werkzaamheid
KLT	Kwaliteit
ZRV	Zorgverlening
SCR	Structuur van tijd
Sub code	Definitie
BLG	Belang
KNS	Kennis
GWV	Gewichtsverlies
VIN	Voedingsinname
DAV	Dieetadvies
BTH	Betrokkenheid
SMW	Samenwerking
SMS	Samenstelling
VDA	Voedingsassistentie
KZE	Keuze
VAB	Voldoet aan behoefte
TEM	Tijd van eetmoment
SML	Stimulatie
VVI	Verminderde voedingsinname

Bijlage 8 – Categorisering sub- en codes

Categorie	Code	Sub code	Omschrijving
RVV	ROL en HDG	BLG	Alle data die gegeven wordt over het belang van voeding tijdens de ziekte van Parkinson en waarom voeding wel of niet belangrijk is tijdens de ziekte van Parkinson
		KNS	Alle data die gerelateerd is aan kennis over voeding tijdens de ziekte van Parkinson
	PBM	GWV	Alle data die gegeven wordt over het begrip gewichtsverlies tijdens de ziekte van Parkinson
		VIN	Alle data die gegeven wordt over de voedingsinname van tijdens de ziekte van Parkinson
BPD	WZH	DAV	Alle data die gegeven wordt over het dieetadvies dat is voorgeschreven aan de parkinsonpatiënt.
		BTH	Alle data die gegeven wordt over de betrokkenheid van de diëtist tijdens de behandeling van de parkinsonpatiënt.
		SMW	Alle data die gegeven wordt over de samenwerking met de diëtist tijdens de behandeling van de parkinsonpatiënt.
AGV	KLT	SMS	Alle data die gegeven wordt over de samenstelling van de aangeboden maaltijden en voeding op de afdeling.
		VAB	Alle data die gerelateerd is aan de behoefte van de parkinsonpatiënten met betrekking tot de aangeboden maaltijden op de afdeling.
		VVI	Alle data die gerelateerd is aan de verminderde voedingsinname van de parkinsonpatiënten op de afdeling.
	ZRV	VDA	Alle data die gegeven wordt over de voedingsassistentie tijdens de aangeboden maaltijden op de afdeling.
		SML	Alle data die gegeven wordt over stimulatie van de aangeboden voeding en de eetmomenten op de afdeling.
		KZE	Alle data die gegeven wordt over keuzes, keuzevrijheid en het kunnen kiezen tijdens de aangeboden maaltijden op de afdeling.
	SCR	TEM	Alle data die gerelateerd is aan de tijd van de eetmomenten

Bijlage 9 – Observatie instrument tijdens avondmaaltijden op de longstay-afdeling

Datum: xx-xx-xx | omschrijving van aangeboden maaltijd:

	Omschrijving	O/O	Evaluatie; opmerkingen en/of bijzonderheden
1	De aangeboden maaltijd wordt vooraf besproken met de patiënten		
2	De maaltijd wordt volledig aangeboden (vlees/groente/aardappel)		
3	Er wordt gevraagd aan de patiënten of ze nog meer eten lusten		
4	De aangeboden maaltijd wordt aantrekkelijk geserveerd, gelet op kleur, samenstelling en opmaak		
5	De patiënten krijgen genoeg tijd om maaltijd te nuttigen		
6	De patiënten wordt afgeleid door andere omgevingsfactoren		
7	De patiënten eten de maaltijd gedurende het eetmoment		
8	De patiënten krijgt hulp bij het eten indien nodig		
9	Een patiënt weigert de volledige maaltijd		
10	De zorgverleners zijn betrokken tijdens het eten van de maaltijden		
11	Overige/anders:		Evaluatie, opmerkingen van patiënten:

● = ja | voldoet wel

● = nee | voldoet niet

Bijlage 10 – Gecodeerde data per topic uit interviews met parkinsonpatiënt

Categorie	Code	Sub code	Data	Bron
RVV	ROL + HDG	BLG	De enige manier, de goede manier om de stoffen binnen te krijgen die je nodig hebt. En er zijn een hoop stoffen die je zelf aanmaakt, maar die je door ziekte, medicijnen, maar zeker ook door het ouder worden, niet meer worden aangemaakt, niet meer in de grote hoeveelheden. Je hebt voeding nodig om gezond te blijven.	P7 mantelzorger
			goede evenwichtige voeding kun je daar een hoop mee doen.	P7
			Voeding tijdens mijn ziekte ... Nou je zal het wel nodig hebben ja.	P2
			Het kan misschien wel een hoger cijfer zijn, maar als je zo kijkt met die parkinson, is het net alsof je het niet meer zo goed kunt.	P1
			Ja lekker eten vind ik wel belangrijk ja. Ik kon het best goed en nu met die parkinson, gaat het klaarmaken ook niet, het lukt allemaal niet. Het is niet wat het moet zijn.	P1
			Ja, ik op een gegeven moment wel veel afgevallen. Dus het is niet zo naar mijn zin, wat daar aangeboden wordt is: een dot aardappels en vlees. En dat vlees is ook niet zo geweldig? GM: Maar vind je het belangrijk? Ja, ik vind het wel belangrijk, maar het moet op een gegeven moment bij mij passen he.	P5
		KNS	Ja dat weet ik niet. Dat zou ik niet weten. Want je moet ook nog naar het cholesterol kijken en je mag niet te veel vet hebben, dus het is best moeilijk.	P1
			Door hem te laten eten wat hij lekker vindt.	P7 mantelzorger
			G: Ja die flesjes. M: En wat nog meer bijvoorbeeld? G: Nou, ja. Als je die flesje gebruikt dan ben je ook weer een etiket. M: zou u het fijner vinden als het gedaan kan worden met natuurlijkere producten? Bijvoorbeeld een extra boterham eten? G: Nou, ik weet niet of dat ik die wel lust, dat is ook weer een probleem he. GM: Maar we hebben het toen ook weleens met een van de diëtist erover gehad: bijvoorbeeld tussendoor een saucijzenbroodje of een keer wat lekkers bij de koffie, alleen dat heb ik nooit gezien dat dat ook gebeurde.	P5 mantelzorger
			Wat zou u kunnen helpen om weer aan te komen, of wat heeft u al gedaan om weer aan te komen? P: Nou, gewoon gegeten, meer niet, niks bijzonders.	P2
			Dat weet ik eigenlijk ook niet, dat vind ik een ingewikkelde vraag. Dat zou ik even niet zo kunnen zeggen. Trouwens die toetjes van hier, daar zal je wel van aankomen.	P1
			Ja een beetje meer eten en ook een paar keer iets	P1

