

Voeding & Verslaving

Adviesplan voor het stimuleren van gezonde voeding bij mensen met een verslaving

Kim Vermeij en Sabrine Zewald
Juni 2012

de meeste
mensen
zijn andere
mensen

zoals
jij
pameijer

hou van het
denken
dat het
zou kunnen

stap
verder
pameijer

beweijst
verder
pameijer

beweijst
verder
pameijer

Voeding & Verslaving

Adviesplan voor het stimuleren van gezonde voeding bij mensen met een verslaving

Auteurs

Kim Vermeij
Russischestraat 22a
3028 BE Rotterdam
06-43448386
kim29689@hotmail.com
08022917

Sabrine Zewald
Jacob Catslaan 33
3445 XD Woerden
06-43566233
sabrine_zewald@hotmail.com
08019614

Rotterdam, juni 2012

De Haagse Hogeschool
Opleiding Voeding en Diëtetiek
Johanna Westerdijkplein 75
Den Haag
Tel. 070-4458300

DE HAAGSE
HOGESCHOOL

Docentbegeleiders

Karin Ploegh, 1^e begeleider
Rosemarijn de Jong, 2^e begeleider

Opdrachtgever

Pameijer, in opdracht van Mirjam Karsten
Strevelsweg 97
3073 DW Rotterdam

pameijer

Praktijkbegeleider

Wendy van der Vlies – Beneden

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie Voeding & Verslaving voor Pameijer, locatie BW Strevelswijk. Deze scriptie bevat een advies aan Pameijer met betrekking tot het stimuleren van gezonde voeding bij de bewoners van de Strevelswijk. Het rapport bevat een adviesplan ondersteund door literatuur- en kwalitatief onderzoek.

Tijdens dit onderzoek hebben wij de taken onder ons verdeeld, zodat wij beiden een even groot aandeel hebben geleverd. Bij het literatuuronderzoek hebben wij de onderwerpen apart uitgewerkt. De interviews zijn gezamenlijk afgenomen en apart van elkaar uitgewerkt. Alle stukken die apart van elkaar gemaakt zijn, zijn onderling uitgewisseld en gezamenlijk goedgekeurd. Verder hebben wij de scriptie samen geschreven.

Wij willen als laatste graag een aantal mensen bedanken. Allereerst willen wij de bewoners van de beschermd wonen locatie Strevelswijk prijzen voor de gastvrijheid en behulpzaamheid. Wij hebben het erg gewaardeerd dat jullie zo openlijk met ons wilden praten over wat jullie bezighield op voedingsgebied, maar ook over jullie privésituatie. Wij hebben serieuze gesprekken gevoerd, maar ook af en toe erg gelachen. Verder willen wij alle medewerkers, in het bijzonder onze begeleiders Mirjam Karsten en Wendy van der Vlies – Beneden bedanken voor hun adviezen en de tijd die ze voor ons namen. En natuurlijk de andere instellingen die bereid waren onze vragen te beantwoorden. Ook willen wij onze begeleidsters vanuit school, Karin Ploegh en Rosemarijn de Jong, bedanken voor hun deskundige feedback en tijd.

Als laatste willen wij onze familie, vrienden en medestudenten bedanken voor de steun die ze gegeven hebben en de afleiding die ze geboden hebben. Wij waarderen het heel erg dat jullie naar ons geluisterd hebben en voor ons klaar stonden.

Ik, Kim, wil graag Sabine bedanken voor de leuke tijd die wij samen hebben gehad tijdens het afstuderen. Ik heb er veel aan gehad om samen te werken, door de steun tijdens het maken van de opdracht. En daarnaast door de inzichten wanneer we in eerste instantie ergens niet uitkwamen. De samenwerking verliep goed en daar ben ik blij om.

En ik, Sabine, wil Kim bedanken dat ze het aangedurfd heeft om met mij samen te werken. Ik heb de samenwerking als heel erg positief ervaren en heb er ook heel veel aan gehad. We stonden allebei open voor tips en adviezen van de ander. Ik denk dat we hier samen een ervaring opgedaan hebben waar we nog heel lang wat aan hebben.

We hopen dat jullie net zo veel leren van dit rapport als wij gedaan hebben. Veel leesplezier.

Samenvatting

Bij Pameijer, locatie BW Strevelswijk is voeding een onderbelicht onderwerp, terwijl verslaving en andere psychiatrische problemen grote voedingskundige tekorten kunnen veroorzaken. Hierom zijn de voedingsproblemen met betrekking tot de verslavende middelen van de bewoners en de problemen op de locatie onderzocht. Daaruit worden adviezen met betrekking tot de gevonden voedingsproblemen geformuleerd. Hiermee wordt de kwaliteit van leven van de bewoners bevorderd.

Gedurende dit onderzoek is literatuur- en praktijkonderzoek gedaan. Voor het literatuuronderzoek is onder andere gezocht naar artikelen in verschillende databases. Het praktijkonderzoek bestond uit drie delen: half-gestructureerde interviews met vijf bewoners (inclusief voedingsanamnese), met vijf medewerkers en 15 gestructureerde interviews met vergelijkbare GGZ instellingen. De interviews met de bewoners en medewerkers zijn uitgewerkt door de van belang voor het onderzoek zijnde uitspraken in een ASE-model te zetten. De voedingsanamneses zijn berekend en geanalyseerd. De interviews met de instellingen zijn bestudeerd waarna adviezen zijn geformuleerd.

De resultaten uit het onderzoek naar zes meest gebruikte middelen (alcohol, amfetamine, cannabis, cocaïne, heroïne en tabak) zijn dat de meeste middelen ondervoeding en deficiënties veroorzaken. Ook kunnen er lichamelijke klachten ontstaan die een negatief effect hebben op de voedingstoestand. De voedingsanamneses lieten zien dat bijna alle nutriënten te weinig ingenomen werden. Uit de interviews met bewoners en medewerkers kwam dat de bewoners liever niet hun voedingsgeld inleveren en kennis missen over gezonde voeding. Wel werd door beide gezegd dat er mogelijkheden zijn om vaker gezamenlijk te eten en dat de kennis van de bewoners vergroot kan worden. Uit de interviews met de GGZ instellingen kwam dat ongeveer de helft hun bewoners verplicht hun eigen maaltijd laat verzorgen. Bij 11 van de 15 instellingen wordt voedingsgeld verstrekt. De instellingen hadden ideeën om gezonde voeding stimuleren, zoals het geven van voorlichting.

Uit het literatuuronderzoek bleek dat de zes middelen tekorten in de voeding en beschadigingen aan het lichaam kunnen veroorzaken. De voedingsanamneses geven dit ook aan. De ASE-modellen en de interviews met de andere instellingen laten kansen en barrières zien waarop de adviezen gebaseerd zijn. Dit kan de kwaliteit van leven van de bewoners verbeteren.

Een belangrijke verbetering van het gehele onderzoek is het anders rekruteren van bewoners voor de interviews. Ook zijn er bij de voedingsanamneses mogelijk sociaal wenselijke antwoorden over voeding gegeven. De praktische adviezen uit het plan zijn gebaseerd op informatie uit de interviews en daardoor niet wetenschappelijk onderbouwd. Het adviesplan is nog niet geïmplementeerd waardoor de verbetering van de kwaliteit van leven van de bewoners niet gecontroleerd kunnen worden.

Als eindproduct is een adviesplan opgesteld met voedingskundige en praktische aanbevelingen. De voedingskundige aanbevelingen zijn per middel opgedeeld. De belangrijkste voedingskundige aanbevelingen zijn het bestrijden van de symptomen van ondervoeding en een verminderde eetlust, wat vaak voorkomt bij gebruik van de verslavende middelen. Bij de praktische aanbevelingen zijn per barrière kansen beschreven. De belangrijkste praktische aanbevelingen liggen in het vergroten van de kennis van de bewoners en meer aandacht besteden aan gezamenlijk maaltijden.

Inhoudsopgave

Voorwoord

Samenvatting

Inleiding.....	1
1. Achtergrondinformatie Pameijer.....	3
2. Methoden	4
2.1 Literatuuronderzoek.....	4
2.2 Kwalitatief onderzoek.....	5
2.2.1 Interview bewoners	6
2.2.2 Interview medewerkers	7
2.2.3 Interview GGZ instellingen	8
2.2.4 Data-analyse	9
3. Resultaten	10
3.1 Resultaten literatuuronderzoek	10
3.1.1 Alcohol	11
3.1.2 Amfetamine	13
3.1.3 Cannabis.....	14
3.1.4 Cocaine.....	15
3.1.5 Heroïne	16
3.1.6 Tabak.....	18
3.1.7 Samenvatting literatuuronderzoek	20
3.2 Resultaten kwalitatief onderzoek	21
3.2.1 Resultaten interviews bewoners	21
3.2.2 Resultaten interviews medewerkers	25
3.2.3 Resultaten interviews GGZ instellingen	27
4. Conclusie en aanbevelingen.....	30
4.1 Conclusie.....	30
4.2 Aanbevelingen.....	32
4.2.1 Voedingskundige adviezen.....	32
4.2.2 Praktische adviezen	33
5. Discussie	36
Literatuurlijst.....	38

Bijlagen

Bijlage I	Adviesrapport
Bijlage II	Deficiënties van vitamines, mineralen en spoorelementen en de symptomen
Bijlage III	Aanbevolen Dagelijkse Hoeveelheden macro- en micronutriënten (ADH) en producten waar het in zit
Bijlage IV	Risico's van alcoholgebruik en behandeling bij chronisch alcoholgebruik
Bijlage V	Risico's van amfetaminegebruik
Bijlage VI	Risico's van cannabisgebruik
Bijlage VII	Risico's van cocaïnegebruik
Bijlage VIII	Risico's van heroïnegebruik
Bijlage IX	Risico's van tabaksgebruik
Bijlage X	Topiclijst bewoners
Bijlage XI	Topiclijst medewerkers
Bijlage XII	Vragenlijst GGZ instellingen
Bijlage XIII	Uitwerking 24 hour recalls en voedselfrequentiemethode
Bijlage XIV	Overige ASE-model punten bewoners, medewerkers en sprokkelinterviews
Bijlage XV	Voorbeeld interview bewoner

Inleiding

Volgens het Trimbos Instituut (2010) is 17 % van de Nederlanders ooit gediagnosticeerd met een psychische aandoening. Daaronder vallen onder andere angst-, stemmings- en middelenstoornissen. In Nederland waren in 2009 77.700 personen tussen de 18 en 64 jaar afhankelijk van drugs. Daarnaast waren 78.400 personen tussen de 18 en 64 jaar afhankelijk van alcohol (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2012^a). De combinatie van verslaving en een psychische aandoening wordt een dubbele diagnose genoemd, een criterium om bij Pameijer op de Strevelswijk te wonen (Pameijer, 2012^a).

De afhankelijkheid van drugs en alcohol vermindert de kwaliteit van leven voor mensen met een verslaving (Nevid, Rathus & Greene, 2008). Volgens Nationaal Kompas Volksgezondheid (2009) wordt met kwaliteit van leven het functioneren van personen op fysiek, psychisch en sociaal gebied bedoeld en de subjectieve evaluatie daarvan.

Volgens Grotzkjy-Giorgi (2009) is de absorptie van onder andere aminozuren, vitamines en mineralen in het maag-darmkanaal belangrijk voor het functioneren en herstelvermogen van de hersenen. Ook vermindert een goede dosering van koolhydraten, eiwitten, foliumzuur en andere B-vitamines de drang om weer te gebruiken. Daarnaast hebben deze nutriënten effect op iemands humeur en stemming. Drugs- en alcoholgebruik kunnen het maag-darmkanaal beschadigen. Gevallen waarbij het maag-darmkanaal ernstig beschadigd is, moeten parenteraal gevoed worden. Bij de minder ernstige gevallen is een goed dieet, gecombineerd met voedingssupplementen, genoeg om het maag-darmkanaal na stoppen met gebruik weer te herstellen. Dit betekent dat een goede werking van het maag-darmkanaal de werking van de hersenen positief beïnvloed. Hiermee wordt aangetoond dat voeding een belangrijke rol speelt bij de gezondheid van verslaafden.

De bovenstaande informatie is bij Mirjam Karsten, manager van Pameijer regio Rotterdam Zuid, en de medewerkers van de locatie Strevelswijk, niet voldoende bekend. Zij vinden voeding in combinatie met psychiatrische- en verslavingsproblematiek een onderbelicht onderwerp binnen de dienstverlening. Bij Pameijer is onvoldoende onbekend over onderzoek wat gedaan is naar de relatie tussen voeding en verslaving. Dit betekent dat in de ondersteunende begeleiding van bewoners te weinig aandacht voor gezonde voeding is. Voor verdere toelichting op Pameijer, zie hoofdstuk 1.

Eén keer in de twee weken wordt er gezamenlijk gegeten. Bij de medewerkers van Pameijer is het opgevallen dat de bewoners na het eten van een volwaardige maaltijd tijdens een gezamenlijk eetmoment lijken op te leven. Communicatie met deze mensen verloopt beter door een alertere houding en de lichamelijke uitstraling verbetert. Aan de hand van deze observaties wil Pameijer graag meer informatie en een advies over voeding met betrekking tot verslaving, zodat de kwaliteit van leven van de bewoners vergroot wordt. Voor de bewoners van Pameijer van de Strevelswijk zou de verbetering van kwaliteit van leven vooral liggen in het fysieke en psychische gebied. Dit zou concreet neer kunnen komen op een betere maag-darmfunctie, een verbetering van de hersenfunctie en een betere stemming.

Probleemstelling

Bij verslavingen en andere psychiatrische problemen kunnen grote tekorten in de voeding ontstaan doordat er onvoldoende (gezonde) voeding gegeten wordt en de kennis hierover waarschijnlijk ontbreekt. De gevolgen hiervan zijn voor de locatie Strevelswijk van Pameijer onbekend.

Onderzoeksvraag en deelvragen

Onderzoeksvraag

“Wat zijn de veelvoorkomende voedingsproblemen met betrekking tot de verslavende middelen die de bewoners van Pameijer van de Strevelswijk te Rotterdam gebruiken en welke adviezen kunnen aan de medewerkers van Pameijer van de Strevelswijk gegeven worden met betrekking tot de gevonden voedingsproblemen, zodat de kwaliteit van leven van de bewoners bevorderd wordt?”

Deelvragen

- Hoe ziet de populatie van de Strevelswijk er uit?
- Aan welke middelen zijn de bewoners verslaafd en wat zijn de lichamelijke gevolgen met betrekking tot de voedingstoestand van het gebruik van deze middelen?
- Wat zijn de voedingskundige gevolgen van het gebruik van deze middelen?
- Hoe ziet het huidige eetpatroon van de bewoners eruit en zijn er verbeterpunten ten opzichte van de Schijf van Vijf?
- Welke (persoonlijke) barrières en kansen zijn er onder de bewoners en de medewerkers om tot een volwaardige voeding volgens de Schijf van Vijf te komen?
- Zijn er nog andere instellingen die werken met verslaafden en zich bezig houden met voedingsinterventie? Zo ja, wat is hun voedingsbeleid?

Er wordt zowel literatuuronderzoek als kwalitatief onderzoek uitgevoerd om deze deelvragen te kunnen beantwoorden. Uiteindelijk wordt met de antwoorden een adviesplan opgesteld voor de medewerkers van Pameijer. Met dit adviesplan zullen de medewerkers de bewoners kunnen stimuleren om hun leefstijl te veranderen, om volwaardige voeding te gaan eten en daarmee hun kwaliteit van leven te vergroten.

Doelstelling

Hoofddoelstelling

Binnen 16 weken een adviesplan voor de medewerkers van de locatie Strevelswijk van Pameijer ontwikkelen, om ze te informeren over de gevolgen met betrekking tot de voeding en gezondheid bij het gebruik van verslavende middelen die door de bewoners worden gebruikt. En de medewerkers te adviseren hoe ze gezonde voeding onder de bewoners kunnen stimuleren. Als bewoners volwaardige voeding consumeren, wordt hun kwaliteit van leven bevorderd.

Subdoelstellingen

- Doelgroep in kaart brengen.
- Inzicht krijgen in de lichamelijke gevolgen en de gevolgen op het gebied van voedingsstoffen van middelengebruik.
- Beeld krijgen van het huidige voedingspatroon van de bewoners door middel van de 24 hour recall en de voedselfrequentiemethode.
- Achterhalen bij de bewoners en medewerkers of er (persoonlijke) barrières op het gebied van voeding aanwezig zijn bij de bewoners, wat deze barrières zijn en hoe deze eventueel opgeheven kunnen worden.
- Gedrag met betrekking tot voeding van de bewoners in kaart brengen met behulp van het ASE-model.
- Onderzoeken welke voedingsinterventies andere instellingen die werken met personen met een verslaving hebben (gebruikt), om zo ideeën op te doen voor de adviezen aan de medewerkers.

Deze doelstellingen worden binnen 13 weken onderzocht.

Opbouw onderzoek

Het eerste hoofdstuk geeft achtergrondinformatie over Pameijer. Daarna wordt de methode van het onderzoek beschreven. Deze is onderverdeeld in literatuur- en kwalitatief onderzoek. Vervolgens worden de resultaten beschreven, waar een conclusie uit getrokken wordt. In de conclusie wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag. Als laatste volgen de discussie en de aanbevelingen.

1. Achtergrondinformatie Pameijer

Pameijer is een stichting die in 1926 door dr. J.H. Pameijer in Rotterdam is opgericht. Tegenwoordig biedt Pameijer in de regio Rijnmond en op de Zuid-Hollandse eilanden ondersteuning aan meer dan 4.000 cliënten. Pameijer vindt dat mensen met een (lichte) verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek thuishoren in de samenleving, net als ieder ander (Pameijer 2012^b). Er is bij Pameijer plaats voor allerlei doelgroepen, zoals kinderen en ouderen. Cliënten krijgen ondersteuning om zelf de regie over hun leven te hebben en als volwaardig persoon te leven. Het doel is dat de cliënten de kwaliteit van hun bestaan zo optimaal mogelijk ervaren.

De opdracht is een initiatief van Mirjam Karsten, manager van de locaties van Pameijer in Rotterdam Zuid. Er wordt gewerkt op de Beschermd Woonvorm (BW) Strevelswijk. De bewoners hebben een dubbele diagnose: een verslaving naast andere psychiatrische problematiek. Het gebruik van middelen in het verleden en/of heden maakt deel uit van de problematiek. De Beschermd Woonvorm Strevelswijk heeft drie panden aan de Strevelsweg in deelgemeente Feyenoord. De panden zijn verdeeld in eenpersoonswoningen. Daarnaast zijn er nog twee panden, één aan de Heer Daniëlstraat en één aan de Koolzaadstraat (Pameijer 2012^a).

BW Strevelswijk.

Op de BW Strevelswijk zijn 13 vaste werknemers en één flexwerker in dienst. De flexwerker wordt ingezet indien nodig. De bewoners op de locatie Strevelswijk hebben een eigen voordeur en hebben de mogelijkheid om 24 uur per dag terug te vallen op begeleiding voor bijvoorbeeld hulp bij financiën of onenigheden. Op dit moment wonen op de Strevelswijk 26 mensen, vijf vrouwen en 21 mannen. De leeftijd van de bewoners varieert tussen de 21 en 63 jaar. Bewoners zijn welkom vanaf 21 jaar en er geldt geen bovengrens qua leeftijd.

Bewoners mogen in principe voor onbeperkte tijd bij Pameijer blijven wonen. Er zijn echter wel een aantal criteria waar aan voldaan moet worden. Indien de bewoners hier niet aan de criteria voldoen, zullen ze moeten vertrekken. De criteria zijn:

- Het hebben van een dubbele diagnose, (ex-)verslaving naast psychiatrische problematiek;
- Openstaan voor begeleiding. Iedere bewoner heeft een persoonlijke begeleider. Daarmee wordt een ondersteuningsplan opgesteld, waarin doelen gesteld worden door de bewoners;
- Het hebben van een behandelaar of sociaal pedagogisch verpleegkundige van buiten Pameijer;
- Geen fysiek geweld gebruiken;
- Geen dealers in huis halen;
- Niet prostitueren.

Eetmomenten

Eén keer in de twee weken wordt er gezamenlijk gegeten. De bewoners verzorgen de andere dagen hun eigen maaltijden en bepalen dus zelf wat ze eten. In de begeleiding komt dit als onderwerp regelmatig aan de orde. Bij de gezamenlijke eetmomenten bepaalt de medewerker of bewoners die kookt wat er gegeten wordt. Er kunnen wel ideeën aangedragen worden door de bewoners. De kosten van de boodschappen worden gesponsord door een winkel van een Pakistaanse man in de straat. Deze man geeft aan de kosten te vergoeden uit liefdadigheid. De bewoners mogen meehelpen met de gezamenlijke eetmomenten door de boodschappen te doen, de tafel te dekken of door op te ruimen. Op deze manier leren de bewoners weer de samenlevingsnormen, welke door de verslaving uit het oog zijn verloren. Het koken zelf wordt vanuit hygiënisch oogpunt door één van de medewerkers gedaan. Een voorbeeld hiervan is het bereiden van voedsel met ongewassen handen of het kuchen over de bereide maaltijd heen.

2. Methoden

Om de hoofdvraag “Wat zijn de veelvoorkomende voedingsproblemen met betrekking tot de verslavende middelen die de bewoners van Pameijer van de Strevelswijk te Rotterdam gebruiken en welke adviezen kunnen aan de medewerkers van Pameijer van de Strevelswijk gegeven worden met betrekking tot de gevonden voedingsproblemen, zodat de kwaliteit van leven van de bewoners bevorderd wordt?” te kunnen beantwoorden, werd er onderzoek gedaan. Dit was opgesplitst in literatuur- en praktijkonderzoek.

2.1 Literatuuronderzoek

Na een gesprek met de praktijkbegeleider kwam naar voren dat er zes verslavende middelen zijn die frequent door de bewoners gebruikt worden. Dat waren alcohol, amfetamine, cannabis, cocaïne, heroïne en tabak. Er werd literatuuronderzoek uitgevoerd om informatie te verzamelen over de zes meest gebruikte verslavende middelen onder de bewoners van de Strevelswijk. Deze informatie was nodig om antwoord te kunnen geven op de deelvragen “Aan welke middelen zijn de bewoners verslaafd en wat zijn de lichamelijke gevolgen met betrekking tot de voedingstoestand van het gebruik van deze middelen?” en “Wat zijn de voedingskundige gevolgen van het gebruik van deze middelen?” Uiteindelijk kon hiermee de hoofdvraag deels beantwoord worden.

Bij elk onderwerp werd antwoord gegeven op drie vragen:

1. Wat is en doet het middel?
2. Wat zijn de lichamelijke gevolgen van het middel met betrekking tot de voedingstoestand?
3. Wat zijn de gevolgen van het middel met betrekking tot de voeding?

Bij de lichamelijke gevolgen werden alleen de gevolgen beschreven die betrekking zouden kunnen hebben op de voedingstoestand. De andere gevolgen waren niet van belang voor dit onderzoek, maar werden wel beschreven in de bijlagen.

Er werd gekozen om literatuuronderzoek te doen, omdat op deze manier wetenschappelijke en evidence based informatie over de onderwerpen gevonden werd. Om de kwaliteit te waarborgen, moest de gevonden literatuur aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen. Hiervoor werd gezocht naar literatuur van het hoogste niveau (A1 en A2), zie tabel 1. Wanneer er op het hoogste niveau niets gevonden werd, werd naar informatie op lagere niveaus gezocht. In de literatuurlijst werden bij de bronnen de levels of evidence aangeduid met een nummer in superscript achter de bron. Hierbij stond nummer 1 voor een A1 artikel, nummer 2 stond voor een A2 artikel. Zo werd verder genummerd tot nummer 5 voor een D artikel.

Tabel 1 Indeling van kwaliteit van individuele studies (CBO, 2007)

Interventie	
A1	Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau.
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang.
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controle onderzoek, cohort-onderzoek).
C	Niet-vergelijkend onderzoek.
D	Mening van deskundigen.

Om de informatie zo recent mogelijk te houden, werd gezocht naar artikelen van maximaal 10 jaar oud. Indien een artikel buiten de gestelde grens viel, maar er geen recentere onderzoeken waren gerapporteerd, waren deze artikelen toch bruikbaar voor het onderzoek.

De volgende bronnen werden gebruikt bij het literatuuronderzoek:

- Websites van de overheid of een onafhankelijk adviesorgaan;
- De databases Pubmed, Medline, Picarta, Informatorium, CINAHL, Cochrane, the Science Direct (Elsevier) en Google Scholar;
- Boeken en scripties uit de bibliotheek van de Haagse Hogeschool, de Koninklijke Bibliotheek in Den Haag en de bibliotheek van de gemeente Rotterdam.

Er werd gezocht op de volgende zoektermen, ingedeeld op de drie vragen:

1. Wat is en doet het middel?

- Alcohol, ethanol, alcoholic;
- Cannabis, hennep, weed, wiet, marijuana, marihuana, hasj;
- Cocaine, crack;
- Heroïne;
- Smoking, cigarette, nicotine;
- Speed, amfetamine, amphetamine;
- Effect*;
- Addict, addiction;
- Abuse, misuse.
- Woordcombinaties gecombineerd met AND, OR, NOT

2. Wat zijn de lichamelijke gevolgen van het middel met betrekking tot de voedingstoestand?

- Alle hierboven genoemde termen bij vraag 1;
- Health problems, health risks, health, physical problem*.

3. Wat zijn de gevolgen van het middel met betrekking tot de voeding?

- Alle hierboven genoemde termen bij vraag 1;
- Appetite, eating;
- Dietary;
- Deficiency, deficit, deficiëntie;
- Food intake;
- Nutrition, nutritional, nutrients, nutri*;
- Thiamine, pyridoxine, riboflavin, vitamin B12, vitamin B6, vitamin A, vitamin E, vitamin C, vitamin D, zinc, magnesium, calcium, phosphorus, folic acid, folate, iron, β -carotene, retinol, selenium, copper.

Indien een zoekterm een sterretje bevatte, werd deze ook met dit sterretje ingevoerd in de databases. De databases zochten dan op meerdere vormen van het woord. Bijvoorbeeld het woord effect* kreeg als uitkomst effects, effective en effect. Door meer variatie in de woorden die ingevoerd werden, werd de kans op een bruikbaar artikel vergroot.

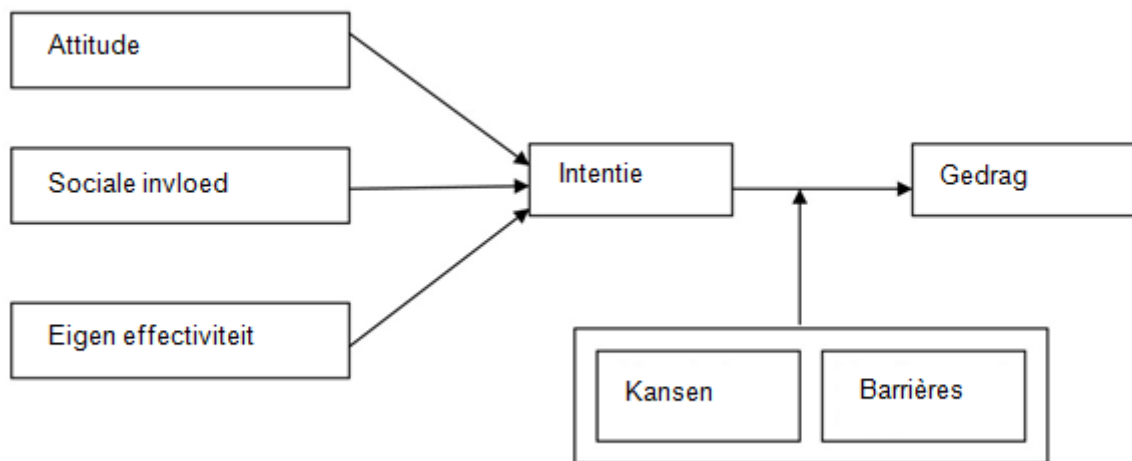
2.2 Kwalitatief onderzoek

In de praktijk werd er kwalitatief onderzoek gedaan. Dit was onderzoek gericht op ervaringen en belevingen van de respondent (Verhoeven, 2007). Hier werd voor gekozen, omdat kwalitatief onderzoek niet gebonden was aan het verzamelen van cijfermatige gegevens. Volgens Verhoeven (2007) kon de onderzoeker zich aanpassen aan de omstandigheden tijdens het onderzoek. De benadering was daarmee open en flexibel. Bovendien werd er ingegaan op de achtergronden van de verzamelde gegevens. Met de ervaringen en verhalen kon de hoofdvraag beantwoord worden. Met cijfermatige gegevens was dit niet mogelijk geweest, omdat met cijfers geen belevingen weergegeven konden worden.

