

2012-2013

# “De effecten van Fingerfood”

*Bij mensen met dementie*



J. Hoogendoorn  
M. van Koevinge  
K. Tuinier  
H. van der Werf  
W. Weststrate

# “De effecten van Fingerfood”

---

Bij mensen met dementie

Eindrapport

<i>Judith Hoogendoorn</i>	<i>00047161</i>
<i>Mariël van Koeveringe</i>	<i>00047512</i>
<i>Klazine Tuinier</i>	<i>00048646</i>
<i>Hanneke van der Werf</i>	<i>00047569</i>
<i>Willianne Weststrate</i>	<i>00047432</i>

**Datum:** januari 2013

**Plaats:** Vlissingen

**Studie:** Bachelor Verpleegkunde

**Cursus:** Project management (CU06004)

**HZ University of Applied Sciences,  
Vlissingen:**

Begeleider: M. de Rijke

**Stichting Voor Regionale  
Zorgverlening:**

Opdrachtgever: B. Buijck



## Voorwoord

Voor u ligt het eindrapport van het project '*Fingerfood*'. Als studenten van de opleiding Bachelor Verpleegkunde presenteren wij, J. Hoogendoorn, M. van Koeveringe, K. Tuinier, H. van der Werf en W. Weststrate, u de resultaten van het project. Het project is uitgevoerd in opdracht van SVRZ zorgt in Zeeland. Wij hebben met veel plezier het project '*Fingerfood*' uitgevoerd. Het onderwerp van het project betreft voedingsproblematiek bij zorgvragers met dementie. De opdrachtgever en de projectgroep vinden het belangrijk om de zorgvrager te behandelen met respect voor de autonomie en het behouden van de zelfstandigheid en eigen regie. Deze kernwaarden komen terug in het project. Daarnaast motiveerden deze kernwaarden ons om te kiezen voor dit project en om ons verder in het *Fingerfood*concept te verdiepen.

Door middel van dit voorwoord willen wij in het bijzonder de organisatie SVRZ en de HZ University of Applied Sciences bedanken voor de projectopdracht en de buitengewone medewerking die wij tijdens het project mochten ervaren. Daarnaast willen wij een aantal personen bedanken die dit project en het resultaat mede mogelijk hebben gemaakt. Onze projectgever mw. B. Buijck, onze docent mw. M. de Rijke en de verschillende disciplines binnen SVRZ met als aandachtsgebied voeding, willen wij bedanken voor de zeer deskundige begeleiding en ondersteuning. Verder willen wij de zorgverleners van de participerende woningen en de familieleden van de zorgvragers bedanken voor hun uitstekende medewerking aan het project.

J. Hoogendoorn, M. van Koeveringe, K. Tuinier, H. van der Werf en W. Weststrate.

Januari 2013

## Samenvatting

### Aanleiding

Eten is één van de belangrijkste onderdelen in het leven van een mens. Een maaltijd bestaat uit gewoontes en tradities. Een van de westerse gewoontes en tradities rondom de maaltijd is het zelfstandig eten met bestek. Voor meer dan de helft van de mensen met dementie, die in een verpleeghuis wonen, zijn de gewoontes rondom de maaltijd veranderd. Meer dan de helft van de mensen met dementie in een verpleeghuis hebben problemen met het nuttigen van voedsel. Eén van de oorzaken van de voedingsproblemen is het niet meer herkennen van het bestek. Een andere oorzaak is het niet meer goed kunnen hanteren van het bestek. Het gevolg hiervan is dat de zorgvrager niet meer zelfstandig eet maar gevoed wordt. Voor deze problemen kan het Fingerfoodconcept een oplossing zijn. In opdracht van SVRZ is een onderzoek gestart om de effecten van Fingerfood bij mensen met dementie in kaart te brengen. Ook is er onderzoek gedaan naar de waarden en normen die een rol spelen bij het Fingerfoodconcept

### Methode

Om de effecten van het Fingerfoodconcept in kaart te brengen is een observatieonderzoek uitgevoerd. Voor het observatieonderzoek is een zelf ontwikkelde observatielijst gebruikt. Vooraf zijn vijf zorgvragers geselecteerd op basis van ervaringen van de diëtiste van SVRZ en de ervaringen van verzorgenden. Er zijn een aantal algemene kenmerken waar aan de zorgvragers aan moesten voldoen. Dit zijn dementie en problemen met het eten aan tafel of het eten met bestek. Met behulp van de observatielijst zijn de geselecteerde zorgvragers zes keer geobserveerd. Drie keer wanneer de zorgvragers met bestek aten en drie keer wanneer de zorgvragers aten volgens het Fingerfoodconcept.

Voor het waarden en normenonderzoek is een surveyonderzoek uitgevoerd. De gegevens zijn door middel van enquêtes verkregen. De enquêtes voor het waarden en normen onderzoek zijn opgesteld aan de hand van een literatuurstudie naar waarden en normen rondom de maaltijd. De enquête bestond uit twee delen. Een deel is gericht op de zorgverleners en het andere deel op contactpersonen van de zorgvragers. Onderwerpen die aan bod kwamen zijn zelfstandigheid en eigenwaarde van de zorgvragers, het eten met de vingers en hygiëne tijdens de maaltijd.

### Resultaten

Gemiddeld deden de zorgvragers 26 minuten over de reguliere maaltijd en 27 minuten over de Fingerfoodmaaltijd. Gemiddeld aten de zorgvragers 239 gram tijdens de reguliere maaltijd en 195 gram tijdens de Fingerfoodmaaltijd. Tijdens de Fingerfoodmaaltijden aten alle zorgvragers met de vingers en hadden ze minder of geen hulp nodig bij het eten. De meeste zorgvragers utoiten zich meer positief bij een Fingerfoodmaaltijd dan bij een reguliere maaltijd.

### Conclusie

De conclusie van het observatieonderzoek is dat het Fingerfoodconcept verschillende effecten heeft bij mensen met dementie. Over het algemeen ervaren de zorgvragers het eten volgens het Fingerfoodconcept positief en bevordert het de onafhankelijkheid. De zorgvragers genoten meer van de maaltijd bij gebruik van Fingerfood dan bij een reguliere maaltijd. Zowel de zorgverleners als de familie zijn van mening dat het Fingerfoodconcept de zelfstandigheid, eigenwaarde en eigen regie bevordert. Bij het gebruik van Fingerfood moet er extra aandacht zijn voor de hygiëne. Het gebruik van Fingerfood moet een weloverwogen besluit

zijn waarbij verschillende disciplines betrokken zijn. Daarnaast is toestemming van de familie erg belangrijk. Bij het vragen van toestemming zijn uitleg en informatie van groot belang.

### **Discussie**

Het onderzoek is uitgevoerd onder vijf geselecteerde zorgvragers. Dit is een kleine populatie en daarom heeft het onderzoek een beperkte generaliseerbaarheid. Verder is gebruik gemaakt van een niet gevalideerde vragenlijst. Dit beperkt de validiteit van het onderzoek. De observatie zijn uitgevoerd door vijf verschillende personen. Hierdoor kan het zijn dat waarnemingen verschillend geïnterpreteerd zijn hoewel dit effect zo veel mogelijk is voorkomen door de observaties in overleg vast te leggen. Als laatste was het Fingerfood tijdens de laatste maaltijd niet consistent genoeg waardoor het kan zijn dat zorgvragers tijdens deze maaltijd minder gegeten hebben. Ondanks dat de familie van mening is dat Fingerfood een positief effect heeft, vindt de familie wel dat het eten met bestek zo lang mogelijk moet worden volgehouden.

# Inhoudsopgave

<b>Inleiding</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Theoretisch kader</b> .....	<b>9</b>
1.1. Zoekstrategie.....	9
1.1.1. Zoekplan.....	9
1.1.2. Onderzoeksvraag.....	9
1.1.3. Topic lijst.....	9
1.1.4. Zoekplan voor de literatuur.....	10
1.2. Zoekproces.....	11
1.3. Uitwerking vraagstelling.....	14
1.3.1. Wat is dementie.....	14
1.3.2. Geschiedenis dementie.....	14
1.3.3. Epidemiologie dementie.....	14
1.3.4. Dementie en cognitie.....	15
1.3.5. Dementie en motoriek.....	16
1.3.6. Dementie en voeding.....	16
1.3.7. Dementie en aandachtspunten voor de maaltijd.....	18
1.3.8. Dementie, voeding en waardigheid.....	18
1.3.9. Culturele aspecten van voeding.....	19
1.3.10. Het Fingerfoodconcept.....	19
1.3.11. Fingerfood en dementie.....	20
1.3.12. Praktische aanbevelingen voor het werken volgens het Fingerfoodconcept.....	22
1.3.13. Conclusie.....	22
<b>2. Methoden</b> .....	<b>24</b>
2.1. Onderzoekstype en onderzoeksontwerp.....	24
2.2. Onderzoekspopulatie.....	24
2.3. Onderzoekperiode.....	25
2.4. Gegevensverzameling.....	25
2.4.1. Meetinstrumenten.....	25
2.5. Gegevensanalyse.....	27
2.6. Betrouwbaarheid en validiteit.....	28
2.7. Juridische en ethische aspecten.....	28
2.8. Wijze van rapportage.....	28
<b>3. Resultaten</b> .....	<b>29</b>
3.1. Resultaten observatie onderzoek.....	29
3.2. Evaluatie observatie onderzoek.....	35
3.3. Resultaten waarden en normen onderzoek.....	37
3.4. Resultaten deel 1 enquête zorgverlener en familie van de zorgvrager.....	38
<b>4. Discussie</b> .....	<b>46</b>
4.1. Discussie observatie onderzoek.....	46
4.2. Discussie waarden en normen onderzoek.....	48
<b>5. Conclusie</b> .....	<b>50</b>
5.1. Conclusie observatie onderzoek.....	50
5.2. Conclusie waarden en normen onderzoek.....	50
5.3. Eindconclusie.....	51

<b>6. Aanbevelingen</b> .....	<b>53</b>
6.1. Implementatie.....	53
6.2. Algemene aandachtspunten voor de maaltijd.....	57
6.3. Wat nog uit te voeren.....	58

<b>7. Bibliografie</b> .....	<b>59</b>
------------------------------	-----------

### **Bijlagen**

Bijlage 1: Observatieformulier.....	62
Bijlage 2: Enquêtes.....	64
Bijlage 3: Analyseplan observatie onderzoek.....	67
Bijlage 4: Analyseplan waarden en normen onderzoek.....	69

## **Inleiding**

*Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van het projectonderwijs, onderdeel van de opleiding verpleegkunde aan de HZ University of Applied Sciences. De opdrachtgever is SVRZ zorgt in Zeeland. In deze inleiding is als eerste de aanleiding en de achtergrond van het probleem beschreven. Deze worden gevolgd door de doelstelling van het onderzoek. Vervolgens zijn de centrale onderzoeksvraag en de deelvragen beschreven. Ook wordt de relevantie van dit onderzoek voor de verpleegkundige genoemd. De inleiding sluit af met een leeswijzer.*

### **Aanleiding en achtergrond**

De aanleiding voor het starten van project Fingerfood was een krantenartikel over Fingerfood bij mensen met dementie. Mevrouw B. Buijck, wetenschappelijk beleidsmedewerker bij SVRZ, Zorgt in Zeeland, las dit artikel. Vervolgens is het idee ontstaan om de effecten van Fingerfood te onderzoeken bij mensen met dementie en voedingsproblemen. Het onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met de HZ University of Applied Sciences.

Fingerfood is een manier van eten. Wanneer er mensen eten volgens het Fingerfoodconcept wordt het eten genuttigd met de vingers in plaats van met bestek. Fingerfood is een verzamelnaam voor al het eten wat iemand met de duim en wijsvinger kan pakken. Bij veel mensen staat Fingerfood bekend als hapje of tapas bij de borrel. In het kader van dit project gaat het niet alleen om tussendoortjes, maar om al het eten wat genuttigd wordt door zorgvragers. Variërend van het ontbijt tot het diner.

Deze manier van eten kan toegepast worden bij verschillende doelgroepen. In dit project is de doelgroep afgebakend. Binnen dit project staat de doelgroep van zorgvragers met dementie en voedingsproblematiek centraal.

### **Doelstelling**

De doelstelling van dit onderzoek is verdeeld in een hoofddoel en subdoelen.

#### *Hoofddoel*

Inzicht krijgen in de effecten van Fingerfood bij mensen met dementie en de normen en waarden die spelen rond het Fingerfoodconcept.

#### *Subdoel 1*

Inzicht verkrijgen in de waarden en normen die een rol spelen bij eten volgens het Fingerfoodconcept.

#### *Subdoel 2*

Inzicht verkrijgen in de effecten van eten volgens het Fingerfoodconcept bij mensen met dementie.

### **Centrale onderzoeksvraag en deelvragen**

Naar aanleiding van de doelen zijn onderzoeksvragen geformuleerd.

#### *Hoofdvraag*

In hoeverre heeft eten volgens het Fingerfoodconcept effect bij mensen met dementie en welke waarden en normen spelen hierbij een rol?



### *Deelvraag 1*

In hoeverre spelen waarden en normen een rol bij de familie van de zorgvragers en de zorgverleners betreffende het Fingerfoodconcept?

### *Deelvraag 2*

Wat zijn de effecten van eten volgens het Fingerfoodconcept bij mensen met dementie die geselecteerd zijn voor het eten volgens het Fingerfoodconcept?

Om het hoofddoel te bereiken zijn twee deelonderzoeken uitgevoerd. Een surveyonderzoek en een observatieonderzoek. Het surveyonderzoek is gericht op de waarden en normen die kunnen spelen bij eten volgens het Fingerfoodconcept. Het observatieonderzoek is gericht op de effecten van Fingerfood bij mensen met dementie. Naast deze onderzoeken is een literatuurstudie gedaan om de doelgroep en de actuele ontwikkelingen te beschrijven

### **Leeswijzer.**

Het eerste hoofdstuk is het Theoretisch kader. Hierin is de literatuurstudie beschreven. Het tweede hoofdstuk beschrijft de methoden waarmee het waarden en normen en het observatie onderzoek zijn uitgevoerd. In hoofdstuk 3 staan de resultaten van beide onderzoeken centraal. Hoofdstuk drie beschrijft de resultaten van deze onderzoeken. In hoofdstuk vier is de discussie beschreven. In Hoofdstuk vier en vijf zijn respectievelijk de conclusie en discussie beschreven. In hoofdstuk zes zijn aanbevelingen gedaan voor implementatie van het Fingerfoodconcept. Het rapport sluit af met een bronnenlijst. Aan het rapport zijn een aantal bijlagen toegevoegd. Deze bijlagen zijn het observatieformulier, de enquêtes en de analyseplannen van het observatieonderzoek en het waarden en normen onderzoek.

# 1. Theoretisch Kader

*In het kader van het project 'Fingerfood' is een literatuurstudie opgezet en uitgevoerd. In dit hoofdstuk is de uitvoering van de literatuurstudie beschreven. Onderdeel van deze beschrijving is een zoekstrategie en een zoekboom. Vervolgens zijn de centrale begrippen gedefinieerd en is de informatie over het project onderwerp beschreven.*

## 1.1. Zoekstrategie

Er is gezocht aan de hand van een voorop- gesteld zoekplan. Hier is als eerste aandacht aan besteed. Vervolgens is de uitvoering van het zoekplan beschreven met behulp van zoekbomen.

### 1.1.1. Zoekplan

Er is gezocht aan de hand van onderzoeksvragen. Deze zijn als eerste genoemd. Aan deze onderzoeksvragen zijn zoektermen gekoppeld. Tijdens het zoekproces mogen zoektermen toegevoegd worden.

### 1.1.2. Onderzoeksvraag

Voor het literatuuronderzoek is een centrale hoofdvraag geformuleerd. Deze hoofdvraag is verdeeld in vier deelvragen.

*Hoofdvraag:*

Wat is het Fingerfoodconcept en waarom zou dit geschikt zijn voor mensen met dementie?

*Deelvragen:*

- Wat is het Fingerfoodconcept?
- Welke ervaringen zijn er met het Fingerfoodconcept?
- Hoe ziet men het Fingerfoodconcept vanuit het cultureel perspectief en welke waarden en normen horen daarbij?
- Hoe verhoudt het Fingerfoodconcept zich tot mensen met dementie?

### 1.1.3. Topiclijst

De topiclijst is opgesteld aan de hand van de vier deelvragen. Per deelvraag zijn een aantal onderwerpen genoemd.

*Wat is het Fingerfoodconcept?*

- Wat is Fingerfood?
- Wat is het Fingerfoodconcept?
- Hoe is Fingerfood ontstaan?
- Waar is Fingerfood toegepast?
- Wat is het doel van eten volgens het Fingerfoodconcept?

*Welke ervaringen zijn er met het Fingerfoodconcept?*

- Waar past men het Fingerfoodconcept toe?
- Waar is het Fingerfoodconcept toegepast bij mensen met dementie?
- Wat zijn de ervaringen van het Fingerfoodconcept binnen zorginstellingen?

*Hoe ziet men het Fingerfoodconcept vanuit het cultureel perspectief en welke waarden en normen horen daarbij?*

Welke waarden en normen spelen een rol rondom het Fingerfoodconcept? Denk hierbij aan de waarden en normen van zorgvragers, zorgverleners en familie van zorgvragers.

*Hoe verhoudt het Fingerfoodconcept zich tot de doelgroep?*

- Wat is een mogelijke verklaring voor de voedingsproblemen bij mensen met dementie? Denk hierbij aan cognitie, bewegingsdrang en motoriek.
- Is het vanuit de literatuur te verklaren dat het eten volgens het Fingerfoodconcept effect zou hebben op de voedingswijze van mensen met dementie?

#### 1.1.4. Zoekplan voor literatuur

Het zoeken gebeurt aan de hand van vaststaande zoektermen binnen geselecteerde databanken. Als eerste zijn de zoektermen per deelvraag beschreven als tweede staan de databanken genoemd.

*Zoektermen*

Deelvraag 1:

Fingerfood(s), Fingerfoodconcept, Finger feeding, Voeding Eten Handen, Geschiedenis Fingerfood, History fingerfeeding / Fingerfoods, Aim fingerfeeding /Fingerfoods, Doel Fingerfood(s), Finger foods dementia

Deelvraag 2:

Toepassing Fingerfood Zorg, Use Fingerfeeding Care, Use Fingerfood Care, Apply Fingerfeeding Care, Apply Fingerfood Care, Fingerfood Dementie, Fingerfeeding Dementia, Fingerfood Dementia, Ervaringen Fingerfood Zorg, Ervaringen Fingerfood, Experience Fingerfood, Experience Fingerfeeding, Experience Fingerfood Care

Deelvraag 3:

Waarden Normen Fingerfood, Waarden Normen Handen Eten, Values Standards Fingerfood, Values Standards Fingerfeeding, Values Standards Food Hands, Culturele Aspecten Handen Eten, Culturele Aspecten Fingerfood, Culture Fingerfood, Culture Fingerfeeding

Deelvraag 4:

Dementie Cognitie, Dementie Motoriek, Dementie Voeding, Dementie eten, Dementie Bewegingsdrang, Dementie Onrust, Dementia Cognition, Dementia Locomotion, Dementia Nutrition, Dementia Movement, Dementia Restlessness

*Databanken*

[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

[www.bsl.nl/hboswitch/](http://www.bsl.nl/hboswitch/)

[www.bsl.nl/hbovoorsprong/](http://www.bsl.nl/hbovoorsprong/)

[www.google.nl/scholar](http://www.google.nl/scholar)

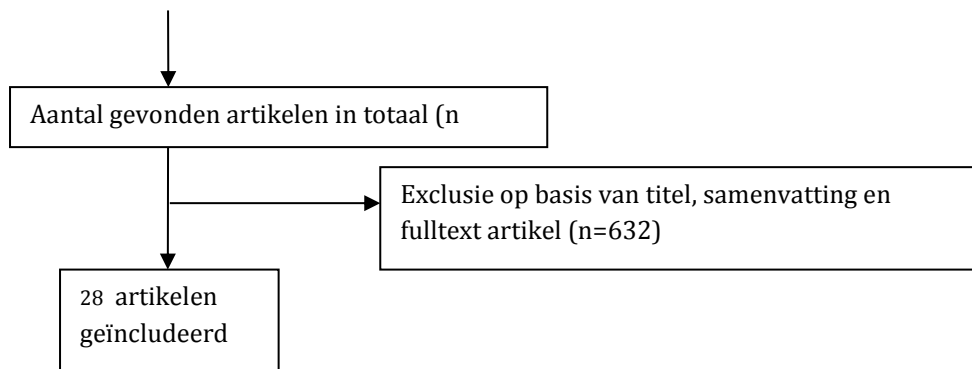
[www.springerlink.com](http://www.springerlink.com)

[www.invert.be/](http://www.invert.be/)

## 1.2. Zoekproces

Tijdens het zoekproces zijn alle databanken doorzocht met de bovengenoemde zoektermen. Verschillende databanken leverden bij geen enkel relevant resultaat. Van deze databanken zijn geen zoekbomen gemaakt. Het zoekproces in de overige databanken is verwerkt in onderstaande zoekboom.

1. **Databank:** [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)  
Zoekwoorden: Zoekwoorden van deelvraag een tot en met vier zijn in de databank ingevoerd.  
Treffers: (> 50 hits, eerste 50 artikelen geraadpleegd.)
  - *Deelvraag 1:* Fingerfoods (2 hits), Fingerfoods dementia (2.450 hits), Aim Fingerfeeding (450 hits), Dementie (5 hits).
  - *Deelvraag 2:* Fingerfood care dementia (1.637 hits).
  - *Deelvraag 3:* Cultural values feeding (19.076 hits).
  - *Deelvraag 4:* Dementia utensils (512 hits), dementia dignity feeding (331 hits)
  
2. **Databanken:** [www.hboswitch.nl](http://www.hboswitch.nl) en [www.hbovoorsprong.nl](http://www.hbovoorsprong.nl)  
Zoekwoorden: Zoekwoorden van deelvraag een tot en met vier zijn in de databank ingevoerd.  
Treffers:
  - *Deelvraag 1:* Fingerfoods (1 hit),
  - *Deelvraag 3:* Culturele aspecten voeding (> 50 hits, eerste 50 artikelen geraadpleegd.)
  - *Deelvraag 4:* Dementie voeding (> 50 hits, eerste 50 artikelen geraadpleegd.)
  
3. **Databank:** [www.google.nl/scholar](http://www.google.nl/scholar)  
Zoekwoorden: Zoekwoorden van deelvraag een tot en met vier zijn in de databank ingevoerd.  
Treffers:
  - *Deelvraag 1:* Fingerfood (4.930 hits), Fingerfoods (8.350 hits), Fingerfoods dementia (20.300 hits). (alleen eerste 50 artikelen geraadpleegd)
  - *Deelvraag 4:* resultaten naar aanleiding van de zoekterm, Dementie cognitie (4.470 hits). (alleen eerste 50 artikelen geraadpleegd)
  
4. **Databank:** [www.springerlink.com](http://www.springerlink.com)  
Zoekwoorden: Zoekwoorden van deelvraag een tot en met vier zijn in de databank ingevoerd.  
Treffers:
  - *Deelvraag 4:* Dementia cognition feeding (1.309 hits). (alleen eerste 50 artikelen geraadpleegd)
  
5. **Databank:** [www.invert.be](http://www.invert.be)  
Zoekwoorden: Zoekwoorden van deelvraag een tot en met vier zijn in de databank ingevoerd.  
Treffers:
  - *Deelvraag 4:* Dementie eten (2 hits).



**Databank:** [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

1. Soltesz, K. S.; Dayton, J. H. (1993). Fingerfoods help those with Alzheimer's maintain weight. *Journal of the American Dietetic Association*. pp 1106-1108.
2. Parigia, A. Del; Panza, F.; Capurso, C.; Solfrizzi, V. (2006). Nutritional factors, cognitive decline, and dementia. *Brain Research Bulletin*. pp 1-19.
3. Genoea, R.; Dupuis, S. L.; Keller, H.H.; Martin, L.S.; Cassolato, C.; Eward, H. G. (2010). Honouring identity through mealtimes in families living with dementia. *Journal of Aging Studies*. pp 181-193.
4. Holm, B.; Söderhamn, O. (2003). Factors associated with nutritional status in a group of people in an early stage of dementia. *Clinial Nutrition*. pp 385-389.
5. Slaughter, S.E.; Eliasziw, M.; Morgan, D.; Drummond, N. (2010). Incidence and predictors of eating disability among nursing home residents with middle-stage dementia. *Clinical Nutrition*. pp 172-177.
6. Asselage, M.B.; Amella, E.J.; Watson, R. (2011). State of the science: Alleviating mealtime difficulties in nursing home residents with dementia. *Nursing Outlook*. pp 210-214.
7. Hung, L.; Chaudhuryb, H. (2011). Exploring personhood in dining experiences of residents with dementia in long-term care facilities. *Journal of Aging Studies*. pp 1-12.
8. Wherton, J.P.; Monk, A.F. (2010). Problems people with dementia have with kitchen tasks: The challenge for pervasive computing. *Interacting with Computers*. pp 253-266.
9. Finley, B. (1997). Nutritional Needs of the Person with Alzheimer's Disease: Practical Approaches to Quality Care. *Journal of the American Dietetic Association*. pp 177-180.