			pakken. Ik wist op dat moment niet wat ik had en wat ik moest doen. Ik denk: stel je voor als het toch iets voornaams is, dan moeten die kilo's toch terug. En dat gebeurde niet.	
	PBM	GWV	Nou, ik vind het eigenlijk wel goed, want ik was te zwaar. Dus er is 10 kilo af en ik heb daar geen problemen mee.	P5
			Maar het zou ook spiermassa kunnen zijn, want hij was ook altijd wel, nog steeds, een sportende mens.	P7
			Het moet niet te veel zijn, want dan maak ik mezelf angstig als het te veel wordt. Het is maar een klein beetje.	P1
			Nog niet, want dat is nog niet aan de orde wat mij betreft. Hij is nog niet ondervoed zou ik denken!	P7
			Nou het is 10 kilo geweest in 3 weken tijd en dat is niet goed. Dus het had er niet per se van af gemoeten, hij was misschien wel wat zwaar voor zijn lengte, hij woog toen 92 met 1,72 m of zo. Maar in deze fase van de parkinson had dat niet per se gehoeven	P5 mantelzorger
			Ja, ik wou dat ik het wist. Ik denk omdat hij onregelmatig eet, onregelmatig als in de zin: dat hij soms heel lekker eet, maar soms ook gewoon zijn bord wegschuift en dan eet hij niet.	P7 mantelzorger
			M: Maar u ervaart het niet als een heel groot probleem het afvallen? P: Afvallen niet nee.	P1
			M: Vond u dat toen een probleem dat u toen zoveel was afgevallen? P: Nou, het is nooit goed, nee. Je weerstand wordt ook minder he.	P2
		VIN	Ja dat weet ik niet, gewoon geen zin hebben. Dan was het vlees ook nog eens niet zo lekker of zoiets.	P5
			Omdat ik niet zoveel zin meer in het eten van hier had denk ik. Ja ik ga minder eten. M: En hoe kwam dat dan? P: Nou gewoon, geen zin meer hebben en het niet meer zo lekker vinden	P1
			Mwja, ja. Ik zit met al het eten een beetje te hannesen. Het vlees krijg ik nooit weg.	P2
			Zijn buien denk ik, ik weet niet waarom hij soms zijn bord wegschuift. Omdat hij het niet lekker vindt, dat het er niet lekker uit ziet, het moet er bij hem altijd lekker uit zien. Maar als hij dus dan niet gaat eten en hij doet het met het avondeten met alleen maar een bakje vla, ja dat is te weinig.	P7 mantelzorger
			Ja, best vaak, dan neem ik een paar hapjes en de rest laat ik staan. M: Want hoe komt dat? P: nou gewoon geen trek erin M: hoe komt dat dan? Komt dat dan ook omdat het niet smaakt? P: Nou, dat wil ik niet meteen zeggen, maar ik vind het gewoon echt niet lekker.	P2
			Daardoor kan hij veel vlees niet meer eten, vaak ga ik even een gehaktballetje bestellen (in het restaurant) in plaats van iets wat hij niet lust of wat oneetbaar is voor hem, de pasta's vindt hij heel lekker, dan zal hij beter eten. Soms is er vis en dat stinkt dan en dan denk ik:	P7 mantelzorger

			ben blij dat ik dat niet hoef op te eten, weet je wel. Echt...	
--	--	--	--	--

Topic	Code	Sub code	Data	Bron
BPD	WZH	DAV	Nee. Ik zou niet weten wat een diëtist zou kunnen doen, meer als weer van die flesjes.	P7
			Dus dan zou ik van een diëtist verwachten dat ze op de natuurlijke wijze dat doet. En niet met flesjes of supplementen komt.	P7
			Nou toen was ik zo mager en toen kreeg ik bijvoeding op vruchtenbasis dus ja dat heb ik een tijdje gehad. En daar ben ik toen weer mee gestopt op een gegeven moment. M: Wat vond u van de bijvoeding? P: Nou op vruchtenbasis was lekker, maar je had ze ook op melk of zoiets van Nutricia. Nou die waren echt, bleh, die bleven helemaal in je mond plakken, Bah. Dat was vies.	P2
			Ja, nee niet dus. Niet nee. Dus ik heb dat dus ook aangekaart en gezegd dat ze er voor moeten zorgen dat de proteïne in de voeding zit.	P7, mantelzorger
			Het werkt niet zo'n bommetje. Een bommetje kan nooit werken, je bent altijd veel beter als je dingen verdeeld over de dag.	P7, mantelzorger
			Maar mijn vader en ik hebben allebei wel dat de diëtist dat best weleens mag aangeven van: wat kunnen wij (mantelzorger) doen?	P5
			Ja, want we hebben zelf ook heel erg zitten rommelen met zijn ontlasting. Met extra vezels en toen weer niet. Echt allerlei gedoe. En dan vind ik wel dat er snel gegrepen wordt, naar laat ik maar zeggen: de medische pot. Maar we willen graag het zelf doen, zonder medicijnen.	P5
			Ik heb geen ervaring, dan denk ik van nou: wat zou een diëtist doen? Gaat tie van die supplementen geven of gaat tie kijken van waar zitten de goede voedzame stoffen in, veel koolhydraten, dat moet meneer wat vaker hebben, dat is goed voor meneer. Dat zou ik wel willen. Maar dan moet je naar de keuken en dat kan niet!!	P7 mantelzorger
			Nou toen was ik zo mager en toen kreeg ik bijvoeding op vruchtenbasis dus ja dat heb ik een tijdje gehad. En daar ben ik toen weer mee gestopt op een gegeven moment.	P2
		BTH	De betrokkenheid van de diëtist zou van mij wel meer mogen, zeker rondom dat gewichtsverlies, daar hebben we echt wel een keer of drie vier zelf naar gevraagd: is dit nou normaal? Wordt hij gewogen? Wordt hij in de gate gehouden? We hadden echt wel heel erg het gevoel dat we dat zelf moesten	P5

			signaleren. En dan wordt wel uiteindelijk opgepakt hoor, maar vond dat dat wel vrij lang duurden.	
			Ik vind t.o.v. de fysio of de logopedie, is het contact met de diëtist is niet zo heel intensief. Dat is echt een ander contact...	P5
			M: Uw man is ook onder behandeling van de diëtist geweest, toen hij zo veel afviel. B: Nou. Niet dat ik weet eigenlijk. Dat weet ik niet hoor	P7, mantelzorger
		SMW	Maar we hebben het toen ook weleens met een van de diëtist erover gehad: bijvoorbeeld tussendoor een saucijzenbroodje of een keer wat lekkers bij de koffie, alleen dat heb ik nooit gezien dat dat ook gebeurde.	P5
			Toen hebben we het ook een keer gehad over de voeding. En toen zouden er extra snacks aangeboden worden, zoals chips of koeken. Maar dat is er nooit echt van gekomen.	P5
			Ja, vanuit de mantelzorger willen wij ook graag helpen en wat kunnen wij doen? En we zijn al 4 maanden verder. En wij weten nog steeds niet precies, wat het allemaal inhoudt.	P5