Een geschikte manier van kwalitatief onderzoek was een interview, een vraaggesprek waarin de beleving van de geïnterviewde vooropstaat. Het had als doel informatie te verzamelen over een bepaald onderwerp. Het ondervragen van de belevingen van de respondenten maakte interviews een geschikte manier van onderzoek (Baarda, Goede & Teunissen, 2005; Verhoeven, 2007).

Er werd onderzoek gedaan naar de ideeën en ervaringen van de bewoners en de medewerkers van Pameijer. Ook konden de ideeën en het beleid van andere instellingen helpen bij het maken van een sterk adviesrapport. Er werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd om antwoord te geven op de deelvragen *“Hoe ziet de populatie van de Strevelswijk er uit?”*, *“Hoe ziet het huidige eetpatroon van de bewoners eruit en zijn er verbeterpunten ten opzichte van de Schijf van Vijf?”*, *“Welke (persoonlijke) barrières en kansen zijn er onder de bewoners om tot een volwaardige voeding te komen?”* en *“Zijn er nog andere instellingen die werken met verslaafden en zich bezig houden met voedingsinterventie? Zo ja, wat is hun voedingsbeleid?”*

De ideeën en ervaringen uit de interviews werden in een ASE-model ingedeeld. Het ASE-model is een gedragsverklaringsmodel. De attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit bepaalden iemands intentie, de bedoeling om bepaald gedrag te vertonen. Het verschil in intentie en gedrag kon beïnvloed worden door kansen en barrières die betrekking hebben op jezelf en op anderen.



(Brug, Assema & Lechner, 2008)

In dit onderzoek hadden de punten in het ASE-model betrekking op de inname van gezonde voeding. De volgende punten stonden in het model:

- Attitude: hoe staat iemand tegenover (gezonde) voeding?
- Sociale invloed: wat is de invloed van de omgeving op de voedselinname?
- Eigen effectiviteit: denkt de persoon zijn eetpatroon te kunnen veranderen?
- Barrières: de barrières tegenover (gezonde) voeding.
- Kansen: de mogelijkheden om (gezonder) te gaan eten.

(Brug, Assema & Lechner, 2008)

In dit hoofdstuk wordt per doelgroep de methoden en tot slot de data-analyse voor alle drie de doelgroepen beschreven.

2.2.1 Interview bewoners

Het doel van de interviews met de bewoners was het achterhalen van de mogelijkheden en de wensen, hun voedingspatroon en hun gedrag met betrekking tot de voeding. De uitkomsten werden in een ASE-model ingevuld. Er werd gekozen om het ASE-model te gebruiken, omdat dit model ook bruikbaar was om het gedrag te verklaren en niet specifiek op gedragsverandering gericht was (Brug, Assema & Lechner, 2008).

Er werd gekozen voor half-gestructureerde interviews met de bewoners, omdat er zo een beeld van de doelgroep gevormd kon worden en omdat de bewoners hierdoor de ruimte hadden om hun ideeën te laten horen (Verhoeven, 2007). De adviezen konden op deze informatie gebaseerd worden. Er werd structuur in het interview aangebracht, door van te voren onderwerpen (topics) op te stellen.

De bewoners waren gerekruteerd door middel van een informatiebijeenkomst op locatie, om de drempel laag te houden. Hierbij werd de bedoeling van het onderzoek uitgelegd. De interviews werden individueel en deels bij de bewoners thuis afgenomen. Indien de bewoners niet wilden dat de afstudeerders bij hen thuis kwamen, werd het interview in de keuken van de locatie Strevelswijk afgenomen. De topiclijst gaf de afstudeerders houvast om het gesprek gaande te houden en om de benodigde gegevens te verzamelen. Daarnaast hadden de bewoners de ruimte om hun verhaal te doen zonder dat zij vastzaten aan standaardvragen. De volgorde van de topics was niet van belang, als ze maar allemaal nagevraagd werden. De topiclijst en toelichting zijn terug te vinden in bijlage X.

De respondenten moesten aan bepaalde criteria voldoen om binnen de doelgroep te vallen. Ze moesten verbonden zijn aan locatie Strevelswijk van Pameijer, te kampen hebben met een (ex)verslaving en zelf hun maaltijden verzorgen. Voedingspatroon, leeftijd, afkomst, geloofsovertuiging en geslacht waren niet van belang.

In de interviews werd het eetpatroon nagevraagd door middel van een 24 hour recall in combinatie met de voedselfrequentiemethode. Zo kon er een beeld gevormd worden van het voedingspatroon van de bewoners en konden de knelpunten in kaart gebracht worden. Met de 24 hour recall werd het eetpatroon van de voorgaande dag achterhaald. Deze methode was geschikt voor deze doelgroep, omdat er niet ver in het geheugen terug gegaan hoefde te worden. Het geheugen kon aangetast zijn door de verslaving(en), wat herinneringen ophalen lastig maakte (Vries, Boer & Hulshof, 2007). Daarnaast werd er gekozen om ook gebruik te maken van de voedselfrequentiemethode. Met deze methode werd nagevraagd hoeveel dagen per week specifieke productgroepen geconsumeerd werden. Daarmee werd de inname van essentiële voedingsstoffen gecheckt. Als iemand de dag voor het interview net een aantal productgroepen van de Schijf van Vijf niet geconsumeerd had, maar dit normaal gesproken wel deed of andersom, gaf de voedselfrequentiemethode een vollediger beeld van het eetpatroon. Met beide methodes kon er worden nagegaan of er een volwaardige voeding volgens de Schijf van Vijf ingenomen werd. Daarnaast werd er gevraagd naar gegevens om het ASE-model in te vullen. Met dit model werd het gedrag omtrent voeding van de bewoners verklaard.

2.2.2 Interview medewerkers

Het doel van de interviews met de medewerkers was het verkrijgen van informatie en het achterhalen van de mogelijkheden op de locatie met betrekking tot de voeding van de bewoners. Net als bij de interviews van de bewoners werden de uitkomsten in een ASE-model ingevuld.

Er werd gekozen voor half-gestructureerde interviews, zodat de medewerkers de ruimte hadden om hun verhaal te kunnen doen. De medewerkers hadden een beter beeld van de voedingsproblemen die onder de bewoners speelden dan de afstudeerders (Verhoeven, 2007). Daarnaast hadden de medewerkers ook meer kennis over de kansen en barrières die op de locatie aanwezig waren. Het beeld van de voedingsproblemen en de mogelijkheden konden hierdoor uitgebreider in kaart gebracht worden.

Met de praktijkbegeleider was een afspraak gemaakt om informatie te krijgen over de locatie Strevelswijk en de specifieke verslavingen die de bewoners hadden. Verder werd aan haar gevraagd of zij ideeën had om het voedingspatroon van de bewoners te verbeteren. Ook de andere medewerkers waren door de afstudeerders persoonlijk gevraagd om mee te werken aan een interview. Indien een medewerker interesse had en tijd kon vrijmaken, werd een afspraak gemaakt. Er werd gekozen voor een interview met de medewerkers, omdat deze de bewoners kennen. Ook waren de medewerkers op de hoogte van de kansen en bedreigingen van de bewoners en de locatie Strevelswijk en konden zij deze voor de afstudeerders verduidelijken. Ook bij dit interview werd gebruik gemaakt van een topiclijst, om structuur in het gesprek te houden. Deze is terug te vinden in bijlage XI. De interviews waren afgenomen in de keuken van de Strevelsweg 97 of in het kantoor van de medewerkers.

De respondenten moesten aan één eis voldoen om mee te kunnen doen aan het onderzoek, namelijk werkzaam zijn als medewerker bij Pameijer, locatie Strevelswijk. Leeftijd, afkomst en geslacht waren niet van belang voor het onderzoek, omdat dit geen invloed had op de kennis over de locatie en de bewoners. In de interviews werden de functies van de medewerkers nagevraagd om te achterhalen wat voor contact zij met de bewoners hadden en hoe de kennis van andere zaken was, zoals financiën. Daarna werd er naar voedingsproblemen gevraagd, die volgens hen onder de bewoners speelden. Hiermee konden de voedingsproblemen van de bewoners vanuit het oogpunt van de medewerkers in kaart gebracht worden. Indien het aantal deelnemende bewoners niet groot was, konden de interviews met de medewerkers de informatie aanvullen. Als laatste werd er gevraagd naar punten uit het ASE-model om de mening van de medewerkers over het gedrag van de bewoners te achterhalen. Ook kwamen hier de mogelijkheden van de locatie en ideeën naar voren.

2.2.3 Interview GGZ instellingen

Het doel van de interviews met andere instellingen was het verkrijgen van informatie over het voedingsbeleid dat ze voerden en daarmee eventueel ideeën op te doen voor dit project. Er werd eerst gezocht naar een lijst met GGZ instellingen in Nederland, omdat deze instellingen aan bepaalde eisen moesten voldoen en dezelfde richtlijnen volgden. Vervolgens werden er eisen opgesteld, om op deze manier alleen GGZ instellingen te vinden met een vergelijkbare setting als de locatie Strevelswijk van Pameijer. Dit betekende dat het instellingen in Nederland moesten zijn met beschermd en begeleid wonen. De instellingen moesten aangesloten zijn bij GGZ Nederland. Verder moesten de benaderde instellingen werken met volwassenen met een verslavingsproblematiek én een psychische stoornis, een zogenoemde dubbele diagnose, omdat dit de te onderzoeken doelgroep was. De locatie en religieuze achtergrond waren voor dit onderzoek niet van belang. Het lag niet aan de locatie hoe het voedingsbeleid gevoerd werd. Wel kon religie de keuze van de producten en het tijdstip waarop gegeten werd beïnvloeden. Dit had echter geen invloed op of er gegeten werd of niet.

Bij 15 GGZ instellingen in Nederland werden interviews afgenomen. De instellingen waren telefonisch benaderd met de vraag of zij mee wilden werken aan dit onderzoek. Ook werd een toelichting op het onderzoek gegeven. Indien zij mee wilden werken, werd er een afspraak gemaakt. De interviews werden bij voorkeur telefonisch afgenomen om zo weinig mogelijk tijd te vragen van de contactpersoon. Bij het maken van een afspraak werd gevraagd naar een contactpersoon die kennis had over het voedingsbeleid. Indien telefonisch contact niet mogelijk was, werd geprobeerd een fysieke afspraak te maken. In het uiterste geval werd de vragenlijst via de mail verstuurd en ingevuld weer terug gestuurd door de contactpersoon. Er werd gebruik gemaakt van gestructureerde interviews met een vragenlijst. Hier was voor gekozen, omdat een vragenlijst snel afgenomen kon worden (Verhoeven, 2007).

In de vragenlijst werd ervoor gekozen om niet volgens het ASE-model na te vragen, omdat het gedrag van bewoners van andere instellingen voor dit onderzoek niet van belang was. De vragenlijst begon met een vraag over de locatie om een duidelijk beeld te vormen van de desbetreffende locatie. Vervolgens werd het voedingsbeleid nagevraagd, om te zien welk beleid andere instellingen voerden. Het deel van het beleid dat interessant was, was of er voedingsgeld gegeven werd, of de bewoners zelf hun eigen maaltijd moesten verzorgen en wat er verder qua voeding gebeurde. Als laatste werd gevraagd of de respondent nog ideeën hadden over hoe gezonde voeding bij mensen met een verslaving gestimuleerd kon worden. De vragenlijst is terug te vinden in bijlage XII.

2.2.4 Data-analyse

De data verzameld bij de interviews met de bewoners en medewerkers werden op een vrijwel identieke manier verwerkt. In beide gevallen werden de interviews opgenomen en zo snel mogelijk letterlijk uitgewerkt en geprint. De afstudeerders hadden deze interviews beiden apart bestudeerd en vervolgens gezamenlijk bekeken, om de betrouwbaarheid door middel van interbeoordelaarbetrouwbaarheid te verhogen (Verhoeven, 2007). De analyse werd sterker, omdat er door twee personen naar de interviews gekeken werd. Antwoorden die betrekking hadden op het ASE-model zijn voor ieder onderdeel met een andere kleur gemarkeerd (Baarda, 2009). Een voorbeeld van een interview met een bewoner is terug te vinden in bijlage XV. Uiteindelijk werden er twee ASE-modellen gemaakt, één met de gegevens die verzameld waren bij de bewoners en één met de gegevens verzameld bij de medewerkers.

Uit de interviews met de bewoners werden de gegevens van de 24 hour recalls en de gegevens van de voedselfrequentiemethode apart genoteerd en berekend met de Eetmeter van het Voedingscentrum. Dit was een programma om voedingswaardes te berekenen (Voedingscentrum, 2006). Indien de Eetmeter niet bekend was met een product, werd er in de winkel gekeken waar de bewoner de producten gekocht had om toch de voedingswaarde te achterhalen. De Eetmeter berekende of de voeding voldeed aan de gestelde eisen, door de ingevoerde voedingsmiddelen te vergelijken met wat men dagelijks nodig had. Op deze manier was het voor de afstudeerders overzichtelijk te zien of de bewoners voldoende voedingsstoffen binnenkregen. Overige gegevens uit de interviews met de bewoners en de medewerkers, werden niet in de resultaten opgenomen.

De interviews met de GGZ instellingen werden ook opgenomen en zo snel mogelijk letterlijk uitgewerkt. Ook deze uitwerkingen werden geprint en de afstudeerders hadden gezamenlijk de resultaten bestudeerd. De antwoorden van de contactpersoon op de vragen waren per onderdeel apart in Word tabellen gezet. Van de gegevens die gevonden werden, werd een stroomdiagram gemaakt. Indien meerdere instellingen hetzelfde voedingsbeleid voerden of identieke ideeën gaven, werd dit in het stroomdiagram genoteerd (Baarda, 2009). Ook werd in een aparte tabel vermeld of de contactpersoon nog specifieke ideeën hadden naar aanleiding van het besproken onderwerp. De conclusies die uit de resultaten getrokken konden worden, werden in het hoofdstuk conclusie beschreven. Hiermee kon uiteindelijk de hoofdvraag beantwoordt worden.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven. Eerst volgen de resultaten van het literatuuronderzoek. Hierna volgen de resultaten van het kwalitatieve onderzoek.

3.1 Resultaten literatuuronderzoek

Gedurende dit onderzoek werden er 120 bronnen gebruikt. De bronnen werden gehaald uit databases, websites van de overheid of een onafhankelijk adviesorgaan, boeken en scripties. In deze paragraaf werd eerst gekeken naar het level of evidence van de bronnen. Daarna werd het begrip verslaving toegelicht en tot slot werden de zes verslavingen waar de bewoners mee te maken hadden beschreven. Hierin werd het middel toegelicht, werden de lichamelijke gevolgen en de gevolgen met betrekking tot de voedingstoestand beschreven. Er werd specifiek aandacht besteed aan de zes meest gebruikte middelen door de bewoners van de Strevelswijk, om antwoord te geven op de deelvragen die beschreven staan in de methode.

Level of evidence

Van de 120 gebruikte bronnen waren 84 bronnen artikelen. In de methode werd het level of evidence genoemd. In tabel 2 is te zien hoeveel artikelen van welk level of evidence er gebruikt waren. Het level of evidence werd bepaald door het artikel te lezen en te vergelijken met de uitleg in tabel 1. Alle artikelen, ook C en D artikelen, werden gebruikt om de informatie aan te vullen.

Tabel 2 Level of evidence artikelen.

Level of evidence	Aantal artikelen
A1	41
A2	4
B	20
C	18
D	1

Verslaving

Volgens Sluyter (2009) was verslaving “een chronische ziekte die gekenmerkt wordt door een mentale obsessie en/of dwangmatig gedrag rond het gebruik van een bepaalde stof”. Dit was een algemene definitie en gold voor alle middelen waaraan men verslaafd kon zijn. Nevid e.a. (2008) sprak van afhankelijkheid van een middel. In dit onderzoek werd gekozen om de term verslaving te gebruiken om eenheid te creëren. Wanneer men verslaafd was aan een middel, werd dit volgens APA (2005) vastgesteld aan de hand van diagnostische kenmerken, zie tabel 3.

Tabel 3: Diagnostische kenmerken van verslaving van middelen (American Psychiatric Association, 2005; Nevid e.a. 2008).

Een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of leiden veroorzaakt, zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende die zich op een willekeurig moment in dezelfde periode van 12 maanden voordoen.

- 1 Tolerantie voor een stof, die blijkt uit:
 - a. de behoefte aan steeds grotere hoeveelheden van de stof om het gewenste effect of de gewenste intoxicatie te bereiken, of;
 - b. opvallende afname van effecten wanneer dezelfde hoeveelheid wordt gebruikt.
- 2 Onthoudingsverschijnselen, die blijken uit:
 - a. de onthoudingsziekte die als karakteristiek voor het middel wordt beschouwd, of;
 - b. het gebruik van hetzelfde middel (of een sterk verwant middel, bijvoorbeeld wanneer heroïne door methadon wordt vervangen) om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te voorkomen.
- 3 Het gebruik van grotere hoeveelheden van het middel of het gebruik gedurende langere tijdsperiodes dan de betrokkenen van plan was (iemand die bijvoorbeeld van plan is slechts één borrel te drinken, maar drinkt na de eerste borrel door tot hij flink onder invloed is).

4	Hardnekkig verlangen om te minderen of het gebruik van het middel te beheersen of gebrek aan succes bij pogingen tot zelfbeheersing.
5	Een groot deel van de tijd besteden aan activiteiten die gericht zijn op het verkrijgen van het middel (bijvoorbeeld verschillende artsen bezoeken om een recept te krijgen, of zich met diefstal bezighouden); een groot deel van de tijd bezig zijn met het feitelijke gebruik van het middel of met bijkomen van het gebruik. In ernstige gevallen draait het dagelijks leven van de verslaafde helemaal om het gebruik.
6	Als gevolg van het gebruik doet de betrokkene niet of nauwelijks meer mee aan belangrijke sociale, beroepsmatige of recreatieve activiteiten (bijvoorbeeld de betrokkene gaat niet meer mee met uitjes van het gezin om drugs te kunnen gebruiken).
7	Het gebruik wordt voortgezet ondanks aanwijzingen van hardnekkige of terugkerende psychologische of lichamelijke problemen die door het gebruik worden veroorzaakt of verergerd (bijvoorbeeld herhaalde arrestaties voor rijden onder invloed).

Om dieper op de verslavingsproblematiek die bij Pameijer bij de Strevelswijk voorkwamen in te gaan, zullen in de volgende zes hoofdstukken de verslavende middelen besproken worden. Op de gevonden informatie konden de adviezen gebaseerd worden.

Een overzicht om aan te geven hoe vaak een bepaald middel door hoeveel bewoners gebruikt werd of op dit moment nog gebruikt werd, stond in tabel 4. In totaal woonden er 26 bewoners op de Strevelswijk. Sommige bewoners gebruikten meerdere middelen. Het aantal gebruikers was daardoor hoger.

Tabel 4 Overzicht middelengebruik

Middel	Aantal gebruikers
Alcohol	4
Amfetamine	4
Cannabis	12
Cocaïne	13
Heroïne	4
Tabak	24

3.1.1 Alcohol

In Nederland werd veel alcohol gedronken, 80 % van de inwoners van 12 jaar en ouder dronk in 2009 wel eens alcohol (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2012^b). Daarvan waren volgens het Nationaal Kompas Volksgezondheid (2010^a) 0,75 %, respectievelijk 78.000 inwoners, afhankelijk van alcohol, vastgesteld door de DSM-IV criteria (voor toelichting, zie bijlage IV). Alcoholgebruik kwam regelmatig voor onder de bewoners van de Strevelswijk. Van vier van de 26 bewoners was bekend dat zij kampen met een alcoholverslaving. In dit hoofdstuk wordt eerst beschreven wat alcohol precies is, wat de lichamelijke gevolgen zijn en tot slot wat de gevolgen met betrekking tot de voeding zijn.

1. Wat is alcohol?

Alcohol is een natuurlijk product dat ontstaat uit gisting van gerst (bier) of druiven (wijn). De werkzame stof is ethanol. Het wordt via de slokdarm en de dunne darm in het bloed opgenomen. Vanuit het bloed gaat het naar de lever, waar de alcohol afgebroken wordt. De afbraaksnelheid is ongeveer 10 gram alcohol (één standaardglas) per één à anderhalf uur. Via het bloed komt het in de hersenen, hier beïnvloedt het de neurotransmitters. Hoe meer er gedronken wordt, hoe groter het effect (Trimbos Instituut, 2012^a).

2. Wat zijn de lichamelijke gevolgen van het middel met betrekking tot de voedingstoestand?

Wanneer de acceptabele maximale consumptie overschreden worden, heeft men een hoger risico op het ontstaan van een hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten, leverziekten en kanker (Hendriks, 2007). In 2008 stierven 765 personen met alcohol als primaire doodsoorzaak. Daarnaast sterven er per jaar ongeveer 1000 personen met alcohol als secundaire doodsoorzaak (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2010^a).

Naast deze gezondheidsklachten kunnen er meer algemene gezondheidsklachten ontstaan, deze zijn terug te vinden in bijlage IV (Trimbos Instituut, 2012^a).

Ook kan alcohol leiden tot lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid, om een alcoholverslaving vast te stellen, worden de DSM-IV criteria gebruikt, voor toelichting zie bijlage IV (Lemmens, 2007).

3. Wat zijn de gevolgen van het middel met betrekking tot de voeding?

Ondervoeding

Ondervoeding komt regelmatig voor onder alcoholisten. Hierbij moet onderscheid gemaakt worden tussen primaire en secundaire ondervoeding. Primaire ondervoeding ontstaat wanneer de normale inname van koolhydraten, vetten en eiwitten wordt vervangen door alcohol (Lieber, 2003) en door verlies van eetlust. Daarnaast kan de inname ook verstoord worden door misselijkheid, braken en diarree. Deze toestand leidt vaak tot ondergewicht (Lemmens, 2007). Secundaire ondervoeding kan ontstaan als gevolg van een verstoorde vertering en absorptie van het voedsel, een hogere behoefte aan voedingsstoffen of stoornissen in het metabolisme en de opslag. Bij iedere gebruiker zal het verloop verschillend zijn. Alcohol kan door secundaire ondervoeding schade en functieverlies aanrichten in het maag-darmkanaal. Alcohol verhoogt de maagzuurproductie en kan leiden tot schade aan de maagwand en de dunne darm. Bij chronisch gebruik kan dit leiden tot een maagzweer (Marsano, 1993). Ook veroorzaakt het een lagere externe secretie van de alvleesklier, waardoor indirect tekorten aan bijvoorbeeld vitamine B12 en foliumzuur bij kunnen dragen aan verstoring van de opname van voedingsstoffen, aan functieverlies en aan schade. Daarnaast leidt excessief alcoholgebruik tot een verhoogde stofwisseling, waardoor er hogere behoeftes aan stoffen ontstaan, terwijl de aanmaak ervan wordt verstoord. Er ontstaat een hogere behoefte aan foliumzuur, vitamine B12, pyridoxine, vitamine C (Lieber, 2003), vitamine D (Marsano, 1993), stikstof, zink (Lemmens, 2007; Marsano, 1993), magnesium, calcium (Lieber, 2003) en fosfor. Daarnaast vermindert het de opslag en het metabolisme van vitamine A, vitamine B2, foliumzuur, nicotinamide en vitamine B12.

Deficiënties

Door een hogere behoefte en een verstoorde vertering, absorptie, metabolisme en opslag kunnen er deficiënties ontstaan. De meest voorkomende deficiënties bij alcoholmisbruik zijn tekorten aan de B vitamines. Van de alcoholici heeft 30 tot 80 % een verlaagd thiaminegehalte (vitamine B1) (Hamid, Wani & Kaur 2009, Robinson, 2003), 60 tot 80 % heeft een verlaagde concentratie foliumzuur, 50 % heeft een verlaagde concentratie pyridoxine (vitamine B6) (Hamid e.a. 2009) en 17 % heeft een verlaagde riboflavineconcentratie (vitamine B2) (Lemmens, 2007). Ook kunnen er deficiënties van vitamine B12 en foliumzuur ontstaan (Chen, Yang, Peng, Hsieh, Chen & Yang, 2011; Fragasso, Mannarella, Ciancia & Sacco, 2011; Hamid e.a. 2009; Lieb, Palm, Hock, Schwarz, Domke & Soyka, 2011; Wani, Hamid & Kaur, 2008). Daarnaast kunnen er deficiënties ontstaan van vitamine A (Marsano, 1993; Wang, 2005), vitamine C (Everitt, Patel & Tewfik, 2007; Sönmez, Narin & Balcioğlu, 2009), vitamine D (Marsano, 1993) en vitamine E (Everitt e.a. 2007; Kaur, Shalini & Bansal, 2010). Ook het ontstaan van deficiënties van zink, magnesium (Avşaroglu, Inal, Demir, Attila, Acartürk, Evlice & Kayrin, 2005), nicotinezuur (Hamid e.a. 2009) en ijzer (Lieb e.a. 2011) zijn geen uitzondering.

Gevolgen

Deze deficiënties kunnen leiden tot verstoringen van de stofwisseling die zich onder andere kunnen uiten in neuropsychologische aandoeningen. Een ernstige complicatie van een tekort aan thiamine is het Wernicke-Korsakoffsyndroom. Wernicke's encefalopathie (hersenaandoening) wordt gekenmerkt door verwarring, oogspierverlamming en een gestoorde loopbeweging (Martin, Singleton & Hiller-Sturmhöfel, 2003). Het is een acute en reversibele aandoening die, wanneer dit niet behandeld wordt, in 17 tot 20 % van de gevallen leidt tot de dood en in 85 % van de gevallen tot Korsakoff's psychose. De psychose kenmerkt zich vooral door korte termijn geheugenverlies en is chronisch en irreversibel (Lemmens, 2007; Marsano, 1993). Naast de gevolgen van een thiaminetekort, ontstaan er ook andere neurologische aandoeningen door deficiënties van de andere vitamines. Deze zijn terug te vinden in bijlage II (Cook, Hallwood & Thomson, 1998). Voor uitleg van de behandeling en de Aanbevolen Dagelijkse Hoeveelheden, wordt doorverwezen naar bijlage IV en bijlage III.

3.1.2 Amfetamine

In Nederland heeft in 2009 volgens het Nationaal Kompas Volksgezondheid (2010) 3,1 % van de bevolking tussen de 15 en 64 jaar ooit amfetamine gebruikt. Het actuele gebruik lag lager in 2009, namelijk 0,2 %. Van de gebruikers geeft volgens het Trimbos Instituut (2011^b) 8,0 % aan afhankelijk van amfetamine te zijn. Vier van de 26 bewoners van de Strevelswijk hebben aangegeven in het verleden amfetamine gebruikt te hebben of op dit moment nog te gebruiken. In dit hoofdstuk wordt eerst omschreven wat amfetamine is, daarna wat de lichamelijke gevolgen van het gebruik ervan zijn en tot slot wat de gevolgen met betrekking tot de voeding zijn.

1. Wat is amfetamine?

Amfetamine, ook wel speed, pep, boerencoke of ice genoemd, valt onder de middelen met een oppeppende werking (Trimbos Instituut, 2012^b). Het is verkrijgbaar in poeder- en tabletvorm en kan oraal of intraveneus gebruikt worden (Korzec, Noorden & Waning, 2009). Na orale toediening wordt de amfetamine door de darmen in het bloed opgenomen. Het heeft een centrale en perifere stimulerende werking op het zenuwstelsel. Amfetaminen gedragen zich als valse neurotransmitters die de concentratie van noradrenaline, dopamine en serotonine vergroten door onder andere de heropname te remmen. De werking kan tussen de vier en 24 uur aanhouden. Door herhaalde toediening put amfetamine de voorraad neurotransmitters uit, waardoor het effect ervan vermindert en er hierdoor steeds meer nodig is om het gewenste effect te bereiken (Wilgenburg, 2005).