**Databanken:** [www.hboswitch.nl](http://www.hboswitch.nl) en [www.hbovoorsprong.nl](http://www.hbovoorsprong.nl)

10. Abrams, J. (2009). Belevingsgerichte zorg geconcretiseerd. *Denkbeeld*. pp 24-28.
11. Hartog, A.P. den. (2010). Eetcultuur en voedingstrends. *Informatorium voor voeding en diëtiëk*.
12. Genuchten, S. van; Kouwenoord, K. (2010). Voeding met dementie. *Informatorium voor voeding en dementie*.

**Databank:** [www.google.nl/scholar](http://www.google.nl/scholar)

13. Chang, C; Roberts, B.L. (2011). Strategie for feeding patients with dementia. *American Journal of Nursing*. Vol. April, 36-44
14. Sanchez, N. (2011). Foud for thought. *Alzheimer's Society*.  
[http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents\\_info.php?documentID=1614&pageNumber=5](http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=1614&pageNumber=5)
15. Alzheimer Society Canada. (2002). Understanding Alzheimer disease: the link between brain and behaviour. How dementia can impact meal time habits and routines. *The Alzheimer Journey*.
16. Newton, L; Stewart, A. (1999). Finger Foods for Independence: for people with Alzheimer's disease and other eating difficulties. *Creative State*, Adelaide.
17. Jean, L. (1997). Finger Food menu restores independence in dining. *Health Care Food and Nutrition Focus*. vol. 14, pp 4-6.
18. Agency for Clinical Innovation. (2011). Therapeutic Diet Specifications For Adult Inpatients. *ACI Nutrition Network*, Chatswood (Australia).
19. Duif, E. (2008). Fingerfood: geen hulp meer nodig bij het eten.  
<http://www.innovatiekringdementie.nl/ow/Artikel/Fingerfood-geen-hulp-meer-nodig-bij-het-eten.aspx>
20. Vogelzang, J.L. (2003). Dignity and dietary interventions for dementia. *Home Healthcare Nurse*. vol. 21, pp 40-42.
21. Crawley, H; Hocking, E. (2011). Eating well for older people with dementia. *The Caroline Walker Trust*, Langley (UK).
22. Wind, A.W; Gussekloo, J; Vernooij-Dassen, M.J.F.J; Bouma, M; Boomsma, L.J; Boukes, F.S. (2009). NHG- Standaard Dementie (Tweede herziening). *NHG- Standaarden voor de huisarts 2009*. pp 497-520.
23. Jonker, C; Slaets, J.P.J; Verhey, F.R.J. (2009). Handboek dementie. *Bohn Stafleu van Loghum*, Houten.
24. de Deyn, P.P. (2004). Dementie: medisch, psychosociaal, ethisch en preventief. *Kluwer*, Den Haag.
25. Victorian Government Project. (2010). Eating: checklist for positive experiences.  
<http://www.health.vic.gov.au/dementia/strategies/eating-checklist.htm>.
26. Department of Health Australia. (2011). About independence at meal sessions.  
[http://www.health.vic.gov.au/agedcare/publications/wellforlife/wellforlife\\_s03.pdf](http://www.health.vic.gov.au/agedcare/publications/wellforlife/wellforlife_s03.pdf)

**Databank:** [www.springerlink.com](http://www.springerlink.com)

27. Chang, C. C. (2012). Prevalence and factors associated with feeding difficulty in institutionalized elderly with dementia in taiwan. *Journal of Nutrition Health and Aging*. pp 258-261.

**Databank:** [www.invert.be](http://www.invert.be)

28. Groenewoud, J.H.; Bosch, H.J.H in den; & Lange, J. de. (2009). Omgaan met afweergedrag bij voeding van bewoners met dementie.  
<http://www.transitiesinzorg.nl/files/afweergedrag-richtlijn-2009-1.pdf>

### 1.3 Uitwerking vraagstelling

In deze paragraaf zijn verschillende begrippen gedefinieerd. Daarnaast is beschreven wat al bekend is over het onderwerp en informatie uit eerder onderzoek over het onderwerp.

#### 1.3.1 *Wat is dementie?*

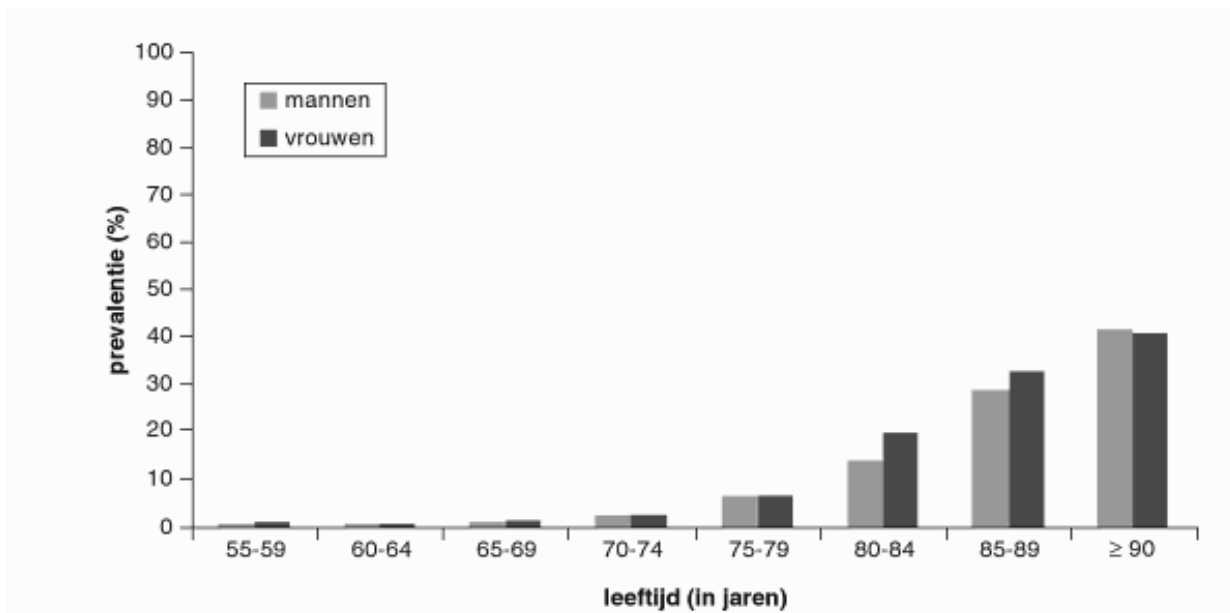
Dementie is een syndroom. Een syndroom is een combinatie van verschillende symptomen (Deyn, 2004; syndroom.org, 2012). Daarnaast kan dementie omschreven worden als een multi-causale aandoening. Dit houdt in dat er verschillende oorzaken kunnen zijn voor het ontstaan van dementie. De belangrijkste oorzaak is een hoge leeftijd. Hoe hoger de leeftijd des te hoger de kans is op het ontstaan van dementie. Erfelijke factoren kunnen ook een rol spelen bij het ontstaan van dementie. Voornamelijk bij de vormen van dementie die tot uiting komen voor het 65 levensjaar is bereikt. De erfelijke factor heeft betrekking op de aanwezigheid van een bepaald gen. Wanneer dit gen aanwezig is, is de kans op dementie vergroot. Het is nog onduidelijk op welke vorm van dementie dit van toepassing is. Verschillende soorten hart en vaatziekten kunnen een rol spelen bij het ontstaan van dementie. Diabetes Mellitus en hypercholesterolemie zijn hier voorbeelden van. Roken geeft ook een verhoogde kans op het ontstaan van dementie. De behandeling van hypertensie verkleint de kans op dementie. Neurologische aandoeningen zoals een CVA of de ziekte van Parkinson kunnen van invloed zijn op het ontstaan van dementie (Wind, Gussekloo, Vernooij-Dassen, Bouma, Boomsma, & Boukes, 2009).

#### 1.3.2 *Geschiedenis van dementie*

In 1818 werd dementie voor het eerst als officieel ziektebeeld geclassificeerd. Dementie werd toen gedefinieerd als “*een verlies van intellectuele en geheugenfunctie, gekenmerkt door wanordelijk gedrag, oppervlakkige emoties, doelloze activiteiten en vergeten van woorden*” (Jonker, Slaets, & Verhey, 2009). In de periode dat dementie net geclassificeerd was, werd geen verschil gemaakt tussen dementie op jonge en oudere leeftijd. Er was er niets bekend over aangeboren of verworven dementie. Daarnaast werd zwakzinnigheid bijvoorbeeld ook onder dementie gerangschikt. Later in de negentiende eeuw werden ziektebeelden van de hersenen, zoals cerebrale arteriosclerose, gekoppeld aan psychiatrische verschijnselen als depressiviteit en geheugenverlies. Cerebrale arteriosclerose werd als onvermijdelijke en natuurlijke oorzaak van dementie gezien, waardoor wetenschappers verder weinig belangstelling hadden voor dementie. Een wetenschapper, A. Alzheimer genaamd, ontdekte verschijnselen van dementie bij een jonge vrouw. Na verder onderzoek ontdekte deze wetenschapper dat de vrouw weinig tot geen cerebrale arteriosclerose had. Daarentegen werd een verlies van zenuwcellen geconstateerd waardoor de conclusie werd getrokken dat dit een erfelijke ziekte was van het zenuwstelsel. Alzheimer toonde aan dat er meerdere oorzaken aan geestelijke veranderingen ten grondslag kunnen liggen dan alleen cerebrale arteriosclerose (Jonker, Slaets, & Verhey, 2009).

#### 1.3.3 *Epidemiologie dementie*

De levensverwachting stijgt. Het risico om dementie te krijgen stijgt naarmate men ouder wordt. In 2009 hadden in Nederland ongeveer 200.000 mensen (een vorm van) dementie. Door de stijgende levensverwachting stijgt waarschijnlijk ook het aantal mensen met dementie. De leeftijdsgroep 65 jaar en ouder met dementie zal tot 2020 gemiddeld met 3700 gevallen per jaar stijgen (Jonker, Slaets, & Verhey, 2009).



Figuur 1. Prevalentie van dementie naar leeftijd en geslacht (Jonker, Slaets, & Verhey, 2009).

Waarschijnlijk stijgt het aantal gevallen van mensen met dementie tot 2030 nog sterker. Het gemiddelde zal dan op ongeveer 7000 gevallen per jaar liggen. Dit houdt in dat in 2030 ongeveer 355.000 mensen dementie of een vorm van dementie zullen hebben. De verwachting is dat het aantal hierna nog verder oploopt (Jonker, Slaets, & Verhey, 2009).

#### 1.3.4 Dementie en cognitie

Dementie kan verschillende cognitieve oorzaken als gevolg hebben. Het geheugen, taal, de uitvoerende functies, aandacht en concentratie vallen binnen de cognitieve domeinen. Een geheugenstoornis houdt in dat er een verminderd vermogen is om nieuwe informatie aan te leren. Daarnaast kan er moeite zijn met het terughalen van de eerder aangeleerde informatie. Er is dan sprake van een stoornis in de reproductie (Wind, Gussekloo, Vernooij-Dassen, Bouma, Boomsma, & Boukes, 2009). Cognitieve stoornissen kunnen zich uiten in afasie. Bij afasie wordt taal minder goed begrepen en minder goed uitgesproken. Anomie is een woordvindstoornis en vindt in het beginstadium van dementie plaats. Anomie neemt in de loop van de tijd toe en verandert dan in afasie. Bij afasie maken mensen gebruik van ongepaste woorden en zinnen. Daarnaast is herhaling een kenmerk van afasie. Apraxie is een andere vorm van een cognitieve stoornis. Hierbij staat centraal dat bepaalde handelingen minder goed uitgevoerd kunnen worden ondanks dat de motorische functies voldoende functioneren. Problemen binnen de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) typeren apraxie. Voorbeelden hiervan zijn problemen op het gebied van eten of aankleden (BTSG, 2012). Cognitieve stoornissen kunnen zich ook uiten in agnosie. Agnosie is het verminderd herkennen van objecten ondanks dat zintuigen nog intact zijn. Tot slot kunnen er problemen zijn met de uitvoerende functies. Doelgerichte activiteiten kunnen niet (meer goed) uitgevoerd worden. Er is een verminderd vermogen om activiteiten te plannen en hierbij logisch na te denken. Stoornissen in de uitvoerende functie zijn bijvoorbeeld problemen met autorijden. Maar ook het beheren van geld is een voorbeeld van een mogelijk uitvoerend probleem. Er is een verminderd vermogen om abstract te denken waarbij het controleren en plannen maken omtrent budget minder goed verloopt (Deyn, 2004).



### 1.3.5 *Dementie en motoriek*

Dementie leidt tot verschillende problemen. Niet alleen cognitieve problemen zoals geheugenverlies maar ook de motorische functies kunnen verslechteren. Een voorbeeld hiervan is het functioneren van de arm. Het verslechteren van de motorische functies heeft invloed op de ADL. Er is dan sprake van een verminderde mobiliteit (Asselt & Bokhorst, 2012; Chang, 2012; Chang & Roberts, 2011; Department of Health Australia, 2011). Andere problemen die gevolgen hebben voor de motoriek zijn tremors of artrose. Ook in die gevallen zijn er problemen met het vasthouden van bestek. Dit leidt tot problemen met eten (Crawley & Hocking, 2011).

### 1.3.6 *Dementie en voeding*

#### Voedingsproblemen

Er kunnen verschillende soorten voedingsproblemen zijn ontstaan bij mensen met dementie. Dit kan afweergedrag zijn. Voorbeelden hier van zijn dat de zorgvrager weg loopt van tafel, het eten niet aanraakt, het bord wegduwt, de mond dicht houdt, het eten uitspuugt of het eten met de vingerst uit de mond haalt. Naast afweergedrag kan er bij de demente zorgvrager apraxie ontstaan. Apraxie is het onvermogen om bewuste bewegingen uit te voeren. Ook kauw en slikstoornissen komen bij deze groep zorgvragers voor. Dit kan komen door gebitsproblemen of ontstekingen in de mond (Groenewoud, Bosch, & Lange, 2009).

#### Mogelijke gevolgen van voedingsproblemen

Meer dan de helft van de mensen met dementie die in een verpleeghuis woont, heeft problemen met zichzelf te voeden. Daardoor lopen deze mensen een risico op ondervoeding. Het is belangrijk dat zorgvragers toch eten binnen krijgen. Daarom geven zorgverleners hulp bij het eten. Hierdoor verliezen mensen deels hun onafhankelijkheid (Chang & Roberts, 2011). Ondervoeding is een veel voorkomend probleem voor mensen met dementie. Ondervoeding is namelijk één van de hoofdoorzaken van sterfte bij zorgvragers met dementie (Chang, 2012). Het tekort aan belangrijke voedingsstoffen kan verdere cognitieve achteruitgang als gevolg hebben (Parigia, Panza, Capurso, & Solfrizzi, 2006). Andere algemene gevolgen van ondervoeding zijn: een verminderde immuniteit, verminderde weerstand, hypothermie, vertraagde wondgenezing, verminderde lever, nier en darmfuncties en een afname van kracht (Saunders, Smith, & Stroud, 2011).

#### Oorzaken voedingsproblemen

Er zijn veel verschillende oorzaken van voedingsproblemen bij mensen met dementie. Fysieke, cognitieve, psychologische en sociale factoren zijn van invloed op voedingsproblemen. Het bestek is bijvoorbeeld als gevolg van een verminderde cognitie niet meer herkenbaar. Een zorgvrager weet zo niet wat deze met het bestek moet. De zorgvrager eet dan niet of niet zelfstandig. Een ander cognitief probleem is apraxie. Als gevolg van apraxie kan het bestek niet meer goed naar de mond worden gebracht. Verschillende motorische problemen hebben hetzelfde gevolg: het naar de mond brengen van bestek is moeilijk of onmogelijk (Asselt & Bokhorst, 2012; Chang & Roberts 2011; Wind, Gussekloo, Vernooij-Dassen, Bouma, Boomsma, & Boukes 2009). Er zijn ook verschillende fysieke factoren die voedingsproblemen kunnen veroorzaken. Een

voorbeeld hiervan is het verminderd zicht. Het eten is zo moeilijker omdat zorgvragers het eten niet meer op het bord zien liggen (Chang, 2012; Chang & Roberts, 2011). Een ander voorbeeld van de fysieke factor is een veranderde houding. Dit kan tot gevolg hebben dat iemand niet meer goed bij het bord kan. Bij een verminderd gehoor verstaat iemand de motivatie tot eten niet meer goed (Department of Health Australia, 2011). Daarnaast kan de smaak van iemand zo veranderd zijn dat het plezier in het eten er niet meer is. Ook kunnen zorgvragers een verminderd hongergevoel hebben met als gevolg een verminderde voedselinname (Genuchten & Kouwenoord, 2010). Een belangrijk probleem is de mondhygiëne. Er kan sprake zijn van een ontsteking in de mond of een slecht passend kunstgebit. Hierdoor ontstaat pijn en gaat het eten met moeizamer (Chang, 2012; Chang & Roberts, 2011; Genuchten & Kouwenoord, 2010). Een psychologische factor die een voedingsprobleem kan veroorzaken is de stemming van een zorgvrager. Wanneer iemand somber is zal deze persoon minder eten. Angst en onzekerheid zijn ook psychologische factoren. Verder is pijn een belangrijk probleem wat het eten kan belemmeren. Een andere factor die invloed heeft op het voeden is wanneer er teveel keus aan eten is. Zorgvragers weten dan niet wat er gekozen moet worden en eten daarom niet (Groenewoud, Bosch, & Lange, 2009). Als laatste kunnen zorgvragers moeite hebben met het beginnen van de maaltijd (Eda Hiro, et al., 2012).

#### Het meten van voedingsproblemen

Om te meten of iemand voedingsproblemen heeft of van welke voedingsproblemen sprake is, kan een observatielijst gebruikt worden. Er zijn verschillende observatielijsten beschikbaar. Eén daarvan is speciaal gericht op afweergedrag bij de maaltijd. Dit is een Nederlandse vragenlijst. De vragen richten zich voornamelijk op het achterhalen van de oorzaak van het afweergedrag. Ook biedt dit document handvatten om het afweergedrag aan te pakken (Groenewoud, Bosch, & Lange, 2009). Verschillende wetenschappelijke onderzoeken naar voedingsproblemen bij dementie gebruiken de Edinburg Feeding Evaluation in Dementia (EdFED). Deze Engelstalige enquête of observatielijst besteedt onder andere aandacht aan of de zorgvrager eten laat vallen en of de zorgvrager hulp nodig heeft bij het eten (Amella & Lawrence, 2007; Chang, 2012; Chang & Roberts, 2011).

#### Voedingsproblemen en ADL afhankelijkheid

Vaak is er niets meer te doen aan de oorzaken van voedingsproblemen en is het dus nodig dat iemand geholpen wordt bij voeden. Maar uit onderzoek blijkt dat het ook vaak voorkomt dat mensen een voedingsprobleem hebben maar de ADL nog gewoon uit kunnen voeren (Slaughter, Eliaszwij, Morgan, & Drummond, 2010). Dit is onderzocht door twee aspecten te meten. De mate van het voedingsprobleem en de ADL afhankelijkheid. Hieruit blijkt dat de mate waarin mensen ADL afhankelijk zijn niet overeen komt met de mate waarin mensen voedingsproblemen hebben. Aan dit onderzoek deden 120 mensen mee in de middelfase van dementie. Er zijn 2606 maaltijden geobserveerd. 29 procent van de geobserveerde zorgvragers heeft een probleem met de ADL. Dit is gemeten met de Minimum Data Set of Activities of Daily Living Scale. Daartegenover heeft 41 procent van de geobserveerde zorgvragers een voedingsprobleem. Van wie een deel ernstig. Meer dan de helft van de voedingsproblemen was potentieel behandelbaar. 12 procent van de zorgvragers kunnen ADL handelingen nog wel uitvoeren maar hebben hulp nodig bij het eten. Er is dus een deel mensen dat niet zelf eet maar het nog wel zou kunnen. Voor deze mensen is het

voedingsprobleem mogelijk op te lossen (Slaughter, Eliaszw, Morgan, & Drummond, 2010).

### 1.3.7 *Dementie en aandachtspunten voor de maaltijd*

Op basis van wetenschappelijk onderzoek zijn in verschillende richtlijnen aanbevelingen gedaan omtrent de maaltijden voor mensen met dementie (Agency for Clinical Innovation, 2011; Department of Health Australia, 2011; Fight Alzheimer's, Save Australia, 2010; Project Victorian Government, 2011; Victorian Government Project 2010). Binnen de richtlijnen zijn verschillende aandachtspunten genoemd. De aandachtspunten richten zich op de maaltijd zelf en de omgeving waarin de maaltijd genuttigd wordt. Bij de maaltijd is ook de manier waarop het voedsel gepresenteerd wordt belangrijk. Een prikkelarme omgeving is aan te bevelen. Weinig geluid en zo min mogelijk afleiding voor de zorgvrager staan hierbij centraal. Ook is een overzichtelijke ruimte erg belangrijk. De zorgvrager moet de deur kunnen zien maar moet ook naar buiten kunnen kijken. Dit creëert rust. Het is aan te bevelen het eten dicht bij de keuken te laten nuttigen. Daarnaast is een goede verlichting van belang. Als het gaat om het presenteren van de maaltijd is het beter om één bord of één gerecht tegelijk te serveren. Dit verhoogt de focus op het eten. Het is goed om de zorgvrager bij het bereiden of serveren van de maaltijden te betrekken. Om de concentratie en focus te verhogen zijn voldoende kleur en contrast op het bord een hulpmiddel. Placemats of tafelkleden met prints leiden vaak af en zijn niet herkenbaar. Het gebruik van een effen tafelzeil werkt daarom vaak het beste omdat dit niet afleidt en het herkend wordt van vroeger. Het eten moet voor de zorgvrager binnen handbereik zijn. Als laatste is de temperatuur van het eten erg belangrijk (Agency for Clinical Innovation, 2011; Department of Health Australia, 2011; Fight Alzheimer's, Save Australia, 2010; Project, Victorian Government, 2011; Project, Victorian Government, 2010).

### 1.3.8 *Dementie, voeding en waardigheid*

Bij een maaltijd is niet alleen het nuttigen van voedsel van belang. Andere belangrijke aspecten van een maaltijd zijn de sociaal emotionele aspecten. Eten staat voor comfort, voor zorg en sociaal contact. De rituelen en gebruiken rond de maaltijd vormen mede iemands identiteit en waardigheid (Hung & Chaudhuryb, 2011). Wanneer mensen door verschillende oorzaken zichzelf niet meer kunnen voeden, krijgen zorgverleners hulp bij het eten van een zorgverlener. Uit onderzoek blijkt dat verzorgenden vaak de aandacht richten op het binnenkrijgen van voldoende calorieën maar minder op de sociaal emotionele aspecten van de maaltijd. Wanneer iemand gevoed wordt, heeft dit invloed op de socialemotionele aspecten van een maaltijd. Maar ook op de afhankelijkheid, waardigheid en de kwaliteit van leven van mensen (Chang & Roberts, 2011; Venturato, 2010; Hung en Chaudhuryb, 2011). Uit onderzoek blijkt dat de maaltijd voor de zorgvrager beter verloopt wanneer er aandacht is voor waardigheid en de socialemotionele behoeften van een zorgvrager (Hung & Chaudhuryb, 2011). Afhankelijkheid bij het eten leidt tot een verminderde kwaliteit van leven en minder plezier. De manier waarop iemand eet bepaald wie hij of zij is. De manier waarop iemand eet, zegt dus iets over een persoon. Wanneer iemand bij het eten afhankelijk is leidt dit tot stress en ontevredenheid. De afhankelijkheid en het verlies van de eigen regie heeft alles te maken met de waardigheid van iemand. Dit is niet alleen erg voor de zorgvrager zelf. Ook de familie geeft aan het verlies van waardigheid heel erg te vinden (Genoea,

Dupuis, Keller, Martin, Cassolato, & Eward, 2010) Omdat zorgverleners vaak weinig weten over Evidence Based Practice (EBP) oplossingen of richtlijnen wordt het voeden vaak overgenomen zonder dat er naar een mogelijke oplossing is gezocht. Uit onderzoek blijkt dat de EBP richtlijnen die er zijn voor voedingsproblemen bij mensen met dementie weinig worden toegepast (Asselage, Amella, & Watson, 2011).