Topic	Code	Sub code	Data	Bron
AGV	KLT	SMS	Ja, ja. En dan ook met de toetjes waar je naar uit kan kijken. Een genietmomentje. Om lekker van te genieten, dat zal stimuleren	P1
			Ja dat wel, het is wel veel, hoe moet ik dat nou zeggen, ik neem tegenwoordig dan aardappelpuree, maar als je dan een keer gebakken aardappeltjes krijgt dan kun je daar weer lekkerder mee eten dan weer die aardappelpuree met die groenten erbij. Of een frietje.	P1
			Nou als ze dan een keer lekker gebakken aardappeltjes met groenten en een stukje vlees erbij. Maar in het begin was het allemaal die groenten wat nattig en aardappelpuree weer. En zo is het eigenlijk begonnen met minder eten.	P1
			Het vlees lijkt allemaal een beetje op elkaar en het is meestal aardappelpuree, het is vaak ook allemaal hetzelfde.	P2
			Nou ze hebben soep, en dan zou ik weleens graag willen zien als het groentesoep is, dan ook met groente erin. Want dat is niet. Nee. Het is bouillon met een velletje prei en meer zit er niet in.	P2
			Ja, dat vind ik wel echt moeilijk, ze hebben soms variaties maar nooit is het allemaal even lekker. We	P2

			hebben van de week bleekselderij gegeten, nou het ging... het ging.. Ja.	
			Maar de rodekool die ze hier geven is helemaal droog, er zit verder niks doorheen, geen appeltje, niet aangemaakt. Nee dat is echt niet lekker nee.	P2
			Nou... ik vind het eigenlijk helemaal niet aantrekkelijk. M: En als u er bijvoorbeeld een cijfer aan zou kunnen geven? P: Nou.. een 5 .. en hooguit een 6.	P2
			Nou, ja gos, ze zouden wel wat meer franje, meer... hoe zeg je dat? Bijvoorbeeld de rodekool aanmaken met appeltjes.	P2
			Vaak neem ik een gehaktbal mee in plaats van iets wat hij niet lust of wat oneetbaar is voor hem, de pasta's vindt hij heel lekker, dan zal hij beter eten. Soms is er vis en dat stinkt dan en dan denk ik: ben blij dat ik dat niet hoef op te eten, weet je wel.	P7
			Want er wordt nu ook veel weg gegooid omdat we het niet eten. Heel vaak staat er kip op het menu, maar we willen geen kip. De meeste willen geen kip.	P5
			We eten nooit geen friet meer. En opeens dinsdag, donderdag en zaterdag friet. En dan weer een poos niet. En dat is ook zo'n beetje met rijst en aardappelpuree. Dan zit het bij elkaar, 3 keer in de week friet en dan 2 weken niet. Ja weet je wel zo.	P7
			Eh bah, al weer aardappelpuree! Ik heb gister al aardappelpuree op!	P7
			Ja ik merk ook vaak dat het flauw is, of weinig smaak heeft.	P5
		VAB	Ja, weet je wat het is, iedereen heeft zijn voorkeur voor bepaalt eten. De een houdt niet van dit of de ander houdt niet van dat, dus ja. je kan het nooit iedereen naar de zin maken, nee dat gaat niet.	P2
			Ja het past soms niet bij wat we lekker vinden, soms zijn het pasta schotels of aparte rijstgerechten, ja dat lijkt mij niet echt passend voor ons.	P5
		VVI	Alle data die gerelateerd is aan de verminderde voedingsinname van de parkinsonpatiënten op de afdeling.	n.v.t.
	ZRV	VDA	Alle data die gegeven wordt over de voedingsassistentie tijdens de aangeboden maaltijden op de afdeling.	n.v.t.
		SML	Het blijft vaak bij mijn avondmaaltijd en toetje.	P2
		KZE	Vroeger konden we ook kiezen, dan waren er twee dingen en dat was toch wel fijn. Dat was toch wel lekker, dan kon je toch kiezen: wil je een gehaktbal of wil je een stukje vis.	P2
			Ja, dat kan hier niet he. Kon ik maar kiezen, dan was het zo veel beter.	P5
			Ze bespreken niet eens met ons wat we willen eten	P1
	SCR	TEM	P: Ik eet 3 keer per dag M: En eet u dan ook weleens een tussendoortje? P: Ja het gebeurt, met de koffie een koekje of het een of het ander	P1

			Ik eet nou 's middag soep en s' avonds stamp en dat was het. En heel soms een kleinigheidje bij de koffie als iemand dat mee heeft gebracht	P2

Bijlage 11 – Gecodeerde data per topic uit interviews met zorgverleners

Topic	Code	Sub code	Data	Bron
RVV	ROL en HDG	BLG	Voeding is bij Parkinson patiënten heel belangrijk omdat je ziet dat na verloop van tijd dat mensen langer de ziekte hebben dat het gewichtsverlies daar toch een veel voorkomend probleem bij is.	R1
			Heel erg belangrijk, ik ben echt van mening dat voeding een heel groot deel uitmaakt van de gezondheid. Als mensen gewoon niet eten dan verslechterd alles, dan gaat het allemaal sneller met het achteruit gaan.	R3
			Maar ook met de ZvP heb je ook meer kans op obstipatie en vertraagde, hoe noem je dat, ja peristaltiek, maag lediging gaat trager. Dus is het wel belangrijk dat je energierijke voeding neemt natuurlijk.	R3
			Belangrijk, vooral gezonde voeding kan van invloed zijn op het ziekteproces. En ook op het verloop van de ziekte, vind ik dan persoonlijk.	R2
			Nou ik vind het op zich heel belangrijk, als je na gaat alleen al bij ons op Groen Park met Parkinson is voeding heel belangrijk om af te stemmen, sowieso al op medicatie, maar omdat die mensen heel veel energie verbruiken.	R4
			Ja, bij Parkinson is het wel belangrijker. Dan is het wel richting een 8 of 9, vooral omdat je ook met de medicatie zit, vooral met de eiwitten en natuurlijk het gewichtsverlies en obstipatie.	R5
			Vanwege het verlies van reuk en smaak is de beleving ook anders, dus niet zo zeer voor de gezondheid maar meer voor het welzijn, en dat is dan weer voor de gezondheid belangrijk, heeft het ook gewoon effect. Dus eigenlijk bij Parkinson heel belangrijk.	R5
			Heel belangrijk, maar er is te weinig aandacht denk ik. Ook vanuit mij zelf, vanuit het medische stuk zeg maar. Bijvoorbeeld als iemand obstipatie heeft, dan zijn we als snel geneigd om movucolon te gaan geven in plaats van te denken: goh, heeft iemand wel genoeg vezels in zijn dieet, bijvoorbeeld? Dus ik ben er zelf ook schuldig aan moet ik zeggen. Maar dat soort dingen denk ik, ja daar mag meer aandacht voor zijn.	R5
			En zeker om te kijken waar komt het door dat men afvalt, want het kan natuurlijk door meerdere dingen komen, het kan ook een verandering van leefstijl zijn, dat mensen ineens wel in een structuur moeten leven door de symptomen, wat ze misschien nooit gedaan hebben en altijd op verschillende tijdstippen gegeten	R2
		KNS	Nou die mensen die verbruiken over het algemeen best wel veel calorieën, vooral wanneer mensen door de ziekte van Parkinson veel fluctuaties hebben over de dag. Dus wanneer ze of heel over beweeglijk zijn ten gevolge van de medicatie, en hierdoor eigenlijk niet stil kunnen zitten en gebruiken ze heel veel.	R1