2. Wat zijn de lichamelijke gevolgen van het middel met betrekking tot de voedingstoestand

Door de centrale werking van amfetamine in de hersenen, ontstaan er psychostimulerende effecten. Hierbij is de alertheid verhoogd, neemt de activiteit toe, krijgt men een gevoel van zelfvertrouwen en euforie, terwijl vermoeidheid en het hongergevoel onderdrukt worden (Devlin & Henry, 2008; Trimbos Instituut, 2012^b; Wilgenburg, 2005). Bij langdurig gebruik ontstaat er uitputting van het lichaam, ondervoeding en gewichtsverlies. Doordat de gebruiker gaat knarsetanden, bijt- of kauwbewegingen maakt en er minder speeksel wordt aangemaakt, kunnen tanden gaan loszitten en/of uitvallen (Trimbos Instituut, 2012^b). In 2009 zijn volgens het Trimbos Instituut (2011^b) vier sterftegevallen gemeld met amfetamine als oorzaak, dit was wel in combinatie met alcoholgebruik. Voor een uitgebreidere lijst met gevolgen, zie bijlage V.

3. Wat zijn de gevolgen van het middel met betrekking tot de voeding?

CART werkt eetlustremmend

Omdat amfetamine invloed heeft op het vrijgeven van dopamine, serotonine en noradrenaline, kunnen er tekorten in dopamine en serotonine ontstaan, welke eetlustremmend werken (Foltin, 2005; Wellman, Davis, Clifford, Rothman & Blough, 2008). Het reguleren van de voedselinname en het onderhouden van het evenwicht van de voedingsstoffen in het lichaam wordt gedaan door eetlust stimulerende en eetlust remmende neurotransmitters. Deze hebben in de hersenen interactie met elkaar. Eén van deze neurotransmitters is CART (Cocaine-and Amphetamine-Regulated Transcript), een eetlustremmende peptide (Kobayashi, Peterson & Waldbieser, 2008; Yang, Shieh & Li, 2005). Het vooraf behandelen met antioxidanten zou de tekorten in dopamine kunnen verminderen (Brown & Yamamoto, 2003).

Ondervoeding

Het eetlustremmende effect van CART op de voeding is dat het hongergevoel onderdrukt wordt (Berman, Kuczenski, McCracken & London, 2009). Door de toegenomen activiteit in combinatie met slapeloosheid, kan bij langdurig gebruik gewichtsverlies en ondervoeding ontstaan (Foltin & Evans, 1999; Trimbos Instituut, 2012^b; Wilgenburg, 2005).

Amfetamine vermindert energie inname

Uit onderzoek van Foltin, Kelly & Fischman (1995) kwam naar voren dat amfetamine de energie inname met 24 – 30 % vermindert ten opzichte van een inname bij geen amfetamine gebruik. Tijdens dit onderzoek werden zes mannelijke deelnemers 15 dagen onderzocht op het effect van amfetamine op de macronutriënten inname. Zij kregen dagelijks een hoeveelheid amfetamine toegediend, de controlegroep kreeg dezelfde hoeveelheid placebo. Er werd tijdens de drie hoofdmaaltijden (ontbijt, lunch en avondeten) gekeken en vergeleken hoeveel er door beiden groepen gegeten werd. Bij gebruik van 30 mg amfetamine per 70 kg lichaamsgewicht vermindert amfetamine de koolhydraatinname met 13 %, de vetinname met 39 % en de eiwitinname met 35 % (Foltin e.a., 1995). Uit onderzoek van Makris, Rush, Frederich & Kelly (2004) kwam een hoger percentage, namelijk dat amfetamine gebruik de energie inname zelfs met 37% vermindert.

3.1.3 Cannabis

In Nederland heeft in 2005 23 % van de bevolking tussen de 15 en 64 jaar oud wel eens cannabis gebruikt, waarvan 5,4 % in 2005 een recente gebruiker is (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2010^b). Hiervan is volgens het Trimbos Instituut (2011^b) 0,3 % cannabisafhankelijk en gaat het om 0,4% cannabismisbruik. Van 12 van de 26 bewoners van Pameijer van de Strevelswijk is bekend dat zij in het verleden cannabis gebruikt hebben of op dit moment nog gebruiken. In dit hoofdstuk wordt eerst beschreven wat cannabis is, daarna wat de lichamelijke gevolgen zijn en tot slot wat de gevolgen met betrekking tot de voeding zijn.

1. Wat is cannabis?

Cannabis valt onder te verdelen in marijuana (marihuana/wiet), welke verkregen wordt door de bladeren en de vrouwelijke bloeiwijzen te drogen en te verpulveren, en hasjiesj (hash), een harsachtige substantie die gewonnen wordt uit de toppen van de vrouwelijke plant. De belangrijkste werkzame stof is delta-9-TetraHydroCannabinol (THC) (Wilgenburg, 2006). Cannabis kan gerookt, gegeten, gedronken en verdampt worden (Trimbos Instituut, 2012^c). Bij oraal gebruik wordt THC bijna geheel vanuit het maag-darmkanaal opgenomen, de hoogste bloedconcentratie wordt in het algemeen na één tot twee uur bereikt. Bij de verhitte van cannabis bij het roken wordt de hoogste waarde sneller bereikt, na ongeveer zes tot 10 minuten. THC wordt in het lichaamsvet geabsorbeerd en komt daaruit langzaam vrij. Cannabis is daarom nog lang in het lichaamsvet aanwezig (Wilgenburg, 2006).

2. Wat zijn de lichamelijke gevolgen van het middel met betrekking tot de voedingstoestand?

Cannabis heeft effect op de psyche en waarneming (Cota, Marsicano, Lutz, Vicennati, Stalla, Pasquali & Pagotto, 2003; Wilgenburg, 2006), bijvoorbeeld het veroorzaken van vermoeidheid en hallucinaties. Ook heeft het effect op de cognitie en psychomotoriek (Cota e.a., 2003; Mensinga, Vries, Kruidenier, Hunault, Hengel-Koot, Fijen, Leenders & Meulenbelt, 2006; Wilgenburg, 2006), bijvoorbeeld onduidelijk spreken en onstabiele gang. Het beïnvloedt het zenuwstelsel, wat kan resulteren in een toename van de eetlust en pijnstilling (Cota e.a., 2003; Wilgenburg, 2006). Daarnaast verlaagt cannabis de lichaamstemperatuur en verwijdt het de luchtwegen. Cannabis kan in combinatie met roken parodontale ziekten veroorzaken (Thomson, Poulton, Broadbent, Moffitt, Caspi, Beck, Welch & Hancox, 2008). Uiteindelijk kan gebruik van cannabis leiden tot verslaving (Carlini, 2004).

Hoewel cannabisgebruik intoxicaties kan veroorzaken, zijn er volgens het Trimbos Instituut (2011^b) in de afgelopen 20 jaar geen sterftegevallen gemeld met cannabis als directe oorzaak. Dit wil niet zeggen dat cannabisgebruik geen gevolgen heeft. De gevolgen zullen hieronder beschreven worden, een uitgebreidere uitleg van de gevolgen is terug te vinden in bijlage VI.

3. Wat zijn de gevolgen van het middel met betrekking tot de voeding?

Vergrote eetlust

Het belangrijkste effect van cannabis op de voeding, is dat het de eetlust vergroot (Boyce & McArdle, 2008; Carlini, 2004; Cota e.a., 2003; Fattore, Fadda, Spano, Pistis & Fratta, 2008; Trimbos Instituut, 2012^c; Wilgenburg, 2006). Hierbij is er vooral behoefte aan zoete etenswaren (Cota, Tschöp, Horvath & Levine, 2006; Fulton, 2010; Wilgenburg, 2006).

Door deze toegenomen eetlust, kan er een verhoogd lichaamsgewicht en zelfs overgewicht ontstaan (Mohs, Watson & Leonard-Green, 1990; Viveros, Marco & File, 2006). Volgens Fattore & Fratta (2010) veroorzaakt cannabis vaker eetlust bij mannen, omdat vrouwen vaak meer lichaamsvet hebben en cannabis juist bewaard wordt in de vetcellen.

Anandamine

Eetlust en verzadigingsgevoel wordt geregeld in de hersenen door neurotransmitters. Anandamine is een neurotransmitter die onder andere een rol speelt in het hongergevoel. THC zorgt dat de werking van anandamine verstoord wordt, doordat THC als het ware de werking van anandamine nabootst, zo wordt het hongergevoel opgewekt (Berry & Mechoulam, 2002).

Verhoogde en verminderde inname

Door het verhoogde hongergevoel, wordt de calorie-, de vet- en de eiwitinname verhoogd (De Luis, Armentia, Muñoz, Dueñas-Laïta, Martín, De la Fuente & Izaola, 2010; Mohs e.a., 1990; Smit & Crespo, 2001). Daarnaast verhoogt het hongergevoel de inname van vitamine A, B6, B12, C, K, thiamine, riboflavine, niacine, calcium, ijzer, fosfor, natrium, kalium en zink (De Luis e.a., 2010; Smit & Crespo, 2001). Er werd door De Luis e.a. (2010) een verlaagde inname van vitamine D, E, foliumzuur, magnesium en jodium gemeten. Mohs e.a. (1990) en Smit & Crespo (2001) vonden ook nog lagere inname van vitamine C, zink en β -caroteen onder de gebruikers.

Uit onderzoek van De Luis e.a. (2010) werd er onder cannabisgebruikers een gemiddelde inname van 3350 kcal per dag gemeten, waarvan 44,3 % koolhydraten, 14 % eiwitten en 41,7 % vet was. Volgens Smit & Crespo (2001) wordt er tussen de 13 en 25 % meer calorieën per dag ingenomen. Beiden onderzoek tonen significante verhogingen in de energie inname bij cannabis gebruik.

Wanneer iemand dagelijks cannabis gebruikt en stopt met gebruiken, kan de voedsel inname verlaagd worden. De energie inname wordt verminderd en hierdoor kan er lichaamsgewicht verloren gaan (Haney, Hart, Vosburg, Nasser, Bennett, Zubarán & Foltin, 2004).

3.1.4 Cocaïne

Door 13 van de 26 bewoners van de locatie Strevelswijk van Pameijer wordt cocaïne gebruikt of is dit in het verleden gebruikt. Volgens Nationaal Kompas Volksgezondheid (2010^b) had in 2005 3,4 % van de Nederlanders tussen de 15 en 64 jaar ooit cocaïne gebruikt. Volgens het Trimbos Instituut (2011^b) was 0,5 % van de Nederlanders in 2009 een actieve gebruiker.

1. Wat is cocaïne?

Cocaïne zit in de bladeren van de plant *Erythroxylon coca*. De bladeren bevatten 0,1 – 0,9 % cocaïne. (White & Lambe, 2003). Cocaïne is een stimulerende drug, die in twee verschillende vormen te gebruiken is. Namelijk het witte, kristalachtige poeder, cocaïne hydrochloride dat gesnoven wordt en basecokes of 'crack', een zeer zuivere vorm van cocaïne die gerookt wordt (Degenhardt, Singleton, Calabria, McLaren, Kerr, Mehta, Kirk & Hall, 2011; Nevid e.a., 2008; Vale, 2007; White & Lambe, 2003). Cocaïne wordt snel in het bloed opgenomen en is één tot twee minuten na het spuiten uitgewerkt. Snuiven van cocaïne geeft een werkingsduur van 30 minuten (Trimbos Instituut, 2011^c).

2. Wat zijn de lichamelijke gevolgen van het middel met betrekking tot de voedingstoestand?

Het gebruik van cocaïne heeft gevolgen voor het lichamelijke- en geestelijke gestel. Cocaïne werkt verslavend (Falck, Wang, Carlson & Siegal, 2000). Langdurig gebruik van cocaïne geeft lichamelijke ongemakken. Onder andere hart- en vaatziekten, problemen met het ademhalingssysteem, neurologische problemen en psychische problemen kunnen voorkomen (Nevid e.a., 2008; White & Lambe, 2003). Voor een uitgebreide lijst met gevolgen, aanvullingen en de toelichting daarbij, zie bijlage VII.

In algemene ziekenhuizen wordt cocaïnemisbruik en –afhankelijkheid niet vaak als hoofddiagnose gesteld. In 2009 ging het om 100 gevallen. In 75 gevallen ging het om cocaïnemisbruik en de overige 25 opnames waren in verband met cocaïneafhankelijkheid (Trimbos Instituut, 2011^b).

3. Wat zijn de gevolgen van het middel met betrekking tot de voeding?

Ondervoeding

Cocaïnegebruik kan leiden tot verminderde eetlust (Haassen, Prinzleve, Gossop, Fischer, Casas & Cocaïne EU-Team, 2005). Zeker in combinatie met andere middelen is de inname van een persoon die cocaïne gebruikt significant lager dan iemand die geen cocaïne gebruikt. White en Lambe (2003) geven aan dat gebruikers hun geld liever besteden aan drugs dan aan voedingsmiddelen. Het eetpatroon is onvolledig waardoor er tekorten kunnen ontstaan aan vitamines, mineralen en spoorelementen. Tekorten aan vitamines, mineralen en spoorelementen zijn geen primaire gevolgen van het gebruik van cocaïne.

Uit de studie van Watson en Mohs (1990) bleek dat jongvolwassen gebruikers significant minder volledige maaltijden eten. Ze dronken meer alcoholische consumpties per week en consumeerden meer koppen koffie per dag dan niet-gebruikers. Ook kwam er uit dezelfde studie dat er in verhouding tot jongvolwassenen die niet gebruiken, een stijging te zien was in de inname van vette producten en een daling in de inname van producten die weinig vet bevatten. Dit resultaat was echter niet als significant bewezen.

Eetstoornissen

Uit de studie van Mohs e.a. (1990) bleek dat er een relatie was tussen cocaïnegebruik en eetstoornissen. Bij de studiepopulatie kwam naar voren dat een zwaardere cocaïneverslaving gekoppeld kon worden aan een verhoogde kans op anorexia nervosa en boulimia. Ten tijden van de studie was het verband, als er een verband was, tussen beide aandoeningen nog niet bekend. In vergelijking met de niet-gebruikers was de prevalentie van eetstoornissen 32 % hoger onder de deelnemers die wel cocaïne gebruikten.

3.1.5 Heroïne

Volgens een schatting van Nationaal Kompas Volksgezondheid (2010^b) in 2005, had 0,9 % van de Nederlanders tussen de 15 en 64 jaar ooit heroïne gebruikt. Volgens het Trimbos Instituut (2011^b) was het percentage actieve gebruikers in 2009 niet groter dan 0,1 %. Vier van de 26 bewoners van de Strevelswijk gebruiken heroïne of hebben dit in het verleden gebruikt.

1. Wat is heroïne?

Rauwe opium ontstaat door de zaadbol van de plant *Papaver Somniferum* in te snijden en het sap dat daar uit komt te drogen. Na chemische behandeling van rauwe opium ontstaat uit de stof morfine. Door de morfine te koken met azijnzuuranhydride ontstaat uiteindelijk heroïne (Brand, Zalingen & Veerman, 2009). Heroïne is een dempend middel dat valt onder de opioïden. In de meeste gevallen wordt heroïne gespoten of gesnoven (Trimbos Instituut, 2011^a).

2. Wat zijn de lichamelijke gevolgen met van het middel betrekking tot de voedingstoestand?

In eerste instantie geeft heroïne een 'positieve roes'. Verder zijn versuffing en een vertraagde darmwerking gevolgen die gelijk bij gebruik optreden (Fogarty & Lingford-Hughes, 2004; Stoermer, Drewe, Dursteler-Mac Farland, Hock, Mueller-Spahn, Ladewig, Stohler, & Mager, 2003). Bij langdurig gebruik van heroïne is er een grote kans dat de gebruiker een geestelijke en lichamelijke verslaving ontwikkelt met hevige afkickverschijnselen bij een gebrek aan heroïne (Trimbos Instituut, 2011^d). En bij langdurig gebruik kunnen er problemen met de mondgezondheid ontstaan (Brand e.a., 2009). Voor een uitgebreidere lijst met lichamelijke gevolgen en daar een toelichting bij, zie bijlage VIII.

In algemene ziekenhuizen wordt misbruik en afhankelijkheid van opiaten niet vaak als hoofddiagnose gezien. In 2009 waren er volgens het Trimbos Instituut (2011^b) 63 gevallen waarbij dit wel het geval was. In 41 gevallen ging het om opiaat afhankelijkheid en 24 keer werden personen behandeld in verband met misbruik. Het Trimbos Instituut (2011^b) gaf geen cijfers over opnames met heroïne gebruik als hoofddiagnose.

Afkickverschijnselen

Afkicken van heroïne gaat gepaard met heftige symptomen. Cemek, Büyükkuroğlu, Hazman, Bulut, Konuk & Birdane (2011) geven aan dat de verschijnselen zich onder andere openbaren in het maag-darm- en zenuwstelsel. Ongeveer 24 uur na het laatste gebruik, treden symptomen als misselijkheid, spierkrampen en diarree op (Brand e.a., 2009). Het meest opvallende symptoom dat zich openbaart tijdens het afkicken is kippenvel. Volgens Brand e.a. (2009) is dit de reden dat deze fase in het afkickproces 'cold turkey' genoemd wordt.

3. Wat zijn de gevolgen van het middel met betrekking tot de voeding?

Personen die heroïne gebruiken hebben vaak een ongezond eetpatroon. Vooral vrouwelijke gebruikers hebben volgens Diaz-Flores, Sañudo, Rodriguez & Diaz Romero (2003) een erg lage BMI. Volgens Neale, Nettleton, Pickering & Fischer (2012) is er een kleine hoeveelheid gebruikers die, ook bij zwaar gebruik, let op de inname van voldoende voedingsstoffen. De meerderheid doet dit echter niet. Dit leidt tot een lage inname van groente, fruit en eiwitten. De consumptie van koolhydraten in de vorm van suiker en suikerrijke producten is echter wel verhoogd (Brand e.a., 2009; Diaz-Flores e.a., 2003; Neale e.a., 2012).

Uit het onderzoek van Diaz-Flores e.a. (2003) bleek dat er een significant verschil tussen gebruikers en niet-gebruikers was in de bloedconcentraties van vitamines, mineralen en spoorelementen. Diaz-Flores e.a. (2003) gaven aan dat het verschil waarschijnlijk veroorzaakt werd door een onregelmatige leefstijl en een onvolledig voedingspatroon dat heroïnegebruikers kunnen hebben. Ook een mogelijkheid is dat het verstoorde bloedbeeld toe te wijzen is aan ziekten die gerelateerd zijn aan het gebruik (Diaz-Flores e.a., 2003).

De precieze redenen voor een verminderde voedingstoestand en een ongezond eetpatroon zijn volgens Neale e.a. (2012) onduidelijk. Wel worden door Neale e.a. (2012) en Diaz-Flores e.a. (2003) meerdere redenen genoemd die invloed op het eetpatroon zouden kunnen hebben. Drugsgebruikers gaven aan 'scoren' belangrijker te vinden dan voeding. Verder verminderde heroïne het hongergevoel, de smaak verminderde, er was geen geld voor een maaltijd of er werd gewoon niets klaargemaakt. Ook kunnen bijwerkingen van medicatie, bijvoorbeeld misselijkheid en braken of maag-darmklachten als obstipatie de inname van bijvoorbeeld vaste voeding beïnvloeden (Brand e.a., 2009).

Hyperkaliëmie

Bij frequent gebruik van heroïne kan hyperkaliëmie ontstaan (Neale e.a., 2012). Overdosering kan leiden tot beschadiging van skeletspieren, problemen met het dwarsgestreepte spierweefsel en myoglobine in de urine. Beschadigd weefsel veroorzaakt een snelle uitstroom van kalium en de myoglobine in de urine kan ernstig nierfalen opleveren. Een slechte staat van de nieren resulteert volgens Mohs e.a. (1990) in een exacerbatie, een plotselinge verergering, van de hyperkaliëmie.

Glucosemetabolisme

Heroïneverslaafden hebben een lage glucosetolerantie (Watson & Mohs, 1990). Dit gaat samen met een late insuline respons volgend op de inname van glucose (Mysels & Sullivan, 2010). Ook wordt er een significant hogere HbA_{1c} geconstateerd bij heroïneverslaafden (Mohs e.a., 1990). HbA_{1c} is de gemiddelde bloedglucosewaarde over een periode van zes tot acht weken (Jochems en Joosten, 2006).

3.1.6 Tabak

Op de locatie Strevelswijk van Pameijer wordt door de meeste bewoners en medewerkers gerookt, 24 van de 26 bewoners gebruiken regelmatig tabak. Het percentage volwassen rokers in Nederland schommelt sinds 2004 rond de 28 %. In 2010 lag het percentage rokers op 27 % (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2011). Het roken van tabak brengt gevolgen met zich mee op zowel lichamelijk als voedingskundig gebied.

1. Wat is roken?

Een trekje van een sigaret bevat ongeveer 4700 – 4800 geïdentificeerde componenten en brengt veel vrije radicalen in het lichaam (Alberg, 2002; Bruno & Traber, 2006) en verhoogt de oxidatieve stress (Northrop-Clewes & Turnham, 2007). De drie meest bekende stoffen in sigarettenrook zijn nicotine, koolmonoxide en teer (Brot, Jørgensen & Sørensen, 1999; Jain, Jain, Murthy & Mittal, 2006; Stivoro, 2012).

2. Wat zijn de lichamelijke gevolgen van het middel met betrekking tot de voedingstoestand?

De stoffen in tabak vergroten de kans op longziekten en problemen in het hoofdhalsgebied. Ook vergroot roken de kans op orgaanbeschadigingen zoals beschadigingen aan het hart (Jain e.a., 2006; Kung, Wang & Tsjeng, 2008; Millar & Locker, 2007; Morin, Dye & Hooper, 2005). Roken heeft invloed op de botdichtheid. Nicotine remt de productie van botvormende cellen en vermindert de absorptie van calcium (Brot e.a., 1999; Jain e.a., 2006). Daarnaast heeft roken ook invloed op verkleuringen van de tanden en het geeft een vergrote kans op parodontale problemen (Alkhatib, Holt & Bedi, 2005; Allard, 2002). Meer informatie over de bovenstaande ziektebeelden, afhankelijkheid en voordelen van roken is te vinden in bijlage IX.

Het roken van tabak is de op een na hoogste sterfteoorzaak in de wereld (Jain e.a., 2006; Kung, Wang & Tsjeng, 2008). Roken was in 2006 verantwoordelijk voor één op de 10 sterfgevallen onder volwassenen (Jain e.a. 2006). In 2009 overleden in Nederland ruim 19.000 mensen ten gevolgen van een aan roken gerelateerde aandoening (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2011). Volgens Nationaal Kompas Volksgezondheid (2011) vermindert roken de kwaliteit van leven.

3. Wat zijn de gevolgen van het middel met betrekking tot de voeding?

Eetpatroon

Naast de genoemde lichamelijke oorzaken, heeft roken ook invloed op het voedingspatroon. Roken vermindert de prikkelgevoeligheid van de reuk en smaak (Allard, 2002). Rokers hebben een lagere inname van groente en fruit dan niet-rokers (Alberg, 2002; Dietrich, Block, Norkus, Hudes, Traber, Cross, & Packer, 2003; Palaniappan, Starkey, O'Laughlin & Gray-Donald, 2001). Over het algemeen hebben rokers een minder gezond eetpatroon dan niet-rokers en Brot e.a. (1999) en Northrop-Clewes & Turnham (2007) geven bij rokers een verminderde behoefte aan eten aan. Personen die roken hebben een hogere inname van verzadigde vetten en er wordt vaker gekozen voor wit brood en vlees. Verder is er een verlaagde inname van vezels en verschillende vitamines (Mohs e.a., 1990; Northrop-Clewes & Turnham, 2007; Palaniappan e.a., 2001). En volgens Mohs e.a. (1990) is er een studie die een verband legt tussen significante verminderde behoefte aan zoetheid en het roken van sigaretten. Roken wordt verder geassocieerd met lagere plasmaconcentraties van een selecte groep antioxidanten in het bloed (Alberg, 2002; Lykkesfeldt, Viscovich & Poulsen, 2003).

Anti-oxidanten

Vitamine C en β -caroteen zijn erg gevoelig voor de invloeden van roken. Een laag vitamine C gehalte is volgens Bruno & Traber (2006) karakteristiek voor rokers. De inname van vitamine C is sowieso al lager, door een lagere inname van groente en fruit. Volgens Northrop-Clewes & Turnham (2007) is de bloedplasma concentratie voor rokers 20 – 40 % lager dan bij niet-rokers. De omzetting van vitamine C is bij rokers 35 % hoger. Over de aanbevolen hoeveelheid verschillen de bronnen van elkaar. Thomas & Bishop (2007) geven aan dat een verdubbeling van de ADH van 40 mg/dag voldoende is voor rokers. Een andere bron geeft een ADH voor niet-rokers van 60-100 mg en een aanbeveling voor rokers van 140-200 mg per dag (Northrop-Clewes & Turnham, 2007). Het gehalte β -caroteen in het bloedplasma was bij rokers ook significant lager dan bij niet rokers (Dietrich e.a., 2003; Northrop-Clewes & Turnham, 2007). Het verschil met niet-rokers kon oplopen van 17 % - 50,7 %. Een verklaring daarvoor kan zijn dat er minder wordt geabsorbeerd, of meer uit het bloed wordt opgenomen om de strijd aan te gaan met vrije radicalen. En de inname van β -caroteen is 11 % tot 39 % lager bij rokers. Suppletie van meer dan 7 mg/dag wordt echter niet aanbevolen. Dit kan de kans op longkanker vergroten (Thomas & Bishop, 2007).

Vetoplosbare vitamines

Er is vrijwel geen verschil in bloedplasmaconcentraties van vitamine E tussen rokers en niet rokers. Volgens Bruno & Traber (2006) is er een studie die aantoonde dat het lichaam bij oxidatieve stress vitamine E gebruikt. Het is nog niet precies te zeggen waarom de omzetting van vitamine E bij rokers verhoogd is. Het ontbreken van een verschil in plasmaconcentratie kan verklaard worden doordat roken geen effect heeft op de inname van voedingsmiddelen rijk aan vitamine E (Northrop-Clewes & Turnham, 2007). Ook is er een interactie gevonden tussen vitamine E en vitamine C. Een suppletie van vitamine C bij rokers, zou de werking van vitamine E kunnen beschermen (Alberg, 2002; Bruno & Traber, 2006). De serumconcentraties van retinol (vitamine A) zijn volgens Dietrich e.a. (2003) en Northrop-Clewes & Turnham (2007) bij rokers niet verlaagd ten opzichte van de concentraties bij niet-rokers. Uit de studie van Brot e.a. (1999) bleek dat een te laag vitamine D gehalte in het bloedplasma vaker voorkwam bij rokers 20,9 %, dan bij niet-rokers 13,7 %, terwijl de inname gelijk was.

Vitamine B6, foliumzuur en vitamine B12

Er zijn maar weinig studies die een relatie tussen roken en vitamine B6, vitamine B12 en foliumzuur hebben onderzocht. De inname van foliumzuur was lager bij rokers, wat de verklaring kan zijn van een verminderde eetlust. Vitamine B6 en B12 zijn beide rijk vertegenwoordigd in het Nederlandse eetpatroon. Het is nog onduidelijk waar de lagere vitamine B6 concentratie in het bloed vandaan komt. De veranderde vitamine B12 concentratie zal waarschijnlijk veroorzaakt worden door een reactie met cyanide in de tabaksrook (Northrop-Clewes & Turnham, 2007).

Carotenoïde m.u.v. β -caroteen

De meest voorkomende overige carotenoïden zijn: α -caroteen, β -cryptoxanthine, astaxanthine, luteïne, lycopene en zeaxanthine. De studie van Northrop-Clewes & Turnham (2007) zegt dat carotenoïden, met uitzondering van β -caroteen, niet werden beïnvloed door roken. De studie van Dietrich e.a. (2003) had dezelfde conclusie over de bloedwaarden van de totale carotenoïden. Deze studie ging nog dieper in op de specifieke carotenoïden. Hieruit bleek dat de rokers een significant lagere bloedconcentratie hadden van β -cryptoxanthine, luteïne en zeaxanthine. Er waren echter geen significante verschillen gevonden in de bloedconcentraties van α -caroteen en lycopene.

Mineralen

Uit onderzoek van Brot e.a. (1999) is gebleken dat rokers een lagere calciuminname hebben dan niet-rokers. Verder geeft dit onderzoek aan dat er een lagere calciumabsorptie en dus een hogere behoefte is. Volgens Northrop-Clewes & Turnham (2007) is de relatie tussen roken en selenium slechts in een aantal studies bestudeerd. Uit deze studies bleek wel dat wanneer iemand meer rookt, de bloedplasma concentratie lager is. Ook vermeldde dit artikel dat er onderzoek gedaan is naar suppletie van selenium bij rokers. Daaruit bleek dat suppletie van 200 μ g de kans op huid- en prostaatkanker verkleint. Dit moet echter nog verder onderzocht worden.