### 1.3.9 *Culturele aspecten voeding*

De manier van eten en voeden is cultureel bepaald. Wat, hoe en met wie iemand eet bepaald wie iemand is. De manier van eten vormt mede de identiteit van een persoon. Wanneer er iets aan iemands manier van voeden verandert, verandert dit ook de identiteit van een persoon (Hung & Chaudhuryb, 2011). Mensen met dementie verliezen een deel van hun afhankelijkheid en daarmee een deel van hun identiteit. Het verlies van afhankelijkheid moet zo beperkt mogelijk zijn. De gewoonten en tradities rondom de maaltijd kunnen hierbij van belang zijn. Het is daarom belangrijk om tradities en gewoonten rondom de maaltijd bij mensen met dementie zoveel mogelijk te behouden. De familie van zorgvragers vindt dit ook een belangrijk onderwerp (Genoea, Dupuis, Keller, Martin, Cassolato, & Eward, 2010). Bij verschillende culturen horen verschillende waarden en normen. Dit geldt ook voor de maaltijd. In Korea krijgen ouderen hun voedsel aangereikt door jongeren. Ook al kunnen deze ouderen nog zelfstandig eten, voeden de jongeren hen. In de Westerse cultuur voeden ouderen juist kinderen. Precies andersom dus. Gevoed worden staat voor afhankelijkheid en dit heeft in de westerse cultuur meestal geen voorkeur. Verder geven mensen met dementie voorkeur aan voeding die bij de cultuur past waarin zij opgegroeid zijn. Ook het soort bestek kan cultureel gebonden zijn (Chang & Roberts, 2011).

### 1.3.10 *Fingerfoodconcept*

Fingerfood is voedsel dat makkelijk op te pakken is en dat met de vingers gegeten kan worden. Belangrijk is hierbij dat er geen bestek wordt gebruikt (Farlex, 2012). Het Fingerfoodconcept is gericht op mensen met dementie die niet meer kunnen eten met bestek. Wanneer iemand volgens het Fingerfoodconcept eet, eet diegene met de vingers in plaats van met bestek. Het voedsel is herkenbaar voor de mensen en is in klein formaat klaargemaakt zodat de zorgvrager het met de vingers kan eten. Hierdoor is bestek niet nodig (Duif, 2008). Fingerfood is van toepassing op allerlei alledaags voedsel. Naast dat het Fingerfoodconcept zich richt op zorgvragers met dementie die problemen hebben met het hanteren van bestek kan Fingerfood ook een oplossing zijn voor zorgvragers met bewegingsdrang. Doordat er met de vingers gegeten wordt, kan een onrustige persoon met dementie het eten meenemen en lopend opeten (Crawley & Hocking, 2011). Eten volgens het Fingerfoodconcept helpt de onafhankelijkheid en het zelfbeeld van de persoon met dementie te handhaven of terug te krijgen. De zorgvrager met dementie die volgens het Fingerfoodconcept eet, is namelijk niet meer afhankelijk van anderen om eten te nuttigen (Newton & Stewart, 1999).

#### Geschiedenis Fingerfoodconcept

Het is onduidelijk waar het Fingerfoodconcept vandaan komt of wie het bedacht heeft. Het blijkt dat Fingerfood voornamelijk in het buitenland bekend is. In 1988 ontstond in Australië een samenwerkingsverband tussen de vereniging van diëtisten en het klinisch bureau voor innovatie. Deze samenwerking is een initiatief van de Australische overheid.

In datzelfde jaar werd door deze samenwerking de eerste voedingshandleiding gepubliceerd. Fingerfood wordt in deze handleiding genoemd als oplossing voor voedingsproblemen bij mensen met dementie (Agency for Clinical Innovation, 2011). Fingerfood is in 1988 genoemd door Caroline Walker, een ervaren Engelse voedingsdeskundige (Crawley & Hocking, 2011). In 1993 is een artikel geschreven over de effecten van Fingerfood bij mensen met dementie. Dit is het eerste wetenschappelijke artikel wat over Fingerfood te vinden is (Soltesz & Dayton, 1993).

### 1.3.11 *Fingerfood en dementie*

#### Verschillende effecten van Fingerfood

In de literatuur is het Fingerfoodconcept verschillende keren beschreven. Als eerste in 1988 zoals vermeldt is bij 'Geschiedenis Fingerfood'. Uit het eerste onderzoek naar de effecten van het Fingerfoodconcept blijkt dat Fingerfood mensen met dementie helpt om op gewicht te blijven (Soltesz & Dayton, 1993). Dit wordt bevestigd door andere onderzoeken (Ford, 1996; Jean, 1997; Soltesz & Dayton, 1993). Fingerfood werkt het beste bij mensen met dementie die hun bestek niet meer herkennen (Agency for Clinical Innovation, 2011; Crawley & Hocking, 2011; Fight Alzheimer's, Save Australia, 2010; Soltesz & Dayton, 1993). Fingerfood verhoogt de aandacht voor het eten en verhoogt de interactie van de zorgvrager tijdens de maaltijd. Uit het onderzoek van Soltesz & Dayton (1993) blijkt verder dat, wanneer het Fingerfoodconcept wordt ingevoerd in een instelling, teamwork heel belangrijk is. Het hele team moet meewerken en meedenken om de Fingerfoodfilosofie te implementeren. Verder werden niet alle maaltijden gegeven volgens het Fingerfoodconcept maar werd Fingerfood ook gegeven als aanvulling op de reguliere maaltijd. Het Fingerfoodconcept is niet duurder dan gewoon eten, het vraagt niet meer van de medewerkers, de medewerkers hoeven niet extra getraind te worden en er is geen speciaal keukengereedschap nodig (Soltesz & Dayton, 1993).

#### Effect Fingerfood op waardigheid

Zoals eerder beschreven in paragraaf 2.2.6 beïnvloeden voedingsproblemen bij mensen met dementie de waardigheid van een zorgvrager. Dit komt doordat de zorgvrager voor het voeden afhankelijk is van de zorgverlener. De zorgverlener besteedt meestal minder aandacht aan de socialemotionele aspecten van een maaltijd. De socialemotionele aspecten zijn bij een maaltijd juist heel belangrijk. Een aantasting van deze aspecten invloed op de waardigheid van de zorgvrager (Chang & Roberts, 2011; Genoea, Dupuis, Keller, Martin, Cassolato & Eward, 2010; Hung & Chaudhuryb, 2011; Venturato, 2010). In verschillende artikelen wordt Fingerfood genoemd als oplossing voor dit waardigheidsprobleem. De zorgvrager beslist dan weer zelf wat, hoeveel en wanneer en waar hij of zij eet. Ook andere sociale functies van de maaltijd zijn beter uit te voeren wanneer een zorgvrager zelf kan bepalen wanneer hij of zij eet of praat (Sanchez, 2011); (Soltesz & Dayton, 1993). Fingerfood kan goed gebruikt worden als een onderdeel van belevingsgerichte zorg omdat er rekening wordt gehouden met de waardigheid van de zorgvrager. De zorgvrager heeft weer zelf een keuze (Abrams, 2009).

#### Verschillende internationale pilots

Later in 1996 is er in het Baton Rouge General Medical Center in Louisiana een experiment met Fingerfood uitgevoerd. Dit vond plaats onder mensen met een

cognitieve beperking. Uit dit experiment blijkt dat zeven van de tien deelnemers beter gingen eten, minder gewicht verloren en meer plezier kregen in het eten (Ford, 1996). In 1997 is in Massachusetts, Amerika, een vergelijkbaar experiment rondom Fingerfood uitgevoerd. Het initiatief kwam hierbij van L. Jean. Jean is een voedingsconsulent binnen 10 verschillende instellingen in Amerika. Uit de door haar uitgevoerde pilot is gebleken dat het Fingerfoodconcept erg succesvol was. Uit de pilot is gebleken dat bij de mensen sprake was van een verhoogde voedselinname. Daarnaast was bij deze mensen een afname van gewichtsverlies te zien. Ook werd na de pilot het gebruik van bijvoeding en voedingssupplementen beperkt (Jean, 1997). De positieve effecten komen ook in andere onderzoeken terug. Mensen eten met meer plezier, eten meer en behouden de onafhankelijkheid (Abrams, 2009; Lucic, 2001; Nocent & Martineau, 2011; Syme, 1995).

### Nederlandse pilot

Zoals hierboven beschreven is er vooral internationaal veel bekend over het Fingerfoodconcept. Hier kwam voor Nederland in 2008 verandering in. In Lochem werd een onderzoek rond het Fingerfoodconcept uitgevoerd. Het initiatief tot dit project kwam van M. Geertsma en E. de Raaf. Het idee is ontstaan tijdens een studiereis naar de Verenigde Staten. Hierbij werd een bezoek gebracht aan een verpleeghuis waarbij de mensen volgens het Fingerfoodconcept aten. Na terugkomst is er onderzoek gedaan naar het Fingerfoodconcept. Uit de pilot is gebleken dat mensen die volgens het Fingerfoodconcept eten meer genieten van het eten en zelf het tempo kunnen bepalen (Duif, 2008).

### Voedingsrichtlijnen

Ook in Australië staat ontwikkeling omtrent voeding niet stil. In opdracht van de overheid werd een samenwerkingsverband gestart tussen de vereniging van diëtisten en het bureau voor klinische innovatie. Dit samenwerkingsverband geeft een Evidence Based Practice voedingsrichtlijn uit. Deze richtlijn is gebaseerd op nationale en internationale protocollen. De meest recente richtlijn is gepubliceerd in 2009. In deze richtlijn zijn 115 verschillende diëten opgenomen. Het Fingerfoodconcept is één van de beschreven diëten. Er zijn verschillende indicaties voor het Fingerfoodconcept. Zo ook dementie (alzheimer) en andere cognitieve stoornissen die tot problemen leiden met het herkennen van bestek. Daarnaast zijn neurologische aandoeningen een indicatie voor het Fingerfood dieet. Bijvoorbeeld een aantasting van de spieren die een verminderde motoriek tot gevolg heeft. De verminderde motoriek leidt tot problemen met het hanteren van bestek. Fingerfood is in Australia een geaccepteerde oplossing voor voedingsproblemen bij mensen met dementie (Agency for Clinical Innovation, 2011). Uit een ander Australisch onderzoek blijkt dat Fingerfood een indicatie is wanneer zorgvragers met dementie problemen krijgen met het voeden. Fingerfood kan een oplossing zijn wanneer mensen met dementie het bestek niet meer herkennen of bestek niet meer kunnen gebruiken. Fingerfood is een elegante en chique vervanging voor gepureerde voeding. Het kan een wereld van verschil zijn voor mensen met dementie die tot dan toe hulp krijgen bij het eten (Fight Alzheimer's, Save Australia, 2010). Uit literatuur blijkt dat ook in Engeland veel onderzoek naar voedingsproblematiek is gedaan. Een stichting die bijvoorbeeld veel onderzoek doet en aandacht besteedt aan voedingsproblematiek is de Caroline Walker Trust Stichting. De Caroline Walker Trust Stichting is opgericht ter nagedachtenis aan de ervaren voedingsdeskundige Caroline

Walker. Deze voedingsdeskundige heeft een handleiding geschreven voor verschillende voedingsproblemen. De voedingsproblemen bij mensen met dementie hebben ook een plek in deze handleiding. De handleiding is in 2011 aangepast, herzien en opnieuw uitgegeven door de Caroline Walker Trust Stichting. De aanbevelingen in de handleiding hebben als doel begeleiding te geven over wat goede en voedzame voeding inhoudt. Daarnaast geeft de stichting hulp en advies op het gebied van allerlei voedingsproblemen bij mensen met dementie. Het Fingerfoodconcept is ook beschreven als dieet. Het dieet wordt aanbevolen wanneer mensen met dementie moeite hebben met het hanteren of herkennen van bestek. Daarnaast is het dieet toepasbaar wanneer mensen onrustig zijn en moeite hebben (met aan tafel) zitten. Fingerfood is een dieet dat niet uitsluitend aan tafel plaatsvindt. Fingerfood wordt aanbevolen in de handleiding zodat de zorgvragers onafhankelijk blijven of een deel hiervan terugkrijgen (Crawley & Hocking, 2011). Fingerfood is ook opgenomen in de richtlijn van de Alzheimers Society in Engeland. Deze geeft aan dat Fingerfood ervoor zorgt dat de onafhankelijkheid en het zelfbeeld van de zorgvrager in stand blijft. Dit is belangrijk om de patiënt het gevoel van waardigheid en zelfvertrouwen te laten behouden. Daarnaast behouden de zorgvragers de eigen regie over het eten. Fingerfood maakt het ook mogelijk om de patiënt te laten kiezen uit aan tafel eten of niet (Sanchez, 2011; Segal-Gidana, Cherryb, Jones, Williams, Hewett & Chodosh, 2008).

### 1.3.12 *Praktische aanbevelingen voor werken volgens het Fingerfoodconcept*

In de literatuur zijn een aantal praktische aandachtspunten speciaal gericht op Fingerfood gevonden.

- Gefrituurde hapjes zijn minder plakkerig en makkelijker vast te houden dan gebakken hapjes.
- In een maaltijd moeten alle benodigde voedingsstoffen zitten
- Een gevarieerd aanbod van geuren en smaken werkt het beste
- Gebruik creativiteit bij het bedenken en bereiden van Fingerfood. Alleen een gebrekkige verbeelding beperkt het gebruik van Fingerfood (Project, Victorian Government, 2011).
- Maak voor een zorgvrager met bewegingsdrang heel voedzame hapjes met zoveel mogelijk benodigde voedingsstoffen zodat de zorgvrager deze lopend kan eten.
- Let op de hygiëne (Department of Health Australia, 2011)
- Gebruik niet te droge voeding i.v.m. mogelijke slikproblemen
- Gebruik kleine hapklare hapjes die makkelijk zijn om vast te houden en om op te eten.
- Zorg dat de hapjes stevig zijn
- Een mini-versie van groot voedsel werkt beter dan iets groots in kleine stukjes gesneden i.v.m. mogelijk uit elkaar vallen (Crawley & Hocking, 2011).
- Voor voorbeelden van maaltijden:
  - <http://www.cwt.org.uk/pdfs/EW-Old-Dementia-Practical-Resource.pdf>

### 1.3.13 **Conclusie**

Mensen met dementie hebben vaak moeite met het herkennen of hanteren van bestek. Hierdoor kunnen mensen met dementie niet meer zelfstandig eten en krijgen de zorgvragers hulp bij het eten. Wanneer iemand niet meer zelfstandig eet ontnemt dit deze persoon een deel van de identiteit. Daarnaast kan men niet meer zelf het tempo van

de maaltijd of de grote van de hapjes bepalen. Dit kan leiden tot stress en een verminderd plezier tijdens de maaltijd. Eten volgens het Fingerfoodconcept kan een oplossing zijn voor deze problemen. Het Fingerfoodconcept houdt in dat zorgvragers kleine hapjes voedsel met de vingers eten. De zorgvragers hoeven het bestek zo niet meer te herkennen of te hanteren. Wanneer iemand met dementie met de vingers eet kan men weer zelf het tempo en de grote van de hapjes bepalen. Hierdoor krijgt de zorgvrager met dementie de eigen regie over de maaltijd deels weer terug. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat mensen die eten volgens het Fingerfoodconcept aankomen in gewicht of niet meer afvallen. Verder is het Fingerfoodconcept ook geschikt voor zorgvragers met dementie die last hebben van bewegingsdrang. In de praktijk eten deze mensen vaak onvoldoende omdat blijven zitten moeilijk is. Fingerfood is geschikt om mensen in de hand te geven. Op deze manier kunnen mensen lopend eten en krijgen deze zorgvragers toch voedingstoffen binnen. De conclusie is dat het Fingerfoodconcept geschikt is voor mensen met dementie. Het biedt een waardig alternatief voor het voeden door anderen wanneer de zorgvrager dit zelf niet meer kan.



## 2. Methoden

*In het hoofdstuk methoden is beschreven hoe antwoord wordt verkregen op de onderzoeksvraag en hoe het onderzoek is vormgegeven. In dit hoofdstuk zijn achtereenvolgens het onderzoekstype, het onderzoeksontwerp, de onderzoekspopulatie en de onderzoeksperiode beschreven. Het belangrijkste deel van dit hoofdstuk zijn de gegevensverzameling en de gegevensanalyse. Verder worden ook de betrouwbaarheid en validiteit, de juridische en ethische aspecten, de wijze van rapportage, de begroting en de tijdsplanning beschreven.*

### 2.1. Onderzoekstype en onderzoeksontwerp

Om de informatie te verkrijgen die antwoord geeft op de hoofdvraag van het onderzoek zijn twee onderzoeken uitgevoerd. Een observatieonderzoek en een waarden en normen onderzoek. Onder observatie wordt verstaan: “De systematische waarneming van bepaalde gedragingen van personen” (Verhoeven, 2010). Met gedragingen wordt al het gedrag bedoeld wat voor het onderzoek interessant is. Aan de hand van een gestandaardiseerde observatielijst zijn gedragingen geteld. Deze manier van observeren wordt event-sampling genoemd. Hiermee zijn getalsmatige gegevens verkregen. Deze gegevens zijn kwantitatief geanalyseerd. Tijdens de observatie konden de zorgvragers de observanten zien zitten. De observanten participeerden niet tijdens de maaltijd.

Zowel het observatieonderzoek en het normen en waarden onderzoek zijn kwantitatief beschrijvende onderzoeken. De effecten van Fingerfood en de waarden en normen die bij Fingerfood een rol spelen zijn vastgelegd.

Bij het waarden en normen onderzoek is kwantitatief surveyonderzoek toegepast. Hiermee zijn de waarden en normen die een rol spelen bij het gebruik van Fingerfood in kaart gebracht. Er is voor een surveyonderzoek gekozen omdat de mening van een grote populatie werd gevraagd. Het onderzoek is gericht op de naasten en zorgverleners van alle zorgvragers die te maken krijgen met het Fingerfoodconcept.

### 2.2. Onderzoekspopulatie

In het observatieonderzoek zijn de te observeren personen van te voren geselecteerd. Alle zorgvragers wonen in het kleinschalig wonen van SVRZ. Er is gekozen om alleen zorgvragers te selecteren van de locatie Ter Schorre in Terneuzen. Dit is gedaan zodat alle observanten op dezelfde locatie konden observeren en dat was vooral praktisch met vervoer. De selectie is gebeurd op basis van ervaringen van de diëtiste en logopediste van SVRZ, locatie Ter Schorre en de ervaringen van verzorgenden. Hiervoor zijn een aantal inclusie en exclusie criteria opgesteld. De inclusiecriteria zijn dementie en problemen met het eten aan tafel of het eten met bestek. Dit kan zowel veroorzaakt worden door onrust als door problemen met de motoriek of cognitie (het niet meer herkennen van bestek). Een exclusie criterium is dat de zorgvragers geen slikproblemen hebben. Het aantal mensen dat geobserveerd werd hing af van het aantal mensen dat in aanmerking kwam. In totaal zijn vijf zorgvragers van de locatie Ter Schorre geselecteerd en geobserveerd. Deze vijf zorgvragers waren woonachtig op vier verschillende woningen.

In het waarden en normen onderzoek is een groep familieleden en een groep zorgverleners geselecteerd. De familieleden die zijn geselecteerd zijn eerste contactpersoon van de zorgvragers die woonachtig zijn binnen het kleinschalig wonen, locatie Ter Schorre. Alleen de contactpersonen van de zorgvragers van de woningen waar is geobserveerd zijn geselecteerd. Er is gekozen voor de eerste contactpersoon omdat deze het beste te bereiken zijn en het meest

betrokken zijn bij SVRZ. Omdat er op vier verschillende woningen wordt geobserveerd en er 6 mensen op een woning wonen, is de verwachte respons 24.

Naast de familieleden is een groep zorgverleners geselecteerd. De zorgverleners die zijn geselecteerd zijn werkzaam binnen het kleinschalig wonen van SVRZ, locatie Ter Schorre. De selectie is gedaan op twee manieren. De eerste groep zorgverleners is geselecteerd op de voorlichtingsbijeenkomst over Fingerfood. Deze is gehouden op 12 oktober 2012. Alle 16 zorgverleners die op de voorlichtingsbijeenkomst waren hebben de enquête ingevuld. De tweede groep bestond uit zorgverleners die werkzaam waren op de woningen op de dagen dat het observatieonderzoek werd uitgevoerd. Dit waren 19 zorgverleners. Samen met de eerste contactpersonen van de zorgvragers van de betreffende woningen vormen de zorgverleners de onderzoekspopulatie van het waarden en normenonderzoek.

### **2.3. Onderzoekperiode**

Het project loopt van week 37 tot en met week 5. Dit zijn totaal 18 weken. In kalenderweek 37 is de projectgroep gestart met de voorbereiding op de kennismaking met de opdrachtgever in kalenderweek 38. In kalenderweek 5 wordt het eindrapport aan de opdrachtgever gepresenteerd wat het einde van het project betekend.

### **2.4. Gegevensverzameling**

De observatie van de zorgvragers is uitgevoerd door de leden van de projectgroep. Van te voren is toestemming gevraagd voor het observeren aan de eerste contactpersoon van de zorgvrager. Dit is gebeurd door de eerste verantwoordelijke zorgverlener van de zorgvrager of door leden van de projectgroep.

Bij het observatieonderzoek is gebruik gemaakt van een gedeeltelijk gestructureerde observatielijst. Maar er is ook ruimte voor het invullen van gedrag wat opvalt en bij het onderwerp lijkt te horen maar niet op de lijst staat. Er is direct geobserveerd en onverhuld. De zorgvragers konden de observanten zien. Het was niet duidelijk of de zorgvragers ook begrepen waarvoor de observanten kwamen. De observanten participeerden niet tijdens de maaltijd.

Om het surveyonderzoek uit te voeren zijn drie enquêtes opgesteld. Er is één enquête afgenomen op voorlichtingsbijeenkomst van SVRZ aan de zorgverleners die daar aanwezig waren. Deze enquête bestond uit twaalf stellingen. De stellingen waren afwisselend positief en negatief gesteld. Bij iedere stelling zijn de volgende vijf keuzemogelijkheden mogelijk: Helemaal mee eens- mee eens- neutraal- mee oneens – helemaal mee oneens. De tweede enquête is afgenomen als evaluatie op de toepassing van het Fingerfoodconcept tijdens de observatiemomenten. De derde enquête is gericht op de naasten van de zorgvragers en bestaat uit tien stellingen, waarbij dezelfde antwoordmogelijkheden gelden als de enquête van de zorgverleners.

#### *2.4.1. Meetinstrumenten*

Het meetinstrument voor het observatieonderzoek is een observatielijst. Deze observatielijst is een gestandaardiseerde lijst met de te observeren onderwerpen of gedragingen. Vanuit de hoofdvraag zijn deelvragen geformuleerd. Naar aanleiding van deze deelvragen heeft een literatuurstudie plaatsgevonden. Met de verkregen gegevens uit de literatuurstudie zijn observatiepunten voor de observatielijst geformuleerd. Verder zijn onderwerpen voor de observatielijst aangedragen door zorgverleners en door experts als

de diëtiste en de logopediste.

Onderstaande punten zijn in de observatielijst binnen verschillende categorieën terug te vinden.

- Hoeveelheid eten wordt er genuttigd
- Wordt er eten gemorst
- Eten blijft op het bord
- Hoe gaat het eten naar de mond? Met de vingers of met bestek
- Blijft het eten in de mond
- Grootte van de hapjes/ stukken
- Genieten van eten
- Onrust
- Duur van de maaltijd
- Reacties van zorgvragers onderling op het eetgedrag
- Hoe wordt het bestek gebruikt

Het meetinstrument voor het waarden en normen onderzoek is een enquête. Op basis van gevonden informatie over het onderzoeksonderwerp zijn enquête vragen opgesteld. Onderwerpen die aan bod komen zijn gerelateerd aan waarden en normen. Zo is het bijvoorbeeld in Nederland een norm om te eten van een eigen bord. De waarde die hieraan kan worden verbonden is 'op een nette manier het eten naar de mond brengen, met bestek, zonder te knoeien'. Punten die hiermee in verband staan zijn de volgende:

- Zelfstandigheid van de zorgvragers
- Eigenwaarde van de zorgvragers
- Het eten met de vingers
- Hygiëne tijdens de maaltijd

#### *Enquête 1: gericht aan de zorgverleners*

De eerste enquête peilt de meningen van de zorgverleners betreffende Fingerfood. Deze is afgenomen bij de zorgverleners van het kleinschalig wonen binnen SVRZ. Er zijn hierbij twee groepen zorgverleners te onderscheiden. Allereerst de groep zorgverleners die aanwezig waren bij de voorlichtingsmiddag over Fingerfood binnen SVRZ. Als tweede de zorgverleners die de projectgroep hebben ontmoet op de woning waar het observatie onderzoek is uitgevoerd maar er nog niet is gegeten volgens het Fingerfoodconcept.