			Maar ook wanneer ze, bij Parkinson noemen ze dat 'off', dus wanneer de parkinson klachten op spelen op dat moment en mensen zich traag en stijf voelen, kost dat voor die mensen gewoon heel veel energie om zich voort te kunnen bewegen.	R1
			Ook zie je vaak bij de mensen met de ziekte van parkinson slikproblematiek, waardoor ze dus minder eten of anders eten dan dat ze gewend zijn. En ook het risico lopen om af te vallen en ook daar niet lekker van te zijn.	R2
			Het aller allerbelangrijkste is gewoon de combinatie van tabletten en eiwitten. Als het daarop mis gaat, als mensen hun pillen met yoghurt gaan innemen of tijdens de maaltijd dan ga je zo'n ontzettend verschil zien in functioneren.	R5
			Op de afdeling ook, zijn allemaal hele dunnen mensen over het algemeen, niet zo veel reserves. En ik denk, een hoop mensen zijn overbewegelijk en dat kost energie, het eten kost steeds meer energie. Op een gegeven moment zie je mensen eten en dan denk je: ja dit kost meer energie dan dat het je oplevert. Dus dat zijn wel dingen die je zeker in het latere stadium steeds meer ziet.	R5
	PBM	GWV	Kijk, in de latere fase komen ook slikproblemen aan de pas, waardoor mensen moeite hebben met voldoende eten binnen te krijgen, het eten wordt koud, omdat het te lang duurt en ze stoppen ermee. En dat ze om die reden te weinig voeding binnen krijgen.	R1
			Omdat het gewichtsverlies en de verminderde intake in de latere fase van de ziekte toch een grotere rol gaat spelen.	R1
			Dan zie je echt gewoon dat mensen in een jaar gewoon zo hard afvallen dat het gewoon zielig is. Ik vind dat echt sneu, je verliest alles, je kracht.	R3
			Ja, je kan moeilijk die mensen aan hun stoel vast zetten, van joh: je moet blijven zitten want anders verbruik je meer. Dat gaat niet.	R3
			Dat het meestal veroorzaakt wordt door overmatige spierspanning en te weinig inname door verlies van honger gevoel en niet meer goed kunnen eten en het niet meer goed kunnen verteren van voedsel.	R3
			Dus de slikproblematiek kan een oorzaak zijn, een andere manier van eten kan een oorzaak zijn, niet meer mogen eten tijdens de momenten dat je medicatie moet innemen	R2
			Nou, ja je hoort vaak terug, je zit natuurlijk in een verpleeghuis en daar is het eten niet altijd even goed, maar dat het gewoon niet smaakt en dat mensen het daarom niet eten.	R5
			Wederom omdat ze al met hun ziekte zitten en hun energie moeten hebben om de dingen nog te kunnen doen, die ze nog kunnen. Dus ja, dat is wel belangrijk. Ja dat zijn de drijfveren, ja zonder voeding dan worden	R4

			suf en duf en dat is gewoon zo.	
			Voornamelijk vermoeidheid en daardoor denk ik dat andere problemen komen. Concentratieproblemen, maar ook naast vermoeidheid, mensen vallen vaak bij parkinson, hoe dunner je bent, hoe minder kussentjes je hebt om het op te vangen. Hoe groter de kans op fracturen.	R5
		VIN	3 keer per dag dieetvoeding bijvoorbeeld en dan na 1 of 2 flesjes al het gevoel hebben van: ik kan niet meer, ik zit vol en krijg het niet meer weg.	R1
			Kijk, in de latere fase komen ook slikproblemen aan de pas, waardoor mensen moeite hebben met voldoende eten binnen te krijgen, het eten wordt koud, omdat het te lang duurt en ze stoppen ermee. En dat ze om die reden te weinig voeding binnen krijgen.	R1
			Alleen met warme maaltijden vind ik wel dat ze wat vaker mogen variëren. Ik zie wel, ja 3 keer aardappels achter elkaar, ja dat werkt niet. Dat is voor hun gewoon niet fijn, dat is voor niemand fijn. Je merkt gewoon sneller dat ze klachten hebben en weinig eten.	R3
			Te weinig inname door verlies van honger gevoel en niet meer goed kunnen eten	R3
			En we hebben weleens iemand gehad die de hele dag off was. Dat we hem toen maar eens aan de sondevoeding hebben gelegd, omdat het veel te lang duurde. Kun je nagaan hoe belangrijk het is, alles gaat dan anders helemaal fout.	R4

Topic	Code	Sub code	Data	Bron
BPD	WZH	DAV	Sommige mensen eten misschien voldoende, maar voldoen ze ook aan de alle voedingsstoffen die ze nodig hebben zeg maar.	R1
			Mensen met parkinson zijn toch vaak ook geneigd om te snoepen of koeken te eten, ik weet niet om welke reden dit is maar, maar het kan ook zijn dat ze daardoor misschien minder binnenkrijgen van alle andere voedingsstoffen. Ik vind het wel een rol van de diëtist dat zij dit begeleid en hier rekening mee houdt.	R1
			Ik vind ook dat de diëtist hier altijd uit gaat van, uhm bijvoorbeeld bij het starten van sondevoeding, wat is de kwaliteit van leven van iemand, wil iemand dit zelf nog, heeft het meer waarden, dat hier wel echt goed op ingespeeld wordt en ook bijvoorbeeld iemand hier op de afdeling heeft alleen nog sondevoeding en geen orale intake meer. Hier wordt dan wel goed naar gekeken, wat is dan het meest natuurlijke he, in de nacht sondevoeding krijgen is niet natuurlijk. Dus ik vind wel dat de diëtist hier goed naar kijkt om de porties overdag te verdelen om aan goede en voldoende voeding te komen.	R1
			Wanneer ik merk dat de cliënt zelf heeft dat hij of zij het niet lekker vindt of hij of zij vindt het fijner om gewoon een tussendoortje te eten dan een flesje bijvoeding dan vind ik het ook altijd belangrijk om dit terug te koppelen aan de diëtist.	R1
			Nou wat ik wel vind is dat er best wel regelmatig naar de bijvoeding wordt gepakt zeg maar. De Nutri-drink enzo. Terwijl dat niet altijd door de cliënt lekker gevonden wordt.	R2
			Ik ben geen diëtist, maar dan zou ik kiezen voor een wat 'gewonere' tussendoortjes zodat het voor de mensen normaal blijft en als mensen bijvoorbeeld thuis dit ook een keer kunnen nemen.	R2
			Ja moet wel zeggen dat ik soms de tijden heel apart vind. Bijvoorbeeld van de Nutri-drink pakjes. Net als bij een mevrouw bij ons, dan heeft ze net gegeten en een uur daarna moet ze gelijk die vla opeten.	R3
			Ik denk dat dat wel redelijk op een lijn ligt. Maar dat is voor iedereen anders. Ik ken mensen die het heel fijn vinden maar ik ken ook genoeg mensen met: wat is dat en wat moet ik daar mee?	R3
			Ja, daar ga ik gewoon vanuit dat dat goed is. Je weet alleen natuurlijk niet of mensen met de ziekte in hoeverre, hoeveel energie er verbruikt wordt en er opgenomen wordt dan he. Dus dat is een kwestie van goed in de gaten houden.	R4
			Als ze bijvoeding inzet, dan wel. Want dit moet ik dan invoeren in MediMo. Maar verder in de dieetadviezen, als ik eraan denk dan bekijk ik het. En als ze betrokken is dan komt dat langs. Maar het is niet zo	R5