3.1.7 Samenvatting literatuuronderzoek

Om de voedingskundige resultaten van het literatuuronderzoek samen te vatten, is een tabel gemaakt. Hieronder in tabel 5 is dit terug te vinden.

Tabel 5 Voedingskundige resultaten literatuuronderzoek

Middel	Uitkomst
Alcohol	Ondervoeding, deficiënties van thiamine (Wernicke-korsakoffsyndroom), vitamine A, alle B vitamines, C, D, E, zink, magnesium, ijzer.
Amfetamine	Ondervoeding, verminderde eetlust, suppleren antioxidanten (vitamine C en E) tegen dopaminetekort, zacht eten bij losse en/of uitgevallen tanden.
Cannabis	Verhoogd hongergevoel, verlaagde inname van vitamine D, E, foliumzuur, magnesium en jodium.
Cocaïne	Ondervoeding, verminderde eetlust, onvolledig eetpatroon, vergrote kans op eetstoornis.
Heroïne	Ondervoeding, onvolledig eetpatroon, verminderde voedingstoestand, hyperkaliëmie, vooral vrouwen lage BMI, verhoogde consumptie koolhydraten en suikerrijke producten, lage glucosetolerantie in combinatie met verhoogde HbA1c.
Tabak	Verminderde eetlust, deficiënties van vitamine C, B6, B12, β -caroteen, calcium, selenium, verminderde prikkelgevoeligheid geur en smaak, ongezond eetpatroon dan niet roker met verminderde inname van groente, fruit en vezelrijke producten.

3.2 Resultaten kwalitatief onderzoek

De resultaten die uit het kwalitatieve onderzoek kwamen, staan in dit hoofdstuk beschreven. Het hoofdstuk is opgedeeld in resultaten van de interviews met de bewoners, resultaten van de interviews met de medewerkers en resultaten van de interviews met de GGZ instellingen.

3.2.1 Resultaten interviews bewoners

Met de interviews en de voedingsanamneses werd antwoord gegeven op de deelvragen die beschreven stonden in de methode. Uiteindelijk werden vijf bewoners geïnterviewd, waarvan vier mannen en één vrouw. De leeftijd varieerde tussen de 35 en 63 jaar. De interviews leverde veel informatie op en er werd openhartiger gesproken dan werd verwacht. De aanpak van de interviews is terug te vinden in de methode. De topiclijst die gebruikt is, is terug te vinden in bijlage X.

Uit de interviews kwamen uitspraken die ingedeeld werden in het ASE-model. Dit model had als doel het verklaren van gedrag. De attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit hadden invloed op de intentie (de bedoeling) om het uiteindelijke gedrag te vertonen. Barrières en kansen konden de relatie tussen de intentie en het gedrag beïnvloeden, wat resulteerde in het uiteindelijke gedrag.

Allereerst wordt het ASE-model beschreven, waarna de resultaten van de 24 hour recalls en de voedselfrequentiemethode volgen.

ASE-Model bewoners

Op de volgende pagina is in figuur 1 het ingevulde ASE-model te vinden dat betrekking heeft op de vijf geïnterviewde bewoners. De interviews werden opgenomen en uitgewerkt, waarna de uitspraken die betrekking hadden op het ASE-model eruit gehaald werden. Deze uitspraken werden samengevoegd in het model. Een voorbeeld van een interview met een bewoner, en de indeling van de uitspraken die betrekking hadden op het ASE-model, is terug te vinden in bijlage XV.

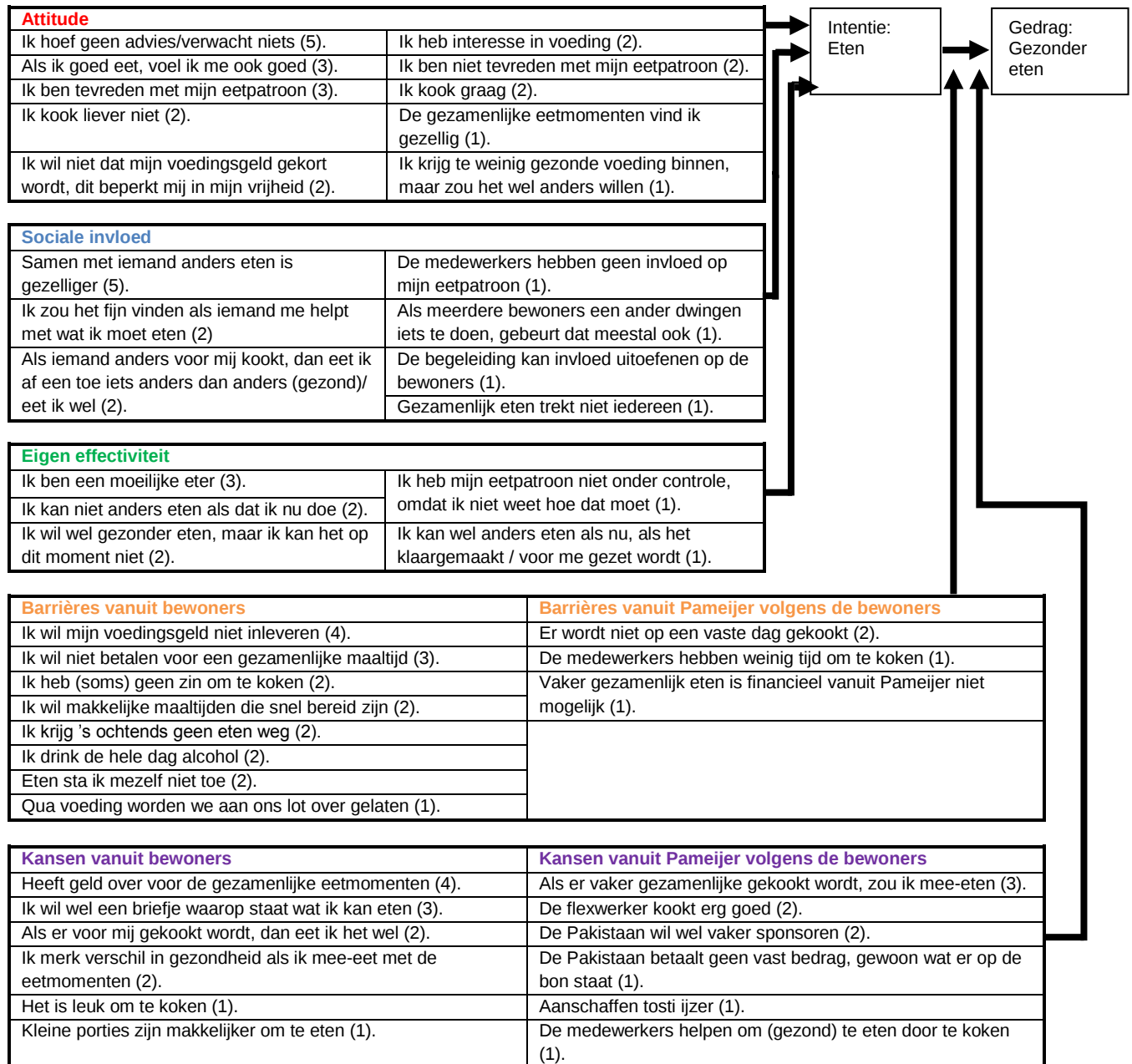
De uitspraken met dezelfde betekenis werden samengevoegd, om vergelijken van de uitspraken mogelijk te maken. De meest genoemde uitspraken stonden als eerst vermeld, dit betekende echter niet dat ze het belangrijkste waren. Hoe vaak een uitspraak gedaan werd, staat tussen haakjes.

Alle uitspraken die minder dan twee keer gedaan werden, zijn naar de bijlage verplaatst. Hier werd voor gekozen, omdat deze knelpunten maar weinig speelden, maar wel benoemd moesten worden. Deze uitspraken zijn terug te vinden in bijlage XIV. De uitspraken waarvan gedacht werd dat Pameijer er iets mee kon, zijn in het ASE-model blijven staan, ongeacht of deze minder dan twee keer benoemd werden. Een voorbeeld van een dergelijke uitspraak was: "Ik heb mijn eetpatroon niet onder controle, omdat ik niet weet hoe dat moet".

In het ASE-model werden de barrières en kansen opgesplitst vanuit het oogpunt van de bewoners en vanuit Pameijer, omdat Pameijer waarschijnlijk alleen invloed kon uitoefenen op de kansen en barrières die op de Strevelswijk betrekking hadden.

De resultaten uit het ASE-model van de bewoners worden in de conclusie beschreven. Daarnaast wordt het vergeleken met het ASE-model van de medewerkers. Uit de verschillende en de overeenkomende uitspraken is de conclusie geschreven. Hieruit zijn adviezen voor het adviesplan opgesteld. Om duidelijk te maken hoe de uitspraken in het ASE-model zijn ingedeeld, zie hoofdstuk 2.2.

Figuur 1 ASE-model bewoners



Veel uitspraken uit het ASE-model van de bewoners hadden betrekking op de gezamenlijke eetmomenten. Daarnaast werd het voedingsgeld vaak benoemd en wilden de bewoners graag makkelijk en snel eten. Ook spraken een aantal bewoners zichzelf tegen, zo waren er vier bewoners die “geld over hebben voor de gezamenlijke eetmomenten” en er waren drie bewoners die “niet willen betalen voor een gezamenlijke maaltijd”.

24 hour recall en voedselfrequentiemethode

In de interviews werd het eetpatroon van de vijf geïnterviewde bewoners nagevraagd door middel van een 24 hour recall in combinatie met de voedselfrequentiemethode. Zo werd een beeld verkregen van het voedingspatroon van de bewoners. De resultaten van deze 24 hour recalls en voedselfrequentiemethodes zijn in dit hoofdstuk terug te vinden. De volledige 24 hour recalls en de voedselfrequentiemethodes zijn terug te vinden in bijlage XIII.

24 hour recalls

Tijdens het afnemen van de 24 hour recalls viel het op dat de bewoners vooral kant-en-klare maaltijden nuttigden en weinig eetmomenten hadden. Verder aten ze tijdens de eetmomenten weinig en was het eerste eetmoment erg laat (vaak na 10.00 uur 's ochtends). Als laatste viel op dat de bewoners veel koffie dronken. De onderstaande tabel vat de resultaten van de 24 hour recalls van alle vijf de bewoners samen. Er werd een "O" geplaatst wanneer een bewoner te weinig van de bepaalde macro- of micronutriënt binnen kreeg. Indien een bewoner te veel binnen kreeg, werd een "X" geplaatst. Wanneer er niets in de tabel geplaatst werd, dan was de inname goed.

Tabel 6 Samengevatte resultaten 24 hour recalls

	Bewoner 1	Bewoner 2	Bewoner 3	Bewoner 4	Bewoner 5	Totaal O	Totaal X
Eiwitten			O	O	O	3	-
Koolhydraten	O	O	O			3	-
Vetten		X	O		O	2	1
Verzadigd vet		X		O		1	1
Vezels	O	O		O	O	4	-
Alcohol	X		X		X	-	3
Water				O		1	-
Natrium	X	X	X	O	X	1	4
Kalium		O	O	O	O	4	-
Calcium	O		O	O	O	4	-
Magnesium				O	O	2	-
IJzer				O	O	2	-
Seleen	O			O	O	3	-
Zink	O		O	O	O	4	-
Vitamine A	O	O	O	O	O	5	-
Vitamine D	O			O	O	3	-
Vitamine E	O	O		O	O	4	-
Vitamine B1	O			O	O	3	-
Vitamine B2				O		1	-
Vitamine B6				O	O	2	-
Foliumzuur		O		O	O	3	-
Vitamine B12	O			O	O	3	-
Nicotinezuur	O	O	O	O		4	-
Vitamine C		O		O		2	-

Bovenstaande tabel liet zien dat alle vijf de bewoners een te lage inname hadden van vitamine A. Vier van de vijf bewoners hadden een tekort aan vezels, kalium, calcium, zink, vitamine E en nicotinezuur. Vier van de vijf bewoners hadden een te hoge inname van natrium. Bij drie van de vijf bewoners was de consumptie van alcohol te hoog.

De 24 hour recalls werden berekend met de Eetmeter (Voedingscentrum, 2006), toegelicht in de methode. De Eetmeter (Voedingscentrum, 2006) gaf aan of de geïnterviewden voldoende voedingsstoffen binnenkregen door middel van kleuren. Groen betekende dat er voldoende van een bepaalde voedingsstof ingenomen werd, geel betekende dat er net te veel of te weinig van werd ingenomen en rood dat er teveel of te weinig van een bepaalde voedingsstof ingenomen werd.

Omdat bij de kleuren geel en rood niet duidelijk was wanneer een voedingsstof teveel of te weinig werd ingenomen, werd bij de voedingsstoffen die te weinig ingenomen waren een zwarte cirkel toegevoegd. De gele en rode voedingsstoffen zonder zwarte cirkels werden dus te veel ingenomen. De 24 hour recalls werden per bewoner berekend en de resultaten van alle vijf de bewoners werden met elkaar vergeleken. In figuur 2 is een voorbeeld te zien van een 24 hour recall. De uitwerking van afgenomen 24 hour recalls van bewoners 2 t/m 5 zijn terug te vinden in bijlage XIII.



Figuur 2 Voorbeeld resultaten 24 hour recall bewoner 1

Voedselfrequentiemethode

Naast de 24 hour recall werd er bij de bewoners ook de voedselfrequentiemethode afgenomen. Dit was een ondersteuning van de 24 hour recall, omdat dit het beeld van het eetpatroon vollediger maakte. De voedselfrequentiemethode werd uitgelegd in de methode.

Tabel 7 Resultaten voedselfrequentiemethode

	Bewoner 1	Bewoner 2	Bewoner 3	Bewoner 4	Bewoner 5	Gemiddeld aantal dagen
Brood en graanproducten	7 dagen	4 dagen	7 dagen	3 - 4 dagen	0 dagen	4
Aardappelen, rijst, pasta, couscous en peulvruchten	7 dagen	1 - 2 dagen	2 - 3 dagen	2 - 3 dagen	1 - 2 dagen	3
Zuivel	7 dagen	7 dagen	1 - 2 dagen	5 - 6 dagen	6 - 7 dagen	5
Vlees (vervangers) en vis	7 dagen	5 dagen	7 dagen	2 dagen	1 - 2 dagen	4
Vet en olie	7 dagen	2 - 3 dagen	1 - 2 dagen	0 dagen	0 dagen	2
Groenten	7 dagen	2 - 3 dagen	7 dagen	5 - 6 dagen	3 - 4 dagen	5
Fruit	0 dagen	0 dagen	7 dagen	7 dagen	0 dagen	3
Dranken excl. Alcohol	7 dagen	7 dagen	7 dagen	7 dagen	7 dagen	7
Alcohol (>2 glazen per dag)	7 dagen	0 dagen	7 dagen	3 - 4 dagen	7 dagen	5

Tabel 7 liet zien hoeveel dagen per week de bewoner een product uit de genoemde productgroep eet of drinkt. Ook was in deze tabel een gemiddelde te vinden van hoeveel dagen per week een bepaalde productgroep door de bewoners gegeten werd. Dit gemiddelde was een afgerond getal, bij het uitrekenen werd uitgegaan van het minst aantal dagen. Voor verdere toelichting en aanvullingen op wat er uit de productgroep geconsumeerd wordt, zie bijlage XIII.

Wat opvallend was, was dat geen enkele bewoner elke dag producten uit alle vakken van de Schijf van Vijf consumeerde. Vooral de groepen fruit, vetten & oliën, de groep aardappelen, rijst, pasta en peulvruchten en de groep brood- en graanproducten werden regelmatig overgeslagen. Terwijl de consumptie van alcohol veel te hoog was.

3.2.2 Resultaten interviews medewerkers

Met de interviews met de medewerkers werd antwoord gegeven op de deelvraag, die beschreven stond in de methode. Uiteindelijk werden er vijf medewerkers geïnterviewd, waarvan vier vrouwen en één man. Hiervan waren twee medewerkers flexwerkers en de andere drie persoonlijke begeleiders. De interviews verliepen prettig en verschaftte informatie over de voedingsproblemen die op de Strevelswijk speelden. De aanpak van de interviews is terug te vinden in de methode. De topiclijst die gebruikt werd, is terug te vinden in bijlage XI. Uit de interviews kwamen uitspraken die ingedeeld werden in het ASE-model. De attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit hadden invloed op de intentie (de bedoeling) om het uiteindelijke gedrag te vertonen. Barrières en kansen konden de relatie tussen de intentie en het gedrag beïnvloeden, wat resulteerde in het uiteindelijke gedrag.

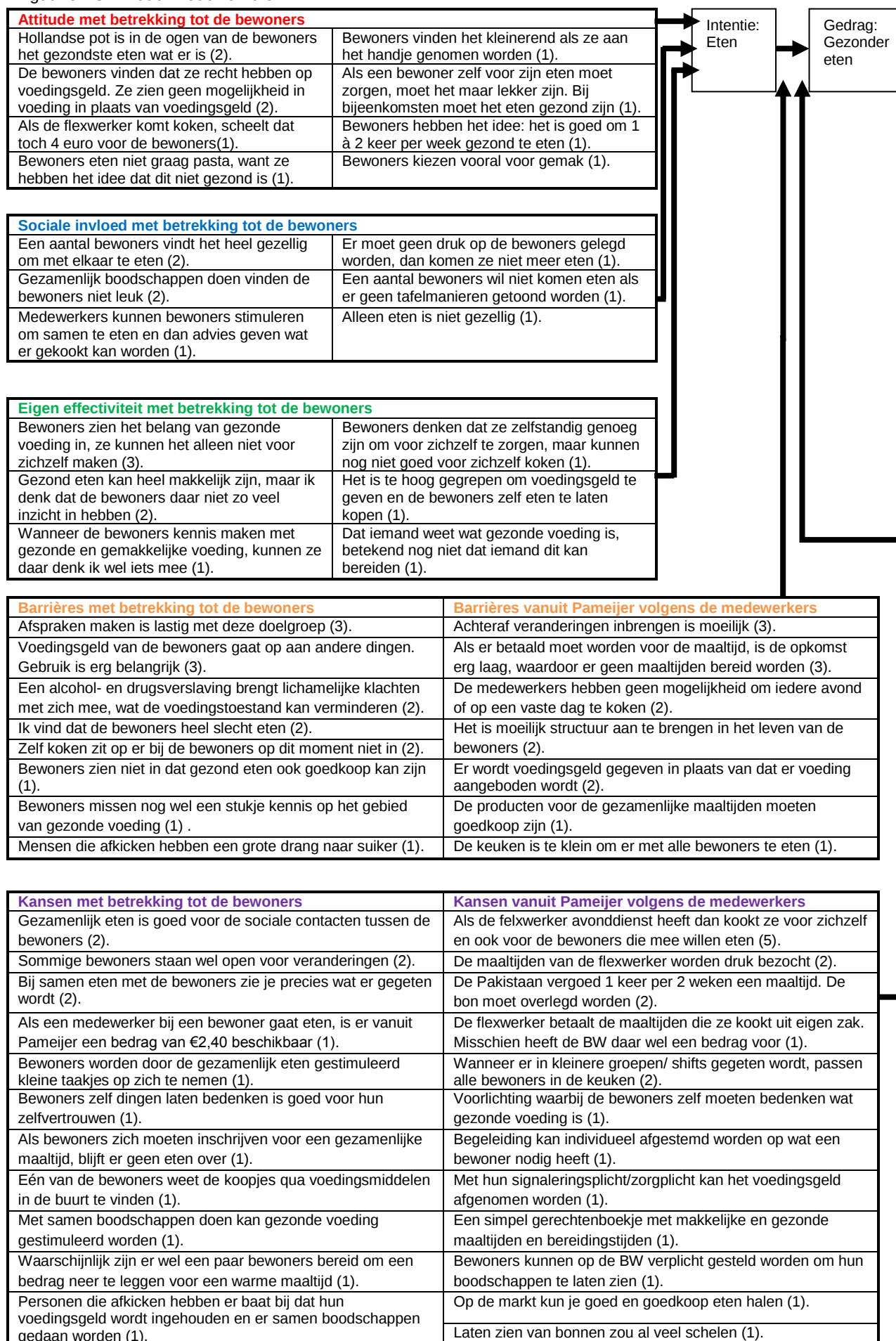
Op de volgende pagina is in figuur 3 het ingevulde ASE-model te vinden dat betrekking heeft op de vijf afgenomen interviews met de medewerkers. Uitspraken die het meest genoemd werden, stonden als eerst vermeld. Dit betekende echter niet dat dit de belangrijkste uitspraken waren. Hoe vaak een uitspraak gedaan werd, stond tussen haakjes. Alle uitspraken die minder dan twee keer gedaan werden, werden naar de bijlage verplaatst. Hier werd voor gekozen, omdat deze knelpunten maar weinig speelden, maar wel benoemd moesten worden. Deze uitspraken zijn terug te vinden in bijlage XIV. De uitspraken waarvan gedacht werd dat Pameijer er iets mee kon, bleven ook nog in het ASE-model staan, ongeacht of deze minder dan twee keer werd benoemd. Een voorbeeld van een dergelijke uitspraak was “producten voor de gezamenlijke maaltijden moeten goedkoop zijn”.

In het ASE-model werden de barrières en kansen opgesplitst met betrekking tot de bewoners en met betrekking tot Pameijer, omdat Pameijer waarschijnlijk alleen invloed kon uitoefenen op de kansen en barrières die op de Strevelswijk betrekking hadden. De interviews werden op dezelfde manier uitgewerkt als de interviews met de bewoners. Een voorbeeld van een interview met indeling van de uitspraken die betrekking hadden op het ASE-model is terug te vinden in bijlage XV.

Er werd gekozen om in het model ook Attitude, Sociale invloed en Eigen effectiviteit te beschrijven voor de bewoners vanuit het oogpunt van de medewerkers om te kijken of hier verschillen in zijn. De vergelijking tussen de modellen wordt in de conclusie beschreven.

Om duidelijk te maken hoe de punten in het ASE-model zijn ingedeeld, zie hoofdstuk 2.2.

Figuur 3 ASE-model medewerkers

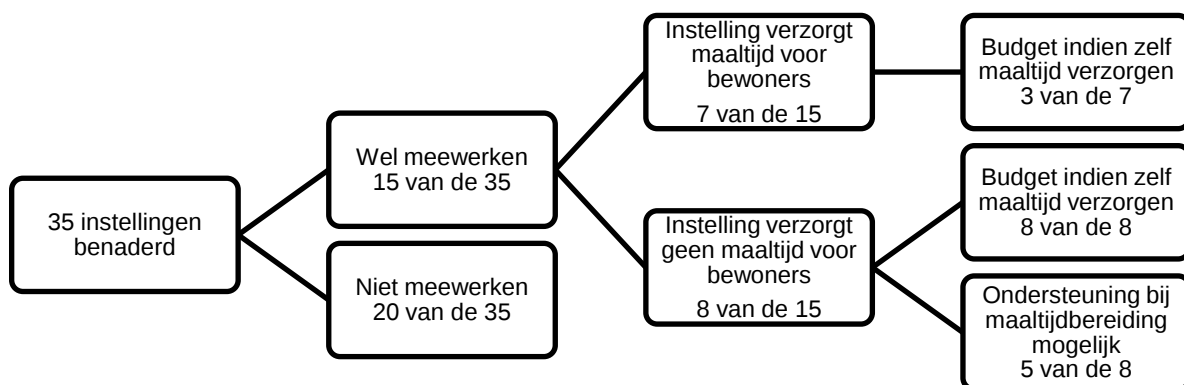


Veel uitspraken uit het ASE-model van de medewerkers hadden betrekking op gezamenlijke eetmomenten. Voorbeelden daarvan waren “de Pakistaan vergoed één keer per twee weken de maaltijd” en “de medewerkers hebben geen mogelijkheid om iedere avond of op een vaste dag te koken”. Ook opvallend was dat alle medewerkers noemden dat de flexwerker kookt indien zij avonddienst heeft. Als zij avonddienst had kookte zij voor zichzelf en mochten de bewoners en medewerkers, die dat wilden, met haar mee-eten. Daarnaast gaven de medewerkers aan dat de bewoners weinig kennis hadden over het bereiden van goedkope en makkelijke maaltijden.

3.2.3 Resultaten interviews GGZ instellingen

Er waren in Nederland nog veel andere instellingen die met mensen met een verslaving werkten. Aan de hand van de gestelde eisen, werden 35 instellingen benaderd. Uiteindelijk werden er 15 interviews met deze andere GGZ instellingen te houden. De overige 20 instellingen wilden niet meewerken. In deze interviews werd het voedingsbeleid nagevraagd en ideeën om gezonde voeding bij mensen met een verslaving te kunnen stimuleren. De instellingen werden anoniem geïnterviewd, zodat de verstrekte informatie in de interviews vertrouwelijk behandeld kon worden. Er werd gesproken met één manager, één keukenmedewerker en 13 persoonlijke begeleiders.

Uit de interviews met de instellingen kwam naar voren dat de meeste instellingen bij voedingsbeleid denken aan het wel of niet koken voor de bewoners en of er een bedrag daarvoor beschikbaar was. Het voedingsbeleid viel in te delen in wel of geen voedingsgeld voor de bewoners. Daarom werd in de resultaten de meeste aandacht besteed aan deze twee punten.



Figuur 4 Voedingsbeleid andere instellingen

Figuur 4 gaf weer hoeveel instellingen er benaderd waren en hoeveel er mee wilden werken. Daarnaast gaf het weer hoeveel instellingen verplicht stelden dat de bewoners hun eigen maaltijd moesten bereiden. Daarnaast werd weergegeven of er een budget voor de bewoners beschikbaar was voor het verzorgen van de eigen maaltijd. Als laatste gaf de figuur weer of er ondersteuning bij de maaltijdbereiding voor de bewoners was.

In zeven van de 15 instellingen hoefden de bewoners in principe op geen enkele dag zelf voor hun maaltijd te zorgen, dit mocht overigens wel. Bij drie van deze instellingen konden de bewoners elke dag voedingsgeld krijgen om boodschappen te halen indien ze wel voor zichzelf wilden koken. In de overige acht instellingen waren de bewoners wel verplicht om zelf voor hun maaltijd te zorgen. In alle acht de instellingen kregen de bewoners een budget om zelf boodschappen te doen. Bij vijf van de acht instellingen was er op een aantal dagen ondersteuning van een kok of van de medewerkers bij het koken. De begeleiding bestond uit het samen boodschappen doen en het samen bereiden van de maaltijd.

Uiteindelijk konden de bewoners bij 11 van de 15 instellingen voedingsgeld ontvangen om boodschappen te doen. In de overige vier instellingen die ondervraagd zijn, kregen de bewoners dit niet. Als de bewoners dus niet met de gezamenlijke maaltijden mee wilden doen, moesten ze zelf hun eigen maaltijd bekostigen.

Naast het voedingsgeld en het wel of niet zelf koken van de bewoners, werden er in de 15 interviews nog aanvullende opmerkingen op het voedingsbeleid genoemd. Omdat deze opmerkingen over het voedingsbeleid niet in alle interviews benoemd werden, betekende het niet dat ze onbelangrijk waren. Daarom zijn deze opmerkingen wel in de tabel weergegeven. Niet in ieder interview werden dezelfde opmerkingen benoemd en sommige instellingen kaartten meerdere opmerkingen aan. In tabel 8 volgen de aanvullingen op het beleid van de instellingen.

Tabel 8 Aanvullingen op gevoerd voedingsbeleid

Aanvullingen op gevoerd voedingsbeleid	Aantal keer genoemd in de 15 interviews
Boodschappen worden gedaan door de bewoners	11
Veel variatie in eten en rekening houden met geloofsovertuigingen, diëten en principes	6
Boodschappen aanleveren door groothandel of gedaan door medewerkers	4
Werken met een cateringbedrijf/kok	3
Inschrijven op een lijst wanneer er gezamenlijk meegegeten wil worden	3
Vaste eettijden	2
Bewoners worden ondersteund met inkopen doen	2
Gezamenlijk eten gaat niet van voedingsgeld af	1
Gezamenlijk eten gaat van voedingsgeld af	1
Er komt een voedingswagen langs voor het avondeten. De wagen bevat maaltijden die bij de bewoners afgeleverd worden.	1
Corvee rooster, rouleren met koken en boodschappen doen	1
Algemeen bedrag voor alle boodschappen van de instelling	1
Globaal op boodschappen letten. Welk product uit de productgroep is niet belangrijk	1
Bonnen controleren. Resterend geld moet teruggegeven worden.	1

Wat opviel was dat, net als bij Pameijer, de bewoners van de meeste GGZ-instellingen zelf voor hun boodschappen moesten zorgen. Bij de maaltijdvoorziening werd echter meer begeleiding geboden dan bij Pameijer. Zo werden bij vier GGZ-instellingen de boodschappen aangeleverd en werden de bewoners bij twee instellingen gesteund met boodschappen doen. De bewoners werden gestimuleerd om mee te doen met de maaltijdbereiding met behulp van corveeroosters en het inschrijven op een lijst.