#### *Enquête 2: gericht aan de zorgverleners na toepassing van Fingerfood*

De tweede enquête is na de observatiemomenten met Fingerfood onder de zorgverleners gehouden en bestaat uit twee delen. Het eerste deel komt overeen met enquête 1 gericht aan de zorgverleners. Het tweede deel heeft als doel de meningen van de zorgverleners over het observatieonderzoek in kaart te brengen. In deel 2 van de enquête is er ruimte gegeven voor feedback. Dit deel van de enquête is toegespitst op de situatie. De enquête is bedoeld om na te gaan hoe de observatie en het Fingerfoodconcept zijn ervaren door de zorgverlener en om te peilen of er nog bijzonderheden zijn waarmee tijdens volgende observaties rekening gehouden moet worden.

#### *Enquête 3: gericht aan de contactpersonen van de zorgvragers*

De enquêtes gericht aan de contactpersonen van de zorgvragers bevatten stellingen over

waarden en normen ten aanzien van Fingerfood. Ook is aan het einde van de enquêtes de mogelijkheid gegeven om een opmerking/aanvulling te plaatsen.

De enquêtes die bestemd zijn voor de contactpersonen van de zorgvragers, zijn door de zorgverleners van de woningen uitgedeeld. De zorgverleners hebben zo veel als mogelijk duidelijk gemaakt wat het doel is van de enquête.

De observatielijst en de enquêtes zijn toegevoegd als bijlage.

## **2.5. Gegevensanalyse**

De resultaten van de observaties zijn kwantitatief geanalyseerd met behulp van het statistiekprogramma SPSS. De resultaten van het eten zonder bestek worden vergeleken met de resultaten van het eten met bestek. Mede op basis hiervan is een antwoord geformuleerd op de hoofdvraag van het onderzoek. De resultaten zijn in een discussie vergeleken met de gevonden resultaten uit de literatuur.

In het analyseplan staan de volgende vragen uitgewerkt. Deze vragen zijn geformuleerd op basis van de observatielijst.

1. Hoelang doet de zorgvrager gemiddeld over het eten van een gewone maaltijd en hoelang doet een zorgvrager gemiddeld over het eten van een fingerfood maaltijd?
2. Hoeveel eet de zorgvrager gemiddeld bij een gewone maaltijd en hoeveel eet de zorgvrager gemiddeld bij een fingerfood maaltijd?
3. Hoe vaak krijgt de zorgvrager gemiddeld hulp bij het eten van een gewone maaltijd en hoe vaak krijgt de zorgvrager gemiddeld hulp bij het eten van een fingerfood maaltijd?
4. Hoe vaak eet de zorgvrager gemiddeld met de vingers bij een gewone maaltijd en hoe vaak eet de zorgvrager gemiddeld met de vingers bij een fingerfood maaltijd?
5. Hoe vaak gebruikt de zorgvrager gemiddeld het bestek bij een gewone maaltijd en hoe vaak gebruikt de zorgvrager gemiddeld het bestek bij een fingerfood maaltijd?
6. Hoe vaak komt het eten gemiddeld niet in de mond terecht bij een gewone maaltijd en hoe vaak komt het eten gemiddeld niet in de mond terecht bij een fingerfood maaltijd?
7. Hoe vaak uit de zorgvrager zich gemiddeld positief bij een gewone maaltijd en hoe vaak uit de zorgvrager zich gemiddeld positief bij een fingerfood maaltijd?
8. Hoe vaak uit de zorgvrager zich gemiddeld negatief bij een gewone maaltijd en hoe vaak uit de zorgvrager zich gemiddeld negatief bij een fingerfood maaltijd?
9. Hoe vaak bijt de zorgvrager gemiddeld delen van de stukjes eten af bij een fingerfood maaltijd?

Ook de ingevulde enquêtes van het waarden en normen onderzoek zijn met het programma SPSS geanalyseerd. Er zijn twee codeboeken aangemaakt, namelijk een codeboek voor de gegevensverwerking van de enquêtes gehouden onder de zorgverleners en een codeboek voor de gegevensverwerking van de enquêtes gehouden onder de familie van de zorgvragers. De analyseopdrachten zijn van toepassing op beide codeboeken.

Er bestaan nauwelijks verschillen in uitkomsten tussen de groep zorgverleners die aanwezig zijn geweest op de voorlichtingsmiddag en de groep zorgverleners die NIET aanwezig zijn geweest op de voorlichtingsmiddag, maar benaderd tijdens het observatieonderzoek. Er is door de projectgroep besloten om geen onderscheid te maken tussen deze groepen op basis van reeds uitgevoerde analyse.

Er bestaan echter wel grote verschillen tussen de resultaten van de meningen van de zorgvragers en de meningen van de familie. Daarom is ervoor gekozen om deze resultaten te vergelijken.

Met behulp van tabellen zijn de meningen van de familieleden en zorgverleners inzichtelijk gemaakt.

## **2.6. Betrouwbaarheid en validiteit**

Om de betrouwbaarheid te vergroten is bij elke zorgvrager drie keer eten met bestek geobserveerd en drie keer eten zonder bestek. Dit is verdeeld over twee weken. In deze twee weken is er steeds hetzelfde gegeten bij het eten met bestek als bij het eten zonder bestek. Met als verschil dat bij het eten zonder bestek het eten geschikt is voor Fingerfood. De smaak moet zoveel als mogelijk hetzelfde zijn. Dit ook om de betrouwbaarheid te vergroten.

De observatielijst en de enquêtes zijn niet gevalideerd. Wel zijn de lijsten door zowel de begeleidende docent als de opdrachtgever goedgekeurd. Daarnaast is overeenstemming bereikt tussen de observanten over de te observeren gedragingen op de observatielijst. Het doel hiervan is dat de gedragingen hetzelfde zijn geobserveerd, dit om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen. Het onderzoek heeft vanwege de geringe populatie een beperkte generaliseerbaarheid. Daarnaast is het onderzoek intern valide omdat het gericht is op de instelling waarbinnen het onderzoek is uitgevoerd. De betrouwbaarheid wordt vergroot door het onderzoek controleerbaar te laten zijn. De validiteit wordt verhoogd doordat het onderzoek herhaalbaar is. Hiertoe zijn alle stappen van het onderzoek nauwkeurig beschreven.

## **2.7. Juridische en ethische aspecten**

Er is ook rekening gehouden met de ethische aspecten van het onderzoek. Hiertoe is vooraf toestemming gevraagd voor de observatie aan de contactpersoon van de zorgvrager. Ook is er om deze reden niet gefilmd tijdens de observatiemomenten. Daarnaast zijn de gegevens anoniem verzameld en verwerkt. Dit in verband met het geheimhouden van patiëntengegevens op basis van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

De ingevulde observatielijsten en enquêtes moeten voor een eventuele controle van de gegevens minimaal tien jaar bewaard worden. Dit wordt gedaan door de opdrachtgever.

## **2.8. Wijze van rapportage**

De ingevulde observatielijsten en enquêtes zijn geanalyseerd. De resultaten en conclusies zijn beschreven in hoofdstuk 4 en 5 van dit rapport. Beide hoofdstukken zijn verdeeld in twee delen en beschrijven apart de resultaten en de conclusie van het observatieonderzoek en het waarden en normen onderzoek.

Aan het einde van het project is een presentatie gegeven over de resultaten en de conclusies van het project.

### 3. Resultaten

*In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het project beschreven. De resultaten zijn verdeeld in het observatieonderzoek en het waarden en normenonderzoek.*

#### 3.1. Resultaten observatieonderzoek

Het observatieonderzoek is uitgevoerd in week 45 en 46. Bij de observaties is gebruik gemaakt van een gestandaardiseerde observatielijst. De ontwikkeling van deze lijst en de manier van observeren zijn beschreven in het hoofdstuk methoden. In de weergegeven grafieken en tabellen wordt het verschil duidelijk tussen de reguliere maaltijd met bestek en de maaltijd volgens het Fingerfoodconcept. De resultaten zijn in tabellen weergegeven en wanneer er opmerkelijke patronen te zien zijn, is een grafiek weergegeven. De resultaten zijn verdeeld per aspect van de maaltijd.

##### 3.1.1. Deelnemers observatieonderzoek

Aan het observatieonderzoek hebben vijf zorgvragers deelgenomen. De zorgvragers wonen verdeeld over vier woningen. Dit betekent dat er twee zorgvragers samen aan tafel zitten. De twee zorgvragers zaten tijdens het onderzoek ver van elkaar vandaan en konden elkaar nauwelijks zien. De overige drie zorgvragers waren de enige aan tafel in hun woning die het Fingerfood gebruikten. Er was in alle vijf gevallen geen sprake van kopieergedrag. Het nemen van hapjes was in alle gevallen afhankelijk van het eigen initiatief van de zorgvrager en de uitleg en motivatie die de zorgverlener zo nodig gaf.

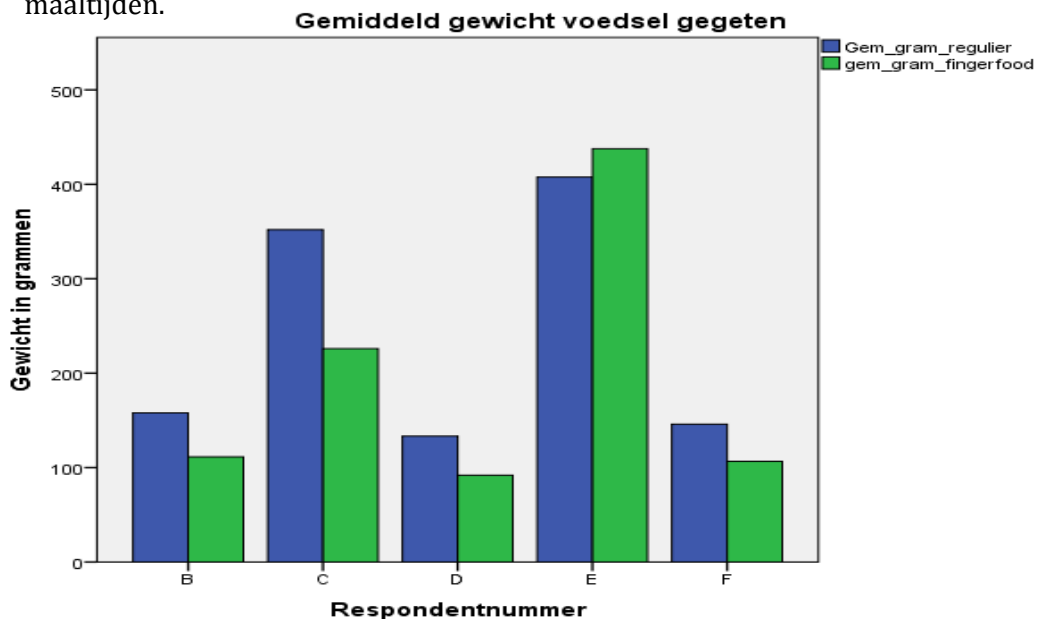
##### 3.1.2. Duur maaltijd

Zorgvrager	Gemiddelde benodigde tijd van drie reguliere maaltijden en drie Fingerfoodmaaltijden in minuten	
	Reguliere maaltijd	Fingerfood maaltijd
<i>B</i>	17,7	31,7
<i>C</i>	36,7	31,7
<i>D</i>	27,0	31,7
<i>E</i>	17,3	19,3
<i>F</i>	33,3	21,7

Tabel 1 Duur maaltijd

### 3.1.3. Gemiddelde hoeveelheid genuttigd voedsel

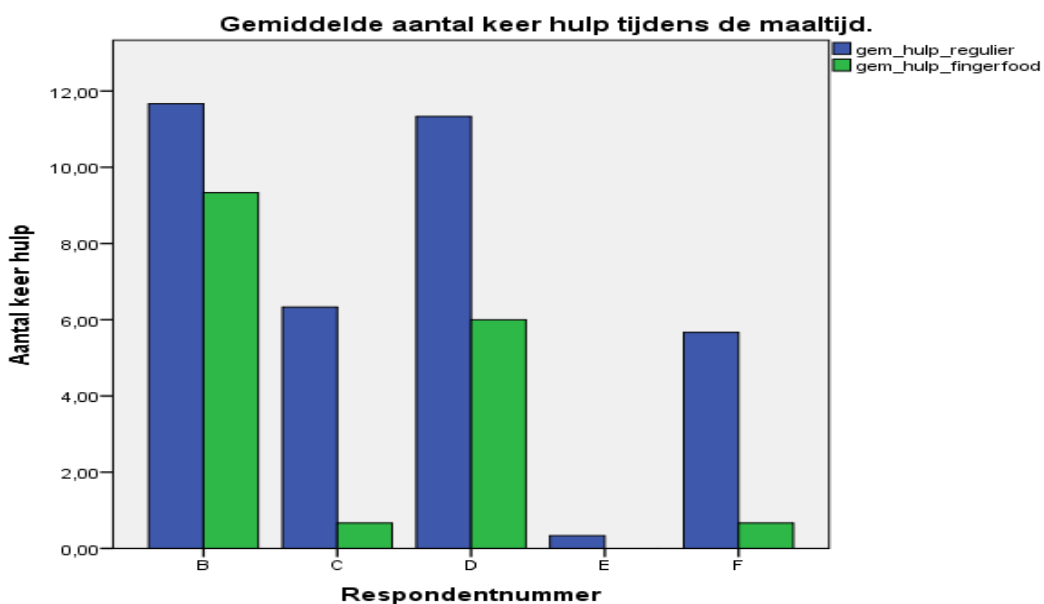
Voor alle respondenten geldt het gemiddelde gegeten voedsel per serie van drie maaltijden.



Grafiek 1 Gemiddelde hoeveelheid genuttigd voedsel

### 3.1.4. Hulp tijdens maaltijd

Binnen het observatieonderzoek is geobserveerd hoe vaak de zorgvrager hulp kreeg tijdens de maaltijd. In grafiek 2 is het aantal keer hulp inzichtelijk gemaakt.



Grafiek 2 Gemiddeld aantal keer hulp bij de maaltijd

Zoals uit grafiek 2 blijkt, krijgen alle vijf de respondenten gemiddeld minder hulp tijdens de maaltijd volgens het Fingerfoodconcept dan tijdens de reguliere maaltijd. Respondent D kreeg twaalf keer hulp bij de reguliere maaltijd en kreeg bij de Fingerfood maaltijd zes keer hulp. Respondent F kreeg bij de reguliere maaltijd zes keer hulp en bij de Fingerfood maaltijd gemiddeld minder dan één keer hulp. Het gemiddeld aantal keren

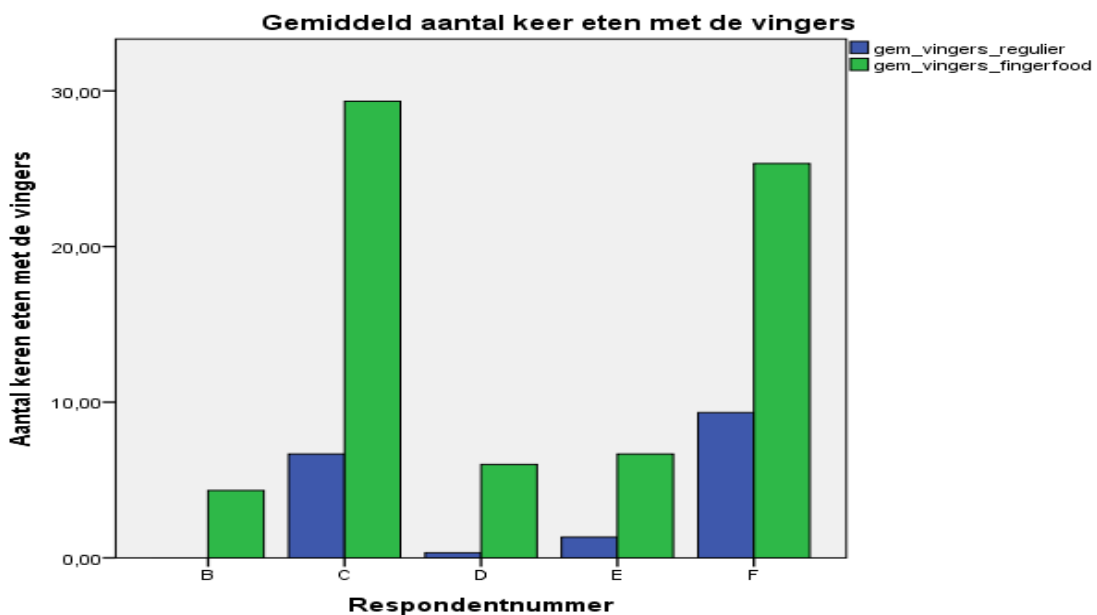
hulp van de zorgverleners tijdens de maaltijd is vergeleken met het gemiddeld aantal keer eten met de vingers van de zorgvragers. Dit is weergegeven in tabel 2.

Zorgvrager	Hulp tijdens de maaltijd (gemiddeld)		Eten met de vingers tijdens de maaltijd (gemiddeld)	
	Reguliere maaltijd	Maaltijd Fingerfood	Reguliere maaltijd	Maaltijd Fingerfood
B	11,7	9,3	0,0	4,3
C	6,3	0,7	6,7	29,3
D	11,3	6,0	0,3	6,0
E	0,3	0,0	1,3	6,7
F	5,7	0,7	9,3	25,3

Tabel 2 Vergelijking van het gemiddeld aantal keer hulp bij het eten met het gemiddeld aantal keer eten met de vingers

### 3.1.5. Eten met de vingers tijdens de maaltijd

Tijdens het observatieonderzoek is het aantal keer dat met de vingers gegeten is geobserveerd.



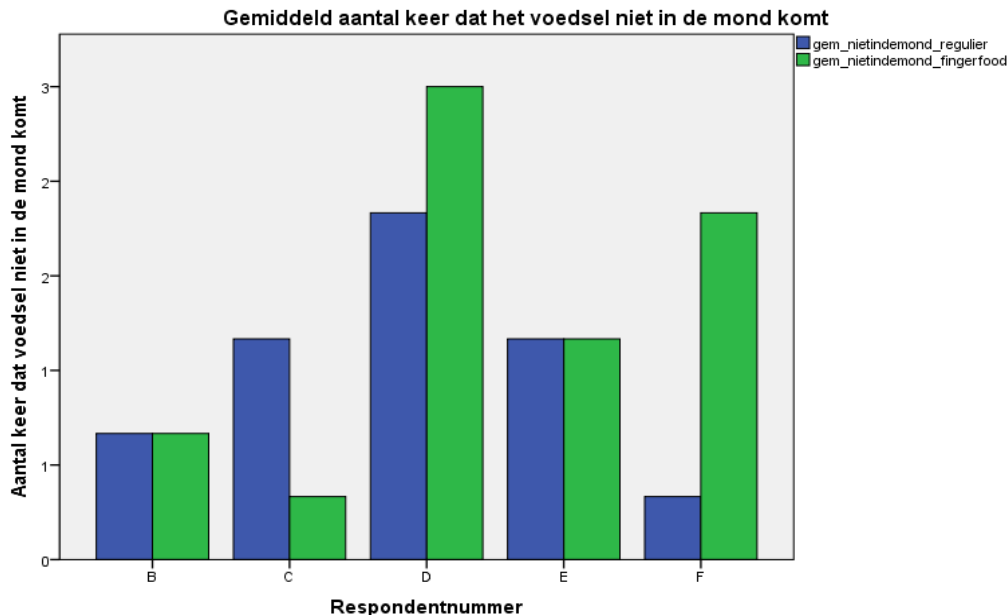
Grafiek 3 Gemiddeld aantal keer eten met de vingers

In de grafiek 3 is te zien dat vier van de vijf zorgvragers tijdens de reguliere maaltijd met de vingers at. Zorgvrager B at alleen bij de Fingerfoodmaaltijd met de vingers en deed dit gemiddeld 4 keer. Zorgvrager C at tijdens de reguliere maaltijd gemiddeld 7 keer met de vingers. Bij zorgvrager C is het aantal keren dat met de vingers werd gegeten tijdens de maaltijd volgens het Fingerfoodconcept verviervoudigd ten opzichte van de reguliere maaltijd. Zorgvrager D at gemiddeld 0,3 keer met de vingers bij een reguliere maaltijd en 6 keer tijdens de Fingerfoodmaaltijd. Er is een stijging te zien van 94,5%. Zorgvrager E at 1 keer met de vingers tijdens de reguliere maaltijd en 7 keer met de vingers tijdens de Fingerfoodmaaltijd. Zorgvrager F at 9 keer met de vingers tijdens de reguliere maaltijd en 25 keer met de vingers tijdens de Fingerfoodmaaltijd. Voor zorgvrager E en F is de stijging respectievelijk 80% en 63%.



### 3.1.6. Voedsel wordt opgepakt maar komt niet in de mond

Grafiek 4 toont hoe vaak het voedsel gemiddeld niet in de mond terecht komt. Het gaat hierbij om momenten waarbij het voedsel wel wordt opgepakt maar niet in de mond komt. Ook zijn de redenen beschreven waarom het voedsel niet in de mond komt. Deze redenen zijn tijdens het observatieonderzoek waargenomen.



Grafiek 4 Gemiddeld aantal keer dat het voedsel niet in de mond komt

In grafiek 4 is te zien dat bij twee van de vijf respondenten (B,E) er bij beide maaltijden evenveel eten niet in de mond kwam. Bij twee andere respondenten (D,F) kwam er bij de maaltijd volgens het Fingerfoodconcept meer eten niet in de mond dan bij de reguliere maaltijd. Bij respondent C is het tegenovergestelde te zien. In dit geval neemt 'het eten dat niet in de mond komt', bij de maaltijd volgens het Fingerfoodconcept af.

#### Redenen dat het voedsel niet in de mond komt bij de reguliere maaltijd

- Pakt eten met mes en vork tegelijk en kijkt ernaar.
- Valt van de vork af (2x).
- Legt het naast het bord.
- Spelen met het eten/roeren in het eten.
- Kijkt naar bestek, er zit geen eten op het bestek.
- Haalt het van de vork af en prikt in het rond.
- Krijgt het eten niet op de vork.
- Knoeien (3x).
- Stopt het eten in het glas water.
- Krijgt het bestek niet naar de mond.

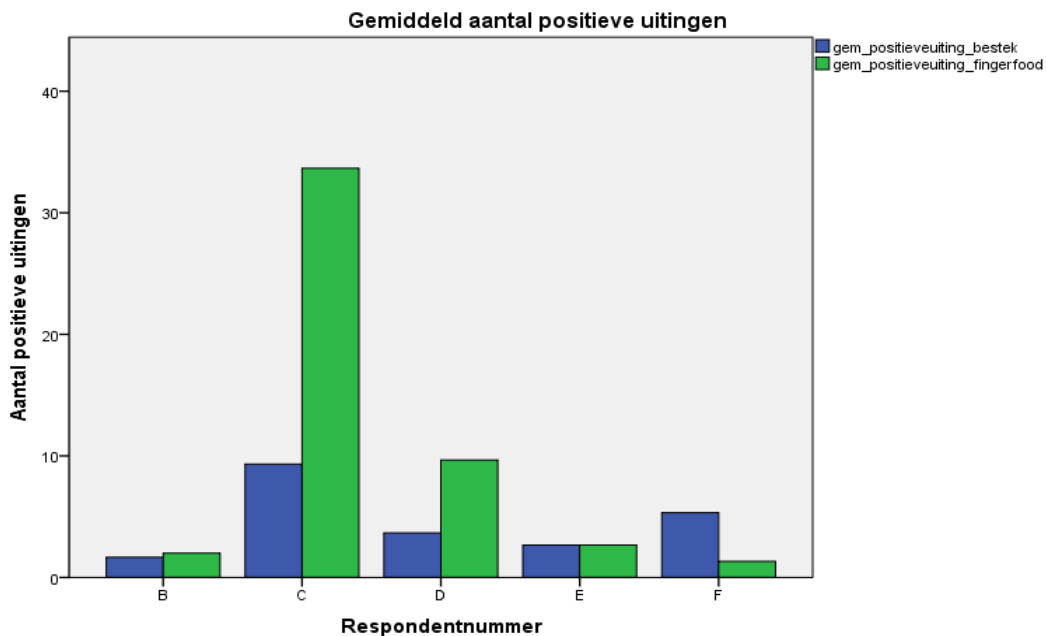
#### Redenen dat het voedsel niet in de mond komt bij de maaltijd volgens het Fingerfoodconcept

- Roert door het eten.
- Laat eten weer op het bord vallen.
- Laat het eten vallen.

- Heeft ook de vork vast.
- Stopt het in het servet (2x).
- Lijkt het niet te begrijpen.
- Legt het terug, niet herkenbaar.
- Legt het op tafel en vervolgens terug op het bord (2x).
- Het eten met vingers op de vork leggen (2x).

### 3.1.7. Positieve uitingen tijdens de maaltijd

Het observatieonderzoek heeft aandacht besteedt aan de non-verbale en verbale positieve uitingen. In grafiek 6 staat het aantal positieve uitingen vermeld.