			dat ik actief op zoek ga naar: goh wat heeft ze nu eigenlijk geadviseerd?	
			Net als bij een mevrouw bij ons, dan heeft ze net gegeten en een uur daarna moet ze gelijk die vla opeten	R3
	BTH		Ja of het niet meer helemaal cognitief begrijpen zeg maar, kijk af en toe ziet het er gewoon echt niet smakelijk uit zeg maar.	R3
			Ja ik heb af en toe wel het idee van: er zou eens wat meer toezicht moeten zijn	R4
			Maar het is geen kwaad om zelf eens te kijken, als diëtist wat de andere bewoners allemaal doen en eten.	R4
			Ik ben natuurlijk zelf geen diëtist, dus ik ga ervan uit dat dat wel goed is. Ten minste ik vraag aan de diëtist: geef advies, wat moeten we doen. Dus dan ga ik ervan uit dat dat goed is.	R5
			Maar goed, jullie geven advies en zijn daarna niet erbij als het gebeurt.	R5
	SMW		Als er specifieke afspraken worden gemaakt, bijv. over sondevoeding, dan koppelt ze dit ook altijd nog wel persoonlijk terug naar de afdeling.	R1
			Wanneer ik merk dat de cliënt zelf heeft dat hij of zij het niet lekker vindt of hij of zij vindt het fijner om gewoon een tussendoortje te eten dan een flesje bijvoeding dan vind ik het ook altijd belangrijk om dit terug te koppelen aan de diëtist.	R1
			Alleen wat ik weleens nu een beetje mis, maar dat is misschien ook omdat we het nog niet zo gewend zijn. Ik heb zelf ook op een andere afdeling gestaan en hier kwam de diëtist met regelmaat op de afdeling. En zij had ook iets meer contact met ons, maar daar waren ook wel wat meer problematieken hoor. Maar nu mis ik weleens een beetje terugkoppeling.	R2
			Soms ontbreekt met name bij de cliënten de kennis over de inhoudt van het dieetadvies. Ze vragen zich dan af waarom ze nutridrink moeten drinken.	R4
			En de diëtisten waar wij mee samen werken is ook echt wel, als je ze mailt of belt dan geven ze gelijk een antwoord of verwijzen ze je naar een collega als ze er zelf niet is.	R2

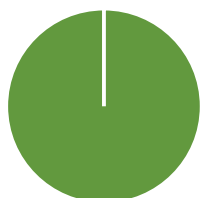
Topic	Code	Sub code	Data	Bron
AGV	KLT	SMS	Het enige wat ik soms weleens mis in het weekend is, de boodschappen worden hier centraal besteld en dat we dan niet eens een keer kunnen zeggen van: ik wil nou eens een keer een lekkere koek of een appelflap bij de koffie	R2
			Maar dan eten ze helemaal de warme maaltijd niet op, want soep vult gewoon heel erg en dan vooral gebonden soep. Maar als je heldere soep eet dan is het ook weer niet energie gevend want dat is alleen maar zout.	R3
			Ja dat vraag ik me af. Ik vraag me of dat, eten mensen hier 2x per dag fruit, dat weet ik niet. Ik weet niet of dat het wordt aangeboden, eten ze genoeg groenten? Het is natuurlijk ook een afdeling waarop je bijvoorbeeld wat ik net zeg; elke dag een ei. Het is lullig gezegd maar het laatste station, het eindstadium. Dus je wilt ook wel dat mensen genieten en lekker kunnen eten wat ze willen, maar ja aan de andere kant als je daar weer movucolon moet gaan voorschrijven of de levodopa moet aanpassen, dan denk ik ja: weegt dat op?	R5
			Bijvoorbeeld vezels en ik denk dat daar weleens gekeken kan worden. Ik denk dat daar nu niet veel aandacht voor is. Weet jij dat, het hoort niet bij het interview maar ik denk...?	R5
			Bijvoorbeeld als iemand obstipatie heeft, dan zijn we als snel geneigd om movucolon te gaan geven in plaats van te denken: goh, heeft iemand wel genoeg vezels in zijn dieet, bijvoorbeeld?	R5
			Maar op zich krijgen ze wel voeding, maar soms zie je wel vaak de worteltjes voorbijkomen	R4
			Avondmaaltijden hebben wij altijd gewoon vlees groente of vis groente, je kent het wel. En 's middags hebben ze dan de soep met brood. En 's avonds krijgen ze bij ons het toetje met de warme maaltijd.	R4
			Alleen met warme maaltijden vind ik wel dat ze wat vaker mogen variëren. Ik zie wel, ja 3 keer aardappels achter elkaar, ja dat werkt niet.	R3
			Je merkt wel dat als ze iedere keer aardappelen krijgen dat ze gewoon stoppen met eten.	R3
			Dat zeggen ze zelf ook. Zo van: 'alweer' of het stukje vlees is weer hetzelfde. Ik vind persoonlijk dat dit echt een verbeterpunt kan zijn.	R3
			Ja, ik heb zoiets, ja er komt niemand klagen hoor, ja alleen over het variëren dan, dat zou ik dan wel veranderen, want dan gaan ze beter eten.	R2