Ook werd er in de interviews gevraagd of de personen met wie gesproken werd ideeën had over het stimuleren van gezonde voeding bij mensen met een verslaving. Daaruit kwamen de uitspraken in tabel 9 naar voren. De uitspraken die dezelfde betekenis hadden, werden bij elkaar gevoegd. Hierdoor is te zien welke ideeën en opmerkingen het meest genoemd werden, dit betekende echter niet dat deze uitspraken het belangrijkste waren. Een aantal ideeën die in de interviews gegeven werden, werden al toegepast door de instelling die dit idee noemde. De ideeën waren echter ook toepasbaar op de locatie Strevelswijk en zijn daarom vernoemd.

Tabel 9 Ideeën en opmerkingen uit interviews met GGZ instellingen

Ideeën en opmerkingen	Aantal keer genoemd
Goede informatie en voorlichting geven	6
Praten met bewoners als er niet goed gegeten wordt/motiveren	4
Meer smakelijke en uitnodigende maaltijden aanbieden en werken met goede hoeveelheden en kleuren	3
Kooklessen of kookworkshops geven	2
Indien bewoners opmerken dat gezonde voeding wat voor hen oplevert, staan ze open voor voorlichting	2
Weekrooster waarin gezamenlijk overlegd wordt wat er gekookt zal worden	2
Gezamenlijke maaltijden door activiteitengeld laten betalen	1
Psyco-educatie	1
Cateringbedrijf als er geen tijd is om te koken door begeleiding	1
Mensen uitnodigen voor het eten in plaats van mededelen wanneer de maaltijd is	1
Weinig variatie omdat de bewoners zelf moeten koken	1
Goed letten op hygiëne	1
Niet autonomie van cliënt weghalen	1
Geen frituurpan	1
'Gezonde week' organiseren (laten ontwikkelen door studenten)	1

Veel geïnterviewde instellingen gaven aan dat voorlichting een goede manier is om gezonde voeding bij hun bewoners te stimuleren. Het geven van kookworkshops of kooklessen zou een goede aanvulling op de voorlichting zijn. Goede hygiëne en het aanbieden van meer smakelijke en uitnodigende maaltijden werd ook genoemd als een goede manier om bewoners aan te zetten tot gezonde voeding.

4. Conclusie en aanbevelingen

Met de conclusie wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag. Deze luidt: *“Wat zijn de veelvoorkomende voedingsproblemen met betrekking tot de verslavende middelen die de bewoners van Pameijer van de Strevelswijk te Rotterdam gebruiken en welke adviezen kunnen aan de medewerkers van Pameijer van de Strevelswijk gegeven worden met betrekking tot de gevonden voedingsproblemen, zodat de kwaliteit van leven van de bewoners bevorderd wordt?”*

Verder worden in dit hoofdstuk de aanbevelingen besproken, die opgesteld zijn aan de hand van de conclusie.

4.1 Conclusie

Zoals uit de resultaten naar voren is gekomen, spelen er meerdere voedingsproblemen onder de bewoners van de Strevelswijk. De problemen spelen niet alleen op lichamelijk en voedingsgebied, maar ook op het gebied van kennis en materiaal.

De zes onderzochte middelen tonen belangrijke gelijkenissen op het gebied van lichamelijke problemen. Zo kunnen de middelen parodontale problemen als uitvallen van de tanden en ontstekingen van het tandvlees veroorzaken. Problemen met het gebit is een barrière die de voedselinname kan belemmeren. Verder vergroot het gebruik van de onderzochte middelen de kans op hart- en vaatziekten en maag-darm problemen. Door de maag-darm problemen kan een verstoring in de bloedconcentraties van de verschillende vitamines, mineralen en spoorelementen veroorzaken. De verstoringen kunnen resulteren in tekorten en overschotten van macro- en micronutriënten.

Uit de voedingsanamneses met bewoners komt naar voren dat er door geen van de bewoners volgens de Schijf van Vijf gegeten wordt. Zoals in de resultaten vermeld staat worden vooral de groepen fruit, vetten en oliën, brood en graanproducten en zetmeelproducten als aardappelen en pasta te weinig gegeten. De verminderde inname van fruit kan te maken hebben met de prijs van fruit. De verminderde inname van vetten en oliën kan verklaard worden doordat de bewoners weinig koken en dus weinig vetten en oliën gebruiken. Daarnaast eten zij weinig brood- en graanproducten, zij geven aan dit moeilijk te kunnen eten en geen trek hierin te hebben. Dit feit kan gelinkt worden aan de verminderde eetlust door het gebruik van de verslavende middelen. De verminderde eetlust komt ook naar voren uit het literatuuronderzoek. De verminderde inname van brood heeft ook betrekking op de inname van vetten en oliën, omdat er geen boter op het brood gebruikt wordt. Ook de inname van de aardappelen, rijst, pasta en peulvruchten is laag. Dit kan verklaard worden doordat de bewoners weinig zelf koken en het bereiden voor hen veel tijd kost.

Een ander verband dat gelegd kan worden met de verminderde eetlust, is het tekort aan eiwitten, koolhydraten, vetten en vezels. Als de bewoners eten, eten ze vaak kant-en-klaar maaltijden. De verhoogde inname van natrium die gezien is, kan hierdoor verklaard worden. De verminderde inname van graanproducten en groente en fruit kan een verklaring voor het tekort aan vezels.

Ook is er een link te leggen tussen de tekorten die genoemd worden in de resultaten van de 24 hour recalls en de resultaten van de voedselfrequentiemethode. Bij een te lage inname van groente en fruit kan een tekort ontstaan aan vitamine A, kalium, calcium, vitamine E en nicotinezuur. De te lage inname van vetten en oliën kan het tekort aan vitamine A en vitamine E verklaren, omdat deze vitamines vaak uit deze productgroep gehaald worden. De productgroep met aardappelen, rijst, pasta, couscous en peulvruchten kan het ontstaan van een tekort aan zink, kalium en calcium beïnvloeden. Als laatste kan de verminderde inname van brood- en graanproducten invloed op het ontstaan van tekorten aan zink, calcium en nicotinezuur hebben. In het literatuuronderzoek is ook naar voren gekomen dat de verslavende middelen vooral tekorten in de B-vitamines, vitamine C, vitamine D en vitamine E veroorzaken. Deze gegevens kunnen in verband gebracht worden met de resultaten uit de 24 hour recalls.

Het ASE-model van de bewoners en het ASE-model van de medewerkers vullen elkaar op bepaalde uitspraken aan, maar bevatten ook verschillen. De attitudes van beide modellen geven aan dat de bewoners niet gekort willen worden op hun voedingsgeld en het liefst zo goedkoop mogelijk of gratis willen eten. Volgens de medewerkers eten de bewoners wanneer de maaltijd voor hen bereid wordt het liefst gezond. Het eten moet echter wel goed smaken. De bewoners zelf geven aan het belangrijk te vinden om af en toe gezond te eten. Verder geven de bewoners aan niet allemaal tevreden te zijn met hun huidige eetpatroon, maar er wordt door de bewoners geen actie ondernomen om het eetpatroon te veranderen.

Over sociale invloed zeggen beide modellen dat de bewoners het eten samen gezelliger vinden en dat de bewoners open staan voor hulp. Volgens de begeleiding moet er niet te veel druk op de bewoners gelegd worden, omdat de hulp door de bewoners dan niet geaccepteerd wordt. Het verschil tussen de modellen is dat de bewoners zeggen dat Pameijer geen invloed op hun eetpatroon heeft, terwijl de medewerkers denken dit wel te hebben.

Qua eigen effectiviteit tonen de modellen veel gelijkenis. De medewerkers denken dat de bewoners hun eetpatroon kunnen aanpassen, maar dat de bewoners nog niet over genoeg kennis en vaardigheden beschikken. De bewoners geven aan wel gezond te willen eten, maar ze geven ook redenen aan waarom dit niet lukt. Bijvoorbeeld omdat er te weinig kennis is over gezonde voeding.

Een grote barrière die uit het praktijkonderzoek naar voren komt, is dat het voedingsgeld gebruikt wordt voor andere dingen dan voeding en de bewoners niet bereid zijn dit te veranderen. Een andere grote barrière die genoemd wordt, is dat de keuken in de locatie Strevelswijk te klein is om alle bewoners daar tegelijk te laten eten. Tevens geven de medewerkers aan geen mogelijkheid te hebben om iedere avond of op een vaste dag te koken. Andere barrières zijn dat de bewoners niet verplicht zijn om deel te nemen aan activiteiten, dat ze geen zin hebben om (met anderen) te koken en dat de hygiëne tijdens het koken slecht is. Als laatste geven de medewerkers en de bewoners aan dat er weinig budget vanuit Pameijer is voor gezamenlijke maaltijden en dat de bewoners makkelijke maaltijden willen die snel bereid zijn en dus geen zin hebben om te koken.

De medewerkers en bewoners geven beide aan kansen te zien om gezond eten te stimuleren. De medewerkers denken dat de kennis over gezonde voeding bij de bewoners vergroot kan worden, waardoor de bewoners zich bewust worden van het verband tussen gezonde voeding en gezondheid. Door de bewoners te stimuleren zelf over gezonde voeding na te denken, vergroot dit volgens een medewerker ook hun zelfvertrouwen. Het gezamenlijk eten komt ook als een kans naar voren. De flexwerker bereid regelmatig gezamenlijke maaltijden, terwijl andere medewerkers dit niet of nauwelijks doen. Zij betaalt dit grotendeels zelf, waardoor de bewoners weten waar ze aan toe zijn en er op dat gebied geen veranderingen plaats vinden. Bewoners geven aan verschil in gezondheid te merken na gezonde maaltijden, wat een verbetering in de kwaliteit van leven is. Eén keer per twee weken wordt de gezamenlijke maaltijd door een buurtwinkel vergoed. Deze financier is bereid deze frequentie te verhogen naar één keer per week. Verder is er een bewoner die weet waar goedkope voedingsmiddelen in de buurt te verkrijgen zijn. Het probleem met de te kleine eetruimte zou opgelost kunnen worden door het eten in kleinere groepen of shifts.

Opvallend aan het voedingsbeleid van de benaderde GGZ instellingen is dat 11 van de 15 instellingen voedingsgeld aan hun bewoners geeft, net als bij Pameijer. Bij acht van de 15 benaderde instellingen moet er zelf gekookt worden. Op een aantal locaties hebben de bewoners wel meer plichten dan de bewoners van de Strevelswijk. Zo moet er ingeschreven worden wanneer er meegegeten wordt en er wordt vaak een bijdrage voor de gezamenlijke eetmomenten gevraagd. Dit kan van het voedingsgeld of van het activiteitengeld zijn. Ook is er meer controle op de uitgaven en als er voor de bewoners gekookt wordt, is dit vaak op vaste tijden. Ideeën en opmerkingen van de instellingen die tijdens de interviews benoemd zijn en toepasbaar zouden kunnen zijn op de Strevelswijk, zijn terug te vinden in het adviesrapport en de aanbevelingen.

4.2 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk zijn de aanbevelingen beschreven, deze zijn opgedeeld in voedingskundige en praktische aanbevelingen. Met deze aanbevelingen hebben de medewerkers handvaten om de bewoners te stimuleren tot het gebruik van een gezond eetpatroon. Met een gezonder eetpatroon kan de kwaliteit van leven van de bewoners vergroot worden. De verbetering wordt vooral verwacht op fysiek en psychisch gebied. De uitgebreidere aanbevelingen voor Pameijer zijn terug te vinden het in adviesplan.

4.2.1 Voedingskundige adviezen

Met de voedingskundige adviezen kan Pameijer per verslavend middel zien welke problemen voor kunnen komen. Ook wordt per middel beschreven hoe de symptomen van deze problemen bestreden kunnen worden. Het is mogelijk dat naar een ander verslavend middel wordt doorverwezen. De term is dan onderstreept.

Het eetpatroon van de bewoners is ondervraagd. Daaruit bleek dat alle bewoners een onvolledig eetpatroon hebben. Het advies hiervoor is eten volgens de aanbevolen dagelijkse hoeveelheden van de Schijf van Vijf. De productgroepen en hoeveelheden zijn terug te vinden in bijlage I, tabel 1.

Alcohol

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat overmatig gebruik van alcohol primaire of secundaire ondervoeding kan veroorzaken (Lemmens, 2007). Tegen primaire ondervoeding kunnen de volgende adviezen in praktijk gebracht worden:

- Energie- en eiwitverrijkte voeding;
- Geen maaltijden overslaan;
- Gebruik van kleine maaltijden, verspreid over de dag;
- Veel variatie aanbrengen;
- Vermijd voedingsmiddelen die tegen staan;
- Vervang een warme maaltijd voor een broodmaaltijd, indien deze tegenstaat;
- Vocht: minimaal 1,5 liter per dag. Geen alcohol.

Bij een alcoholverslaving kunnen tekorten ontstaan aan de volgende micronutriënten: thiamine, vitamine A, alle B vitamines, vitamine C, vitamine D, vitamine E, zink, magnesium, ijzer. Voor de aanbevolen hoeveelheden en producten waar deze micronutriënten in zitten, wordt doorverwezen naar bijlage III.

Amfetamine

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat overmatig gebruik van amfetamine ondervoeding kan veroorzaken. Hiervoor gelden dezelfde adviezen als bij alcohol. Daarnaast kan amfetaminegebruik een verminderde eetlust veroorzaken. Hierbij kunnen de volgende adviezen in praktijk gebracht worden (Doornink en Vogel, 2008):

- Gebruik kleine maaltijden;
- Verschuif de maaltijdmomenten indien nodig;
- Gebruik zachte of vloeibare gerechten;
- Probeer indien mogelijk in gezelschap of aan tafel te eten;
- Gebruik volle producten;
- Gebruik frisse/zure producten;
- Gebruik een glas bouillon;
- Vocht: minimaal 1,5 liter per dag. Geen alcohol.

Bij een amfetamineverslaving kunnen tekorten ontstaan aan de volgende micronutriënten: vitamine C en vitamine E. Voor de aanbevolen hoeveelheden en producten waar deze micronutriënten in zitten, wordt doorverwezen naar bijlage III. Probeer bij losse en/of uitvallende tanden zachte of vloeibare producten te gebruiken.

Cannabis

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat overmatig gebruik van cannabis een verhoogd hongergevoel kan veroorzaken. Hierbij kunnen de volgende adviezen in praktijk gebracht worden:

- Gebruik magere producten;
- Ga voor rauwkost;
- Ga niet met een hongergevoel boodschappen doen;
- Eet rustig en kauw goed;
- Vocht: minimaal 1,5 liter per dag. Geen alcohol.

Ondanks het verhoogde hongergevoel kan er nog steeds een verlaagde inname ontstaan van vitamine D, vitamine E, foliumzuur, magnesium en jodium. Dit zijn geen tekorten, maar door de verlaagde inname moet er wel op gelet worden. Voor de aanbevolen hoeveelheden en producten waar deze micronutriënten in zitten, wordt doorverwezen naar bijlage III.

Cocaïne

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat overmatig gebruik van cocaïne ondervoeding kan veroorzaken. Hiervoor gelden dezelfde adviezen als bij alcohol. Daarnaast kan cocaïnegebruik een verminderde eetlust veroorzaken. Hiervoor gelden dezelfde adviezen als bij amfetamine. Verder kan een onvolledig eetpatroon ontstaan. De adviezen hiervoor staan in de inleiding van deze paragraaf beschreven. Naast deze gevolgen kan cocaïnegebruik de kans op eetstoornissen vergroten. Hiervoor is extra alertheid vereist.

Heroïne

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat overmatig gebruik van heroïne ondervoeding kan veroorzaken. Hiervoor gelden dezelfde adviezen als bij alcohol. Verder kan een onvolledig eetpatroon ontstaan. Het advies hiervoor is terug te vinden bij de inleiding van deze paragraaf. Langdurig gebruik kan een teveel aan kalium in het lichaam veroorzaken. Dit ontstaat door beschadigingen in het lichaam en is niet aan voeding gerelateerd.

Verder kan overmatig heroïnegebruik gepaard gaan met een verhoogde consumptie koolhydraten en suikerrijke producten en een lage glucosetolerantie in combinatie met verhoogde HbA1c (gemiddelde bloedglucosewaarde over een periode van zes tot acht weken). Dit kan gepaard gaan met klachten. Geadviseerd wordt om dit in de gaten te houden in samenwerking met de wijkverpleegkundige.

Tabak

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat overmatig gebruik van tabak een verminderde eetlust kan veroorzaken. Hiervoor gelden dezelfde adviezen als bij amfetamine.

Bij een tabaksverslaving kunnen tekorten ontstaan aan de volgende micronutriënten: vitamine C, vitamine B6, vitamine B12, β -caroteen, calcium, selenium. Voor de aanbevolen hoeveelheden en producten waar deze micronutriënten in zitten, wordt doorverwezen naar bijlage III. Verder vermindert het de prikkelgevoeligheid van geur en smaak. Ook kan het een ongezond eetpatroon met verminderde inname van groente, fruit en vezelrijke producten veroorzaken. Geadviseerd wordt om extra te letten op deze drie groepen. Voor vezelrijke producten, zie bijlage III.

4.2.2 Praktische adviezen

Tijdens de interviews met de bewoners en medewerkers van Pameijer zijn barrières naar voren gekomen welke in deze paragraaf cursief vermeld staan. De barrières komen uit het ASE-model. Per barrière is gekeken naar de kansen die in het ASE-model benoemd staan en naar de ideeën die uit de interviews met de andere instellingen naar voren zijn gekomen. Deze kansen en ideeën staan per barrière vermeld.

Bewoners beschikken nog over onvoldoende kennis over gezonde voeding en beschikken nog over onvoldoende vaardigheden om gezonde voeding te gebruiken.

- Voorlichting geven aan de bewoners. Eventueel laten ontwikkelen en geven door studenten van de opleiding Voeding en Diëtetiek. Daarbij aandacht voor wat in de ogen van de bewoners gezond is.

- Een serie thema avonden of thema week over gezonde voeding laten ontwikkelen door studenten. Kies een onderwerp wat op de locatie speelt en betrekking heeft op gezonde voeding. Laat de studenten een plan ontwikkelen voor interactieve voorlichtingen van maximaal twee uur per keer. Het plan moet uitvoerbaar zijn voor de medewerker die de thema avonden geven. Daar kan bijvoorbeeld met de bewoners besproken worden wat zij denken dat gezonde voeding is. Bewoners worden op die manier zelf gestimuleerd om na te denken.
- Kennis over hygiëne en tafelmanieren vergroten door de bewoners te wijzen op verbeterpunten, doe dit in een persoonlijk gesprek. Tijdens de eetmomenten kan dit in praktijk worden gebracht. Houd de benadering positief.
- Probeer regelmatig in het eetpatroon/eettijden van de bewoners aan te brengen. De persoonlijke begeleiders kunnen de bewoners stimuleren regelmatig te eten door de bewoners erop te wijzen.
- Een simpel gerechtenboekje met makkelijke en gezonde maaltijden laten maken voor de bewoners. Eventueel ook laten ontwikkelen door studenten.
- Kooklessen of kookworkshops aan de bewoners en medewerkers geven. Eventueel ook laten ontwikkelen door studenten.

Weinig budget voor gezamenlijke maaltijden

- De Pakistaan vergoedt nu één keer in de twee weken de gezamenlijke maaltijd. Hij is bereid deze frequentie te verhogen naar één keer per week. Laat de manager of een medewerker een afspraak maken met deze man om het plan kort te sluiten.
- Er is een bewoner die weet waar goedkope voedingsmiddelen in winkels in de buurt te vinden zijn. Vraag of hij de boodschappen wil doen voor de gezamenlijke maaltijden.
- Op de markt zijn voedingsmiddelen niet duur. Op woensdag en zaterdag is er van 8.00 tot 16.30 uur markt op het Afrikaanderplein.
- Vraag een kleine bijdrage voor het deelnemen aan een gezamenlijke maaltijd. Haal deze bijdrage van te voren van het activiteiten- of voedingsgeld af.
- Misschien heeft Pameijer een budget beschikbaar voor de gezamenlijke eetmomenten.

Begeleiding heeft geen mogelijkheid om iedere avond of op een vaste dag te koken.

- Vanuit Pameijer is er een bedrag van € 2,40 beschikbaar als een begeleider bij een bewoner gaat eten. Maak hier regelmatig gebruik van.
- Probeer een vrijwilliger te vinden die de gezamenlijke maaltijden een aantal keer per week kan en wil bereiden.
- Laat de maaltijden bereiden door een cateringbedrijf of kok. De bewoners krijgen op die dag geen voedingsgeld, dat geld gaat naar het bereiden van de maaltijd door de externe.

Er is weinig controle op het voedingsgeld, waardoor het wordt gebruikt voor andere dingen.

- Doe gezamenlijk boodschappen, ongeacht of de bewoner dit leuk vindt of niet.
- Laat de bewoners de bon samen met de boodschappen overleggen.
- Mensen die afkicken hebben een grote behoefte aan suiker en suikerrijke producten. Deze personen hebben er baat bij als hun voedingsgeld ingehouden wordt en er samen boodschappen gedaan wordt.
- De persoonlijke begeleider kan door middel van signalerings- of zorgplicht beslissen om de bewoner geen voedingsgeld meer te geven.

Bewoners zijn niet verplicht om deel te nemen aan activiteiten.

- Maak een aantal activiteiten of bijeenkomsten verplicht voor de bewoners. Hier moet echter niet teveel druk op liggen omdat de bewoners anders afgestoten worden. Gezamenlijke maaltijden zijn goed voor de contacten tussen de bewoners en ze vinden het gezellig.

Een aantal bewoners heeft moeite met eten.

- Neem kleinere porties.
- Eet of drink zachte of vloeibare producten.

- Zijn er lichamelijke klachten die de inname van voeding beperken, neem dan contact op met de wijkverpleegkundige. Zij zal waarschijnlijk verder kunnen helpen.
- Indien de bewoner aangeeft dat de eetlust verminderd wordt bij het koken, laat de bewoner dan voor meerdere dagen koken in één keer, dan hoeft er de andere dagen niet gekookt te worden.

Er is weinig ruimte om met alle bewoners tegelijk te eten.

- Er kan in shifts gegeten worden van ongeveer 10 personen, inclusief medewerkers.
- Rouleer met de groepen, waardoor iemand meerdere dagen per week één maaltijd per dag kan komen eten. Dit kan ontbijt of avondeten zijn. Iedere bewoner krijgt hiermee de kans om mee te eten.
- Bewoners moeten zich inschrijven bij welke maaltijd ze komen mee-eten. Vol = vol. Hiermee kan gezien worden hoe vaak iemand zich inschrijft en mee-eet, waarmee het zicht voor Pameijer op iemands voedingspatroon vergroot wordt.

Tips vanuit andere instellingen

Niet alle ideeën uit de interviews met de andere instellingen kunnen ingedeeld worden bij de bovenstaande barrières. De ideeën kunnen echter wel een aanvulling zijn op het huidige voedingsbeleid bij Pameijer en staan daarom hieronder vermeld.

- Laat de boodschappen aanleveren door een groothandel of laat de medewerkers de boodschappen doen. Hierbij wordt geen of slechts een deel van het voedingsgeld verstrekt.
- Zorg bij gezamenlijke maaltijden voor variatie en houd rekening met geloofsovertuigingen, diëten en principes.
- Stel vaste eettijden in.
- Laat de bewoners zich aan en afmelden voor de gezamenlijke eetmomenten. Dan is bekend voor hoeveel mensen boodschappen gedaan en gekookt moet worden.
- Laat de bewoners meewerken door middel van een corvee rooster. Hierin kan gerouleerd wordt met koken en met boodschappen doen.
- Mensen uitnodigen voor het eten in plaats van gebieden hen mee te laten eten, zodat zij zich welkom voelen.

5. Discussie

In het literatuuronderzoek zijn 120 bronnen gebruikt, waarvan 84 artikelen. Hiervan zijn 41 A1 en 4 A2 artikelen. Dit betekent dat het level of evidence van de artikelen hoog is en de resultaten van het literatuuronderzoek goed onderbouwd zijn. Er is ook gebruik gemaakt van B, C en D artikelen, om de informatie aan te vullen. Het gebruik van deze artikelen vermindert het level of evidence van het onderzoek. De informatie uit deze artikelen is wel nodig om het onderzoek compleet te maken.

Er zijn 10 artikelen ouder dan 10 jaar gebruikt. Veel recentere artikelen beschrijven dierproeven, met name bij de werking van alcohol, amfetamine, cocaïne en heroïne. Resultaten van dierproeven zijn niet altijd vertaalbaar naar de mens en daarom is er gekozen om de oudere artikelen toch te gebruiken. De oudere artikelen bevatten wel onderzoeken die op mensen uitgevoerd zijn. Ook een reden waarom de oudere artikelen zijn gebruikt, is dat het aantal onderzoeken naar drugsgebruik in combinatie met voeding gering is. In de toekomst is er meer onderzoek nodig naar deze verslavende middelen bij mensen.

Bij het zoeken naar de literatuur zijn veel zoektermen, verschillende databases en verwante artikelen gebruikt. Dit maakt het moeilijker om het beschreven onderzoek nogmaals uit te voeren en heeft de volgbaarheid van dit onderzoek verminderd. Het is niet geregistreerd in welke bronvermeldingen van artikelen verder gezocht is.

Er is niet bij alle middelen dezelfde hoeveelheid informatie te vinden. Door drie deelonderwerpen te formuleren en de opbouw gelijk te houden, is toch de overeenkomstige informatie over de zes verslavende middelen gevonden.

De bewoners zijn gerekruteerd om mee te werken door middel van een informatiebijeenkomst. Dit is volgens de praktijkbegeleiders de beste manier, omdat bewoners op deze manier zelf konden kiezen of zij mee willen werken en hierdoor dus ook gemotiveerder zijn. De bewoners konden vrijwillig naar de bijeenkomst toe komen, er zijn in totaal vijf bewoners op af gekomen. Er is het niet voor gekozen om de bewoners at random te kiezen of om een selectie te maken. Dit zou in het vervolg anders gedaan kunnen worden, door bewoners persoonlijk te vragen of zij mee willen werken. Wanneer de bewoners wel at random gekozen zouden worden, zou dit mogelijk invloed kunnen hebben op de resultaten, doordat de bewoners minder gemotiveerd zijn en dus minder informatie verstrekken.

In totaal zijn er vijf interviews met bewoners en vijf met medewerkers afgenomen, dit mag bij een volgend onderzoek meer zijn, om de resultaten uit de interviews betrouwbaarder te maken. De vraag is of bij een strakkere afbakening van het onderzoek, dus alleen interviews met bewoners of alleen met medewerkers, de resultaten sterker zouden zijn. In dit onderzoek is juist gebruik gemaakt van meerdere inzichten (triangulatie) om de resultaten te onderbouwen, wat het mogelijk sterker maakt.

Het gebruik van topiclijsten voor de interviews heeft meer informatie vergeven dan gedacht. Veel extra informatie maakt de onderbouwing sterker. Door de resultaten van de interviews in het ASE-model te plaatsen, is het gedrag van de bewoners verklaard. De verklaring van het gedrag zou sterker zijn als dit door meerdere modellen onderbouwd zou worden. Door verschillende modellen te gebruiken wordt er ook op andere manieren naar gedrag gekeken. Hierdoor worden er meerdere invalshoeken bekeken en wordt het gedrag ook op meerdere gebieden verklaard. Suggesties voor modellen die gebruikt kunnen worden om gedrag te verklaren, zijn "Theory of Planned Behavior" of het "Health Belief Model".