Grafiek 6 Gemiddeld aantal positieve uitingen

Twee van de vijf zorgvragers (B,E) uiten zich tijdens de reguliere maaltijd en de maaltijd volgens het Fingerfoodconcept even positief. De zorgvragers C en D uiten zich tijdens de Fingerfood maaltijd positiever dan tijdens de reguliere maaltijd. Bij zorgvrager C is een stijging van 72% te zien als het gaat om positieve uitingen. De stijging is te zien tijdens de maaltijden volgens het Fingerfoodconcept. Voor zorgvrager D geldt een stijging van 62%. Het aantal positieve uitingen van zorgvrager F daalt met 25%. De positieve uitingen bestaan zowel uit verbale als non-verbale uitingen. Voorbeelden voor positieve verbale uitingen zijn “(het is) lekker”, “hmmm”, etc. Voorbeelden van non-verbale positieve uitingen zijn glimlachen en met de hand zwaaien naast het gezicht.

### 3.1.8. *Negatieve uitingen tijdens de maaltijd*

Naast de positieve uitingen tijdens de maaltijd zijn ook de negatieve uitingen tijdens de maaltijd geobserveerd. Het gemiddelde van de negatieve uitingen zijn in tabel 3 weergegeven. In de kolom verschil wordt aangegeven of het gemiddeld aantal negatieve uitingen is afgenomen of toegenomen. Voorbeelden van negatieve uitingen zijn het zeggen van bah, niet lekker, ik eet het niet.

<i>Zorgvrager</i>	<i>Gemiddeld aantal negatieve uitingen tijdens de Reguliere maaltijd</i>	<i>Gemiddeld aantal negatieve uitingen tijdens de Fingerfoodmaaltijd</i>	<i>Vershil (+/-)</i>
B	1,3	0,3	-
C	0,1	0,1	-
D	1,2	0,1	-
E	0,1	0,3	+
F	0,1	0,4	+

**Tabel 3** Toename of afname van het gemiddeld aantal negatieve uitingen tijdens de maaltijd

### 3.1.9. *Gemiddeld aantal keer dat er stukjes van het Fingerfood worden afgebeten*

Dit aspect is alleen geobserveerd tijdens de Fingerfoodmaaltijd. De resultaten laten zien hoe vaak er iets afgebeten is van het Fingerfood. Zo is te zien dat respondent B minder dan 1 keer een stukje af heeft gebeten van het Fingerfood. Respondent C beet tussen de 4 en 5 keer een stukje af van het voedsel. Respondent D deed dit 4 keer. Respondent E beet geen stukjes van het voedsel af. Respondent F beet tussen de 2 en 3 keer stukjes van het Fingerfood af.

### 3.2. Evaluatie observatieonderzoek

De evaluatie van het observatieonderzoek is gedaan door middel van enkele vragen in de vorm van een enquête. Dit is deel twee van de enquête gehouden onder de zorgverleners, zoals ook vermeld is in het hoofdstuk 'Methode'.

#### 3.2.1. Respondenten enquête zorgverlener deel 2

Er zijn vier observatielocaties gebruikt. Op iedere locatie is er op zes momenten geobserveerd. Dit zou betekenen dat er 24 evaluatie enquêtes ingevuld zouden moeten zijn. Er zijn in totaal 19 evaluatie enquêtes ingevuld. Dit valt te wijten aan het feit dat er op enkele momenten dezelfde zorgverleners aanwezig waren op de woningen. Iedere medewerker die aanwezig is geweest bij het observatieonderzoek heeft minimaal één evaluatie enquête ingevuld. Van de 19 ingevulde enquêtes zijn er 10 enquêtes ingevuld na observatie van reguliere maaltijd en 9 enquêtes na de observatie van Fingerfood.

#### 3.2.2. Sfeer tijdens maaltijden

Tijdens de observatie van de reguliere maaltijd is er twee maal aangegeven dat de sfeer rustig was. Er is zes maal ingevuld dat de sfeer hetzelfde was als altijd. Twee maal is aangegeven dat de sfeer onrustig was. De sfeer tijdens de observatie van de drie Fingerfood maaltijden was vergelijkbaar. De enige afwijking is dat er één keer 'onrust' is aangegeven.

De sfeer tijdens de maaltijden met de aanwezigheid van de observanten				
	Rust	Onrust	De sfeer was hetzelfde als altijd	Anders, namelijk*
Aantal malen in % tijdens observatie reguliere maaltijd (n=10)	20% (2)	20% (2)	60% (6)	0% (0)
Aantal malen in % tijdens observatie Fingerfood (n=9)	22,2% (2)	0% (0)	66,7% (6)	11,1% (1)
Totaal (n=19)	21,1% (4)	10,5% (2)	63,2% (12)	5,2% (1)

Tabel 4 De sfeer tijdens de maaltijden met de aanwezigheid van de observanten

\* Antwoord anders namelijk van 1 respondent: Sfeer was anders namelijk: in week 2 meer onrustig dan in week 1.

#### 3.2.3. Bereiden van Fingerfood

Het bereiden van Fingerfood is door negen zorgverleners beoordeeld. Drie hiervan hebben het Fingerfood niet zelf bereid, zes zorgverleners hebben daadwerkelijk Fingerfood bereid. Zoals in tabel 5 te zien is heeft één zorgverlener het bereiden als lastig ervaren, dat is 11% van de zorgverleners die het beoordeeld hebben. De anderen gaven aan het bereiden 'makkelijk' of 'hetzelfde als de reguliere maaltijd' ervaren te hebben.

Bereiden van Fingerfood				
	Niet gedaan	Makkelijk	Hetzelfde als reguliere maaltijd	Lastig
Mening in % na observatie Fingerfood maaltijd (n=9)	33% (3)	11% (1)	44% (4)	11% (1)

Tabel 5 Meningen van zorgverleners over het bereiden van Fingerfood

### 3.2.4. Benodigde tijd bereiden van Fingerfood

Deze vraag is door 9 zorgverleners ingevuld. Voor 2 van de 9 zorgvragers was deze vraag niet van toepassing omdat ze het Fingerfood niet zelf bereid hebben. Van de overige zorgverleners vonden 4 mensen het bereiden van Fingerfood meer tijd kosten dan het bereiden van de reguliere maaltijd. Dit is 44% van de zorgverleners die het beoordeeld hebben. De andere 3 zorgverleners vonden het bereiden van Fingerfood evenveel tijd in beslag nemen als het bereiden van de reguliere maaltijd.

<b>Bereiden van Fingerfood, tijd die het in beslag nam</b>				
	Niet gedaan	Koste minder tijd	Hetzelfde als reguliere maaltijd	Koste meer tijd
Mening in % na observatie Fingerfood maaltijd (n=9)	22% (2)	0% (0)	33% (3)	44% (4)

Tabel 6 Meningen over de tijd die het bereiden van Fingerfood in beslag nam

### 3.2.5. Ervaring eten van Fingerfood

De negen zorgverleners die de enquêtevraag hebben ingevuld na de observatie van het Fingerfood, hebben ieder een mening over de ervaring met het eten van Fingerfood door de zorgvragers. Positieve opmerkingen waren: "bewoner eet goed," "bewoner at prima," "bereiding is goed te doen," "nuttigen positief," "één cliënt at heel goed." Verder werd het volgende opgemerkt: "Als de zorgvrager beter hierdoor gaat eten is dit een voordeel." Er werd aangegeven dat een bewoner: "om bestek vroeg," "eet met vork," "at weinig met de vingers," "langzamere nuttiging," "geen aanstalten maakte om zelf te eten," "moet wennen." Verder werd opgemerkt dat: "het vlees te koud" en "bereiding wennen" was. Deze meningen kunnen gaan over dezelfde zorgvrager, omdat zorgvragers meerdere keren geobserveerd zijn. Tijdens deze observaties waren andere zorgverleners aanwezig die hun meningen hebben gegeven.

### 3.2.6. Aanvullingen en/of verbeterpunten

Na de observaties hebben vijf van de negentien zorgverleners een aanvulling en/of verbeterpunt aangegeven. Dit zijn de volgende:

- Blij met proberen Fingerfood
- Graag workshop Fingerfood koken
- Maaltijden goed aanpassen op Fingerfood, bijv. rosetjes in oven
- Tijd om te ontdekken welke maaltijden geschikt zijn voor Fingerfood
- Warm-houd bord

Deze aanvullingen en/of verbeterpunten zijn gegeven door zorgverleners die het Fingerfood daadwerkelijk hebben gezien. Het zijn daarom waardevolle punten en kunnen door de projectgroep worden meegenomen in de aanbevelingen.

### 3.3. Resultaten waarden en normenonderzoek

Het waarden en normenonderzoek is uitgevoerd in week 45 t/m 48. Bij het waarden en normenonderzoek is gebruik gemaakt van vooraf opgestelde enquêtes. De enquête van de zorgverleners bestond uit deel 1 en 2. Deel 1 zijn stellingen waarover een mening wordt gevraagd. Deel 2 is bedoeld als evaluatie voor het observatieonderzoek. De analyse van deel 2 van de enquête is verwerkt in hoofdstuk 3.2. Er bestaan verschillen tussen de resultaten van de meningen van de zorgvragers en de meningen van de familie. Daarom is ervoor gekozen om deze resultaten te vergelijken.

#### 3.3.1. Respondenten enquête zorgverleners

Bij de enquête onder de zorgverleners zijn er 37 respondenten. Er is een respons van 100%, omdat alle enquêtes persoonlijk overhandigd zijn. Van de respondenten zijn er vijfendertig zorgverleners, dat is 95%. Het overige deel van de respondenten zijn twee leden van de cliëntenraad, dat is 5%.

Het aantal respondenten is onder te verdelen in de zorgverleners die aanwezig waren op de voorlichtingsmiddag en zorgverleners die meegewerkt hebben aan het observatieonderzoek van Fingerfood. De meetgroepen van de zorgverleners zijn van vergelijkbare grootte, zie tabel 3.

Van deze enquêtes onder zorgverleners is in drie gevallen deel 1 niet ingevuld, maar wel deel 2. Dit komt doordat ze deel 1 al eerder hebben ingevuld. Dit komt in totaal neer op een respons van 34 in deel 1.

	Aantal	Percentage	Percentage totaal
Zorgverleners aanwezig op voorlichtingsmiddag	16	43,2%	43,2%
Zorgverleners die meegewerkt hebben aan Fingerfood	19	51,4%	51,4%
Andere functie aanwezig op voorlichtingsmiddag	2	100%	100%
Totaal	37	100%	

Tabel 7 Respondenten enquête zorgverleners

#### 3.3.2. Respondenten enquête familie en/of kennissen van zorgvragers

Bij de enquête onder de familie en/of kennissen van zorgvragers zijn er 23 respondenten van de 24. Dit is een respons van 96%. Alle enquêtes zijn ingevuld door familieleden van de zorgvragers. In de verdere resultaten wordt daarom gesproken over 'familie'. 20 familieleden hebben alle stellingen ingevuld. Stelling 3: "Eten met Fingerfood is onhygiënisch" is door 22 familieleden ingevuld. Eén familielid heeft alleen een opmerking ingevuld.

### 3.4. Resultaten deel 1 enquête zorgverleners en familie van de zorgvragers

De meningen van de zorgvragers en familie van de cliënten worden per stelling inzichtelijk gemaakt en vergeleken. De meningen van de groep 'functie anders' worden buiten beschouwing gelaten. Er zijn echter enkele stellingen die alleen voorkomen in de enquête gericht aan de zorgvragers of familie.

#### 3.4.1. Stelling1: 'Fingerfood heeft meerwaarde voor zorgvrager met dementie, die moeite heeft om te eten met bestek'

Zowel zorgverleners als familie zijn van mening dat Fingerfood een meerwaarde heeft voor de zorgvrager met dementie, die moeite heeft om te eten met bestek. 6,2% van de zorgverleners is het er noch mee eens noch mee oneens, de mening wordt aangegeven als 'neutraal'. Van de familie heeft 40% een neutrale mening.

Fingerfood heeft meerwaarde voor zorgvrager met dementie, die moeite heeft om te eten met bestek					
Meetgroep	Helemaal mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Helemaal mee oneens
Mening zorgverleners in % (n=32)	50,0 (16)	43,8 (14)	6,2 (2)	0,0 (0)	0,0 (0)
Mening functie anders in % (n=2)	50,0 (1)	50,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
Mening familie in % (n=20)	10,0% (2)	50,0% (10)	40,0% (8)	0,0% (0)	0,0% (0)
Totaal in % (n=54)	35,2 (19)	46,3 (25)	18,5 (10)	0,0 (0)	0,0 (0)

Tabel 8 Meningen van zorgverleners en familie over stelling 1

#### 3.4.2. Stelling 2: 'Fingerfood heeft meerwaarde voor zorgvrager met dementie, die moeite heeft om aan tafel te blijven t.g.v. bewegingsdrang'

Zowel de meningen van de zorgverleners als van de familie zijn bij deze stelling verdeeld. 37,5% van de zorgverleners is het eens met de stelling, tegenover 16,6% die het hier mee oneens is. De overige respondenten staan hier neutraal tegenover. Van de familie is 40% het eens met de stelling tegenover 15% die het hier mee oneens is. De overige 45% van de respondenten staat hier neutraal tegenover.

Fingerfood heeft meerwaarde voor zorgvrager met dementie die moeite heeft om aan tafel te blijven t.g.v. bewegingsdrang					
Meetgroep	Helemaal mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Helemaal mee oneens
Mening zorgverleners in % (n=32)	15,6 (5)	21,9 (7)	46,9 (15)	12,5 (4)	3,1 (1)
Mening functie anders in % (n=2)	50,0 (1)	50,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
Mening familie in % (n=20)	10,0 (2)	30,0 (6)	45,0 (9)	15,0 (3)	0,0 (0)
Totaal in % (n=54)	14,8(8)	25,9 (14)	44,4 (24)	13,0 (7)	1,9 (1)

Tabel 9 Meningen van zorgverleners en familie over stelling 2

### 3.4.3. Stelling 3 'Eten met de vingers is onhygiënisch'

Er is gevraagd naar de mening over de hygiëne tijdens het eten. Hierbij is de stelling 'Eten met de vingers is onhygiënisch'. De meningen van de zorgverleners zijn als volgt. 65,7% is het met deze stelling oneens tot helemaal oneens, tegenover 6,2% die het mee eens zijn met de stelling. De overige 28,1% zijn neutraal.

De meningen van de familie zijn verdeeld. Er zijn 8 mensen het oneens en 8 mensen eens met deze stelling. De overige 6 mensen zijn hierover neutraal.

Eten met de vingers is onhygiënisch					
Meetgroep	Helemaal mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Helemaal mee oneens
Mening zorgverleners in % (n=32)	0,0 (0)	6,2 (2)	28,1 (9)	43,8 (14)	21,9 (7)
Mening functie anders in % (n=2)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (2)	0,0 (0)
Mening familie in % (n=22)	18,2 (4)	18,2 (4)	27,3 (6)	31,8 (7)	4,5 (1)
Totaal in % (n=56)	7,1 (4)	10,7 (6)	26,8 (15)	41,1 (23)	14,3 (8)

Tabel 10 Meningen van zorgverleners en familie over stelling 3

### 3.4.4. Stelling 4: 'Fingerfood geeft zelfstandigheid terug aan zorgvrager'

Zowel de meerderheid van de zorgverleners als de familie van de zorgvragers, vindt dat Fingerfood zelfstandigheid teruggeeft aan de zorgvrager. 87,5% van de zorgverleners is het eens met deze stelling, de overige 12,5% is neutraal. Van de familie is de helft het eens met de stelling, 1 persoon is het oneens met de stelling, dit staat gelijk aan 5,0% van het totaal. De overige 45% is neutraal.

Fingerfood geeft zelfstandigheid terug aan zorgvrager					
Meetgroep	Helemaal mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Helemaal mee oneens
Mening zorgverleners in % (n=32)	46,9 (15)	40,6 (13)	12,5 (4)	0,0 (0)	0,0 (0)
Mening functie anders in % (n=2)	50,0 (1)	50,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
Mening familie in % (n=20)	10,0 (2)	40,0 (8)	45,0 (9)	5,0 (1)	0,0 (0)
Totaal in % (n=54)	33,3 (18)	40,7 (22)	24,1 (13)	1,9 (1)	0,0 (0)

Tabel 11 Meningen van zorgverleners en familie over stelling 4



3.4.5. *Stelling 5: 'Bereiden van Fingerfood neemt meer tijd in beslag dan het bereiden van regulier eten'*

Deze stelling m.b.t. het bereiden van Fingerfood is alleen voorgelegd aan de zorgverleners. De zorgverleners die aanwezig waren op de informatie middag en die meegewerkt hebben aan het observatieonderzoek, hebben allen deze vraag beantwoord. De evaluatie van het bereiden van Fingerfood is apart gemeten en te vinden in hoofdstuk 3.2. De meningen over deze stelling zijn verdeeld. 14 zorgverleners waren van mening dat de bereiding van Fingerfood meer tijd in beslag zou nemen dan het bereiden van regulier eten.

Bereiden van Fingerfood neemt meer tijd in beslag dan het bereiden van regulier eten					
Meetgroep	Helemaal mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Helemaal mee oneens
Mening zorgverleners in % (n=32)	6,2 (2)	37,5 (12)	28,1 (9)	25,0 (8)	3,1(1)
Mening functie anders in % (n=2)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (2)	0,0 (0)	0,0(0)
Totaal in % (n=34)	5,9 (2)	35,3 (12)	32,4 (11)	23,5 (8)	2,9(1)

Tabel 12 Meningen van zorgverleners en familie over stelling 5

3.4.6. *Stelling 6: 'Fingerfood geeft eigenwaarde terug aan zorgvrager'*

In totaal hebben 32 zorgverleners deze stelling beantwoordt. Hiervan waren 24 het eens met de stelling, oftewel 75%. 21,9% van de zorgverleners hebben deze stelling met neutraal beantwoord. Een zorgverlener was het oneens met de stelling. Van de familie was 50% het eens met deze stelling. 10% was het oneens met de stelling. De overige 40% heeft de stelling neutraal beantwoord.

Fingerfood geeft eigenwaarde terug aan zorgvrager					
Meetgroep	Helemaal mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Helemaal mee oneens
Mening zorgverleners in % (n=32)	34,4 (11)	40,6 (13)	21,9 (7)	3,1 (1)	0,0 (0)
Mening functie anders in % (n=2)	50,0 (1)	0,0 (0)	50,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)
Mening familie in % (n=20)	15,0 (3)	35,0 (7)	40,0 (8)	10,0 (2)	0,0 (0)
Totaal in % (n=54)	27,8 (15)	37,0 (20)	29,6 (16)	5,6 (3)	0,0 (0)

Tabel 13 Meningen van zorgverleners en familie over stelling 6

3.4.7. *Stelling 7: 'Het is voor mij vervelend om te zien dat zorgvragers bij mij aan tafel met de vingers eten.'*

Onder de zorgverleners is het merendeel van mening dat het geen vervelend idee is om de zorgvragers met de vingers te laten eten, namelijk 87,1%. Van de familie van de zorgvragers is 45% het oneens met deze stelling. Bij de familie is er 20% die het wel vervelend vinden dat de zorgvragers met de vingers eten, bij de zorgverleners is dit slechts 6,5%.

Het is voor mij vervelend om te zien dat zorgvragers bij mij aan tafel met de vingers eten.					
Meetgroep	Helemaal mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Helemaal mee oneens
Mening zorgverleners in % (n=31)	0,0 (0)	6,5 (2)	6,5 (2)	35,5 (11)	51,6 (16)
Mening functie anders in % (n=2)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (2)
Mening familie in % (n=20)	5,0 (1)	15,0 (3)	35,0 (7)	40,0 (8)	5,0 (1)
Totaal in % (n=53)	1,9 (1)	9,4 (5)	17,0 (9)	35,85 (19)	35,85 (19)

Tabel 14 Meningen van zorgverleners en familie over stelling 7

3.4.8. *Stelling 8: 'Het is eenmaal aangeleerd om met mes en vork te eten en dit moet zolang mogelijk vast worden gehouden'*

Bij deze stelling wordt duidelijk dat de familie meer voor het eten met bestek is dan de zorgverleners. 47,6% van de familie vindt dat het eten met bestek zo lang mogelijk behouden moet worden, tegenover 37,5% van de zorgverleners. 28,6% van de familie is van mening dat het eten met bestek niet gedwongen moet behouden worden. 31,3% van de zorgverleners deelt deze mening. De overige respondenten beoordelen deze stelling neutraal.

Het is eenmaal aangeleerd om met mes en vork te eten en dit moet zolang mogelijk vast worden gehouden					
Meetgroep	Helemaal mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Helemaal mee oneens
Mening zorgverleners in % (n=32)	3,1 (1)	34,4 (11)	31,2 (10)	21,9 (7)	9,4 (3)
Mening functie anders in % (n=2)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	50,0 (1)	50,0 (1)
Mening familie in % (n=21)	23,8 (5)	23,8 (5)	23,8 (5)	28,6 (6)	0,0 (0)
Totaal in % (n=55)	10,9 (6)	29,1 (16)	27,2 (15)	25,5 (14)	7,3 (4)

Tabel 15 Meningen van zorgverleners en familie over stelling 8

3.4.9. *Stelling 9: 'Met Fingerfood beslist de zorgvrager zelf het tempo en hoeveelheid van eten'*  
 87,5% van de zorgverleners vindt dat de zorgvrager door het gebruik van Fingerfood zelf beslist over het tempo en de hoeveelheid van het eten. Van de familie deelt 45% deze mening. 3,1% van de zorgverleners is het oneens met deze stelling, van de familie is dit 25%. De Overige respondenten hebben deze stelling neutraal beoordeeld.

Met Fingerfood beslist de zorgvrager zelf het tempo en hoeveelheid van eten					
Meetgroep	Helemaal mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Helemaal mee oneens
Mening zorgverleners in % (n=32)	40,6 (13)	46,9 (15)	9,4 (3)	3,1 (1)	0,0 (0)
Mening functie anders in % (n=2)	50,0 (1)	50,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
Mening familie in % (n=20)	20,0 (4)	25,0 (5)	30,0 (6)	25,0 (5)	0,0 (0)
Totaal in % (n=54)	41,2 (14)	47,1 (16)	8,8 (3)	2,9 (1)	0,0 (0)

Tabel 16 Meningen van zorgverleners en familie over stelling 9

3.4.10. *Stelling 10: 'Het is goed om mensen te laten eten volgens het Fingerfoodconcept, zodat ze de regie over het eten terugkrijgen'*

De groep zorgverleners heeft deze stelling vaker 'mee eens' beantwoordt dan de groep familieleden, 84,4% tegenover 45%. Onder de groep zorgverleners was de overige 15,6% neutraal gestemd. Bij de familie was 10% van de geënquêteerden het oneens met de stelling. De overige 45% was neutraal. De mening betreffende deze stelling is in combinatie met stelling 9 terug te vinden in de grafiek in hoofdstuk 3.4.11.