		VAB	Merel: want dat doen jullie wel altijd, met het lijstje langsgaan? Nee. Dat doen we niet altijd. Ik heb dat de laatste tijd nog wel gedaan. Omdat ik af en toe denk van: Mja... dit wordt hem niet, je weet op een gegeven moment wel van iedereen die lust hij wel dit niet.	R4
		VVI	Ik denk zelf dat de cliënten zich toch niet altijd aan dit advies houden.	R1
			En wat ik net ook als zei, het smaakt niet meer zo het eten. Dus de zin om te eten is ook anders.	R5
	ZRV	VDA	Nou, dan vind ik op dit vlak dat hier wel verbetering mogelijk is. Voorheen deden we de maaltijden altijd zelf. Hierdoor hadden we zelf altijd meer inzicht in wat iemand precies at en dronk. Nu moeten we het vaak navragen, maar op het moment dat je het zelf doet dan kan je ook meteen inspringen in de behoeftes. Dus dat je toch nog probeert de cliënt te stimuleren om die ene boterham toch nog even op te eten. En ik merk bij de voedingsassistente dat zij niet tot weinig stimuleren om de cliënt toch nog iets meer te laten eten	R1
			Ik denk vooral in de avond dat hier verbetering plaats mag vinden, want cliënten gaan soms eten in het restaurant. Hier werken een soort obers die het eten naar de tafels brengen, die hebben al helemaal geen toezicht of zicht op of iemand zijn bord leegteet.	R1
			Ik denk alleen dat ze wel af en toe een mannetje missen in de huiskamer als ze met iemand bezig zijn en ze moeten ondertussen ook bellen lopen, en medicijnen geven. Ik denk dat het fijn zou zijn als daar iemand extra, een extra keukendienst ofzo, weet je wel of een huiskamerdienst, hoe je het noemen wil.	R5
			Als het echt heel erg druk is, dan kunnen mensen heel erg overprikkeld raken en gewoon niet meer willen eten.	R5
		SML	En ik merk bij de voedingsassistente dat zij niet tot weinig stimuleren om de cliënt toch nog iets meer te laten eten	R1
			Ik vind dat de betrokkenheid van de assistentie niet goed is, zij hebben vaak geen idee wat de ziekte inhoudt waardoor zij waarschijnlijk cliënten niet stimuleren.	R4
			Maar is ook logisch want die meiden staan vandaag hier en morgen daar. Dus dat is ook wel iets wat wij ook meenemen in het werkoverleg binnenkort en dit terugkoppelen. Wij willen heel graag, als is het maar iemand die gewoon vaak komt, dat je die ook kan instrueren.	R2
		KZE	Sommige laten het ook staan, maar sommige zijn ook stront verwend vanuit huis, dat is zo. En hier heb je meestal geen keuze, dus eten ze wat de pot schaft.	R4
			En door goede evenwichtige voeding kun je daar een hoop mee doen. En dan is het belangrijk dat ze dingen krijgen die ze ook lusten, want anders slaan ze over.	R5

	SCR	TEM	En ook misschien de meerdere momenten op een dag, misschien dat je wel gewend bent om drie keer per dag te eten en af en toe misschien eens een koekje te pakken. Maar nu ben je gewoon veel meer gestructureerd bezig.	R2
			Dus ik zou daar misschien zelf, maar ik ben geen diëtist, maar dan kiezen voor een wat 'gewonere' tussendoortjes	R2
			Wanneer ik merk dat de cliënt zelf heeft dat hij of zij het niet lekker vindt of hij of zij vindt het fijner om gewoon een tussendoortje te eten dan een flesje bijvoeding	R1
			Dus als je alles bij elkaar neemt is het belangrijk, dat wij rekening houden dat we drie maaltijden geeft, de tussendoortjes geeft en dat wij moeten letten op de eiwitten, vallen ze veel af dan moet je op een gegeven moment tussen het goede en kwade kiezen qua eiwitten en de andere voeding.	R4

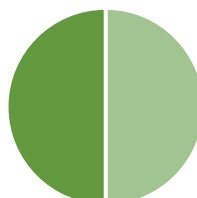
Bijlage 12 – Cirkeldiagrammen

De maaltijd wordt vooraf
besproken met
parkinsonpatiënt



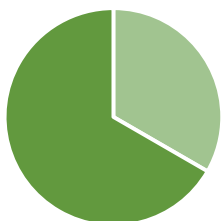
■ ja ■ nee

De maaltijd wordt volledig
aangeboden
(vlees/groente/aardappel)



■ ja ■ nee

De maaltijd wordt
aantrekkelijk geserveerd



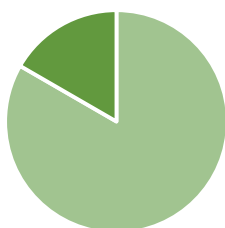
■ ja ■ nee

Er wordt gevraagd of de
parkinsonpatiënten meer
lusten



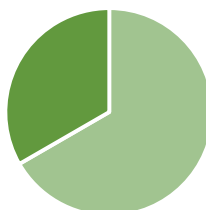
■ ja ■ nee

De parkinsonpatiënten
krijgen hulp bij het eten



■ ja ■ nee

De zorgverleners zijn
betrokken bij het eten van de
avondmaaltijd



■ ja ■ nee

Bijlage 13 – Observatie tabellen

Observatietabel 1 avondmaaltijd 12-11-2018 - gestoomde bleekselderij met aardappelpuree en procureurlapje

Observatie omschrijving	Ja / nee	Evaluatie; opmerkingen en/of bijzonderheden	Observatie aanvulling Foto (F)	Observatie verwijs afkorting O
De aangeboden maaltijd wordt vooraf besproken met de patiënten	○	Bij navraag aan de zorg is de maaltijd niet vooraf besproken met de cliënten om eventuele smaakvoorkeuren door te geven/aan te passen.		
De maaltijd wordt volledig aangeboden (vlees/groente/aardappel)	○	De maaltijden bestonden bij alle cliënten uit een drie componenten. Namelijk vlees, groente en aardappelpuree.	F1	
Er wordt gevraagd aan de patiënten of ze nog meer eten lusten.	○	De zorg bood de cliënten niet nog een tweede keer eten aan. Dit was erg opvallend, met name bij de mannen. Deze hadden de maaltijd sneller op en het bord werd direct afgeruimd.		O4
De aangeboden maaltijd wordt aantrekkelijk geserveerd, gelet op kleur, samenstelling en opmaak	○	De zorg schept de borden niet met aandacht op, ze gooien er zo maar wat op. Het bord ziet er niet heel aantrekkelijk uit.		
De patiënten krijgen genoeg tijd om maaltijd te nuttigen	○	Ja, sommige begonnen om 17:15 u met eten en zaten om 18:30 u nog aan tafel. De zorg vraagt wanneer de cliënten klaar zijn met eten.		
De patiënten wordt afgeleid door andere omgevingsfactoren	○	Nee, de sfeer is rustig en aangenaam. De meeste cliënten zitten allemaal aan tafel, een mannentafel en een vrouwentafel.		
De patiënten eten de maaltijd gedurende het eetmoment	○	Nee, de maaltijd viel bij de cliënten niet in de smaak. Ze vonden het vlees niet lekker en taai. Verder vonden ze het ook een aparte combinatie.	F2	O1
De patiënten krijgt hulp bij het eten indien nodig	○	De maaltijden worden voor een groot deel voor cliënten gesneden of geprakt door de verzorging. Met name het vlees wordt gesneden.		
Een patiënt weigert de volledige maaltijd	○	1 vrouwelijke cliënt (mw. Tuk) was niet in staat om te eten. Zij had erg veel last van parkinsonverschijnselen, waardoor zij niet goed kon eten. De zorg bood haar geen andere		O9

		voeding aan.		
De zorgverleners zijn betrokken tijdens het eten van de maaltijden	○	De zorg was aanwezig in de keuken in de woonkamer, zat niet bij de mensen aan tafel.		
Overige/anders:		De maaltijden verliepen volgens de verzorging vrij rustig. Ze hebben vandaag een goede dag gehad. Dit ervoer ik ook tijdens het eetmoment. Opmerking van cliënten: "Nou dit is echt geen combinatie en dan is het vlees ook nog eens veelte hard!" – P7 "Ik geef het maar een klein 6-je hoor, net hoor!"	F1	