Er zijn 35 instellingen benaderd, waarvan er 15 geïnterviewd zijn. De instellingen reageerden niet zo snel als verwacht, in het vervolg zouden de instellingen eerder benaderd moeten worden zodat er meer ruimte is om een afspraak te maken. Hierdoor kan er geen tijdsnood ontstaan. In vergelijking met de hoeveelheid interviews met de bewoners en medewerkers is het aantal van 15 interviews betrouwbaarder. Ook heeft deze grotere hoeveelheid interviews meerdere ideeën voor adviezen opgeleverd. De andere instellingen voeren een ander beleid dan bij Pameijer, het is echter onbekend of door dit beleid de bewoners ook gezonder zijn of een beter eetpatroon hebben dan de bewoners van Pameijer. Hier is tijdens de interviews geen aandacht aan besteed, bij een volgend onderzoek zou dit wel kunnen.

De vraag die gesteld kan worden naar aanleiding van de voedingsanamneses is of deze wel betrouwbaar zijn. De bewoners wisten dat zij met diëtisten in opleiding in gesprek waren, waardoor er mogelijk sociaal wenselijke antwoorden over voeding gegeven zouden kunnen zijn. Er is geprobeerd dit te voorkomen door de vragen meerdere keren en op verschillende manieren te stellen. Een voorbeeld hiervan uit een interview is dat er in het begin gezegd wordt dat de bewoner dagelijks fruit eet, maar toen dit in het verloop van het gesprek nogmaals gevraagd werd, gaf de bewoner aan maar twee maal per week fruit te eten. Daarnaast is er nog aanvullende informatie bij de medewerkers verkregen. Wat ook een mogelijkheid kan zijn, is om bij voorbaat niet te vermelden van welke opleiding de afstudeerders komen, waardoor de bewoners niet beïnvloed worden door dit gegeven.

Uit de resultaten van het ASE-model zijn een aantal uitkomsten naar de bijlage verplaatst. Hier is voor gekozen, omdat de afstudeerders denken dat Pameijer hier geen invloed op uit kan oefenen. De uitspraken zijn echter wel in de bijlage gezet, omdat Pameijer misschien wel interesse in deze uitspraken heeft en deze uitspraken niet als onbelangrijk moeten worden gezien. Het ASE-model is ingedeeld op hoe vaak iets vermeld is, de uitspraken die het vaakst benoemd zijn, zijn als eerste vermeld. Hierdoor lijken de meest genoemde uitspraken het belangrijkste, maar de uitspraken die minder vaak benoemd zijn, kunnen net zoveel invloed hebben op het stimuleren van gezonde voeding. Dit geldt ook voor de resultaten van de interviews met de GGZ instellingen. Een voorbeeld van een uitspraak die maar één keer benoemd is, is dat de Pakistaan geen vast bedrag betaalt. Deze uitspraak is belangrijk, omdat het de adviezen kan onderbouwen. Wat ook in het ASE-model van de bewoners opvalt, is dat zij zichzelf af en toe tegenspreken. Zo gaven drie bewoners aan niet te willen betalen voor een gezamenlijke maaltijd, maar hadden vier bewoners wel geld over voor gezamenlijke eetmomenten. Dat terwijl er maar vijf interviews gehouden zijn. Dit zou mogelijk te verklaren zijn door de mogelijke sociaal wenselijke antwoorden van de bewoners tijdens de interviews. Tijdens een vervolgonderzoek zou hier rekening mee gehouden moeten worden door uitspraken van bewoners tijdens het interview af te wegen en erop door te vragen. Hierdoor kunnen onduidelijkheden en tegenstrijdige uitspraken mogelijk uit het interview gefilterd worden.

De praktische adviezen uit het adviesplan zijn gebaseerd op informatie uit de interviews met de bewoners, medewerkers en de andere GGZ instellingen. De adviezen zijn daarom dus niet wetenschappelijk onderbouwd. Daarnaast is het onduidelijk of de adviezen van de andere GGZ instellingen bij de locatie Strevelswijk mogelijk zijn. Omdat niet alle instellingen exact gelijk zijn, is het de vraag of de adviezen wel toepasbaar zijn bij de bewoners. Doordat de adviezen gebaseerd zijn op wat er bij de bewoners en medewerkers speelt, pakken de adviezen wel de actuele problemen op voedingsgebied van de Strevelswijk aan.

In de onderzoeksvraag is de term kwaliteit van leven gebruikt, met name gericht op het fysieke en psychische gebied. De aanbevelingen zijn nog niet geïmplementeerd, waardoor er geen conclusie getrokken kan worden of de kwaliteit van leven daadwerkelijk verbetert met deze plannen. Wel wordt verwacht dat door de implementatie van de aanbevelingen de kwaliteit van leven van de bewoners vergroot wordt. Het zou te controleren zijn door bijvoorbeeld medische onderzoeken, zoals bloedanalyses.

Literatuurlijst

- Alberg, A.J. (2002). The influence of cigarette smoking on circulating concentrations of antioxidant micronutrients. *Toxicology*, 180, 121 – 137. ¹
- Alkhatib, M.N., Holt, R.D., & Bedi, R. (2005). Smoking and tooth discolouration- findings from a national cross-sectional study. *BMC Public Health*, 27 (5), 1186 – 1191. ³
- Allard, R.H.B. (2002). *Roken en mondgezondheid. Praktijkboek tandheelkunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- American Psychiatric Association (2005). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. (tweede druk). Amersfoort:Drukkerij Wilco bv.
- Aslibekyan, S., Levitan, E.B., & Mittleman, M.A. (2008). Prevalent Cocaine Use and Myocardial Infarction. *The American Journal of Cardiology*, 102, 966-969. ³
- Avşaroglu, D., Inal, T.C., Demir, M., Attila, G., Acartürk, E., Evlice, Y.E., & Kayrin, L. (2005). Biochemical Indicators and Cardiac Function Tests in Chronic Alcohol Abusers. *Croat Med J*, 46, 233 – 237. ⁴
- Baarda, D.B. (2009). *Dit is onderzoek!* (Eerste druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, D.B., Goede, de M.P.M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek* (Tweede geheel herziende druk). Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Berman, S.M., Kuczenski, R., McCracken, J.T., & London, E.D. (2009). Potential adverse effects of amphetamine treatment on brain and behavior: a review. *Molecular Psychiatry*, 14, 123 – 142. ¹
- Berry, E.M., & Mechoulam, R. (2002). Tetrahydrocannabinol and endocannabinoids in feeding and appetite. *Pharmacology & Therapeutics*, 95, 185 – 190. ¹
- Boom-Binkhorst, van der F.H., Hartman, E., Hartog, den A.P., Lith, van A., Lossonczy von Losoncz, von T.O., Ronhaar, P., Veen, J.M., & Winkelman, M.L.J. (2006). *Mens en Voeding* (zesde herziende druk). Baarn: HBUitgevers.
- Boyce, A., & McArdle, P. (2008). Long-term effects of cannabis. *Paediatrics and Child Health*, 18, 37- 41. ¹
- Brand, H.S., Zalingen, D. van, & Veerman, E.C.I. (2009). Heroïnegebruik en mondgezondheid. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 116, 479 – 482. ¹
- Brot, C., Jørgensen, N.R., & Sørensen, O.H. (1999). The influence of smoking on vitamin D status and calcium metabolism. *European Journal of Clinical Nutrition*, 53, 920 – 926. ³
- Brown, J.M., & Yamamoto, B.K. (2003). Effects of amphetamines on mitochondrial function: role of free radicals and oxidative stress. *Pharmacology & Therapeutics*, 99, 45 – 53. ¹
- Brug, J., Assema, van P., & Lechner, L. (2008). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak* (Zesde druk). Assen: Van Gorcum.
- Bruno, R.S., & Traber, M.G. (2006). Vitamin E biokinetics, oxidative stress and cigarette smoking. *Pathophysiology*, 13 (3), 143 – 149. ¹
- Callaghan, R.C., Cunningham, J.K., Sykes, J., & Kish, S.J. (2012). Increased risk of Parkinson's disease in individuals hospitalized with conditions related to the use of methamphetamine or other amphetamine-type drugs. *Drug and Alcohol Dependence*, 120, 35 – 40. ²
- Carlini, E.A. (2004). The good and the bad effects of (–) *trans*-delta-9-tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC) on humans. *Toxicon*, 44, 461 – 467. ¹

Cemek, M., Büyükkuroğlu, M.E., Hazman, O., Bulut, S., Konuk, M., & Birdane, Y. (2011). Antioxidant enzyme and element status in heroin addiction or heroin withdrawal in rats: effect of melatonin and vitamin E plus Se. *Biological Trace Element Research*, 139 (1), 41 – 54. ⁴

Charles-Nicolas, A., Lactose, J., & Ballon, N. (2009) Le point sur l'addiction à la cocaïne et au crack. A focus on cocaine and crack addiction. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167 (7), 504 – 507. ¹

Chen, Y., Yang, S., Peng, H., Hsieh, Y., Chen, J. & Yang, S. (2011). Folate and vitamin B12 improved alcohol-induced hyperhomocysteinemia in rats. *Nutrition*, 27, 1034 – 1039. ³

Cook, C.C.H., Hallwood, P.M., & Thomson, A.D. (1998). B vitamin deficiency and neuropsychiatric syndromes in alcohol misuse. *Alcohol & Alcoholism*, 33, 317 – 336. ¹

CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (2007). *Literatuuronderzoek*. <http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/EBRO-handleiding/5-Literatuuronderzoek/>. Geraadpleegd op 6 februari 2012.

Cota, D., Marsicano, G., Lutz, B., Vicennati, V., Stalla, G.K., Pasquali, R., & Pagotto, U. (2003). Endogenous cannabinoid system as a modulator of food intake. *International Journal of Obesity*, 27, 289 – 301. ¹

Cota, D., Tschöp, M.H., Horvath, T.L., & Levine, A.S. (2006). Cannabinoids, opioids and eating behavior: The molecular face of hedonism? *Brain Research Reviews*, 51, 85 – 107. ¹

De Luis, D.A., Armentia, A., Muñoz, P.L., Dueñas-Laita, A., artin, B., De la Fuente, B., & Izaola, O. (2010). Ingesta dietética en un grupo de pacientes fumadores de marihuana. *Nutrition Hospital*, 25, 688 – 691. ⁴

Degenhardt, L., Singleton, J., Calabria, B., McLaren, J., Kerr, T., Mehta, S., Kirk, G., & Hall, W.D. (2011). Mortality among cocaine users: A systematic review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 113, 88 – 95. ¹

Diaz-Flores, J.F., Sañudo, R.I., Rodriguez, E.M., & Diaz Romero, C. (2003). Serum concentrations of Marco en trace elements in heroin addicts of the Canary Islands. *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology*, 17 (4), 235 – 242. ³

Dietrich, M., Block, G., Norkus, E.P., Hudes, M., Traber, M.G., Cross, C.E., & Packer, L. (2003). Smoking and exposure to environmental 39ecomme smoke decrease some plasma antioxidants and increase Y-tocopherol in vivo, after adjustment for dietary antioxidant intakes. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 77, 160 – 166. ³

Doornink, N., & Vogel, J. (2008). *Voeding bij oncologische aandoeningen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

EMCDDA (Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving) (2011). *Stand van drugsproblematiek in Europa. Jaarverslag 2011*. Luxemburg: Bookshop Europa.

Everitt, H., Patel, V.B., & Tewfik, I. (2007). Nutrition and alcoholic liver disease. *Nutrition Bulletin*, 32, 138 – 144. ¹

Fattore, L., Fadda, P., Spano, M.S., Pistis, M., & Fratta, W. (2008). Neurobiological mechanisms of cannabinoid addiction. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 286, 97 – 107. ¹

Fattore, L., & Fratta, W. (2010). How important are sex differences in cannabinoid action? *British Journal of Pharmacology*, 160, 544 – 548. ¹

Falck, R.S., Wang, J., Carlson, R.G., & Siegal, H.A. (2000). Crack-cocaine use and health status defined bij the SF-36. *Addictive Behaviors*, 25 (4), 579 – 584. ⁴

- Fogarty, A., & Lingford-Hughes, A. (2004). Addiction and substance misuse. *Medicine*, 32 (7), 29 – 33. ³
- Foltin, R.W. (2005). Effects of dietary and pharmacological manipulations on appetitive and consummatory aspects of feeding in non-human primates. *Appetite*, 45, 110 – 120. ¹
- Foltin, R.W., & Evans, S.M. (1999). The Effects of d-Amphetamine on Intake of Food and a Sweet Fluid Containing Cocaine. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 62, 457 – 464. ⁴
- Foltin, R.W., Kelly, T.H., & Fischman, M.W. (1995). Effect of amphetamine on human macronutrient intake. *Physiology & Behavior*, 58, 899 – 907. ⁴
- Fragasso, A., Mannarella, C., Ciancia, A., & Sacco, A (2011). Functional vitamin B12 deficiency in alcoholics: An intriguing finding in a retrospective study of megaloblastic anemic patients. *European Journal of Internal Medicine*, 21, 97 – 100. ⁴
- Fulton, S. (2010). Appetite and reward. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 31, 85 – 103. ¹
- Grella, C.E., & Lovinger, K. (2012). Gender difference in physical and mental health outcomes among an aging cohort of individuals with a history of heroin dependence. *Addictive Behaviors*, 37, 306 – 312. ³
- Grotzkjy-Giorgi, M. (2009). Nutrition and addiction – can dietary changes assist with recovery? *Drugs and Alcohol Today*, 9, 24 – 28. ⁵
- Haassen, C., Prinzeve, M., Gossop, M., Fischer, G., Casas, M., & CocaineEU-Team (2005). Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder or crack users. *World Psychiatry*, 4, 173 – 176. ⁴
- Hamid, A., Wani, N.A., & Kaur, J. (2009). New perspectives on folate transport in relation to alcoholism-induced folate malabsorption. *The FEBS Journal*, 276, 2175 – 2191. ¹
- Haney, M., Hart, C.L., Vosburg, S.K., Nasser, J., Bennett, A., Zubaran, C., & Foltin, R.W. (2004). Marijuana Withdrawal in Humans: Effects of Oral THC or Divalproex. *Neuropsychopharmacology*, 29, 158 – 170. ³
- Hanioka, T., Ojima, M., Tanaka, K., Matsuo, K., Sato, F., & Tanaka, H. (2011). Causal assessment of smoking and tooth loss: A systematic review of observational studies. *BCM Public Health*, 221 (11), 1471 – 1481. ¹
- Hendriks, H.F.J. (2007). *Alcohol*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Iacovelli, L., Fulceri, F., De Blasi, A., Nicoletti, F., Ruggieri, S., & Fornai, F. (2006). The neurotoxicity of amphetamines: Bridging drugs of abuse and neurodegenerative disorders. *Experimental Neurology*, 201, 24 – 31. ¹
- Jain, V.K., Jain, D., Murthy, B.S., & Mittal, D. (2006). Smoking Related Musculoskeletal Disorders. *Journal of Orthopaedics*, 3(2), 13 – 21. ¹
- Jochems, A.A.F., & Joosten, F.W.M.G. (2006). *Zakwoordenboek der Geneeskunde*. Doetichem: Elsevier Gezondheidszorg.
- Kaur, J., Shalini, S., & Bansal, M.P. (2010). Influence of vitamin E on alcohol-induced changes in antioxidant defenses in mice liver. *Toxicology Mechanisms and Methods*, 20, 82 – 89. ³
- Kobayashi, Y., Peterson, B.C., & Waldbieser, G.C. (2008). Association of cocaine- and amphetamine-regulated transcript (CART) messenger RNA level, foodintake, and growth in channel catfish. *Comparative Biochemistry and Physiology*, 151, 219 – 225. ⁴
- Korzec, A., Noorden, van M.S. en Waning, T.P. (2009). *Partydrugs en problematisch alcoholgebruik*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. ¹

- Kung, C.M., Wang, H.L., & Tseng, Z.L. (2008). Cigarette smoking exacerbates health problems in Young men. *Clinical & Investigative Medicine*, 31 (3), 138 – 149. ³
- Laar, van M. & Niesink, R. (2010). Cannabis en verslaving: feiten en misverstanden. *Verslaving*, 6, 84 -96. ¹
- Lemmens, P.H. (2007). *Alcohol: misbruik en afhankelijkheid*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lieb, M., Palm, U., Hock, B., Schwarz, M., Domke, I., & Soyka, M. (2011). Effects of alcohol consumption on iron metabolism. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37, 68 – 73. ³
- Lieber, S.C. (2003). Relationships between nutrition, alcohol use, and liver disease. *Alcohol Research & Health*, 27, 220 – 231. ¹
- Lykkesfeldt, J., Viscovich, M., & Poulsen, H.E. (2003). Ascorbic acid recycling in human erythrocytes is induced by smoking in vivo. *Free Radical Biology and Medicine*, 35 (11), 1439 – 1447. ³
- Makris, A.P., Rush, C.R., Frederich, R.C., & Kelly, T.H. (2004). Wake-promoting agents with different mechanisms of action: comparison of effects of modafinil and amphetamine on foodintake and cardiovascular activity. *Appetite*, 42, 185 – 195. ²
- Marsano, L. (1993). Alcohol and malnutrition. *Addictions Nursing*, 6, 62 – 71. ¹
- Martin, P.R., Singleton, C.K., & Hiller-Sturmhöfel, S. (2003). The role of thiamine deficiency in alcoholic brain disease. *Alcohol Research & Health*, 27, 134 – 142. ¹
- McKetin, R., & Mattick, R.P. (1999). Attention and memory in illicit amphetamine users. *Drug and Alcohol Dependence*, 48, 235 – 242. ⁴
- Mensinga, T.T., Vries, de I., Kruidenier, M., Hunault, C.C., Hengel-Koot, van den I.S., Fijen, J.W., Leenders, M.E.C., & Meulenbelt, J. (2006). *Dubbel-blind, gerandomiseerd, placebogecontroleerd, 4-weg gekruist onderzoek naar de farmacokinetiek en effecten van cannabis*. Bilthoven: RIVM. ²
- Millar, W.J., & Locker, D. (2007) Smoking and Oral health status. *Professional Issues*, 72 (2), 155 -162. ³
- Mohs, M.E., Watson, R.R., & Leonard-Green, T. (1990). Nutritional effects of marijuana, heroin, cocaine, and nicotine. *Journal of the American Dietetic Association*, 90 (9), 1261 – 1267. ¹
- Morin, N.M., Dye, B.A., & Hooper, T.I. (2005). Influence of cigarette smoking on the overall perception of dental health among adults aged 20-79 years, United States, 1988-1994. *Public Health Reports*, 120, 124 – 132. ³
- Mysels, D.J., & Sullivan, M.A. (2010) The relationship between opioid and sugar intake: Review of evidence and clinical applications. *Journal of Opioid Management*, 6 (6), 445 – 452. ¹
- Nationaal Kompas Volksgezondheid (2007). *Welke factoren beïnvloeden de kans op de ziekte van Parkinson?* <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/zenuwstel-sel-en-zintuigen/ziekte-van-parkinson/welke-factoren-beinvloeden-de-kans-op-de-ziekte-van-parkinson/>. Geraadpleegd op 12 maart 2012.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid (2009). *Wat is kwaliteit van leven en hoe wordt het gemeten?* <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/kwaliteit-van-leven/wat-is-kwaliteit-van-leven-en-hoe-wordt-het-gemeten/>. Geraadpleegd op 6 maart 2012.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid (2010^a). *Afhankelijkheid van alcohol*. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/afhankelijkheid-van-alcohol-drugs-of-andere-middelen/afhankelijkheid-van-alcohol/>. Geraadpleegd op 8 maart 2012.

Nationaal Kompas Volksgezondheid (2010^b). *Hoeveel mensen gebruiken drugs?* <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/druggebruik/>. Geraadpleegd op 23 maart 2012.

Nationaal Kompas Volksgezondheid (2011). *Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van roken?* <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/roken/wat-zijn-de-mogelijke-gezondheidsgevolgen-van-roken/> Geraadpleegd op 2 maart 2012.

Nationaal Kompas Volksgezondheid (2012^a). *Afhankelijkheid van alcohol.* <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/afhankelijkheid-van-alcohol-drugs-of-andere-middelen/afhankelijkheid-van-alcohol/omvang/>. Geraadpleegd op 27 maart 2012.

Nationaal Kompas Volksgezondheid (2012^b). *Alcoholgebruik.* <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/alcoholgebruik/>. Geraadpleegd op 8 maart 2012.

Neale, J., Nettleton, S., Pickering, L., & Fischer, J. (2012) Eating patterns among heroin users: a qualitative study with implications for nutritional interventions. *Addiction*, 107 (3), 635 – 641. ⁴

Nettleton, S., Neale, J., & Pickering, L. (2011) Techniques and transitions: A sociological analysis of sleeping 42ecommen amongst recovering heroin users. *Social Science & Medicine*, 72, 1367 – 1376. ⁴

Nevid, J.S., Rathus S.A., & Greene, B. (2008). *Psychiatrie een inleiding*. (zesde editie). Pearson Education Benelux.

Northrop-Clewes, C.A., Thurnham, D.I. (2007). Monitoring micronutrients in cigarette smokers. *Clinica Chimica Acta*, 377, 14 – 38. ¹

Palaniappan, U., Starkey, L.J., O'Loughlin, J., Gray-Donald, K. (2001). Fruit and vegetable consumption is lower and saturated fat intake is higher among Canadians reporting smoking. *The Journal of Nutrition*, 131, 1952 – 1958. ³

Pameijer (2012^a). *Beschermende woonvorm Strevelswijk.* <http://pameijer.nl/nl/node/971>. Geraadpleegd op 26 maart 2012.

Pameijer (2012^b). *Over Pameijer.* <http://pameijer.nl/nl/node/5>. Geraadpleegd op 26 maart 2012.

Phillips, T.J., Kamens, H.M., & Wheeler, J.M. (2007). Behavioral genetic contributions to the study of addiction-related amphetamine effects. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32, 707 – 759. ¹

Reske, M., Eidt, C.A., Delis, D.C., & Paulus, M.P. (2010). Nondependent Stimulant Users of Cocaine and Prescription Amphetamines Show Verbal Learning and Memory Deficits. *Biological Psychiatry*, 68, 762 – 769. ³

Reuter, S., Gupta, S.C., Chaturvedi, M.M., & Aggarwal, B.B. (2010). Oxidative stress, 42ecommendati, and cancer: How are they linked?. *Free Radical Biology & Medicine*, 49, 1603 – 1616. ¹

Robinson, K. (2003). Wernicke's encephalopathy. *Emergency Nurse*, 11, 30 – 33. ⁴

Rosen, D., Hunsaker, A., Albert, S.M., Corneliun, J.K., & Reynolds, C.F. (2011) Characteristics and consequences of heroin use among older adults in the United States: A review of the literature, treatment implications, and 42ecommendations for further research. *Addictive Behaviors*, 36, 279 – 285. ¹

Sluyter, F. (2009). Verslaving. *Neuropraxis*, 13, 88 – 93. ⁴

Smit, E. & Crespo, C.J. (2001). Dietary intake and nutritional status of US adult marijuana users: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Public Health Nutrition*, 4, 781 – 786. ⁴

Sönmez, M.F., Narin, F., & Balcioglu, E. (2009). Melatonin and Vitamin C Attenuates Alcohol-Induced Oxidative Stress in Aorta. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 105, 410 – 415. ³

Stel, J.C. (2005). *Handboek arbeid en belastbaarheid*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Stivoro (2012). *Wat doet roken met uw lichaam?* http://www.stivoro.nl/Voor_volwassenen/Gezondheid___roken/Wat_doet_roken_met_uw_lichaam_/index.aspx Geraadpleegd op 2 maart 2012.

Stoermer, R., Drewe, J., Dursteler-Mac Farland, K.M., Hock, C., Mueller-Spahn, F., Ladewig, D., Stohler, R., & Mager, R. (2003). Safety of injectable opioid maintenance treatment for heroin dependence. *Biological Psychiatry*, 54 (8), 854 – 861. ³

Thomas, B., & Bishop, J. (2007). *Manual of dietetic practice*. (fourth edition). Blackwell Publishing Ltd. ²

Thomson, W.M., Poulton, R., Broadbent, J.M., Moffitt, T.E., Caspi, A., Beck, J.D., Welch, D., & Hancox, R.J. (2008). Cannabis Smoking and Periodontal Disease Among Young Adults. *JAMA*, 299, 525 – 531. ¹

Trimbos Instituut (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking*. <http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/feiten---cijfers---beleid/af/-/media/files/inkijkexemplaren/af0898%20nemesis%20ii.ashx>. Geraadpleegd op 2 april 2012.

Trimbos instituut (2011^a). *Heroïne algemeen*. <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/alcohol-en-drugs/heroine/heroine-algemeen>. Geraadpleegd 21 maart 2012.

Trimbos Instituut (2011^b). *Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2010*. http://www.trimbos.nl/~media/Themas/7_Feiten_Cijfers_Beleid/NDM%20Jaarbericht%202010.ashx#page=115. Geraadpleegd op 23 maart 2010.

Trimbos Instituut (2011^c). *Risico's cocaïne*. <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/alcohol-en-drugs/cocaine/cocaine-algemeen/risicos>. Geraadpleegd 15 maart 2012

Trimbos instituut (2011^d). *Risico's heroïne*. <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/alcohol-en-drugs/heroine/heroine-algemeen/risicos>. Geraadpleegd op 22 maart 2012

Trimbos Instituut (2012^a). *Alcohol*. <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/alcohol-en-drugs/alcohol>. Geraadpleegd op 10 februari 2012.

Trimbos Instituut (2012^b). *Amfetamine*. <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/alcohol-en-drugs/amfetamine>. Geraadpleegd op 10 februari 2012.

Trimbos Instituut (2012^c). *Cannabis*. <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/alcohol-en-drugs/cannabis>. Geraadpleegd op 10 maart 2012.

Troe, E.J. (2010). Bewijs ontbreekt voor gunstig effect van minder cafeïne gebruik door de zwangere vrouw op geboorte-uitkomsten. *Huisarts en Wetenschap*, 53 (1), 65. ¹

Vale, A. (2007). Cocaine. *Medicine*, 35 (11), 607. ¹

Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek?* (Tweede herziende druk). Amsterdam: Boom Onderwijs.

Viveros, M., Marco, E.M., & File, S.E. (2006). Nicotine and cannabinoids: Parallels, contrasts and interactions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30, 1161 – 1181. ¹

Voedingscentrum (2006). *Eetmeter*. <http://eetmeter.voedingscentrum.nl/>. Geraadpleegd op 4 april 2012.

Voedingscentrum (2012). *Schijf van vijf*. <http://www.voedingscentrum.nl/encylopedie/aanbevolen-dagelijkse-hoeveelheid.aspx>. Geraadpleegd op 3 mei 2012.

Vries, de J.H.M., Boer, de E.J., & Hulshof, K.F.A.M. (2007). *De voedingsanamnese: Methoden voor voedselconsumptieonderzoek van bevolkingsgroepen en individuen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Wang, X. (2005). Alcohol, vitamin A, and cancer. *Alcohol*, 35, 251- 258. ⁴

Wani, N.A., Hamid, A., & Kaur, J. (2008). Folate Status in Various Pathophysiological Conditions. *Life*, 60, 834 – 842. ¹

Watson, R.R., & Mohs, M.E. (1990). Effects of morphine, cocaine, and heroin on nutrition. *Progress in Clinical Biological Research*, 325, 413 – 418. ¹

Wellman, P.J., Davis, K.W., Clifford, P.S., Rothman, R.B., & Blough, B.E. (2008). Changes in feeding and locomotion induced by amphetamine analogs in rats. *Drug and Alcohol Dependence*, 100, 234 – 239. ³

Werth Cook, J., Spring, B., & McChargue, D. (2007). Influence of nicotine on positive affect in anhedonic smokers. *Psychopharmacology*, 192, 87-95. ⁴

White, S.M., & Lambe, C.J.T. (2003). The pathophysiology of cocaine abuse. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 10 (1), 27-39. ¹

Wilgenburg, van H. (2005). Farmacologie en neurotoxicologie van amfetamine. *Verslaving*, 1, 54 – 60. ¹

Wilgenburg, van H. (2006). Farmacologie van cannabis. *Verslaving*, 2, 75 – 80. ¹

Yang, S., Shieh, K., & Li, H. (2005). Cocaine- and amphetamine-regulated transcript in the nucleus accumbens participates in the regulation of feeding behavior in rats. *Neuroscience*, 133, 841 – 851. ⁴

¹ Level of evidence A1

² Level of evidence A2

³ Level of evidence B

⁴ Level of evidence C

⁵ Level of evidence D

Bijlagen

Bijlage I Adviesrapport

Voeding & Verslaving

Beknopt adviesplan voor het stimuleren van gezonde
voeding bij mensen met een verslaving

Kim Vermeij en Sabrine Zewald
Juni 2012
Haagse Hogeschool
Opleiding: Voeding en Diëtetiek

hou van het
denken
dat het
zou kunnen

stap
verder
pameijer

stap
verder
pameijer

Inhoudsopgave

1. Toelichting onderzoek
 - 1.1 Probleemstelling
 - 1.2 Vraagstelling
 - 1.3 Doelstelling
2. Advies
 - 2.1 Voedingskundige adviezen
 - 2.2 Praktische adviezen

Bijlage 1: Behoeftes vitamines en mineralen

Bijlage 2: Voorbeelddagmenu

1. Toelichting onderzoek

Dit plan is een korte samenvatting van het gehele onderzoek dat uitgevoerd is. In dit plan zijn alle adviezen samengevoegd voor Pameijer. De adviezen zijn opgedeeld in voedingskundige adviezen en praktische adviezen. Deze adviezen zijn door middel van literatuuronderzoek en interviews met bewoners, medewerkers en andere instellingen tot stand gekomen. Voor de volledige aanpak, zie volledige onderzoek Voeding & Verslaving.