Het is goed om mensen te laten eten volgens het Fingerfoodconcept, zodat ze de regie over het eten terugkrijgen					
Meetgroep	Helemaal mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Helemaal mee oneens
Mening zorgverleners in % (n=32)	43,8 (14)	40,6 (13)	15,6 (5)	0,0 (0)	0,0 (0)
Mening functie anders in % (n=2)	100,0 (2)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
Mening familie in % (n=20)	25,0 (5)	20,0 (4)	45,0 (9)	10,0 (2)	0,0 (0)
Totaal in % (n=54)	47,1 (16)	38,2 (13)	14,7 (5)	0,0 (0)	0,0 (0)

Tabel 17 Meningen van zorgverleners en familie over stelling 10

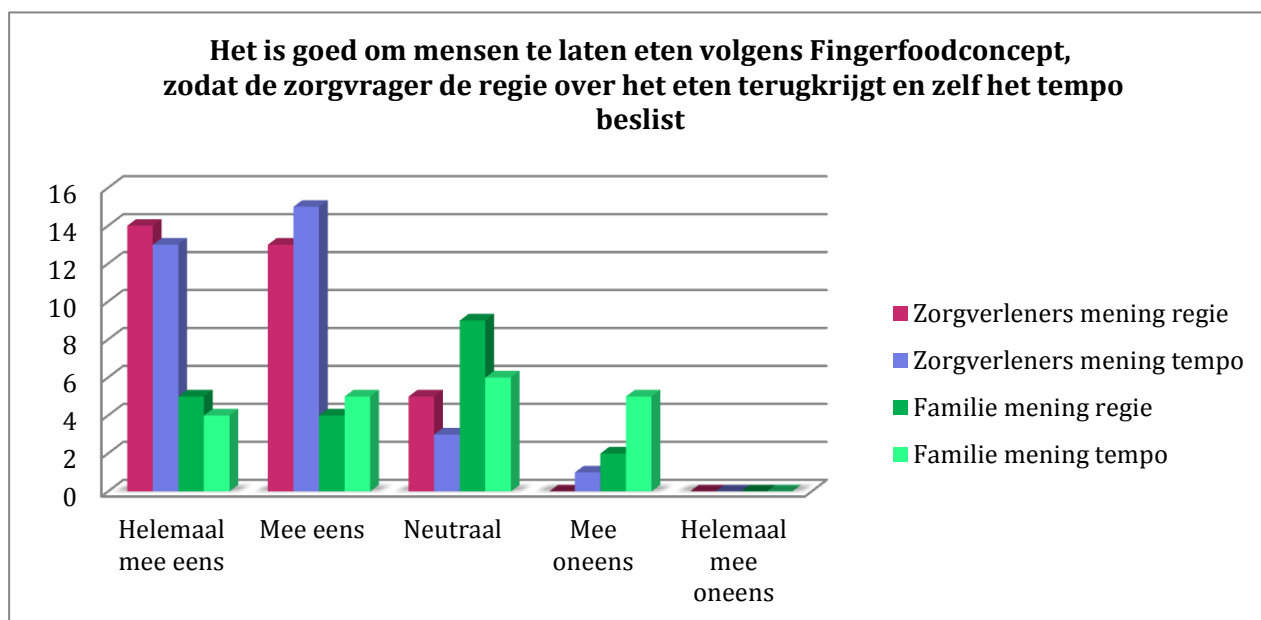
### 3.4.11. Totaaloverzicht zelfstandigheid, eigenwaarde, regie, tempo

Er wordt gesteld dat Fingerfood de zelfstandigheid en eigenwaarde bevordert. Ook wordt gesteld dat de zorgvrager die Fingerfood gebruikt de regie over de maaltijd behoudt en zelf het tempo bepaald. De meningen zijn gevraagd over deze punten, waarbij de vier punten afzonderlijk aan bod komen. De meningen over deze punten zijn samengevoegd en weergegeven in onderstaande tabel.

Meningen betreffende zelfstandigheid, eigenwaarde, regie, tempo					
Meetgroep	Helemaal mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Helemaal mee oneens
Mening zorgverleners (n=32)	14	15	3	0	0
Mening functie anders (n=2)	1	1	0	0	0
Mening familie (n=20)	1	9	9	1	0
Totaal (n=54)	16	25	12	1	0

Tabel 18 Meningen van zorgverleners en familie betreffende zelfstandigheid, eigenwaarde, regie en tempo

90,6% van de zorgverleners zijn het helemaal eens tot mee eens met de stellingen betreffende zelfstandigheid, eigenwaarde, regie en tempo. De overige 9,4% zijn neutraal. Van de familieleden is 50% het helemaal mee eens tot mee eens met de stellingen, tegenover 5% die het er mee oneens is. 45% van de ondervraagde familieleden hebben neutraal ingevuld.



Grafiek 7 Meningen van zorgverleners en familie over stelling 9 en 10

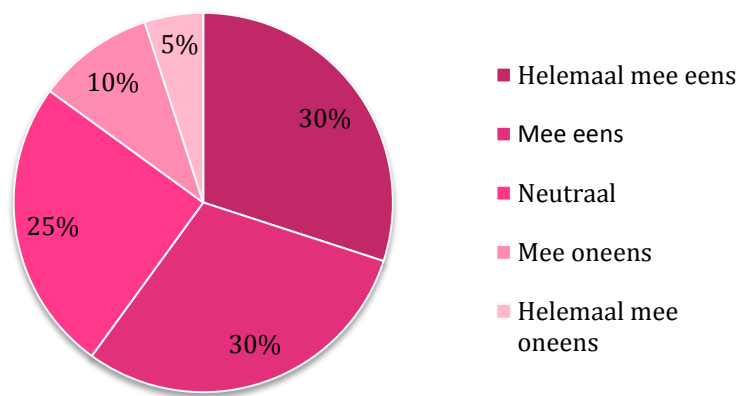
Stellingen 9 en 10 zijn in de bovenstaande grafiek inzichtelijk gemaakt. Zoals in bovenstaande grafiek te zien is, zijn de zorgverleners voor het overgrote deel van mening dat zowel de regie

van de zorgvrager als het tempo van het eten door de zorgvrager wordt bepaald bij het gebruik van Fingerfood. De meningen van de familie zijn daar en tegen deels eens en deels oneens.

#### 3.4.12. Invoering Fingerfood mening familie van zorgvragers

Onder de familie was er nog een andere vraag verwerkt in de enquête, namelijk of zij toestemming zouden geven wanneer de zorgvrager volgens het Fingerfoodconcept zou kunnen eten. In grafiek 8 is te zien dat meer dan de helft, 60%, het eens is met de stelling. 15% van de geënquêteerden gaven aan dat zij het oneens waren met deze stelling. De overige 25% was neutraal.

**Ik heb er geen probleem mee wanneer mijn familielid/kennis eet volgens het Fingerfoodconcept als hij/zij hiervoor in aanmerking komt**



Grafiek 8 Mening van familie over stelling 9

De ruimte voor opmerkingen is in totaal negen keer ingevuld. Vijf van de opmerkingen hebben betrekking op hygiëne. Dit zijn de volgende:

- Fingerfood kan een meerwaarde hebben, maar is niet geschikt voor mijn moeder. Zij houdt niet van vieze handen!
- Geen ervaring, is ook afhankelijk van de hygiëne
- Het Fingerfoodconcept spreekt mij wel aan indien eten met bestek onmogelijk is, er zal dan wel goed gekeken moeten worden naar hygiëne (handen wassen voor en na het eten).
- Ingevuld zonder ervaring te hebben met dit project. Zie vooral hygiëne, afhankelijk van de verplegenden/verzorgers.
- Wel goed handen wassen en alleen Fingerfood na overleg met familie.

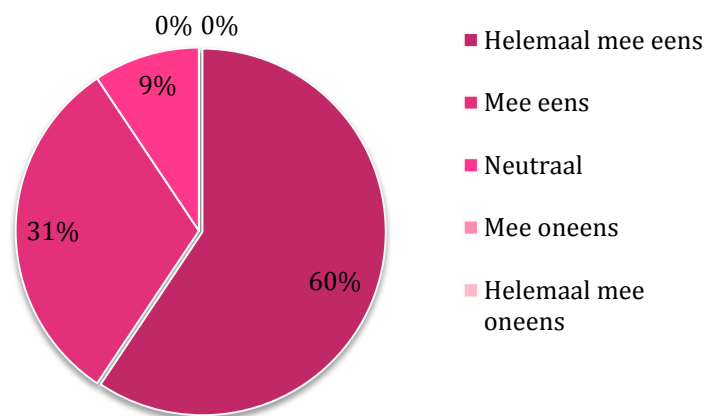
De overige opmerkingen hebben betrekking op de enquête zelf, het Fingerfood op zich en mensen met dementie in het algemeen. De overige opmerkingen zijn de volgende:

- Ik vind de vraagstelling te algemeen en de criteria niet helder genoeg
- Ik zou graag eens wat Fingerfood hapjes willen zien om inzicht te krijgen. Nu denk ik bij Fingerfood vaak aan koude hapjes.
- Mensen met dementie kennen geen mate meer
- Niet van toepassing voor ons

### 3.4.13. Invoering Fingerfoodconcept mening zorgverleners

Stellingen 11 en 12 zijn alleen aanwezig op de enquête gehouden onder de zorgverleners. Zij zijn namelijk degenen die in de dagelijkse praktijk te maken krijgen met de toepassing van Fingerfood. De stellingen betreffen de mogelijke invoering van het Fingerfoodconcept. *Stelling 11 luidt als volgt: 'Het is de moeite waard om het Fingerfoodconcept in te voeren'*. 91 procent van de zorgverleners is het eens met deze stelling. De overige 9% is neutraal. Dit is te zien in grafiek 9

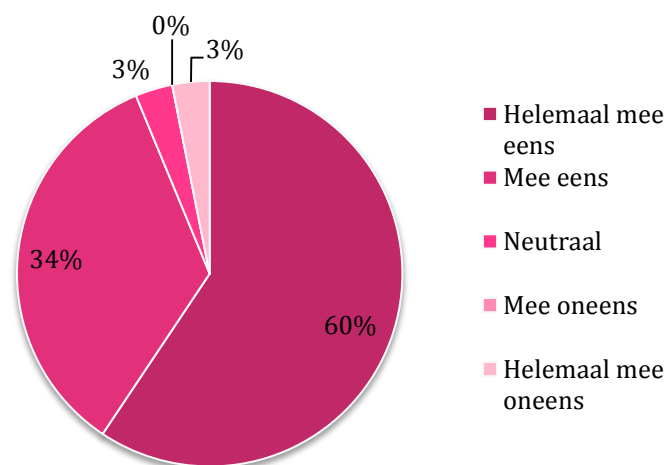
#### Het is de moeite waard om het Fingerfoodconcept in te voeren



Grafiek 9 Mening zorgverleners over stelling 11

3.4.14. *Stelling 12 luidt: 'Wanneer het Fingerfoodconcept wordt ingevoerd, zet ik mij hier voor in!'* 94% van de zorgverleners gaf aan het eens te zijn met deze stelling. 3% was het oneens met deze stelling, wat gelijk staat aan één zorgverlener. Een zorgverlener was neutraal.

#### 'Wanneer het Fingerfoodconcept wordt ingevoerd, zet ik mij hier voor in!'



Grafiek 10 Mening van zorgverleners over stelling 12

## 4. Discussie

*In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek nader verklaard onder andere met onderbouwing vanuit de literatuur. De discussie is verdeeld in het observatieonderzoek en het waarden en normenonderzoek.*

### 4.1. Discussie observatieonderzoek

#### *Tempo*

Uit de resultaten blijkt dat eten volgens het Fingerfoodconcept verschillende effecten heeft bij mensen met dementie. Over het algemeen ervaren de zorgvragers het eten volgens het Fingerfoodconcept positief en bevordert het de onafhankelijkheid. Sommige resultaten lijken dit tegen te spreken. Zo blijkt uit de resultaten van het onderzoek dat drie van de vijf respondenten langer doet over de maaltijd volgens het Fingerfoodconcept dan over de reguliere maaltijd. Uit een Nederlandse pilot over het Fingerfoodconcept blijkt dat zorgvragers langer aan tafel blijven zitten. Dit komt doordat zorgvragers het eigen tempo van de maaltijd kunnen bepalen (Duif, 2008). Dit gegeven komt overeen met de resultaten van het huidige onderzoek. Het zelf bepalen van het tempo van de maaltijd valt onder het behouden van de eigen regie (Sanchez, 2011). Bij de reguliere maaltijd werden de zorgvragers gevoed door zorgverleners. Tijdens de Fingerfood maaltijd aten de zorgvragers zelf. Dit kan ook verklaren waarom twee zorgvragers korter deden over de maaltijd. Wanneer een zorgvrager gevoed wordt door een zorgmedewerker kan het langer duren voordat iemand eten krijgt dan wanneer de zorgvrager zelf het tempo bepaald. In de praktijk betekent dit dat de maaltijd bij sommige mensen langer en bij andere mensen korter zal duren.

#### *Aantal keer hulp tijdens de maaltijd*

In het huidige onderzoek is te zien dat er een afname is van het aantal keer hulp per maaltijd wanneer er gegeten wordt volgens het Fingerfoodconcept. Dit gegeven is terug te vinden in de literatuur die beschikbaar is over het Fingerfoodconcept (Abrams, 2009; Crawley & Hocking, 2011; Duif, 2008; Lucic & Schibli, 2001; Newton & Stewart, 1999; Nocent & Martineau, 2011; Sanchez, 2011; Syme, 1995).

#### *Afname gemiddeld aantal grammen gegeten voedsel*

Iets soortgelijks kan gezegd worden over de hoeveelheid eten die genuttigd wordt. In de resultaten van het onderzoek is te zien dat zorgvragers minder eten. Uit eerder onderzoek blijkt dat mensen meer aten en aankwamen in gewicht (Ford, 1996; Jean, 1997; Soltesz & Dayton, 1993). Hiermee verschillen de resultaten uit de literatuurstudie van de resultaten uit het huidige onderzoek. Dit kan komen doordat zorgvragers nu zelf kunnen bepalen hoeveel er wordt gegeten. Tijdens het observeren van de reguliere maaltijd was te zien dat zorgvragers steeds hun mond open bleven doen als er een lepel voedsel aangereikt werd. Tijdens de Fingerfoodmaaltijd gaven de zorgvragers zelf aan genoeg te hebben door bijvoorbeeld het bord weg te schuiven. De langere of kortere duur van de maaltijd en het minder eten kan een teken zijn van eigen regie (Sanchez, 2011). Een andere reden voor de verminderde voedselinname tijdens de Fingerfoodmaaltijd kan zijn dat er niet altijd voldoende Fingerfood beschikbaar was. Het aantal gegeten voedsel in grammen is daarom niet helemaal betrouwbaar. Daarnaast was het Fingerfood tijdens de laatste Fingerfood maaltijd niet helemaal juist bereid en was daardoor niet consistent genoeg. Hierdoor kan het zijn dat de zorgvragers minder gegeten hebben. Wanneer iemand minder eet wil dit niet per definitie zeggen dat iemand ook te weinig eet. Daarom is het in de praktijk van belang om het gewicht en de voedselinname de eerste periode na het starten

van het Fingerfoodconcept te monitoren. Wanneer een persoon afvalt, moet overwogen worden om het Fingerfoodconcept te stoppen.

#### *Eten met de vingers*

Uit de resultaten van het observatieonderzoek blijkt verder dat zorgvragers gedurende de reguliere maaltijd ook al met de vingers eten. Uit de literatuur blijkt dat dit kan komen doordat de zorgvragers het bestek niet herkennen (Agency for Clinical Innovation, 2011; Crawley & Hocking, 2011; Fight Alzheimer's, Save Australia, 2010; Soltesz & Dayton, 1993). Hiermee wordt bevestigd dat het Fingerfoodconcept een oplossing zou kunnen zijn voor voedingsproblemen bij mensen met dementie.

#### *Gedeeltelijk eten volgens het Fingerfoodconcept*

Uit de resultaten blijkt dat er ook zorgvragers zijn die gedeeltelijk volgens het Fingerfoodconcept aten. Deze zorgvragers kregen het eten in de hand en brachten het zelf naar de mond. De zorgvrager kan dan zelf de grootte van de happen en het tempo bepalen. Zo behoudt de zorgvrager deels de eigen regie. In de literatuur is hier geen informatie over te vinden. Toch is het Fingerfoodconcept ook bij zorgvragers aan te raden die op deze manier eten omdat het de eigen regie versterkt.

#### *Knoeien*

De resultaten uit het onderzoek laten zien dat er bij de Fingerfoodmaaltijd vaker eten niet in de mond komt dan bij het eten met bestek. Hiervoor zijn twee mogelijke verklaringen. Als eerste worden de zorgvragers tijdens de reguliere maaltijd gevoed. Het eten wordt dan in de mond gebracht door de zorgverlener. Zo is de kans dat het eten niet in de mond komt klein. Bij de Fingerfoodmaaltijd eten de zorgvragers zelfstandig. Ook blijkt uit de literatuur dat door een verminderde motoriek het kan zijn dat voedsel niet in de mond terecht komt (Asselt & Bokhorst, 2012; Chang, 2012; Chang & Roberts, 2011; Department of Health Australia, 2011). Een tweede verklaring kan zijn dat de stukjes Fingerfood te groot zijn. Er is namelijk een verband te zien tussen de grootte van de stukjes en het gemiddeld aantal keer dat het voedsel niet in de mond komt bij het Fingerfoodconcept. Dit zou kunnen komen doordat bij het afhappen er stukjes Fingerfood vallen. De consistentie van het Fingerfood kan hierbij ook van belang zijn. Een voorbeeld hiervan is de derde Fingerfoodmaaltijd. Deze bestond uit macaronitaart. De macaronitaart was niet heel stevig en viel snel uit elkaar. In de praktijk betekent dit dat het Fingerfood consistent moet zijn.

#### *Positieve uitingen*

Uit het observatieonderzoek blijkt dat de zorgvragers zich positiever uiten tijdens de Fingerfoodmaaltijd dan tijdens de reguliere maaltijd. Dit blijkt ook uit de literatuur over het Fingerfoodconcept (Duif, 2008; Ford, 1996; Lucic & Schibli, 2001). Afhankelijkheid zorgt voor minder plezier tijdens de maaltijd (Genoea, Dupuis, Keller, Martin, Cassolato, & Eward, 2010). Met Fingerfood zijn mensen minder afhankelijk dus is het te verklaren dat de zorgvragers zich meer positief en minder negatief uiten.

#### *Sterke en zwakke kanten van het onderzoek*

Wat betreft het gehele onderzoek kan gezegd worden dat er sprake is van een kleine onderzoekspopulatie. Dit betekent dat de resultaten een beperkte generaliseerbaarheid hebben. Daarnaast is de observatielijst door de projectgroep ontwikkeld en is niet gevalideerd. Hierdoor kan het zijn dat bepaalde belangrijke aspecten niet geobserveerd zijn. De observaties zijn



uitgevoerd door vijf verschillende personen. Hierdoor kan het zijn dat bepaalde waarnemingen verschillend geïnterpreteerd en gescoord zijn. Met de gestandaardiseerde observatielijst is dit effect wel zo beperkt mogelijk gehouden. Een ander punt van discussie is het gebruik van de timers en weegschalen. Voor elke observant apart is een andere weegschaal en timer gebruikt. Verder was de laatste Fingerfoodmaaltijd, de macaronitaart, niet geschikt voor Fingerfood. De stukjes Fingerfood waren niet consistent genoeg. Dit kan betekenen dat mensen minder met hun vingers gegeten hebben of een verminderde voedselinname hadden.

#### **4.2. Discussie waarden en normen onderzoek**

Uit de resultaten van de evaluatie-enquête die gehouden is onder zorgverleners na het observeren van de maaltijden, bleek dat in slechts drie gevallen de sfeer onrustiger was dan anders. De onrust is te verklaren door de aanwezigheid van de observanten. Daarnaast zou het zo kunnen zijn dat er andere onrust factoren op de woning aanwezig zijn. Voorbeelden hiervan zijn bezoek of een onrustige zorgvrager.

In de evaluatie is door twee zorgverleners aangegeven dat “een zorgvager om bestek vroeg” en dat “een zorgvrager ontdaan” was. Door de meerdere reacties lijkt het of er meerdere zorgvragers geen raad wisten met het Fingerfood. Het gaat hier echter over dezelfde zorgvrager, maar tijdens een ander observatiemoment. Mogelijke oorzaken van deze reacties van de zorgverleners is het ontbreken van uitleg over Fingerfood. Andere verklaringen voor deze opmerkingen kunnen zijn dat de cliënt liever met bestek eet, dit nog niet verleerd is, of het ontbreken van motivatie om te eten.

##### *Betrouwbaarheid van de sfeer tijdens de maaltijd*

Er zijn observatiemomenten geweest waarbij er geen evaluatie enquête is ingevuld. Dit valt te wijten aan het feit dat er op verschillende observatiemomenten dezelfde zorgverleners aanwezig waren. Dit had wel moeten gebeuren. De totale sfeer kan nu niet beoordeeld kan worden. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat een zorgverlener één evaluatie enquête heeft ingevuld over drie dagen die rustig zijn verlopen. Terwijl een andere zorgverlener één evaluatie enquête heeft ingevuld over één dag die onrustig is verlopen. Deze zijn even zwaar gewogen. Dit maakt de uitkomst van het onderzoeksaspect ‘sfeer tijdens de maaltijd’ minder betrouwbaar.

##### *Geen onderscheid tussen de twee groepen zorgverleners*

In de afgenomen enquête onder zorgverleners is onderscheid gemaakt tussen de groep zorgverleners die aanwezig zijn geweest op de voorlichtingsmiddag en de groep zorgverleners die niet aanwezig zijn geweest op de voorlichtingsmiddag. De tweede groep zorgverleners is benaderd tijdens het observatieonderzoek. Uit de resultaten van het waarden en normenonderzoek blijkt dat er nauwelijks verschillen bestaan in resultaten van deze groepen. Daarom is door de projectgroep besloten om geen onderscheid te maken tussen deze groepen.

##### *Verskil tussen mening van zorgverleners en familie over hygiëne*

Een groot deel van de geënquêteerde familieleden, ten opzichte van de zorgverleners, geeft aan dat eten met de vingers onhygiënisch is. Ook is 20% van de geënquêteerde familieleden van mening dat het een vervelend idee is dat mensen met hun vingers eten. Dit staat tegenover 6,5% van de zorgverleners die deze mening delen. Dit verschil is mogelijk te verklaren door de werkervaring van de zorgverleners. Daarnaast hebben de zorgverleners een informatiemiddag aangeboden gekregen over Fingerfood. Ook hebben de zorgverleners het Fingerfood in de praktijk gezien.

In het waarden en normenonderzoek onder familie is er in 23,8% tot 45% van de gevallen voor 'neutraal' gekozen. Dit staat gelijk aan het hebben van geen mening. Een gebrek aan uitleg en motivatie over Fingerfood kan hiervoor een oorzaak zijn.

#### *Vergelijking resultaten met de literatuur*

Uit de literatuurstudie is gebleken dat de familie van zorgvragers met dementie de identiteit en waardigheid van de zorgvragers belangrijk vindt. Het is daarom van belang om tradities en gewoonten rondom maaltijden bij mensen met dementie zoveel mogelijk te behouden (Genoea, Dupuis, Keller, Martin, Cassolato, & Eward, 2010). Bijna de helft van de geënquêteerde familieleden geeft aan dat ze het belangrijk vinden om het eten met bestek vast te houden. Slechts 28% is het er niet mee eens dat bestek zo lang mogelijk dient vastgehouden te worden. Het waarden en normenonderzoek toont aan dat door familie en zorgverleners de waardigheid belangrijk wordt gevonden. Dit is gemeten met de term 'eigenwaarde'. Bijna 65% van de ondervraagden is van mening dat Fingerfood de eigenwaarde teruggeeft aan de zorgvrager. De resultaten van het onderzoek worden ondersteund door de literatuur.

## 5. Conclusie

*Dit hoofdstuk bevat de conclusie van het project. Deze conclusie is verdeeld in deelconclusies. Er is een conclusie van het observatieonderzoek en een conclusie van het waarden en normen onderzoek. Op basis van de deelconclusies is een eindconclusie geschreven die antwoord geeft op de hoofdvraag van het project.*

### 5.1. Conclusie observatieonderzoek

De hoofdvraag van het observatieonderzoek luidt als volgt: *“Wat zijn de effecten van eten volgens het Fingerfoodconcept bij mensen met dementie die geselecteerd zijn voor het eten volgens het Fingerfoodconcept?”*

Op basis van de resultaten beschreven in hoofdstuk drie kunnen een aantal conclusies getrokken worden. Uit het observatieonderzoek blijkt dat alle zorgvragers minder hulp kregen tijdens de maaltijd volgens het Fingerfoodconcept. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de zorgvragers dus onafhankelijker zijn wanneer deze eten volgens het Fingerfoodconcept. De eigen regie wordt zodoende in stand gehouden of versterkt.

Eén van de belangrijkste aspecten van het Fingerfoodconcept is óf de zorgvragers met de vingers eten. Het blijkt dat alle zorgvragers tijdens de maaltijd met de vingers hebben gegeten. Ook tijdens de reguliere maaltijd werd door meer dan de helft van de zorgvragers al regelmatig met de vingers gegeten terwijl er bestek aanwezig was. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het met de vingers eten voor zorgvragers niet vreemd is. Zorgvragers kozen hier namelijk zelf al voor terwijl er nog bestek aanwezig was.

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat wanneer de zorgvragers zelfstandig eten volgens het Fingerfoodconcept er gemiddeld meer eten niet in de mond dan wanneer de zorgvragers gevoed worden met bestek.

Uit de resultaten blijkt verder dat de zorgvragers zich tijdens de Fingerfoodmaaltijd gemiddeld positiever uitten dan tijdens de reguliere maaltijd. De negatieve uitingen waren bij beide maaltijden vrijwel nihil. Maar ondanks dat is er een afname te zien van negatieve uitingen tijdens de Fingerfoodmaaltijd. Zorgvragers genieten dus meer tijdens de Fingerfoodmaaltijd dan tijdens de reguliere maaltijd.

De grootte van de stukjes voedsel is bepalend voor het aantal keer dat er stukjes afgebeten worden van het Fingerfood. Er is een verband te zien tussen het aantal keer dat het voedsel niet in de mond komt en het aantal keer dat er stukjes afgebeten worden. Dit gaat gelijk op. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de grootte van de stukjes bepalend is voor het gemiddeld aantal keer dat het voedsel niet in de mond komt. Aandacht voor de grootte van de stukjes voedsel is dus van belang.