Observatietabel 2 avondmaaltijd 13-11-2018 – frietjes met snack

Observatie omschrijving	Ja / nee	Evaluatie; opmerkingen en/of bijzonderheden	Observatie aanvulling Foto (F)	Observatie verwijs afkorting O
De aangeboden maaltijd wordt vooraf besproken met de patiënten	○	De maaltijd bestond vandaag uit frietjes met een snack. Rond 16:30 u werd door de verzorging aan de cliënten gevraagd welke snack zij wilden. De zorg gaf dit daarna direct door aan de keuken		
De aangeboden maaltijd wordt volledig aangeboden (vlees/groente/aardappel)	○	De maaltijd bestond uit een bord friet met daarbij een snack. Verder werd er appelmoes of andere frietsaus aangeboden, maar geen groente werd erbij geserveerd.	F0, F3	
Er wordt gevraagd aan de patiënten of ze nog meer eten lusten.	○	Er wordt nog een keer rondgegaan met de schotel met frietjes en bieden de cliënten nog wat aan.		
De aangeboden maaltijd wordt aantrekkelijk geserveerd, gelet op kleur, samenstelling en opmaak	○	Het bord zag er normaal uit voor deze maaltijd.		
De patiënten krijgen genoeg tijd om maaltijd te nuttigen	○	Het was stil tijdens de maaltijd. De cliënten zaten allemaal erg te smullen van de maaltijd.		
De patiënten worden afgeleid door andere omgevingsfactoren	○	De sfeer was wederom rustig. 1 van de mannelijke cliënten was niet aanwezig i.v.m. zijn verjaardag.		
De patiënten eten de maaltijd gedurende het eetmoment	○	Ja. Geen bijzonderheden verder		
De patiënten krijgen hulp bij het eten indien nodig	○	Ja de snack wordt in stukjes gesneden voor de cliënten die daar op dat moment behoefte aan hadden. Sommige aten de snack met de hand.		
De patiënten weigert de volledige maaltijd	○	x		
De zorgverleners zijn betrokken tijdens het eten van de maaltijden	○	Ja een verzorgster en een vrijwilliger zaten aan tafel bij de cliënten.		
Overige/anders:		Opmerking van cliënten: “Dat is lang geleden, weer eens wat anders dan die aardappelpuree.”		

Observatietabel 3 avondmaaltijd 14-11-2018 – nasi goreng, saté, kroepoek en atjar

Observatie omschrijving	Ja / nee	Evaluatie; opmerkingen en/of bijzonderheden	Observatie aanvulling Foto (F)	Observatie verwijs afkorting O
De aangeboden maaltijd wordt vooraf besproken met de patiënten	○	De maaltijd wordt zonder voorafgaand overleg aan de cliënten geserveerd.		
De aangeboden maaltijd wordt volledig aangeboden (vlees/groente/aardappel)	○	De nasi bevatten kleine stukjes groente en er werd saté van varkensvlees geserveerd.		
Er wordt gevraagd aan de patiënten of ze nog meer eten lusten.	○	De zorg vroeg aan de cliënten of ze genoeg hebben gegeten. 2 van de cliënten die niet tot de respondentgroep behoren wilde nog een tweede keer opscheppen.		
De aangeboden maaltijd wordt aantrekkelijk geserveerd, gelet op kleur, samenstelling en opmaak	○	De maaltijd werd netjes geserveerd.	F5	
De patiënten krijgen genoeg tijd om maaltijd te nuttigen	○	Ja.		
De patiënten worden afgeleid door andere omgevingsfactoren	○	Nee, de sfeer was aangenaam en de verzorgers waren ook rustig. Ze hadden alles onder controle.		
De patiënten eten de maaltijd gedurende het eetmoment	○	Zie de foto's.	F6, F7, F8	
De patiënten krijgen hulp bij het eten indien nodig	○	Deze maaltijd hoefde niet in stukjes te worden gesneden voor de cliënten omdat het al een kleinere structuur/stukjes had van zichzelf.		
De patiënt weigert de volledige maaltijd	○	1 respondent had geen zin in nasi, zij heeft 1 hap genomen en vond het niet lekker. De zorg gaf haar direct haar toetje: kwark met aardbeien smaak	F6	O7
De zorgverleners zijn betrokken tijdens het eten van de maaltijden	○	Er was maar 1 verzorger aanwezig in de woonkamer en was zelf aan het eten.		
Overige/anders:		Opmerking van cliënten: "De nasi is zo droog he, dat smaakt mij niet." "De saté is net water, met een paar brokken erin." "Nasi is niet mijn favoriet, daar houdt ik niet van."		

Observatietabel 4 avondmaaltijd 15-11-2018 – hutspot met rookworst en vleesjus

Observatie omschrijving	Ja / nee	Evaluatie; opmerkingen en/of bijzonderheden	Observatie aanvulling Foto (F)	Observatie verwijs afkorting O
De aangeboden maaltijd wordt vooraf besproken met de patiënten	○	De maaltijd is niet vooraf besproken met de cliënten om eventuele voorkeuren door te geven.		
De aangeboden maaltijd wordt volledig aangeboden (vlees/groente/aardappel)	○	3 respondenten wilde geen rookworst, voor hen werd alleen de hutspot geserveerd met een beetje jus. Er werd geen vervanger voor de rookworst aangeboden.	F9	
Er wordt gevraagd aan de patiënten of ze nog meer eten lusten.	○	De zorg ruimt de borden af, nadat de cliënten waren uitgegeten. Veel respondenten lieten meer dan de helft van de maaltijd staan. Ze hadden maar een paar hapjes gegeten.	F11, F12, F13	
De aangeboden maaltijd wordt aantrekkelijk geserveerd, gelet op kleur, samenstelling en opmaak	○	De zorg was nogal ruw met het op het bord te doen. Ze gooide het zo maar op het bord.	F10	
De patiënten krijgen genoeg tijd om maaltijd te nuttigen	○	De cliënten waren al snel klaar met eten, ze vonden het geen van allen een lekker maaltijd. Dit was ook zeker te zien aan de borden die afgeruimd werden.		
De patiënten worden afgeleid door andere omgevingsfactoren	○	De sfeer was redelijk gewoon. De zorg gaf nogal een drukke invloed, alsof ze geen tijd hadden om het eten op te scheppen.		
De patiënten eten de gehele maaltijd gedurende het eetmoment	○	Er is veel op de borden blijven liggen. Ze waren snel klaar met eten.	F11, F12, F13	O6
De patiënten krijgen hulp bij het eten indien nodig	○	Het snijden van de rookworst werd door de verzorging gedaan	F10, F20	
De patiënten weigert de volledige maaltijd	○	4 van de respondenten hebben maar een paar hapjes genomen en waren daarna klaar. De reden was met name dat ze geen zin hadden in aardappelen en weer die rookworst.	F11, F12, F13	O10
De zorgverleners zijn betrokken tijdens het eten van de maaltijden	○	De zorg was continu bezig in de keuken en liep heen en weer over de afdeling.		
Overige/anders:		Opmerking van cliënten: "De uien zijn nog lang niet gaar, jakkes" "Ik krijg het niet doorgeslikt."		O2