1.1. Probleemstelling

Bij verslavingen en andere psychiatrische problemen kunnen grote tekorten in de voeding ontstaan, doordat er onvoldoende (gezonde) voeding gegeten wordt. De gevolgen hiervan zijn voor de locatie Strevelswijk van Pameijer onbekend. Ook is nog onbekend hoe dit probleem aangepakt kan worden. Daarom zijn als ondersteuning adviezen opgesteld.

1.2. Vraagstelling

“Wat zijn de veelvoorkomende voedingsproblemen met betrekking tot de verslavende middelen die de bewoners van Pameijer van de Strevelswijk te Rotterdam gebruiken en welke adviezen kunnen aan de medewerkers van Pameijer van de Strevelswijk gegeven worden met betrekking tot de gevonden voedingsproblemen, zodat de kwaliteit van leven van de bewoners bevorderd wordt?”

1.3. Doelstelling

Een adviesplan voor de medewerkers van Pameijer ontwikkelen, locatie Strevelswijk, om te informeren over de gevolgen met betrekking tot de voeding en gezondheid bij het gebruik van verslavende middelen die door de bewoners worden gebruikt. En de medewerkers te adviseren welke handelingen ze kunnen doen om gezonde voeding te stimuleren. Als bewoners volwaardige voeding consumeren, wordt hun kwaliteit van leven bevorderd.

2. Advies

In dit hoofdstuk zijn de aanbevelingen beschreven, deze zijn opgedeeld in voedingskundige en praktische aanbevelingen. Met deze aanbevelingen hebben de medewerkers handvaten om de bewoners te stimuleren tot het gebruik van een gezond eetpatroon. Met een gezonder eetpatroon kan de kwaliteit van leven van de bewoners vergroot worden. De verbetering wordt vooral verwacht op fysiek en psychisch gebied.

2.1. Voedingskundige adviezen

Met de voedingskundige adviezen kan Pameijer per verslavend middel zien welke problemen voor kunnen komen. Ook wordt per middel beschreven hoe de symptomen van deze problemen bestreden kunnen worden. Het is mogelijk dat naar een ander verslavend middel wordt doorverwezen. De term is dan onderstreept.

Het eetpatroon van de bewoners is ondervraagd. Daaruit bleek dat alle bewoners een onvolledig eetpatroon hebben. Het advies hiervoor is eten volgens de aanbevolen dagelijkse hoeveelheden van de Schijf van Vijf. De productgroepen en hoeveelheden zijn terug te vinden in tabel A.

Alcohol

Het overmatig gebruik van alcohol kan primaire of secundaire ondervoeding veroorzaken. Primaire ondervoeding betekend dat iemand te weinig eet en erg mager is. Secundaire ondervoeding betekend dat iemand een tekort heeft aan bepaalde voedingsstoffen. Deze persoon hoeft niet per se heel mager te zijn (Lemmens, 2007). Tegen primaire ondervoeding kunnen de volgende adviezen in praktijk gebracht worden:

- Probeer eiwitrijk te eten. Denk hierbij aan vlees(waren), (volle) melk(producten), eieren. Zie voor meer tips tabel A;
- Sla geen maaltijden over;
- Gebruik vaak kleine maaltijden, verspreid over de dag;
- Varieer zo veel mogelijk;
- Vermijd voedingsmiddelen die tegen staan;
- Neem een broodmaaltijd als de warme maaltijd tegenstaat;
- Drink 1,5 tot 2 liter per dag. Dit is inclusief melk(producten). Geen consumptie van alcohol.

Bij een alcoholverslaving kunnen tekorten ontstaan aan de volgende micronutriënten: thiamine, vitamine A, alle B vitamines, vitamine C, vitamine D, vitamine E, zink, magnesium, ijzer. Voor de aanbevolen hoeveelheden en producten waar deze micronutriënten in zitten, wordt doorverwezen naar tabel B.

Amfetamine

Het overmatig gebruik van amfetamine kan ondervoeding veroorzaken. Hiervoor gelden dezelfde adviezen als bij alcohol. Daarnaast kan amfetaminegebruik een verminderde eetlust veroorzaken. Hierbij kunnen de volgende adviezen in praktijk gebracht worden (Doornink en Vogel, 2008):

- Probeer kleine aantrekkelijke maaltijden te eten;
- Verschuif de maaltijdmomenten indien er geen trek is;
- Probeer of zachte of vloeibare gerechten beter bevallen;
- Probeer indien mogelijk in gezelschap of aan tafel te eten;
- Eet volle producten zoals volle kwark;
- Probeer frisse/zure producten te eten, als appels of vruchtensap;
- Drink een glas bouillon;
- Drink 1,5 tot 2 liter per dag. Dit is inclusief melk(producten). Geen consumptie van alcohol.

Bij een amfetamineverslaving kunnen tekorten ontstaan aan de volgende micronutriënten: vitamine C en vitamine E. Voor de aanbevolen hoeveelheden en producten waar deze micronutriënten in zitten, wordt doorverwezen naar tabel B. Probeer bij losse en/of uitvallen tanden zachte of vloeibare producten te gebruiken.

Cannabis

Het overmatig gebruik van cannabis kan een verhoogd hongergevoel veroorzaken. Hierbij kunnen de volgende adviezen in praktijk gebracht worden:

- Gebruik magere producten;
- Neem rauwkost als komkommer, tomaat of wortel;
- Ga niet met een hongergevoel boodschappen doen;
- Eet rustig en kauw goed;
- Drink 1,5 tot 2 liter per dag. Dit is inclusief melk(producten). Geen alcohol consumptie.

Ondanks het verhoogde hongergevoel kan er nog steeds een verlaagde inname ontstaan van vitamine D, vitamine E, foliumzuur, magnesium en jodium. Dit zijn geen tekorten, maar door de verlaagde inname moet er wel op gelet worden. Voor de aanbevolen hoeveelheden en producten waar deze micronutriënten in zitten, wordt doorverwezen naar tabel B.

Cocaïne

Het overmatig gebruik van cocaïne kan ondervoeding veroorzaken. Hiervoor gelden dezelfde adviezen als bij alcohol. Daarnaast kan cocaïnegebruik een verminderde eetlust veroorzaken. Hiervoor gelden dezelfde adviezen als bij amfetamine. Verder kan een onvolledig eetpatroon ontstaan. Het advies hiervoor is terug te vinden in de inleiding van deze paragraaf.

Naast deze gevolgen kan cocaïnegebruik de kans op eetstoornissen vergroten. Hiervoor is extra alertheid vereist.

Heroïne

Het overmatig gebruik van heroïne kan ondervoeding veroorzaken. Hiervoor gelden dezelfde adviezen als bij alcohol. Verder kan een onvolledig eetpatroon ontstaan. Het advies hiervoor is terug te vinden in de inleiding van deze paragraaf. Langdurig gebruik kan een teveel aan kalium in het lichaam veroorzaken. Dit ontstaat door beschadigingen in het lichaam en is niet aan voeding gerelateerd.

Verder kan overmatig heroïnegebruik gepaard gaan met een verhoogde consumptie koolhydraten en suikerrijke producten en een lage glucosetolerantie in combinatie met verhoogde HbA1c (gemiddelde bloedglucosewaarde over een periode van zes tot acht weken). Dit kan gepaard gaan met klachten. Geadviseerd wordt om dit in de gaten te houden in samenwerking met de wijkverpleegkundige.

Tabak

Het overmatig gebruik van tabak kan een verminderde eetlust veroorzaken. Hiervoor gelden dezelfde adviezen als bij amfetamine.

Bij een tabaksverslaving kunnen tekorten ontstaan aan de volgende micronutriënten: vitamine C, vitamine B6, vitamine B12, β -caroteen, calcium, selenium. Voor de aanbevolen hoeveelheden en producten waar deze micronutriënten in zitten, wordt doorverwezen naar tabel B. Verder vermindert het de prikkelgevoeligheid van geur en smaak. Ook kan het een ongezond eetpatroon met verminderde inname van groente, fruit en vezelrijke producten veroorzaken. Geadviseerd wordt om extra te letten op deze drie groepen. Voor vezelrijke producten, zie tabel B.

2.2. Praktische adviezen

Tijdens de interviews met de bewoners en medewerkers van Pameijer zijn barrières naar voren gekomen welke in deze paragraaf cursief vermeld staan. De barrières komen uit het ASE-model. Per barrière is gekeken naar de kansen die in het ASE-model benoemd staan en naar de ideeën die uit de interviews met de andere instellingen naar voren zijn gekomen. Deze kansen en ideeën staan per barrière vermeld.

Bewoners beschikken nog over onvoldoende kennis over gezonde voeding en beschikken nog over onvoldoende vaardigheden om gezonde voeding te gebruiken.

- Voorlichting geven aan de bewoners. Eventueel laten ontwikkelen en geven door studenten van de opleiding Voeding en Diëtetiek. Daarbij aandacht voor wat in de ogen van de bewoners gezond is.
- Een serie thema avonden of thema week over gezonde voeding laten ontwikkelen door studenten. Kies een onderwerp wat op de locatie speelt en betrekking heeft op gezonde voeding. Laat de studenten een plan ontwikkelen voor interactieve voorlichtingen van maximaal twee uur per keer. Het plan moet uitvoerbaar zijn voor de medewerker die de thema avonden geven. Daar kan bijvoorbeeld met de bewoners besproken worden wat zij denken dat gezonde voeding is. Bewoners worden op die manier zelf gestimuleerd om na te denken.
- Kennis over hygiëne en tafelmanieren vergroten door de bewoners te wijzen op verbeterpunten, doe dit in een persoonlijk gesprek. Tijdens de eetmomenten kan dit in praktijk worden gebracht. Houd de benadering positief.
- Probeer regelmaat in het eetpatroon/eettijden van de bewoners aan te brengen. De persoonlijke begeleiders kunnen de bewoners stimuleren regelmatig te eten door de bewoners erop te wijzen.
- Een simpel gerechtenboekje met makkelijke en gezonde maaltijden laten maken voor de bewoners. Eventueel ook laten ontwikkelen door studenten.
- Kooklessen of kookworkshops aan de bewoners en medewerkers geven. Eventueel ook laten ontwikkelen door studenten.

Weinig budget voor gezamenlijke maaltijden

- De Pakistaan vergoedt nu één keer in de twee weken de gezamenlijke maaltijd. Hij is bereid deze frequentie te verhogen naar één keer per week. Laat de manager of een medewerker een afspraak maken met deze man om het plan kort te sluiten.
- Er is een bewoner die weet waar goedkope voedingsmiddelen in winkels in de buurt te vinden zijn. Vraag of hij de boodschappen wil doen voor de gezamenlijke maaltijden.
- Op de markt zijn voedingsmiddelen niet duur. Op woensdag en zaterdag is er van 8.00 tot 16.30 uur markt op het Afrikaanderplein.
- Vraag een kleine bijdrage voor het deelnemen aan een gezamenlijke maaltijd. Haal deze bijdrage van te voren van het activiteiten- of voedingsgeld af.
- Misschien heeft Pameijer een budget beschikbaar voor de gezamenlijke eetmomenten.

Begeleiding heeft geen mogelijkheid om iedere avond of op een vaste dag te koken.

- Vanuit Pameijer is er een bedrag van € 2,40 beschikbaar als een begeleider bij een bewoner gaat eten. Maak hier regelmatig gebruik van.
- Probeer een vrijwilliger te vinden die de gezamenlijke maaltijden een aantal keer per week kan en wil bereiden.
- Laat de maaltijden bereiden door een cateringbedrijf of kok. De bewoners krijgen op die dag geen voedingsgeld, dat geld gaat naar het bereiden van de maaltijd door de externe.

Er is weinig controle op het voedingsgeld, waardoor het wordt gebruikt voor andere dingen.

- Doe gezamenlijk boodschappen, ongeacht of de bewoner dit leuk vindt of niet.
- Laat de bewoners de bon samen met de boodschappen overleggen.
- Mensen die afkicken hebben een grote behoefte aan suiker en suikerrijke producten. Deze personen hebben er baat bij als hun voedingsgeld ingehouden wordt en er samen boodschappen gedaan wordt.
- De persoonlijke begeleider kan door middel van signalerings- of zorgplicht beslissen om de bewoner geen voedingsgeld meer te geven.

Bewoners zijn niet verplicht om deel te nemen aan activiteiten.

- Maak een aantal activiteiten of bijeenkomsten verplicht voor de bewoners. Hier moet echter niet teveel druk op liggen omdat de bewoners anders afgestoten worden. Gezamenlijke maaltijden zijn goed voor de contacten tussen de bewoners en ze vinden het gezellig.

Een aantal bewoners heeft moeite met eten.

- Neem kleinere porties.
- Eet of drink zachte of vloeibare producten.
- Zijn er lichamelijke klachten die de inname van voeding beperken, neem dan contact op met de wijkverpleegkundige. Zij zal waarschijnlijk verder kunnen helpen.
- Indien de bewoner aangeeft dat de eetlust verminderd wordt bij het koken, laat de bewoner dan voor meerdere dagen koken in één keer, dan hoeft er de andere dagen niet gekookt te worden.

Er is weinig ruimte om met alle bewoners tegelijk te eten.

- Er kan in shifts gegeten worden van ongeveer 10 personen, inclusief medewerkers.
- Rouleer met de groepen, waardoor iemand meerdere dagen per week één maaltijd per dag kan komen eten. Dit kan ontbijt of avondeten zijn. Iedere bewoner krijgt hiermee de kans om mee te eten.
- Bewoners moeten zich inschrijven bij welke maaltijd ze komen mee-eten. Vol = vol. Hiermee kan gezien worden hoe vaak iemand zich inschrijft en mee-eet, waarmee het zicht voor Pameijer op iemands voedingspatroon vergroot wordt.

Tips vanuit andere instellingen

Niet alle ideeën uit de interviews met de andere instellingen kunnen ingedeeld worden bij de bovenstaande barrières. De ideeën kunnen echter wel een aanvulling zijn op het huidige voedingsbeleid bij Pameijer en staan daarom hieronder vermeld.

- Laat de boodschappen aanleveren door een groothandel of laat de medewerkers de boodschappen doen. Hierbij wordt geen of slechts een deel van het voedingsgeld verstrekt.
- Zorg bij gezamenlijke maaltijden voor variatie en houd rekening met geloofsovertuigingen, diëten en principes.
- Stel vaste eettijden in.
- Laat de bewoners zich aan en afmelden voor de gezamenlijke eetmomenten. Dan is bekend voor hoeveel mensen boodschappen gedaan en gekookt moet worden.
- Laat de bewoners meewerken door middel van een corvee rooster. Hierin kan gerouleerd wordt met koken en met boodschappen doen.
- Mensen uitnodigen voor het eten in plaats van gebieden hen mee te laten eten, zodat zij zich welkom voelen.

Bijlage 1: Behoeftes vitamines en mineralen

Deze bijlage geeft aan welke producten er dagelijks gegeten moeten worden om aan de dagelijkse behoefte te komen. De eerste tabel geeft de hoeveelheden per leeftijdscategorie weer.

Tabel A Aanbevolen dagelijkse hoeveelheid voedingsstoffen

Productgroep	19-50 jaar	51-70 jaar	71 jaar en ouder
Groente	200 gram 4 opscheplepels	200 gram 4 opscheplepels	150 gram 3 opscheplepels
Fruit	200 gram 2 stuks	200 gram 2 stuks	200 gram 2 stuks
Brood	210-245 gram 6-7 sneetjes	175-210 gram 5-6 sneetjes	140-175 gram 4-5 sneetjes
Aardappelen, rijst, pasta, peulvruchten	200-250 gram 4-5 aardappelen/ opscheplepels	150-200 gram 3-4 aardappelen/ opscheplepels	100-200 gram 2-4 aardappelen/ opscheplepels
Melk (producten)	450 ml	500-550 ml	650 ml
Kaas	1 ½ plak (30 gram)	1 ½ plak (30 gram)	1 plak (20 gram)
Vlees (waren), vis, kip, eieren, vleesvervanger	100-125 gram	100-125 gram	100-125 gram
Halvarine	30-35 gram 5 gram per sneetje	25-30 gram 5 gram per sneetje	20-25 gram 5 gram per sneetje
Bak-, braad- en frituurproducten, olie	15 gram 1 eetlepel	15 gram 1 eetlepel	15 gram 1 eetlepel
Dranken (incl. melk)	1 ½ - 2 liter	1 ½ - 2 liter	1 ½ - 2 liter

Eet elke dag uit ieder vak. Per leeftijdsgroep gelden de kleinste hoeveelheden voor vrouwen en de grootste voor mannen (voedingscentrum, 2012).

De tabel op de volgende bladzijde (tabel B) laat zien welke vitamines, mineralen en spoorelementen er nodig zijn om goed te kunnen functioneren en hoeveel er van nodig is per dag. Verder is te zien in welke producten deze voedingsstoffen zitten.

Tabel B ADH macro- en micronutriënten en producten waar het in zit.

Nutriënt	ADH Volwassen man/vrouw 19 – 50 jaar	Producten
Eiwitten	max. 25 en %	<u>Plantaardige producten:</u> Brood, granen (rijst en pasta), peulvruchten, noten, paddenstoelen en producten die hiervan zijn gemaakt. <u>Dierlijke producten:</u> Vlees, vis, gevogelte, melk(producten), kaas, eieren.
Vetten	20 – 40 en %	Vlees, vis, melkproducten, kaas, noten en oliën.
Koolhydraten	min. 40 en %	Aardappels, peulvruchten, granen en fruit.
Vitamine A	800 – 1000 RAE (retinol activiteit equivalenten)	Lever, vis, melk(producten), groenten, fruit en boter.
Vitamine B1 (Thiamine)	Per 1000 kcal minimaal 0,33 mg	Varkensvlees en graanproducten.
Vitamine B2 (Riboflavine)	1,1 – 1,4 mg	Melk(producten), vlees(waren), groenten, fruit en graanproducten.
Vitamine B3 (Nicotinezuur)	13 – 17 mg NE (Nicotinezuurequivalent)	Vlees, vis, graanproducten, groenten en fruit.
Vitamine B5 (Pantotheenzuur)	5 mg	Vlees, vis, eieren, aardappelen, melk(producten), groenten en fruit.
Vitamine B6 (Pyridoxine)	1,5 mg	Vlees, eieren, vis, groenten, graanproducten, aardappels, kaas, peulvruchten en melk.
Vitamine B8 (Biotine)	Geen, wordt voldoende aangemaakt in darmflora.	Eieren, melk, sojaproducten, noten en pinda's.
Vitamine B11 (Foliumzuur)*	300 µg	Groene groenten, fruit, volkoren producten en melk(producten).
Vitamine B12	2,8 µg	Vlees, vis en melk(producten).
Vitamine C	70 mg	Groenten, fruit en aardappels.
Vitamine D	1 µg	Zonlicht, vette vissoorten en boter.
Vitamine E	8,7 – 13 α-TE (α tocoferol-equivalenten)	Granen, noten, zaden, groenten en fruit.
Vitamine K	Geen, wordt voldoende aangemaakt in darmflora.	Lichaam is in staat dit zelf te maken, zit verder in spinazie, broccoli en oliën.
Zink	9 – 10 mg	Vlees, vis, bruin brood, peulvruchten en rijst.
Magnesium	300 – 350 mg	Cacao, schelpdieren, garnalen, sojabonen, noten, groene groenten, ongepelde noten en granen en drinkwater.
Calcium	1 g	Zuivelproducten, groenten, brood, peulvruchten en aardappels.
IJzer	9 – 15 mg	Vlees(producten), groenten, brood en aardappels.
Koper	1,5 – 3,5 mg	Orgaanvlees, zeevis, schaal- en schelpdieren, noten, graanproducten, groenten, fruit en cacao-producten.
Fosfor	700 - 1400 mg	Melk, vis, vlees en brood.
Selenium	50 – 150 µg	Orgaanvlees, groenten, granen, vis, schelpdieren
Natrium	1,3 g	In bijna alle voedingsmiddelen aanwezig, van nature of toegevoegd.
Kalium	1600 – 2000 mg	Aardappels, brood, melk(producten), vlees(waren) en groenten.
Vezels	30 – 40 g	Volkorenbrood, aardappelen, groente en fruit.

* Foliumzuur is de vorm in voedingssupplementen en verrijkte voeding, dit is de stabielere vorm welke in het lichaam omgezet wordt in de instabiele vorm folaat, die door het lichaam verwerkt kan worden (Boom-Binkhorst, Hartman, Hartog, Lith, Lossonczy von Losoncz, Ronhaar, Veen & Winkelman, 2006; Martin e.a., 2003).

Bijlage 2: Voorbeelddagmenu

In dit hoofdstuk staat een voorbeelddagmenu beschreven. Dit menu geeft een idee van wat er op een dag gegeten kan worden. De avondmaaltijd is gebaseerd op het boek “Proef Pameijer”. Voor meer recepten en ideeën wordt doorverwezen naar dit boek. Om de voeding te berekenen, wordt er doorverwezen naar de Eetmeter (eetmeter.voedingscentrum.nl).

Voorbeelddagmenu

Eetmoment	Product	Hoeveelheid
Ontbijt	Drinkontbijt	500 ml
	2 koffie met melk en suiker	2 x 250 ml
Lunch	20+ smeerkaas	Voor 2 sneeën
	Smeerleverworst	Voor 1 snee
	Volkorenbrood	3 sneeën
	Halvarine	Voor 1 snee
	Halfvolle melk	250 ml
Avondeten	Bak- en braadvet, vloeibaar	2 eetlepels
	Wortelen	50 gram
	Champignons	75 gram
	Courgette	100 gram
	Tomaat	1 stuk
	Kipfilet	1 stuk
	Ui	1 stuk
	Paprika, rode	2 stuks
	Aardappelen	4 stuks
Tussendoor	Banaan	1 stuk
	Koffie met koffiemelk en suiker	250 ml
	Liga MilkBreak	1 pakje
	Appel (met schil)	1 stuk

Bijlage II Deficiënties van vitamines, mineralen en spooelementen en de symptomen

Hieronder volgen de deficiënties van vitamines, mineralen en spooelementen en de bijbehorende symptomen/aandoeningen:

Deficiëntie	Symptoom/aandoening
Vitamine A	Verminderde weerstand Huidaandoeningen Dof haar Xeroftalmie (storing in gezichtsvermogen) Nachtblindheid Infecties
B-caroteen	Verminderde aanmaak vitamine A
Thiamine (vitamine B1)	Wernicke-Korsakoff syndroom Korsakoff Vermoeidheid Gebrek aan eetlust Beri-Beri Huidaandoeningen Depressie Zenuwzwakte Maagstoornissen Ziekte van Leigh
Riboflavine (vitamine B2)	Vermoeidheid Hypochondrie Zwakke stemming Huidaandoeningen (ontstekingen bij mondhoeken) Bloedarmoede
Nicotinezuur (vitamine B3)	Depressie Psychose Epileptische aanvallen Doofheid Spastische verlamming, tremor, ataxia Zenuwziekte Zenuwontsteking achter de oogbol Pellagra
Nicotinamide (amide van nicotinezuur)	Alcoholische pellagra encefalopathie
Pantotheenzuur (vitamine B5)	Zenuwdegeneratie Vermoeidheid Prikkelbaar Burning-feet syndroom Huidaandoeningen Bloedarmoede
Pyridoxine (vitamine B6)	Inname van alcohol, met stuiprekkingen Prikkelbaar Verward Slaapzucht Depressie Epileptische aanvallen (bij kinderen) Ontstekingen in en rond de mond Bloedarmoede Veranderingen in centraal zenuwstelsel
Biotine (vitamine B8)	Verminderde eetlust Vermoeidheid Huid en tongafwijkingen Spierpijn

	Bloedarmoede
	Depressie
Foliumzuur	Perifere zenuwziekte
	Depressie
	Dementie
	Bloedarmoede
	Slijmvliesontstekingen
	Veranderingen aan het beenmerg
	Verminderde eetlust
	Gewichtsverlies
	Vermoeidheid
	Bij zwangerschap kans op open ruggetje baby
Vitamine B12	Bloedarmoede
	Vermoeidheid
	Ademnood
	Angina pectoris
	Gebrek aan eetlust
	Zenuwzwakte
	Depressie
	Psychose
	Dementie
	Epileptische aanvallen
	Verslechteren zenuwweefsel in ruggenmerg
	Verslechteren perifere zenuwen
Vitamine C	Verminderde weerstand
	Verminderde wondgenezing
	Verminderde opbouw bindweefsel
	Scheurbuik
	Bij kinderen ziekte van Möller-Barlow (geremde groei skelet en organen)
	Bloedarmoede
Vitamine D	Rachitis
	Osteomalacie (verweking van de botten)
	Osteoporose door verminderde calciumopname
Vitamine E	Afwijkingen zenuwstelsel
	Hemolytisch anemie
	Oedeem
	Verhoging aantal bloedplaatjes
Vitamine K	Gestoorde bloedstolling
Calcium	Verminderde groei
	Verminderde botopbouw
	Risico osteoporose
	Verhoogde spierprikkelheid
	Hartritmestoornissen
IJzer	Bloedarmoede
Selenium	Hart- en vaatziekten
Zink	Huidletsel
	Haarverlies
	Diarree
Koper	Bloedarmoede
	Neutropenie (tekort aan specifieke witte bloedcellen)
	Haarbeschadiging
Magnesium	Dermatitis
	Verminderd pigment in haar
	Skeletvervormingen
	Verminderde groei
	Spierspasmen
Fosfor	Long- of hartproblemen

Natrium	Neuropathie
	Verminderde zuurstoftoevoer van de huid
	Uitdrogingverschijnselen
	Gebrek aan eetlust
Kalium	Secundaire dehydratie
	Spierzwakte
	Gestoorde hartfunctie
	Psychische stoornissen
	Misselijkheid
	Lusteloosheid
	Verminderde eetlust

(Cook e.a. 1998; Thomas & Bishop, 2007)

Bijlage III Aanbevolen Dagelijkse Hoeveelheden macro- en micronutriënten (ADH) en producten waar het in zit

Hieronder volgen de Aanbevolen Dagelijkse Hoeveelheden (ADH) per macro- en micronutriënt en de producten waar deze in zitten.