### 5.2. Conclusie waarden en normenonderzoek

De centrale vraag bij het waarden en normenonderzoek luidt als volgt: *‘In hoeverre spelen waarden en normen een rol bij de familie van de zorgvragers en de zorgverleners betreffende het Fingerfoodconcept?’*

Zowel de zorgverleners als familie van de zorgvragers zijn van mening dat Fingerfood een meerwaarde is voor de zorgvrager met dementie, die moeite heeft om te eten met bestek.

Zorgverleners en familie hebben minder vertrouwen in Fingerfood als oplossing voor voedingsproblemen als gevolg van onrust of bewegingsdrang. In de praktijk zal Fingerfood daarom eerder als oplossing voor voedingsproblemen, veroorzaakt door het herkennen of hanteren van bestek, worden gebruikt dan voor bewegingsdrang of onrust.

De familie van zorgvragers met dementie vinden zelfstandigheid en waardigheid voor mensen met dementie belangrijk. Zowel de zorgverleners als de familie vinden dat het Fingerfoodconcept de zelfstandigheid, eigenwaarde en eigen regie bevordert. De familie en de zorgverleners staan dus positief tegenover het Fingerfoodconcept maar het eten met bestek moet wel zo lang als mogelijk behouden blijven. Het gebruik van Fingerfood moet een weloverwogen besluit zijn. Hierbij moeten zorgverleners en andere disciplines in de zorg altijd in overleg met de familie het besluit nemen voor het gebruik van Fingerfood.

De hygiëne tijdens de maaltijd is een aandachtspunt. Zowel zorgverleners als familieleden vinden hygiëne een belangrijk punt. Vandaar dat goede uitleg over de hygiëne omtrent de maaltijd nodig is. Daarnaast moet de hygiëne worden gewaarborgd door de handen voor en na de maaltijd goed te wassen.

De zorgverleners zien de voordelen in van de toepassing van het Fingerfoodconcept. De zorgverleners zijn ook bereid zich in te zetten voor het Fingerfoodconcept. Een merendeel van de zorgverleners geeft aan dat het bereiden van Fingerfood meer tijd gaat kosten. Dit kan een belemmering zijn voor het invoeren van het Fingerfoodconcept.

Bij de familieleden van zorgvragers is een behoefte aan informatie over het Fingerfoodconcept. Het is belangrijk dat aan deze informatievraag wordt voldaan. Voornamelijk wanneer er toestemming gevraagd wordt aan familieleden van zorgvragers voor het toepassen van het Fingerfoodconcept.

### **5.3. Eindconclusie**

De eindconclusie vormt de beantwoording van de hoofdvraag van het project. Deze hoofdvraag omvat de beide onderzoeken. De hoofdvraag is als volgt: *In hoeverre heeft eten volgens het Fingerfoodconcept effect bij mensen met dementie en welke waarden en normen spelen hierbij een rol?*

Concluderend kan gezegd worden dat eten volgens het Fingerfoodconcept verschillende effecten heeft bij mensen met dementie. Over het algemeen ervaren de zorgvragers het eten volgens het Fingerfoodconcept positief en bevordert het de onafhankelijkheid. De zorgvragers genoten meer van de maaltijd bij gebruik van Fingerfood dan bij een reguliere maaltijd. Uit het onderzoek blijkt verder dat er aandacht nodig is voor de uitvoering van het Fingerfoodconcept. Een voorbeeld hiervan is de grootte van de stukjes voedsel. Het Fingerfood moet in stukjes voedsel worden aangeboden die in een keer in de mond passen of de stukjes voedsel moeten stevig genoeg zijn om af te bijten. Ook moet de aangeboden hoeveelheid Fingerfood overeen komen met de hoeveelheid voedsel die aangeboden zou worden zonder het gebruik van Fingerfood.

De belangrijkste waarden en normen die een rol spelen bij het gebruik van Fingerfood zijn de eigenwaarde van de zorgvrager, hygiëne en het eten met mes en vork. Zowel de zorgverleners als de familie zijn van mening dat het Fingerfoodconcept de zelfstandigheid, eigenwaarde en eigen regie bevordert. Bij het gebruik van Fingerfood moet er extra aandacht zijn voor de hygiëne. De zorgvrager zal voor en na de maaltijd zijn handen moeten wassen. Het gebruik van

Fingerfood moet een weloverwogen besluit zijn waarbij verschillende disciplines betrokken zijn. Daarnaast is toestemming van de familie erg belangrijk. Bij het vragen van toestemming zijn uitleg en informatie van groot belang.

## 6. Aanbevelingen

*Dit hoofdstuk bevat aanbevelingen op basis van gevonden resultaten en getrokken conclusies. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de literatuurstudie en op de uitgevoerde onderzoeken. Een aantal aanbevelingen is gericht op een mogelijke implementatie van het Fingerfoodconcept binnen SVRZ. De overige aanbevelingen richten zich op de praktische uitvoering van het Fingerfoodconcept.*

### 6.1. Implementatie

De paragraaf implementatie bevat een aantal aanbevelingen die het implementeren van het Fingerfoodconcept moeten bevorderen. Bij de implementatie van een innovatie zijn een aantal aspecten van belang. Een voorbeeld hiervan is hoe goed de innovatie aansluit bij de teams en de manier van werken van de teams. Achtereenvolgens komen aan bod: communicatie,

#### *Communicatie*

Bij implementatie van Fingerfood binnen SVRZ is een aantal aspecten belangrijk. Het is belangrijk dat bekend wordt dat het Fingerfoodconcept er is. Dit kan door het te vermelden in de nieuwsbrieven van de verschillende locatie van SVRZ. Ook kan de interventie op Forus vermeld worden. Daarnaast moeten de betrokken partijen persoonlijk op de hoogte worden gesteld met behulp van een mail of brief. De betrokken partijen zijn de verschillende disciplines als diëtiste, logopediste, verpleeghuisarts, persoonlijk begeleider en verzorgende, verder het expert team voeding genoemd. Ook de zorgvrager zelf en de vertegenwoordigers van de zorgvrager zijn betrokken partijen. De communicatie over het hoe en waarom van het Fingerfoodconcept is belangrijk voor de motivatie. Communiceer als eerste dat het Fingerfoodconcept bestaat en een mogelijke interventie is. Dit kan bijvoorbeeld door alle betrokken partijen een informatiebrief te sturen. In deze brief is duidelijk beschreven wat het Fingerfoodconcept is en wanneer het oplossing zou kunnen zijn. Om het Fingerfoodconcept voor het voetlicht te brengen is het aan te bevelen het Fingerfoodconcept toe te voegen aan de lijst met mogelijke interventies bij voedingsproblemen. Daarnaast is het belangrijk om te vermelden dat er een informatie en uitvoeringsprotocol is en waar dat te vinden is. Dit protocol moet aan alle betrokken, zorgverlenende, partijen worden aangeboden wanneer er gestart wordt met het Fingerfoodconcept. Meer informatie over het protocol volgt verder onder het kopje 'protocol'.

#### *Contactpersoon Fingerfood*

Het Fingerfoodconcept is een nieuwe interventie. Het kan daarom zijn dat een team bij het invoeren van de interventie verschillende vragen heeft. Dit kan de uitvoering van de interventie belemmeren of vertragen. Het team moet daarom de mogelijkheid hebben om snel iemand te kunnen benaderen wanneer er twijfels of vragen zijn. Het is belangrijk om een contactpersoon of verantwoordelijke voor het Fingerfoodconcept aan te stellen. Deze persoon is dan aanspreekpunt voor alle betrokken zorgverleners. Wanneer er belemmeringen zijn bij het invoeren van het Fingerfoodconcept kan deze contactpersoon benaderd worden om de problemen op te lossen. Het moet binnen heel de organisatie bekend zijn dat deze contactpersoon er is. Er kan ook voor gekozen worden om per locatie een contactpersoon Fingerfoodconcept aan te stellen. Wanneer de interventie wordt gestart op een woning moet de contactpersoon op de hoogte worden gebracht. Deze kan dan ook regelmatig informeren hoe het invoeringsproces verloopt en zo nodig aanwijzingen geven. Vermeldt de gegevens van deze persoon in de brief over de invoering van het Fingerfoodconcept, het protocol en bijvoorbeeld op Forus.

### *Teamgeest*

Bij het invoeren van een nieuwe interventie is het team van zorgverleners belangrijk. De teamgeest bepaalt mede of de interventie slaagt (Soltesz & Dayton, 1993). De teamgeest is van belang omdat het Fingerfoodconcept consequent moet worden toegepast. De zorgvrager raakt namelijk in verwarring wanneer deze de ene keer wel bestek en de andere keer geen bestek krijgt. Wanneer de teamleden enthousiast zijn en elkaar stimuleren zal het gewenningsproces gemakkelijker verlopen. Informatie is van belang om de teamleden gemotiveerd en enthousiast te maken voor de interventie. Daarnaast is een open cultuur binnen het team belangrijk. Binnen een open cultuur is vragen normaal en durven mensen elkaar aan te spreken op de uitvoering van de interventie.

### *Praktische Uitvoering*

Bij het uitvoeren van de interventie kunnen problemen ontstaan. Uit het evaluatiedeel van het observatieonderzoek blijkt bijvoorbeeld dat zorgverleners verwachten dat het bereiden van Fingerfood veel werk is. Dit is een vooroordeel maar het kan voor de zorgverleners een belemmering zijn om het Fingerfoodconcept te gaan toepassen. Het is daarom goed om naar zorgverleners te communiceren dat er verschillende handvatten en tips zijn voor het bereiden van Fingerfood. Het gaat hier met name om websites waar complete dagmenu's vermeld staan. Ook tips voor tussendoortjes en oplossingen voor bijvoorbeeld toetjes. De handvatten en tips zijn gericht op gemak. Verder is het koken volgens het Fingerfoodconcept ook een kwestie van wennen. Net zoals het pureren van voedsel even tijd kost, kost het bereiden van het Fingerfoodconcept soms even wat meer tijd. Het levert ook weer tijd op, wanneer de zorgvrager zelfstandig eet en niet geholpen hoeft te worden. Uit de literatuur blijkt dat het bereiden van Fingerfood niet meer tijd hoeft te kosten (Soltesz & Dayton, 1993). Door te communiceren over (mogelijke) problemen kunnen deze opgelost worden. De eerder genoemde teamgeest

### *Workshop*

Het is belangrijk om alle betrokken disciplines goed te informeren voordat de interventie toegepast wordt. Hiertoe wordt een cursus of workshop aanbevolen. Hierbij moet onderscheidt worden gemaakt tussen disciplines als de diëtiste en de logopediste en de verzorgenden op de woning.

Bij het waarden en normen onderzoek gaven de zorgverleners namelijk aan dat vooral de praktische uitvoering voor hen een probleem is. Besteedt daarom tijdens deze workshop of cursus voor het team op de woning, naast informatie over het Fingerfoodconcept in het algemeen, vooral aandacht aan de praktische uitvoering van het Fingerfoodconcept.

Logopedistes en diëtistes hebben waarschijnlijk een andere informatiebehoefte. Deze zal meer gericht zijn op de selectie van zorgvragers.

### *Protocol*

Om de implementatie van het Fingerfoodconcept te stimuleren wordt het opstellen van een protocol aanbevolen. Een protocol is namelijk geschikt als informatiebron voor de betrokken disciplines. Het dient op deze wijze als startpunt en uitgangspunt voor het Fingerfoodconcept. De betrokken partijen kunnen bij problemen terugvallen op het protocol. In het protocol staan ook de gegevens vermeldt van de contactpersoon 'Fingerfood'. Wanneer er na het lezen van het protocol nog vragen zijn kunnen deze aan de contactpersoon Fingerfood gesteld worden. De projectgroep doet een aantal aanbevelingen met betrekking tot de inhoud van het protocol.

- *Verschillende disciplines*  
De projectgroep adviseert om het protocol te richten op de verschillende disciplines. Wanneer de verschillende disciplines met hetzelfde protocol werken is overleg gemakkelijker. Verdeel het protocol in een algemeen deel en een discipline specifiek deel. Voor de diëtistes en logopedistes is meer informatie van belang met betrekking tot de selectie en voor de verzorgenden is meer praktische informatie van belang. Benoem in het protocol dat een besluit in onderling overleg met verschillende disciplines van belang is.
- *Algemeen*  
Begin het protocol met een uitleg over wat het Fingerfoodconcept precies. Gebruik hiervoor bijvoorbeeld de informatie uit het theoretisch kader van het eindrapport project 'Fingerfood'. Ook de bronnen die hierin vermeld staan kunnen worden gebruikt.
- *Selectie*  
Vervolg het protocol met richtlijnen voor de indicatie voor het Fingerfoodconcept. Beschrijf duidelijk welke zorgvragers met welke problemen in aanmerking komen voor het Fingerfoodconcept. Neem daarnaast de basisvoorwaarden op in het protocol.
  - Onrust of bewegingsdrang
  - Het niet meer goed kunnen eten met bestek als gevolg van het niet meer herkennen of niet meer kunnen hanteren van bestek
  - Geen slikklachten
  - De zorgvrager moet nog het besef hebben dat het eten naar de mond gebracht moet worden
- *Procedure*  
Om het Fingerfoodconcept te implementeren binnen SVRZ is het van belang dat een procedure wordt opgesteld. Deze procedure wordt in gang gezet bij elke zorgvrager die voor het Fingerfoodconcept in aanmerking komt. Het gebruik van het Fingerfoodconcept moet namelijk een weloverwogen besluit zijn. Om de besluitvorming goed te laten verlopen en geen stappen over te slaan is de procedure van belang. Bij het besluit om het Fingerfoodconcept toe te passen zijn meerdere disciplines betrokken. Het expert team voeding kan het initiatief nemen om het Fingerfoodconcept te proberen bij voedingsproblemen. Ook de familie kan het idee aandragen. Wanneer het Fingerfoodconcept als interventie genoemd is, is het bespreken met de verschillende disciplines van belang. Elke discipline kijkt naar de situatie vanuit het eigen zorggebied. Zo mag de zorgvrager geen slikklachten hebben. Want als de zorgvrager zelfstandig vast voedsel eet en slikproblemen heeft is de kans op verslikken groot. Om vast te stellen of een zorgvrager slikproblemen heeft is overleg met de logopediste van belang. Een basisvoorwaarde voor het Fingerfoodconcept is dat de zorgvrager nog het besef heeft dat het eten naar de mond gebracht moet worden. In latere stadia van het dementieproces is dit vaak niet meer zo. Als hier twijfels over bestaan kan een psychologe ingeschakeld worden. Verder zijn er geen strikte voorwaarden voor het Fingerfoodconcept. Als aan de basisvoorwaarden voldaan is, is de volgende stap het toestemming vragen aan de familie van de zorgvrager. Wanneer de eerste contactpersoon toestemming geeft, kan het eten volgens het Fingerfoodconcept beginnen. Daarna is het van belang om het team voor te bereiden op het toepassen van het Fingerfoodconcept met behulp van het protocol en



een informatiebijeenkomst. Daarnaast is het belangrijk om het Fingerfoodconcept op te nemen in het zorgplan.

- *Zorgplan*

Het is belangrijk dat het Fingerfoodconcept bij de start van de interventie wordt opgenomen in het zorgplan. Op deze manier kan gerapporteerd worden hoe het eten volgens het Fingerfoodconcept ervaren wordt door de zorgvrager en de zorgverlener. Op basis van deze rapportages vindt tijdens het multidisciplinair overleg (MDO) evaluatie plaats van de interventie 'Fingerfoodconcept'.

- *Handvatten toestemmingsgesprek familie van zorgvragers*

Het is aan te bevelen dat het protocol een aantal handvatten bevat voor het toestemming vragen aan de familie. Voor het toestemming vragen aan de contactpersoon van de zorgvrager is een speciale informatiebrochure en een persoonlijk gesprek aan te bevelen. De informatiebrochure bevat bij voorkeur kort informatie over wat het Fingerfoodconcept is, voor wie het bedoeld is en vooral hoe het zorgvragers kan helpen. Presenteer de informatie op een aantrekkelijke manier bijvoorbeeld met plaatjes van Fingerfood. Ook moet de tekst eenvoudig leesbaar zijn. Het vermelden van enkele websites voor meer informatie of de gegevens van een contactpersoon is ook aan te bevelen. Het persoonlijk gesprek richt zich op het hoe en waarom van het Fingerfoodconcept. Bij het motiveren van mensen is informatie belangrijk. Leg daarom vooral goed uit waarom het Fingerfoodconcept een oplossing kan zijn voor hun familielid of betrokkene. Gebruik hierbij praktische voorbeelden en laat zo als het ware zien hoe de zorgvrager de eigen regie weer terug kan krijgen met het Fingerfoodconcept. Uit literatuuronderzoek blijkt namelijk dat familie de eigen regie van een zorgvrager belangrijk vindt. Vraag na de uitleg over het Fingerfoodconcept toestemming voor het toepassen van de interventie. Wanneer een contactpersoon twijfelt, geef deze dan bedenktijd. Vertel de contactpersoon ook dat de interventie tijdens het MDO geëvalueerd wordt. De contactpersoon is hierbij meestal aanwezig en verkrijgt op deze manier een indruk hoe de interventie verloopt. Geeft altijd de mogelijkheid tot het stellen van vragen.

- *Praktische informatie*

Naast algemene informatie is het belangrijk dat het protocol praktische informatie bevat. De onderstaande websites bevatten informatie en praktische tips over het bereiden van Fingerfood.

- [http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents\\_info.php?documentID=1614&pageNumber=5](http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=1614&pageNumber=5)
- <http://www.cwt.org.uk/pdfs/EW-Old-Dementia-Practical-Resource.pdf>
- <http://www.health.vic.gov.au/dementia/strategies/finger-food.htm>

- *Randvoorwaarden*

De projectgroep adviseert om een aantal randvoorwaarden voor het gebruik van het Fingerfoodconcept op te nemen in het protocol. Deze handvatten kunnen gebruikt worden door de zorgverleners bij het toepassen van Fingerfood.

- Pas het Fingerfoodconcept consequent toe tijdens alle maaltijd en tussendoortjes om verwarring te voorkomen.

- Uit het observatieonderzoek blijkt dat bestek naast het bord, terwijl Fingerfood geserveerd wordt, verwarrend werkt. Dus geen bestek naast het bord.
- Uit het observatieonderzoek blijkt dat hapjes, om knoeien te voorkomen, klein moeten zijn en in één keer in de mond moeten passen. Er kan ook afgehaapt worden, maar dan moet het voedsel consistent genoeg zijn.
- Zorg voor voldoende aanbod van Fingerfood zodat iemand voldoende voedselinname kan hebben.
- Zorgvragers kunnen aangeven genoeg te hebben door bijvoorbeeld het bord weg te duwen. Respecteer deze grens zo veel mogelijk. De eigen regie is namelijk belangrijk bij het Fingerfoodconcept.
- Let op de hygiëne. Maak de vingers voor en na de maaltijd goed schoon.

Wanneer het protocol de bovenstaande informatie bevat is het geschikt als informatiebrochure en uitgangspunt voor alle disciplines die bij het Fingerfoodconcept betrokken zijn. Wanneer zorgverleners meer informatie wensen over het Fingerfoodconcept kan hiervoor het eindrapport van het project 'Fingerfood' gebruikt worden.

**6.2 Algemene aandachtspunten voor de maaltijd.** Er zijn een aantal algemene aandachtspunten met betrekking tot voeding bij mensen met dementie. Deze zijn niet specifiek voor het Fingerfoodconcept maar bevorderen wel het gebruik van het Fingerfoodconcept wanneer deze worden toegepast.

#### *Tafelbedekking*

Als eerste is het gebruik van placemats is af te raden. Placemats zijn namelijk niet herkenbaar voor mensen met dementie en leiden daarom van het eten af. Mensen met dementie leven vaak in het verleden. In het verleden werden placemats eigenlijk niet gebruikt. Vandaar dat mensen placemats niet herkennen. Hetzelfde geldt voor tafelkleden met prints. De prints op de tafelkleden leiden af maar zijn ook niet herkenbaar. In het verleden werd een effen tafelzeil gebruikt. Vandaar dat dit wordt aanbevolen als tafelbedekking.

#### *Ruimte*

Naast de tafelbedekking is de ruimte waarin gegeten wordt van belang. Een prikkelarme ruimte met zo weinig mogelijk geluid en afleiding wordt geadviseerd. Daarnaast moet de zorgvrager het overzicht in de ruimte kunnen hebben. Zo is het aan te bevelen dat de zorgvrager de deur ziet maar ook naar buiten kan kijken. Dit creëert namelijk rust. Ook een goede verlichting is belangrijk. De zorgvrager moet het eten goed op het bord kunnen zien liggen. Als het gaat om het presenteren van de maaltijd zijn er ook een aantal aanbevelingen.

#### *Serveren voedsel*

Serveer één bord of één gerecht tegelijk. Dit verhoogt de focus op het eten. Zorg met betrekking tot de focus en concentratie ook voor voldoende kleur en contrast op het bord. De zorgvrager ziet het eten zo beter en zal waarschijnlijk beter eten. Het eten moet voor de zorgvrager binnen handbereik zijn. De zorgvrager moet er geen moeite voor hoeven doen om het eten te bereiken. Wanneer het eten gemakkelijk te pakken is, stimuleert dit het voedingsproces. Als laatste is de temperatuur van het eten erg belangrijk. Het eten moet niet te warm en niet te koud zijn. Het warm houden van het eten kan bijvoorbeeld door middel van een warmhoudbord (Agency for

Clinical Innovation, 2011; Department of Health Australia, 2011; Fight Alzheimer's, Save Australia, 2010; Project Victorian Government, 2011; Victorian Government 2010).

### **6.3. Wat nog uit te voeren?**

Op basis van de bovenstaande informatie zijn er nog een aantal aan te bevelen acties. Als eerste het opstellen van het protocol voor de betrokken zorgverleners en een informatiebrochure voor contactpersonen van zorgvragers. Aanwijzingen voor het protocol en de informatiebrochure staan eerder beschreven in dit hoofdstuk. Naast het protocol en de informatiebrochure is het aanstellen van een contactpersoon 'Fingerfoodconcept' belangrijk. Deze persoon moet goed op de hoogte zijn van het Fingerfoodconcept en is bij voorkeur laagdrempelig en goed te bereiken. Deze contactpersoon kan ook verantwoordelijk worden voor de informatievoorziening aan de zorgverleners. Bijvoorbeeld door een workshop of cursus te organiseren. Deze informatiebijeenkomsten zijn speciaal gericht op zorgverleners die met het Fingerfoodconcept gaan werken. De inhoud richt zich naast informatie voornamelijk op de uitvoerbaarheid van het Fingerfoodconcept. Vervolgens is het aan te bevelen om het Fingerfoodconcept op te nemen in de standaardinterventies voor mensen met dementie en voedingsproblemen. Als laatste is het van belang om alle betrokken disciplines op de hoogte te brengen van het bestaan van het Fingerfoodconcept. Dit kan door nieuwsbrieven, vermelding op Forus en een persoonlijke mail naar de betrokken disciplines.

## 7. Bibliografie

Abrams, J. (2009). Belevingsgerichte zorg geconcretiseerd. *Denkbeeld*, 23 (6), 24-28.

Agency for Clinical Innovation. (2011). *Therapeutic Diet Specifications For Adult Inpatients*. Chatswood, Australia: ACI Nutrition Network.

Amella, E., & Lawrence, J. (2007). Eating and Feeding Issues in Older Adults with Dementia: Part I assessment. *Try this: Best practices in nursing care to older adults*.

Asselage, M., Amella, E., & Watson, R. (2011). State of the science: Alleviating mealtime difficulties in nursing home residents with dementia. *Nursing Outlook*, 210-214.

Asselt, D. v., & Bokhorst, M. (2012). Ondervoeding bij de geriatrische patiënt. *Informatorium voor voeding en diëtiëk*.

BTSG. (2012, maart 12). *CVA / dementie, omgaan met handelingsstoornissen - apraxie*. Opgeroepen op november 3, 2012, van [www.btsg.nl](http://www.btsg.nl):  
<http://www.btsg.nl/infobulletin/cva/cva%20handelingsstoornissen.html>

Chang. (2012). Prevalence and factors associated with feeding difficulty in institutionalized elderly with dementia in Taiwan. *The Journal of Nutrition, Health and aging*, 16 (3), 258-261.

Chang, C., & Roberts, B. (2011). Strategie for feeding patients with dementia. *American Journal of Nursing*, 36-44.

Crawley, H., & Hocking, E. (2011). *Eating well for older people with dementia*. Langley (UK): The Caroline Walker Trust.