		“Wat een dag, vroeger op mijn verjaardag aten we altijd luxe... en nu dit... bleh(steeckt zijn tong uit)” “Het is een dot hier en dat was het.” – P3 En “Alweer die plastic worst..?!” – P1		
--	--	--	--	--

Observatietabel 5 avondmaaltijd 16-11-2018 – gyros met tzatziki saus en krul friet

Observatie omschrijving	Ja / nee	Evaluatie; opmerkingen en/of bijzonderheden	Observatie aanvulling Foto (F)	Observatie verwijs afkorting O
De aangeboden maaltijd wordt vooraf besproken met de patiënten	○	De maaltijd werd niet vooraf aan de bewoners verteld. Toen de maaltijd werd opgeschept waren de cliënten verrast.		
De aangeboden maaltijd wordt volledig aangeboden (vlees/groente/aardappel)	○	De maaltijd bestond uit fijn gebakken gyros reepjes met frietjes en tzatziki saus. Er werden geen verse groente bij geserveerd.		
Er wordt gevraagd aan de patiënten of ze nog meer eten lusten.	○	Geen animo voor nog een extra bord met gyros of frietjes		
De aangeboden maaltijd wordt aantrekkelijk geserveerd, gelet op kleur, samenstelling en opmaak	○	De maaltijd zag er anders uit dan normaal. Dit is een gerecht dat niet vaak wordt geserveerd. Het bestond uit andere componenten dan de standaard aardappelen/puree e.d.		
De patiënten krijgen genoeg tijd om maaltijd te nuttigen	○	De cliënten aten de maaltijd rustig op.		
De patiënten worden afgeleid door andere omgevingsfactoren	○	De sfeer was aangenaam ondanks dat mw. Tuk erg last had van parkinsonverschijnselen. Maar de cliënten hadden er naar mijns inziens geen last van.		
De patiënten eten de maaltijd gedurende het eetmoment	○	Ja, de cliënten waren allen aanwezig en zaten verdeeld aan de tafel		
De patiënten krijgen hulp bij het eten indien nodig	○	De zorg begeleidde 1 cliënt met het brengen van de voeding naar de mond.		
De patiënten weigeren de volledige maaltijd	○	De maaltijd werd door de cliënten als apart ervaren, ze vonden het een aparte maaltijd voor hen. Ze deden de maaltijd wel proeven, alleen bleef het bij 2-3 happen.		O8
De zorgverleners zijn betrokken tijdens het eten van de maaltijden	○	Beide verzorgsters waren aanwezig en zaten in de woonkamer of aan tafel bij de cliënten.		
Overige/anders:		Opmerking van cliënten: “Oh, dat is apart. Wat is dit?” “Ik weet nog niet of dat dit zo goed in de smaak valt.” – P1		O11

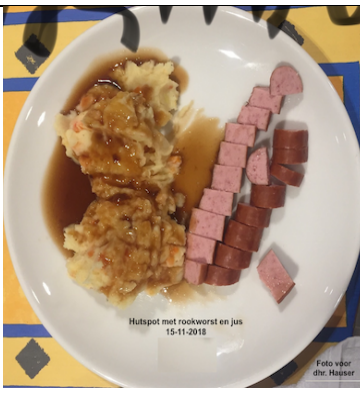
Observatietabel 6 avondmaaltijd 17-11-2018 – boerenkool met rookworst

Observatie omschrijving	Ja / nee	Evaluatie; opmerkingen en/of bijzonderheden	Observatie aanvulling Foto (F)	Observatie verwijs afkorting O
De aangeboden maaltijd wordt vooraf besproken met de patiënten	○	De boerenkool werd wederom geserveerd met een rookworst. Er is vooraf niet gevraagd aan de cliënten voor eventuele voorkeuren of aanpassingen hebben.		
De aangeboden maaltijd wordt volledig aangeboden (vlees/groente/aardappel)	○	De boerenkool stampot was rijk gevuld met boerenkool en werd gegeten met mosterd en een rookworst. Echter wilden 3 respondenten geen rookworst		
Er wordt gevraagd aan de patiënten of ze nog meer eten lusten.	○	De zorg vroeg voor een tweede ronde maar geen respondent wilde een tweede keer.		
De aangeboden maaltijd wordt aantrekkelijk geserveerd, gelet op kleur, samenstelling en opmaak	○	Het bord bestaat uit een hoopje met boerenkool stamp en daarnaast een worst.	F14, F15	
De patiënten krijgen genoeg tijd om maaltijd te nuttigen	○	Ja, er werd rustig gegeten. Echter waren de respondenten snel uitgegeten, aangezien de boerenkool bij geen van alle smaakten.		
De patiënten worden afgeleid door andere omgevingsfactoren	○	x		
De patiënten eten de maaltijd gedurende het eetmoment	○	De cliënten waren snel klaar met eten, omdat ze het niet lekker vonden. De boerenkool was nog niet gaar. → Klopt, ik heb zelf geproefd, was nog keihard en prikkelend.	F16, F17, F18	O5
De patiënten krijgen hulp bij het eten indien nodig	○	Bij het snijden van de worst wederom		
De patiënt weigert de volledige maaltijd	○	De boerenkool was nog te rauw om te eten. Hierdoor vonden de respondenten de maaltijd niet om te eten en maar namen een paar happen.	F16, F17, F18	O3
De zorgverleners zijn betrokken tijdens het eten van de maaltijden	○	De zorg was aanwezig in de woonkamer, maar waren bezig met een spoedgeval.		
Overige/anders:		Opmerking van cliënten: “Gadver, die boerenkool is nog lang niet gaar.” – P5 “Alweer die vieze worst, zucht” “Zelfs ik zou dit beter kunnen maken.” “Hij is erg flauw he, smaakt naar		

		niks." – P1		
--	--	-------------	--	--

Bijlage 14 – Foto's van maaltijden tijdens observaties

 Gestoomde bleekselderij/bechamelsaus - aardappelpuree - procureurlapje 12-11-2018	F1	 Frietjes met spaghetti 13-11-2018	F0
 Foto na 12-11-2018	F2	 Foto na 12-11-2018	FX
 Frietjes met snauk 13-11-2018	F3	 Foto na 13-11-2018	F4
 Nasi goreng met atjar 14-11-2018 mrw. vd. Putten	F5	 Foto na mrw. vd. Putten	F6

	F6		F7
	F8		F9
	F10		F11
	F12		F13

 Boerenkool met rookworst en jus 17-11-2018 cliënt x1	F14	 Foto voor mw. vd. Putten	F15
 Foto na cliënt x1	F16	 Foto na mw. vd. Putten	F17
	F18		