Department of Health Australia. (2011). *About independence at meal sessions*. Opgeroepen op oktober 23, 2012, van [www.health.vic.gov.au](http://www.health.vic.gov.au):  
[http://www.health.vic.gov.au/agedcare/publications/wellforlife/wellforlife\\_s03.pdf](http://www.health.vic.gov.au/agedcare/publications/wellforlife/wellforlife_s03.pdf)

Deyn, P. d. (2004). *Dementie: medisch, psychosociaal, ethisch en preventief*. Den Haag: Kluwer.  
Duif, E. (2008). *Fingerfood: geen hulp meer nodig bij het eten*. Opgeroepen op oktober 24, 2012, van [www.innovatiekringdementie.nl](http://www.innovatiekringdementie.nl): <http://www.innovatiekringdementie.nl/ow/Artikel/Fingerfood-geen-hulp-meer-nodig-bij-het-eten.aspx>

Edahiro, A., Hirano, H., Yamada, R., Chiba, Y., Watanabe, Y., Tonogi, M., et al. (2012). Factors affecting independence in eating among elderly with Alzheimer's disease. *Geriatrics Gerontology*, 481-490.

Farlex. (2012, november 1). *Fingerfood*. Opgeroepen op november 14, 2012, van [www.thefreedictionary.com](http://www.thefreedictionary.com): <http://www.thefreedictionary.com/finger+food>

Fight Alzheimer's, Save Australia. (2010, november 2). *Nutrition*. Opgeroepen op oktober 26, 2012, van [www.fightdementia.org.au](http://www.fightdementia.org.au): <http://www.fightdementia.org.au/services/nutrition.aspx>

Ford, G. (1996). Putting feeding back into the hands of patients. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 35-39.

- Genoea, R., Dupuis, S. L., Keller, H., Martin, L., Cassolato, C., & Eward, H. G. (2010). Honouring identity through mealtimes in families living with dementia. *Journal of Aging Studies* , 181-193.
- Genuchten, S. v., & Kouwenoord, K. (2010). Voeding met dementie. *Informatorium voor voeding en dementie* .
- Grit, R. (2011). *Projectmanagement*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Groenewoud, J., Bosch, H. i., & Lange, J. d. (2009). *Omgaan met afweergedrag bij voeding van bewoners met dementie*. Opgeroepen op oktober 23, 2012, van [www.transitiesinzorg.nl](http://www.transitiesinzorg.nl): <http://www.transitiesinzorg.nl/files/afweergedrag-richtlijn-2009-1.pdf>
- Hilrich, O. (2006). *Definities* . Opgeroepen op oktober 4, 2012, van [www.universelebeschaving.nl](http://www.universelebeschaving.nl).
- Holm, B., & Söderhamn. (2003). Factors associated with nutritional status in a group of people in an early stage of dementia. *Clinical Nutrition* , 385-389.
- Hung, L., & Chaudhuryb, H. (2011). Exploring personhood in dining experiences of residents with dementia in long-term care facilities. *Journal of Aging Studies* , 25 (1), 1-12.
- Jean, L. (1997). Finger Food menu restores independence in dining. *Health Care Food and Nutrition Focus* , vol. 14, pp 4-6.
- Jonker, C., Slaets, J., & Verhey, F. (2009). *Handboek dementie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lucic S, S. D. (2001). Finger Food. Eating independently with pleasure again]. *Krankenpfl Soins Infirm*.
- Lucic, S., & Schibli, D. (2001). Finger Food. Eating independently with pleasure again]. *Krankenpfl Soins Infirm* .
- Newton, L., & Stewart, A. (1999). *Finger Foods for Independence: for people with Alzheimer's disease and other eating difficulties*. Adelaide: Creative State.
- Nocent, C., & Martineau, T. (2011). Finger foods, old-age and autonomy. *Soins Gerontol.* , 31-33.
- Parigia, A. D., Panza, F., Capurso, C., & Solfrizzi, V. (2006). Nutritional factors, cognitive decline, and dementia. *Brain Research Bulletin* , 1-19.
- Project, Victorian Government. (2011, mei 18). [www.health.vic.gov.au](http://www.health.vic.gov.au). Opgeroepen op november 3, 2012, van Fingerfood: <http://www.health.vic.gov.au/dementia/strategies/finger-food.htm>
- RIVM. (2007). *Dementie: prevalentie, incidentie en sterftecijfer naar leeftijd en geslacht* . Opgeroepen op oktober 31, 2012, van [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl): <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/dementie/cijfers-dementie-prevalentie-incidentie-en-sterfte-uit-de-vtv-2010/>
- Royers, T. (2012, augustus 27). *Participatie van familie*. Opgeroepen op september 27, 2012, van [www.vilans.nl](http://www.vilans.nl): <http://www.vilans.nl/Pub/Informatiecentrum/Informatiecentrum-participatie/Informatiecentrum-participatie-Misvattingen-rond-de-participatie-van-familie.html#>
- Sanchez, N. (2011, maart 31). *Foud for thought*. Opgeroepen op oktober 24, 2012, van Alzheimer's Society - Leading the fight against Dementia.: [http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents\\_info.php?documentID=1614&pageNumber=5](http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=1614&pageNumber=5)

Saunders, J., Smith, T., & Stroud, M. (2011). Malnutrition and undernutrition. *Medicine* , 39 (1), 45-50.

Segal-Gidana, F., Cherryb, D., Jones, R., Williams, B., Hewett, L., & Chodosh, J. (2008). Alzheimer's Disease Management Guideline: Update 2008. *Alzheimers and Dementia* , e51-e59.

Slaughter, S., Eliasziw, M., Morgan, D., & Drummond, N. (2010). Incidence and predictors of eating disability among nursing home residents with middle-stage dementia. *Clinical Nutrition* , 172-177.

Soltész, K. S., & Dayton, J. H. (1993). Fingerfoods help those with Alzheimer's maintain weight. *Journal of the American Dietetic Association* , 1106-1108.

SVRZ. (2010-2013). *Missie en strategie SVRZ*. Opgeroepen op september 25, 2012, van [www.svrz.nl](http://www.svrz.nl): <http://www.svrz.nl/documents/Tijd%20voor%20zorg%20DEF%202011.pdf>

Syme, S. (1995). Independence through fingerfood. *Contemporary nurse* .  
syndroom.org. (2012). *Wat is een syndroom?* Opgeroepen op november 14, 2012, van [www.syndroom.org](http://www.syndroom.org): [www.syndroom.org](http://www.syndroom.org)

Venturato, L. (2010). Dignity, dining and dialogue: reviewing the literature on quality of life for people with dementia. *International Journal of Older People Nursing* .

Verhoeven, N. (2010). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Onderwijs.

Victorian Government Project. (2010, mei). *Eating: checklist for positive experiences*. Opgeroepen op oktober 23, 2012, van [www.health.vic.gov.au](http://www.health.vic.gov.au):

<http://www.health.vic.gov.au/dementia/strategies/eating-checklist.htm>

Wind, A., Gussekloo, J., Vernooij-Dassen, M., Bouma, M., Boomsma, L., & Boukes, F. (2009). NHG-Standaard Dementie (Tweede herziening). *NHG- Standaarden voor de huisarts 2009* , 497-520.

## Bijlage 1 Observatieformulier

Deze observatielijst wordt gebruikt voor het observeren van zorgvragers met dementie die drie keer eten met bestek en drie keer volgens het 'Fingerfoodconcept'. Er wordt geobserveerd volgens 'event sampling'. De gedragingen op deze lijst worden geteld tijdens de maaltijd. De gedragingen zijn verdeeld per categorie. Als eerste wordt dikgedrukt de categorie genoemd. Daaronder volgen de gedragingen. Achter de gedragingen is ruimte om de gedragingen te turven. Wanneer gedrag opvalt wat niet op de lijst staat mag dit onderaan in de lege ruimte ingevuld worden.

Naam Zorgvrager:

Geboortedatum:

Naam Observant:

Datum:

Observatie met bestek:                      Dag 1    Dag 2    Dag 3

Observatie zonder bestek:                  Dag 1    Dag 2    Dag 3 (omcirkelen welke juist is)

### Algemeen:

1. Hoeveel eten wordt er genuttigd in grammen? ..... gr  
(Het eten vooraf en achteraf wegen met dezelfde keukenweegschaal)
2. Hoelang doet de cliënt over de maaltijd? ..... min  
(Vanaf het moment dat het eten aan de zorgvrager aangereikt wordt  
Tot het moment dat het eten op is of tot het restant verwijderd wordt.)

### Manier waarop het eten naar de mond gebracht wordt

1. De zorgvrager pakt met de vingers het eten en stopt dit in de mond  
..... totaal:
2. De zorgvrager pakt met de vingers het eten, maar dit komt niet in de mond  
Reden: .....  
..... totaal:
3. De zorgvrager pakt met bestek het eten en stopt dit in de mond  
..... totaal:
4. De zorgvrager pakt met bestek het eten, maar dit komt niet in de mond  
Reden: .....  
..... totaal:
5. Zorgvrager wordt geholpen, zorgmedewerker brengt eten naar de mond van de  
zorgvrager  
..... totaal:

### Wat doet de zorgvrager met het eten?

1. De zorgvrager slikt het eten door  
..... totaal:
2. De zorgvrager spuugt het eten uit  
..... totaal:
3. De zorgvrager haalt het eten met de vingers weer uit de mond  
..... totaal:
4. De zorgvrager laat het eten in de mond zitten, maar slikt dit niet door (hamsteren)  
..... totaal:

### **Mate waarin de zorgvrager van het eten lijkt te genieten**

1. De zorgvrager likt de vingers af  
..... totaal:
2. De zorgvrager lacht  
..... totaal:
3. De zorgvrager uit zich verbaal positief over de maaltijd (hmmm, lekker, heerlijk o.i.d.)  
.....
4. Zorgvrager toont ontspannen,  
..... totaal:
5. Zorgvrager uit zich verbaal negatief over de maaltijd (bah, niet lekker, ik eet het niet o.i.d.)  
..... totaal:
6. De zorgvrager wil dat er nog een keer opgeschept word  
..... totaal:
7. De zorgvrager duwt het bord van zich af  
..... totaal:
8. De zorgvrager zit met de vingers of het bestek aan het eten maar eet dit niet op.  
..... totaal:
9. Zorgvrager kijkt gespannen  
..... totaal:  
(hangende mondhoeken, onrustige, gejaagde blik)

### **Hulp van zorgverlener bij het eten**

1. De zorgverlener helpt de zorgvrager verbaal om te eten (uitleg en motivatie)  
..... totaal:
2. De zorgverlener helpt de zorgvrager non verbaal (bestek aangeven, hap geven)  
..... totaal:

### **Grootte van de stukjes eten**

1. De zorgverlener krijgt de stukjes voedsel niet in één keer in de mond  
..... totaal:
2. De zorgvrager hapt delen van de stukjes voedsel af.  
..... totaal:
3. De zorgvrager pakt met de vingers meerdere stukjes tegelijk en stop deze in de mond  
..... totaal:
4. De zorgvrager pakt met de vingers meerdere stukjes tegelijk, maar stopt ze niet tegelijk in de mond  
..... totaal:



## Bijlage 2 Enquêtes

### Enquête 1

Deze enquête is gericht aan de familie en/of kennissen van de zorgverleners van het kleinschalig wonen binnen SVRZ. Deze enquête is opgesteld om de meningen te peilen betreffende **Fingerfood**. Bij iedere stelling kunt u kiezen uit de volgende vijf antwoordmogelijkheden:

1. Helemaal mee eens
2. Mee eens
3. Neutraal
4. Mee oneens
5. Helemaal mee oneens

Zet een kruisje in het hokje bij het antwoord van uw keuze. Voorbeeld: 

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mocht u de verkeerde keuze hebben gemaakt, kleur dan het hokje geheel in en plaats een kruisje in het hokje van de juiste keuze. Voorbeeld: 

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stellingen:	1	2	3	4	5
1) Fingerfood heeft een meerwaarde voor een zorgvrager met dementie, die moeite heeft om te eten met bestek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Fingerfood heeft een meerwaarde voor een zorgvrager met dementie, die moeite heeft om aan tafel te blijven als gevolg van bewegingsdrang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Eten met de vingers is onhygiënisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Fingerfood geeft zelfstandigheid terug aan de zorgvrager.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Het is voor mij een vervelend idee dat zorgvragers met de vingers eten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Fingerfood geeft eigenwaarde terug aan de zorgvrager.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Het is eenmaal aangeleerd om met mes en vork te eten en er moet geprobeerd worden om dit zolang mogelijk vast te houden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Door het gebruik van Fingerfood beslist de zorgvrager zelf over het tempo en hoeveelheid van eten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Mijn familielid/kennis mag Fingerfood eten wanneer dit nodig is.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Het is goed om mensen te laten eten volgens het Fingerfoodconcept, zodat ze de regie over het eten terugkrijgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Het lijkt me een goed idee om het Fingerfoodconcept in te voeren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ruimte voor opmerkingen:

.....  
.....

Bedankt voor het invullen, namens de projectgroep 'Fingerfood' 2012-2013!!

*Judith Hoogendoorn, Mariël van Koeveringe, Klazine Tuinier Hanneke van der Werf, Willianne Weststrate*

## Enquête 2

**Deel 1:** Deze enquête is gericht aan de zorgverleners van het kleinschalig wonen binnen SVRZ, om de meningen te peilen betreffende Fingerfood. Bij iedere stelling kunt u kiezen uit de volgende vijf antwoordmogelijkheden:

1. Helemaal mee eens
2. Mee eens
3. Neutraal
4. Mee oneens
5. Helemaal mee oneens:

1 2 3 4 5

Zet een kruisje in het hokje bij het antwoord van uw keuze. Voorbeeld:

Mocht u de verkeerde keuze hebben gemaakt, kleur dan het hokje geheel in en plaats een kruisje in het hokje van de juiste keuze. Voorbeeld:

Stellingen: 1 2 3 4 5

- |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Fingerfood heeft een meerwaarde voor een zorgvrager met dementie, die moeite heeft om te eten met bestek.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Fingerfood heeft een meerwaarde voor een zorgvrager met dementie, die moeite heeft om aan tafel te blijven als gevolg van bewegingsdrang. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Eten met de vingers is onhygiënisch.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Fingerfood geeft zelfstandigheid terug aan de zorgvrager.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Het bereiden van Fingerfood neemt meer tijd in beslag dan bereiden van regulier eten.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Fingerfood geeft eigenwaarde terug aan de zorgvrager.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Het is voor mij vervelend om te zien dat zorgvragers aan tafel met de vingers eten.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Het is eenmaal aangeleerd om met mes en vork te eten en er moet geprobeerd worden om dit zolang mogelijk vast te houden.                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Door het gebruik van Fingerfood beslist de zorgvrager zelf over het tempo en hoeveelheid van eten.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) Het is goed om mensen te laten eten volgens het Fingerfoodconcept, zodat ze de regie over het eten terugkrijgen.                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) Het is de moeite waard om het Fingerfoodconcept in te voeren.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12) Wanneer het Fingerfoodconcept wordt ingevoerd, zet ik mij hier voor in!  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bedankt voor het invullen, namens de projectgroep 'Fingerfood' 2012-2013!!

*Judith Hoogendoorn, Mariël van Koeveringe, Klazine Tuinier Hanneke van der Werf, Willianne Weststrate*

### **'Observatie reguliere maaltijd'**

**Deel 2:** Deze enquête is bedoeld om het project soepel te laten verlopen en u de gelegenheid te geven om uw mening te geven. Enkele vragen aan u na de reguliere maaltijd, waarbij de observanten aanwezig waren.

1) Welke sfeer creëerde de aanwezigheid van de observanten onder de zorgvragers?

- Rust
- Onrust
- De sfeer was hetzelfde als altijd
- Anders, namelijk.....

2) Hebt u nog aanvullingen en/of verbeterpunten?

.....

### **'Observatie Fingerfood'**

**Deel 2:** Deze enquête is bedoeld om het project soepel te laten verlopen en u de gelegenheid te geven om uw mening te geven. Enkele vragen aan u na de maaltijd waarbij één of meerdere cliënt(en) aten volgens het Fingerfoodconcept.

1) Welke sfeer creëerde de aanwezigheid van de observanten onder de zorgvragers?

- Rust
- Onrust
- De sfeer was hetzelfde als altijd
- Anders, namelijk.....

2) Hoe vond u het bereiden van het Fingerfood? Streep door wat niet van toepassing is.

- Makkelijk / hetzelfde als de reguliere maaltijd/ lastig

3) Hoeveel tijd kostte het bereiden van Fingerfood? Streep door wat niet van toepassing is.

- Koste minder tijd / koste evenveel tijd / koste meer tijd dan bereiden van reguliere maaltijd.

4) Hoe hebt u het eten van Fingerfood door de zorgvragers ervaren? Denk aan zowel de bereiding als het nuttigen van Fingerfood.

.....

5) Hebt u nog aanvullingen en/of verbeterpunten?

.....

## Bijlage 3 Analyseplan observatieonderzoek

Om het observatieonderzoek te analyseren is er een analyseplan opgesteld. Hierin staan opdrachten die moeten worden uitgevoerd met SPSS. Aan de hand van de uitkomsten die het programma geeft, kunnen de gegevens van de observatielijsten geanalyseerd worden. Iedere opdracht moet uitgevoerd worden bij alle 5 de zorgvragers.

Vaste gegevens die als uitgangspunt dienen: vijf zorgvragers, drie observatie momenten bij reguliere maaltijd, drie observatiemoment bij Fingerfood.

Er wordt een gemiddelde genomen van de eerste drie dagen met bestek en een gemiddelde van de laatste drie dagen zonder bestek.

1. Hoelang doet de zorgvrager gemiddeld over het eten van een gewone maaltijd en hoelang doet een zorgvrager gemiddeld over het eten van een fingerfood maaltijd? Geef een overzichtelijke weergave in een tabel.

Voer de volgende stappen uit voor analyse van de lengte van de maaltijd:

- Transform – computevariabele – Target Variabele: Gem\_tijd\_reguliere\_maaltijd, Numuric Expression:  $(Tijd_1 + Tijd_2 + Tijd_3) / 3$  – ok
- Data – split file – kies voor: compare groups
- Analyse – descriptive statistics – descriptive – Variabele: Gem\_tijd\_reguliere\_maaltijd –  
Kies bij statistics voor de opties mean+st. dev. – continue – Ok
- Nu heb je de gemiddelde lengte van een reguliere maaltijd per zorgvrager. Doorloop de stappen nogmaals voor de gemiddelde lengte van een Fingerfood maaltijd te berekenen. Kies dan voor de Target Variabele: Gem\_tijd\_Fingerfood, Numuric Expression:  $(Tijd_4 + Tijd_5 + Tijd_6) / 3$

2. Hoeveel eet de zorgvrager gemiddeld bij een gewone maaltijd en hoeveel eet de zorgvrager gemiddeld bij een fingerfood maaltijd?
  - Compute twee nieuwe variabelen. Maak hierbij onderscheidt tussen reguliere maaltijd en Fingerfood. Doorloop de stappen van vraag 1. Kies voor Target Variabele: Gem\_hoeveelheid\_reguliere\_maaltijd en Gem\_hoeveelheid\_Fingerfood
  - Split file aan laten staan
  - Analyse – descriptive statistics – descriptive – Variabele: Gem\_hoeveelheid\_reguliere\_maaltijd  
Kies bij statistics voor de opties mean+st. dev. – continue – Ok
  - Doe dit ook voor de gemiddelde hoeveelheid Fingerfood

Compute ook nieuwe variabelen voor de volgende vragen. Doorloop steeds de stappen.

3. Hoe vaak krijgt de zorgvrager gemiddeld hulp bij het eten van een gewone maaltijd en hoe vaak krijgt de zorgvrager gemiddeld hulp bij het eten van een fingerfood maaltijd?
4. Hoe vaak eet de zorgvrager gemiddeld met de vingers bij een gewone maaltijd en hoe vaak eet de zorgvrager gemiddeld met de vingers bij een fingerfood maaltijd?

5. Hoe vaak gebruikt de zorgvrager gemiddeld het bestek bij een gewone maaltijd en hoe vaak gebruikt de zorgvrager gemiddeld het bestek bij een fingerfood maaltijd?
6. Hoe vaak komt het eten gemiddeld niet in de mond terecht bij een gewone maaltijd en hoe vaak komt het eten gemiddeld niet in de mond terecht bij een fingerfood maaltijd?
7. Hoe vaak uit de zorgvrager zich gemiddeld positief bij een gewone maaltijd en hoe vaak uit de zorgvrager zich gemiddeld positief bij een fingerfood maaltijd?

Neem voor de uiting 'positief' de variabelen ... samen

8. Hoe vaak uit de zorgvrager zich gemiddeld negatief bij een gewone maaltijd en hoe vaak uit de zorgvrager zich gemiddeld negatief bij een fingerfood maaltijd?

Neem voor de uiting 'negatief' de variabelen ... samen.

9. Hoe vaak bijt de zorgvrager gemiddeld delen van de stukjes eten af bij een fingerfood maaltijd?
10. Maak een overzichtelijke tabel waarin de gemiddeldes van de vragen in kolommen worden weergegeven. Zet de verschillende zorgvragers in de rijen. Op deze manier wordt inzichtelijk gemaakt of de zorgvrager hoofdzakelijk gebruik maakt van de vingers of bestek en wat de emotie hierbij is.

## Bijlage 4 Analyseplan waarden en normen onderzoek

De analyse van het waarden en normen onderzoek, gebeurt met behulp van SPSS. Er zijn twee codeboeken aangemaakt, namelijk een codeboek(1) voor de gegevensverwerking van de enquêtes gehouden onder de zorgverleners en een codeboek(2) voor de gegevensverwerking van de enquêtes gehouden onder de familie van de zorgvragers. De analyseopdrachten zijn van toepassing op beide codeboeken.

Er bestaan nauwelijks verschillen in uitkomsten tussen de groep zorgverleners die aanwezig zijn geweest op de voorlichtingsmiddag en de groep zorgverleners die NIET aanwezig zijn geweest op de voorlichtingsmiddag, maar benaderd tijdens het observatieonderzoek. Er is door de projectgroep besloten om geen onderscheid te maken tussen deze groepen op basis van reeds uitgevoerde analyse, zie pagina 5.

Er bestaan echter wel grote verschillen tussen de resultaten van de meningen van de zorgvragers en de meningen van de familie. Daarom is ervoor gekozen om deze resultaten te vergelijken.

1. Algemene zaken weergeven, ofwel de belangrijke aantallen.

Codeboek 1:

Voer de volgende stappen uit voor analyse functie en functie anders nl.:

analyse -discr. - frequenties - mean+st. dev - ok

Voer dezelfde stappen uit voor analyse van de meetgroep.

Codeboek 2:

Voer de volgende stappen uit voor de analyse van de doelgroep:

analyse -discr. - frequenties - mean+st. dev - ok

2. *Opdracht:* Per stelling en daarna per subschaal de gemiddeldes berekenen.

Analyse-descriptive-mean-ok

3. Stel subschalen samen. Maak nieuwe variabelen aan om een subschaal samen te stellen.

Doe dit in beide codeboeken.

Voer de volgende stappen uit: transform-compute-afkorting, alles aanklikken - ok

<b>Subschalen:</b>	<b>Bijbehorende vragen codeboek 2</b>	<b>Bijbehorende vragen codeboek 1</b>	<b>Som score</b>
Meerwaarde voor zorgvr. met dem. Die moeite heeft om met bestek te eten	1	1	5
Meerwaarde voor zorgvr. met dem. met bewegingsdrang	2	2	5
Normen en waarden: hygiëne, met mes en vork eten	3, 5, 7	3, 7, 8	15
Zelfstandigheid/eigenwaarde/ tempo/ regie	4, 6, 8, 10	4, 6, 9, 10	20
Ik heb er geen probleem mee/	9	11	5

Het is de moeite waard			
Praktijk: bereiding en inzet	-	5, 12	0/10

4. Geef de uitkomsten van de stellingen van codeboek 1 schematisch weer. Maak hierbij onderscheid in verschillende functies en verschillende meetgroepen. Verschil in verschillende functies/meetgroepen kan worden weergegeven in 'crosstab'.  
Voer de volgende stappen uit:

Analyse- descr. Stat.- crosstabs

Invullen:

Rows (meetgroep)

Collums: (stelling 1)

Laat ook de procenten zien. Kies bij 'Cells' coor de opties: Row, Collum, Total

Doe dit voor iedere vraag apart.

5. Geef de uitkomsten van de stellingen van codeboek 2 schematisch weer. De informatie kan overzichtelijk worden weergegeven in kruistabellen ('Crosstabs').  
Voer de volgende stappen uit:

Analyse- descr. Stat.- crosstabs

Invullen:

Rows: (meetgroep)

Collums: (stelling 1)

Laat ook de procenten zien. Kies bij 'Cells' coor de opties: Row, Collum, Total

6. Verwerk de gegevens in één tabel. Kies hierbij variabelen voor de rijen en kolommen die het beste passen in de tabel.

7. Maak vervolgens kruistabellen van de verschillende subschalen.  
Hier een overzichtelijke tabel van maken, zodat in één oogopslag de kern van de analyse duidelijk is.

8. Gegevens interpreteren.