Nutriënt	ADH Volwassen man/vrouw 19 – 50 jaar	Producten
Eiwitten	max. 25 en%	<u>Plantaardige producten:</u> Brood, granen (rijst en pasta), peulvruchten, noten, paddenstoelen en producten die hiervan zijn gemaakt. <u>Dierlijke producten:</u> Vlees, vis, gevogelte, melk(producten), kaas, eieren.
Vetten	20 – 40 en%	Vlees, vis, melkproducten, kaas, noten en oliën.
Koolhydraten	min. 40 en%	Aardappels, peulvruchten, granen en fruit.
Vitamine A	800 – 1000 RAE (retinol activiteit equivalenten)	Lever, vis, melk(producten), groenten, fruit en boter.
Vitamine B1 (Thiamine)	Per 1000 kcal minimaal 0,33 mg	Varkensvlees en graanproducten.
Vitamine B2 (Riboflavine)	1,1 – 1,4 mg	Melk(producten), vlees(waren), groenten, fruit en graanproducten.
Vitamine B3 (Nicotinezuur)	13 – 17 mg NE (Nicotinezuurequivalent)	Vlees, vis, graanproducten, groenten en fruit.
Vitamine B5 (Pantotheenzuur)	5 mg	Vlees, vis, eieren, aardappelen, melk(producten), groenten en fruit.
Vitamine B6 (Pyridoxine)	1,5 mg	Vlees, eieren, vis, groenten, graanproducten, aardappels, kaas, peulvruchten en melk.
Vitamine B8 (Biotine)	Geen, wordt voldoende aangemaakt in darmflora.	Eieren, melk, sojaproducten, noten en pinda's.
Vitamine B11 (Foliumzuur)*	300 µg	Groene groenten, fruit, volkoren producten en melk(producten).
Vitamine B12	2,8 µg	Vlees, vis en melk(producten).
Vitamine C	70 mg	Groenten, fruit en aardappels.
Vitamine D	1 µg	Zonlicht, vette vissoorten en boter.
Vitamine E	8,7 – 13 α-TE (α tocoferol-equivalenten)	Granen, noten, zaden, groenten en fruit.
Vitamine K	Geen, wordt voldoende aangemaakt in darmflora.	Lichaam is in staat dit zelf te maken, zit verder in spinazie, broccoli en oliën.
Zink	9 – 10 mg	Vlees, vis, bruin brood, peulvruchten en rijst.
Magnesium	300 – 350 mg	Cacao, schelpdieren, garnalen, sojabonen, noten, groene groenten, ongepelde noten en granen en drinkwater.
Calcium	1 g	Zuivelproducten, groenten, brood, peulvruchten en aardappels.
IJzer	9 – 15 mg	Vlees(producten), groenten, brood en aardappels.
Koper	1,5 – 3,5 mg	Orgaanvlees, zeevis, schaal- en schelpdieren, noten, graanproducten, groenten, fruit en cacao-producten.
Fosfor	700 - 1400 mg	Melk, vis, vlees en brood.
Selenium	50 – 150 µg	Orgaanvlees, groenten, granen, vis, schelpdieren
Natrium (jodium)	1,3 g	In bijna alle voedingsmiddelen aanwezig, van nature of toegevoegd.
Kalium	1600 – 2000 mg	Aardappels, brood, melk(producten), vlees(waren) en groenten.
Vezels	30 – 40 g	Volkorenbrood, aardappelen, groente en fruit.

* Foliumzuur is de vorm in voedingssupplementen en verrijkte voeding, dit is de stabielere vorm welke in het lichaam omgezet wordt in de instabiele vorm folaat, die door het lichaam verwerkt kan worden (Boom-Binkhorst, Hartman, Hartog, Lith, Lossonczy von Losoncz, Ronhaar, Veen & Winkelman, 2006; Martin e.a., 2003).

Bijlage IV Risico's van alcoholgebruik en behandeling bij chronisch alcoholgebruik

Alcoholgebruik leidt snel tot gewenning, lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid. Daarnaast zijn er risico's op de korte en lange termijn.

De lichamelijke klachten op de korte termijn door alcohol zijn:

- Versnelde ademhaling en hartslag;
- Verhoogde lichaamstemperatuur;
- Verminderd pijngevoel;
- Verminderde spiercoördinatie;
- Rood, verhit gelaat;
- Verwijde pupillen;
- Kans op braken;
- Vergrote drang tot plassen;
- Vergrote eetlust;
- Lallen en praten met dubbele tong;
- Zuurstoftekort in de hersenen;
- Toevallen, black-outs;
- Bewusteloosheid;
- Coma en uiteindelijk zelfs het overlijden van het slachtoffer.

De geestelijke klachten op de korte termijn door alcohol zijn:

- Emotionele ontlasting;
- Spraakzamer;
- Verminderde reactiesnelheid;
- Loslaten van remmingen;
- Zelfoverschatting;
- Verstoord beoordelingsvermogen, ook in het verkeer;
- Verminderde werking van het geheugen;
- Minder stress- en pijngevoelens.

(Trimbos Instituut, 2012^a)

Naast deze klachten op de korte termijn, heeft alcohol ook effect op de lange termijn:

- Beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren;
- Depressies, angststoornissen en psychosen;
- Levercirrose, leververvetting, leverontsteking: Chronisch overmatige alcoholconsumptie is geassocieerd met het ontstaan van leverziekten, zoals een vervette lever (steatose), leverontsteking, fibrose en levercirrose. Het ontstaan ervan is complex, zowel de duur als de hoeveelheid geconsumeerde alcohol, de genetische aanleg, virale infecties, immuunrespons en de voedingstoestand spelen een rol. Bij twee à drie % van de alcoholisten komt levercirrose voor, dit ontstaat na 10 tot 20 jaar alcoholmisbruik en is levensbedreigend (Hendriks, 2007);
- Hart- en vaatziekten: Matige drinkers hebben een verlaagd risico hierop, omdat het gehalte HDL in het bloed stijgt. Daarnaast verlaagt het de kans op dementie of cognitieve achteruitgang. Maar bij overmatige alcoholconsumptie ontstaat er risico op het optreden van hersenbloedingen en acute hartstilstand (Hendriks, 2007);
- Alvleesklier- en maagziekten: Alcohol veroorzaakt pancreatitis door een daling van de spijsverteringsenzymen en door ontstekingen in de alvleesklier, met steatorroe als gevolg (Marsano, 1993). Ongeveer 70 % van het ontstaat van pancreatitis is aan alcohol gerelateerd (Hendriks, 2007);

- Hypertensie: Matig alcoholgebruik heeft niet of nauwelijks invloed op de bloeddruk, maar bij chronisch alcoholgebruik (alcoholconsumptie van meer dan 30 tot 60 gram per dag) kan de bloeddruk verhoogd worden met één à twee mm Hg (systole) en één mm Hg (diastole) per 10 gram alcohol (Hendriks, 2007);
- Overgewicht: Alcohol bevat veel calorieën, wat kan leiden tot overgewicht (Lemmens, 2007);
- Slokdarm-, dikke darm-, endeldarm en borstkanker: Alcoholconsumptie verhoogd het risico op deze vormen van kanker (Hendriks, 2007; Lemmens, 2007), doordat er deficiënties in vitamines ontstaan en alcoholgebruik de metabolisme van de vitamines verstoort, waardoor het bij chronisch gebruik kan leiden tot het ontstaan van kanker (Wang, 2005);
- Aangeboren afwijkingen (foetaal alcohol syndroom, FAS) en zwangerschapscomplicaties: Alcoholconsumptie kan gevaar opleveren voor de ontwikkeling van de foetus, overmatig alcoholgebruik door de moeder kan FAS veroorzaken, doordat het metabolisme verstoord is van de stoffen die de groei bevorderen. Dit syndroom is gekenmerkt door een sterk achtergebleven groei, afwijkingen aan het centrale zenuwstelsel en specifieke afwijkingen aan het aangezicht (Hendriks, 2007);
- Diabetes mellitus: Matige drinkers hebben 30 % minder kans op ouderdomssuikerziekte. Bij diabetici kan chronische alcoholconsumptie leiden tot hypoglykemie, glucose-intolerantie en keton- en lactaataccumulatie (Hendriks, 2007);
- Vitamine B-deficiënties en het syndroom van Wernicke-Korsakoff: Vitamine B-deficiënties komen veel voor bij alcoholisten, door onder andere slechte eetgewoonten en verslechterde absorptie. De meest voorkomende zijn deficiënties van thiamine (vitamine B1), foliumzuur, pyridoxine (vitamine B6) en riboflavine (vitamine B2). Tekorten in B-vitamines kunnen leiden tot verstoringen in de stofwisseling, die zich weer kunnen uiten in een aantal neuropsychologische aandoeningen, zoals het Wernicke-Korsakoff syndroom dat ontstaat bij een thiaminedeficiëntie (Hendriks, 2007);
- Verslaving: Alcohol kan snel leiden tot lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid. De afhankelijkheid kan worden gemeten door middel van de DSM-IV criteria, welke niet van 'afhankelijkheid' of 'verslaving' spreekt, maar van 'misbruik'. Misbruik wordt volgens deze DSM-IV criteria gedefinieerd als herhaaldelijk en onaangepast gebruik van alcohol, met als gevolg problemen in sociaal, professioneel, psychisch of lichamelijk functioneren. Daarnaast wordt ook herhaaldelijk gebruik van alcohol in het verkeer, bij bediening van machines en tijdens contact met justitie als criteria van misbruik gezien. Formeel gezien moet men aan minimaal drie van de zeven criteria voldoen om als afhankelijk gediagnosticeerd te worden. Deze afhankelijkheid wordt gekenmerkt door tolerantie, langdurig hoog, niet intentioneel gebruik en door problemen om te stoppen/te minderen (Lemmens, 2007).

Behandeling bij chronisch alcoholgebruik

Als behandeling bij chronisch alcoholgebruik wordt aanbevolen om alle B vitamines zo snel mogelijk te suppleren (Cook e.a. 1998), er wordt aangeraden om dit twee tot drie dagen in hoge doses driemaal daags parenteraal toe te dienen, gevolg door een eenmaal daagse toediening voor drie tot vijf dagen (Robinson, 2003). Er wordt aanbevolen 50 mg thiamine toe te dienen, dit kan oraal of parenteraal, de laatste heeft de voorkeur, omdat er dan geen vitamine verloren gaat bij de verstoorde absorptie (Robinson, 2003; Cook e.a. 1998). Bij het suppleren van de vitamines B2 en B6 is de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid voldoende.

Een normaalwaarde van foliumzuur wordt meestal bereikt door middel van een compleet, gebalanceerd dieet en hoeft daarom meestal niet gesuppleerd te worden. Vitamine A moet alleen extra toegediend worden indien men zeker weet dat er een deficiëntie is, omdat een te hoge dosis van deze vitamine schade aan de lever kan aanrichten (Lieber, 2003; Marsano, 1993). Daarnaast wordt geadviseerd om de antioxidanten vitamine C en E en zink te suppleren (Everitt e.a. 2007; Lieber, 2003).

Bijlage V Risico's van amfetaminegebruik

Amfetaminegebruik veroorzaakt tremoren (trillen), hartkloppingen, transpireren, tandenknarsen, een droge mond en een toename van de systolische en diastolische bloeddruk. Wanneer er meer gebruikt wordt, kan er verwarring, paniekaanvallen, stereotiep gedrag (het steeds herhalen van dezelfde beweging), psychose, hallucinaties en suïcidaal gedrag ontstaan. Ernstige vormen van intoxicatie zijn delirium, epileptische aanvallen, hypotensie, nierfunctiestoornissen, hartritmestoornissen en coma (Devlin & Henry, 2008; Trimbos Instituut, 2012^b; Wilgenburg, 2005).

Daarnaast verandert het slaappatroon, neemt de afweer af en kan er schade ontstaan aan lever, nieren, longen, hart en bloedvaten. Dit kan leiden tot een beroerte (Wilgenburg, 2005). Ook kan er geheugenverlies ontstaan en kan het vermogen tot leren verminderd worden (Phillips, Kamens & Wheeler, 2007; Reske, Eidt, Delis & Paulus, 2010; McKetin & Mattick, 1999). Doordat amfetamine schade aanricht aan de dopamine neuronen, zijn de gebruikers ervan vatbaarder voor de ziekte van Parkinson, een neurologische aandoening door een tekort aan dopamine (Callaghan, Cunningham, Sykes & Kish, 2012; Iacovelli, Fulceri, De Blasi, Nicoletti, Ruggieri & Fornai, 2006).

Bij amfetaminegebruik is van lichamelijke afhankelijkheid nauwelijks sprake, wel veroorzaakt het sterke psychische afhankelijkheid. Dit komt doordat de effecten van euforie bij uitwerking omslaan in dysforie, depressie en angst. De gebruiker wil weer amfetamine gebruiken om deze effecten op te heffen (Wilgenburg, 2005).

Bijlage VI Risico's van cannabisgebruik

- Psyche en waarneming: Vermoeidheid, euforie, verhoogd gevoel van welbehagen, dysforie, angst, onderdrukking van angst, depersonalisatie, verhoogde zintuiglijke gevoeligheid, intensere seksuele ervaringen, hallucinaties, verandering van de tijdperceptie, verslechtering van psychotische toestand, slaap (Cota e.a., 2003; Carlini, 2004; Mensinga e.a., 2006; Wilgenburg, 2006);
- Cognitie en psychomotoriek: Gefragmenteerd denken, verhoogde creativiteit, verstoord geheugen, onstabiele gang, onduidelijk spreken, verslechtering en soms ook verbetering van de motorische coördinatie (Cota e.a., 2003; Carlini, 2004; Mensinga e.a., 2006; Wilgenburg, 2006);
- Zenuwstelsel: Pijnstilling, spierontspanning, toename van de eetlust, overgeven, anti-emetische effecten, bescherming tegen ischemie en hypoxie (Boyce & McArdle, 2008; Carlini, 2004; Cota e.a., 2003; Fattore e.a., 2008; Wilgenburg, 2006);
- Lichaamstemperatuur: Daling van de lichaamstemperatuur (Wilgenburg, 2006);
- Hart en vaatstelsel: Versnelde hartslag, verhoging van het hartminuutvolume, toegenomen zuurstofbehoefte, orthostatische hypotensie, hypertensie in horizontale houding, remming van de bloedplaatjesaggregatie (Carlini, 2004; Mensinga e.a., 2006; Wilgenburg, 2006);
- Oog: Rode conjunctiva, verminderde afscheiding traanvocht, afname druk in de oogbol (Wilgenburg, 2006);
- Ademhalingssysteem: Verwijding van de luchtwegen (Wilgenburg, 2006);
- Maag-darmkanaal: Droge mond, afgenomen speekselproductie, verminderde darmactiviteit, vertraagde maagontleding (Carlini, 2004; Wilgenburg, 2006);
- Hormonaal systeem: Beïnvloeding van onder andere testosteron, follikelstimulerend hormoon, prolactine, somatropine en thyroïdstimulerend hormoon, effect op glucosemetabolisme, verminderde bewegelijkheid van het sperma, verstoorde menstruele cyclus, onderdrukte ovulatie (Wilgenburg, 2006);
- Immuunsysteem: Remming van het immuunsysteem, immuunstimulatie, ontstekingsonderdrukking, antiallergische effecten (Wilgenburg, 2006);
- Ontwikkeling foetus: Ondervoeding, achterblijven in de ontwikkeling, negatieve effecten op de pre- en postnatale ontwikkeling van het zenuwstelsel en op de cognitieve ontwikkeling (Wilgenburg, 2006);
- Genetisch materiaal en kanker: Anticarcinogeen, remming van de synthese van DNA, RNA en eiwitten (Wilgenburg, 2006);
- Verslaving (Carlini, 2004; Laar & Niesink, 2010).

Bijlage VII Risico's van cocaïnegebruik

Deze bijlage bevat een aanvulling op het hoofdstuk 'cocaïne'. Als eerste worden de positieve en negatieve effecten die optreden tijdens het gebruik beschreven. Vervolgens volgt een opsomming van de symptomen die optreden bij overdosering. Als laatste volgen de gevolgen van langdurig gebruik.

Positieve effecten van cocaïne bij gebruik

- Een 'roes'
- Euforie;
- Zelfverzekerdheid;
- Alertheid;
- Gevoel van gemak en controle;
- Verhoogde concentratie;
- Verhoogd libido;
- Verminderde sociale remmingen;
- Verminderde eetlust;
- Verminderde vermoeidheid.

(Charles-Nicolas, Lactose & Ballon, 2009; Haassen e.a., 2005)

Negatieve effecten van cocaïnegebruik op korte termijn

- Dysforie (voortdurende aanwezige sombere stemmingen);
- Onrust;
- Angst en paranoia;
- Egocentrisch gedrag;
- Hallucinaties en wanen;
- Hypertensie;
- Verhoogde hartslag;
- Hyperthermie met zweten;
- Lokale vasoconstructie.

(Haassen e.a., 2005; Vale, 2007)

Effecten die op kunnen treden bij overdosering

- Agitatie (onrust, opwinding);
- Acute psychose;
- Hallucinaties;
- Toevallen;
- Versnelde ondiepe en onregelmatige ademhaling of hijgen;
- Mydriasis (pupilverwijding);
- Tremoren;
- Convulsie (stuip trekkingen);
- Hyperventilatie;
- Hypertensie;
- Hyperthermie met zweten;
- Tachycardie (versnelde hartwerking);
- Hartritmestoornissen;
- Hartinfarct;
- CVA;
- Dissectie van de aorta (scheiding van weefsellagen in de aorta);
- Anorexie;
- Soms zelfs de dood.

(Charles-Nicolas e.a., 2009; Jochems & Joosten, 2006; Nevid e.a., 2008; Vale, 2007; White & Lambe, 2003).

Complicaties bij langdurig cocaïne gebruik.

- Verslaving: Volgens Nevid e.a. (2008) raakt 10-15% van de mensen die met cocaïne experimenteert uiteindelijk verslaafd of afhankelijk van het middel. Lichamelijk is cocaïne niet (of zelden) verslavend. Regelmatig gebruik kan wel leiden tot geestelijke afhankelijkheid (Trimbos, 2011^c). Afkickverschijnselen die zich kunnen openbaren bij een gebrek aan cocaïne zijn volgens Stel (2005) depressie, vermoeidheid en concentratiestoornissen en het gebruik van andere middelen. Ook kunnen anhedonische perioden optreden (Haassen e.a., 2005);
- Psychische problemen: Manische of paranoïde psychoses, paniekaanvallen, depressie en geheugenverlies kunnen veroorzaakt worden door cocaïnegebruik (Degenhardt e.a., 2011; Vale, 2007);
- Neusproblemen: Door het snuiven van cocaïne, vernauwen de bloedvaten in de neus. De zuurstoftoevoer naar de weefsels neemt hierdoor af. Hierdoor raakt het slijmvlies geïrriteerd en ontstoken en ontstaan er zweren in de neusvleugels, regelmatige neusbloedingen, chronisch niezen en een verstopte neus. Chronisch gebruik van cocaïne kan leiden tot perforatie van het neustussenschot (Nevid e.a., 2008; White & Lambe, 2003);
- Longproblemen: 'Freebasen' kan binnen drie maanden na het eerste gebruik al ernstige longproblemen veroorzaken (Nevid e.a., 2008). Door het roken van crack kunnen er problemen aan het ademhalingsstelsel ontstaan. Volgens Flack e.a. (2000) komen daar een verminderde ademhalingscapaciteit en zwart speeksel bij horen;
- Nier- of darmproblemen: Volgens Vale (2007) kan er door gebruik onder andere een versperring van bloedvaten in de nieren ontstaan. Het gevolg hiervan kan vergiftiging zijn, omdat de schadelijke stoffen niet meer afgevoerd kunnen worden;
- Neurologische problemen: Door beschadiging van het zeeffbeen in de neus bij chronisch snuiven, kan er nasaal verlies van hersenvocht plaatsvinden (Vale, 2007). Bij acute intoxicatie kan er een CVA plaatsvinden. Lokale vasoconstructie kan zorgen voor verminderde bloedtoevoer naar belangrijke organen (Charles-Nicolas e.a., 2009);
- Hart- en vaatziekten: Volgens Aslibekyan, Levitan en Mittelman (2008) is er een verband gevonden tussen het gebruik van cocaïne en hart- en vaatziekten. Ziektebeelden die voor zouden kunnen komen zijn een hartinfarct, hartritme stoornissen en een ontsteking aan de hartspier;
- Ondervoeding: Cocaïne onderdrukt de eetlust. Regelmatig gebruik kan hierdoor gepaard gaan met gewichtsverlies, ondervoeding en vitaminetekorten (Nevid e.a., 2008);
- Toevallen: Insulten, kenmerkend voor epilepsie, kunnen zich voordoen door een verstoring van de elektrische activiteit in de hersenen. Door herhaald gebruik van cocaïne kan de drempel voor toevallen afnemen of de vatbaarheid voor toevallen neemt toe (Nevid e.a., 2008);
- Seksuele problemen: In eerste instantie lijkt cocaïne het libido te stimuleren (Charles-Nicolas e.a., 2009). Volgens Nevid e.a. (2008) kan regelmatig gebruik kan echter leiden tot disfuncties als impotentie, uitblijven van een zaadlozing bij de man en afname van seksuele belangstelling bij beide geslachten;
- Infecties en ontstekingen: Vooral gebruiker die de cocaïne injecteren hebben een vergrote kans op bloedinfecties en AIDS (Degenhardt e.a. 2011). Ook is er voor gebruikers een grotere kans op het overdragen van besmettelijke ziekten, door bijvoorbeeld gemeenschappelijk gebruik van rietjes (EMCDDA, 2011);
- Miskraam: Cocaïnegebruik tijdens de zwangerschap kan leiden tot vroeggeboorte en premature dood van het ongeboren kind (Vale, 2007).
- Ziekte van Parkinson: Volgens White & Lambe (2003) hebben mensen die langdurig cocaïne gebruiken een grotere kans op de ziekte van Parkinson.

Bijlage VIII Risico's van heroïnegebruik

Deze bijlage bevat een aanvulling op het hoofdstuk 'heroïne'. Als eerste worden de effecten die optreden tijdens het gebruik beschreven. Vervolgens volgt een opsomming van de symptomen die optreden bij overdosering en een opsomming van de mogelijke afkickverschijnselen. Als laatste volgen de gevolgen van langdurig gebruik.

Effecten van heroïne bij gebruik

- Een roes met ervaring van een gelukzalig gevoel;
- Verminderd pijngevoel, verdriet en angst;
- Hypertensie;
- Bradycardie (een abnormaal verlaagde hartwerking);
- Verminderde ademhaling;
- Hypoxemia (verminderd zuurstofgehalte in het bloed);
- Versuffing;
- Vernauwt pupillen;
- Verlaagt darmwerking;
- Vermindert libido;
- Afkickverschijnselen bij een gebrek aan middelen.

(Fogarty & Lingford-Hughes, 2004; Grella & Lovinger, 2012; Jochems & Joosten, 2006; Rosen, Hunsaker, Albert, Corneliun, & Reynolds, 2011; Stoermer e.a., 2003)

Overdosering

- Apathie en afwezigheid;
- Verminderde aandacht voor de omgeving;
- Onduidelijke spraak;
- Verkleinde pupil;
- Verminderd bewustzijn;
- Ademhalingsstoornissen;
- Coma of de dood.

(Fogarty en Lingford-Hughes, 2004)

Afkickverschijnselen van heroïne

- Kippenvel (cold trukey);
- Malaise;
- Spierpijn en spierkrampen;
- Rhinorrhoea (sterke afscheiding nasaal neusvocht);
- Tranende ogen;
- Buikpijn;
- Misselijkheid en overgeven;
- Diaree;
- Pupilverwijding;
- Gapen;
- Onrust;
- Slapeloosheid
- Transpireren
- Rillen
- Strepen op de huid

(Brand e.a., 2009; Fogarty & Lingford-Hughes, 2004; Jochems & Joosten, 2006)

Complicaties bij langdurig heroïne gebruik

- Verslaving: Lichamelijke verslaving bij heroïne treedt redelijk snel op. Het lichaam protesteert als iemand stopt en er ontstaan onthoudingsverschijnselen. Daarnaast zorgt heroïne ook voor geestelijke afhankelijkheid. De gebruiker verlangt naar heroïne en voelt zich niet meer prettig zonder (Trimbos Instituut, 2011^d);
- Slaapproblemen: Op de lange termijn veroorzaakt heroïne een slaapprobleem. Bij mindering of stoppen met het gebruik van heroïne, kan dat probleem verergeren (Nettleton, Neale & Pickering, 2011);
- Depressie (Fogarty & Lingford-Hughes, 2004);
- Infecties/ontstekingen: Drugsgebruikers die de drugs injecteren, lopen een grotere kans op infectieziekten die door bloedcontact overgedragen worden. Hierbij kan gedacht worden aan hepatitis B en C en HIV/AIDS. Deze vergrootte kans komt voor uit het injecteren met spuiten die al eerder gebruikt zijn en het uitwisselen van injectiespuiten (EDCCMA, 2011; Mysels & Sullivan, 2010; Neale e.a., 2012; Rosen e.a., 2011). Onder de gebruikers komen volgens Brand e.a. (2009) relatief veel seksueel overdraagbare aandoeningen voor. Ook is de hoeveelheid mensen met tuberculose groter (Grella & Lovinger, 2012; Rosen e.a., 2011). Gebruikers van heroïne hebben ook een grotere kans op endocarditis, een ontsteking aan de hartklep (Brand e.a., 2009);
- Maag-darm problemen: Heroïne heeft een negatieve invloed op de darmwerking. Er kan onder andere obstipatie ontstaan ten gevolge van een onvolledig voedingspatroon. Obstipatie leidt volgens Brand e.a. (2009), Neale e.a. (2012) en het Trimbos Instituut (2011^d) weer tot een verminderde voedingsintake. Dit veroorzaakt een vicieuze cirkel waar moeilijk uit te komen is;
- Nierfalen (Mohs e.a., 1990);
- Menstruatiestoornis: Bij vrouwen kan de menstruatiecyclus verstoord raken of zelfs helemaal stoppen. Bij een verstoorde cyclus kan een vrouw echter nog wel zwanger worden. Door het gebrek aan regelmaat kan de zwangerschap dan laat ontdekt worden, met alle gevolgen van dien (Trimbos Instituut, 2011^d);
- Mondgezondheid: Brand e.a. (2009) geeft aan dat bij heroïneverslaafden een atypische vorm van cariës voor komt. Deze cariës is donkerder dan de andere varianten, bestrijkt een groter oppervlak en geeft minder pijnklachten. Het dieet van de gebruikers en de verminderde pijngevoelens zorgen ervoor dat de patiënt geen reden ziet om mondverzorging te zoeken. Verder hebben personen die heroïne gebruiken hebben frequenter last van tandsteen (Brand e.a., 2009). Ook is de kans op ontstekingen van het tandvlees voor deze groep mensen groter. Heroïnegebruik kan tandengeknars veroorzaken, waardoor de tanden sneller slijten.

Bijlage IX Risico's van tabaksgebruik

Deze bijlage bevat een aanvulling op het hoofdstuk 'tabak'. Eerst volgt er een kort stuk over de schadelijke stoffen die tabak bevat. Vervolgens worden de ziektebeelden die voor kunnen komen bij langdurig gebruik van tabak besproken.

Schadelijke stoffen in tabak.

De teer uit een sigaret zorgt naast de verhoogde oxidatieve stress ook voor beschadiging in de longen. Het gaat tussen de trilhaartjes in de longen zitten, waardoor deze minder zullen werken. Door middel van hoesten kan het vuil de longen toch nog verlaten (Stivoro, 2012). Naast teer, nicotine en koolmonoxide, bevat een sigaret ook aceton, arsenicum, butaan, cyanide, toluen, cadmium en benzeen (Stivoro, 2012).

Ziektebeelden

Roken vergroot de kans op de volgende ziektebeelden:

- Oxidatieve stress: De teer in een sigaret zorgt voor een verhoogde oxidatieve stress. Volgens Reuter, Gupta, Chaturvedi, Aggarwal (2010) is oxidatieve stress 'een gebrek aan evenwicht tussen vrije radicalen en een reactieve metabooliet, de oxidanten of reactive oxygen species (ROS), en de beschermende mechanismen, aangeduid als anti-oxidanten.';
- Verslaving: Nicotine is de stof in tabak die geestelijke en lichamelijke afhankelijkheid veroorzaakt. De afhankelijkheid kan gemeten worden met behulp van de DSM IV criteria (Nevid e.a., 2008);
- Verminderde conditie: Koolmonoxide zit in het bloed in plaats van zuurstof. Het zorgt zo voor een verminderde zuurstofspanning en een verminderde conditie (Jain e.a., 2006);
- Risico op luchtwegklachten: Er kunnen klachten ontstaan als verminderde longgroei, fibrose, COPD (chronische bronchitis en emfyseem), respiratoire symptomen (hoesten, piepen, slijm, ademnood), achteruitgang in longfunctie en (moeite met het onder controle houden van) astma gerelateerde symptomen (Kung e.a. 2008; Millar & Locker, 2007);
- Longkanker;
- Kanker in het hoofdhalsg gebied als strottenhoofd kanker, slokdarmkanker, keel- en mondholtekanker (Morin e.a., 2005; Nationaal Kompas Volksgezondheid 2011);
- Exacerbatie: Opvlamming van astma en tuberculose (Jain e.a., 2006);
- Hart- en vaatziekten: Roken vergroot de kans op ischemische hartziekten, arteriosclerose, verminderde doorbloeding van de perifere vaten en exacerbatie van hypertensie (Kung e.a. 2008; Millar & Locker, 2007);
- Orgaanbeschadiging als hepatitis en pancreatitis (Kung e.a. 2008);
- Verminderde botdichtheid: Nicotine speelt een significante rol op het musculoskeletal systeem, ook wel bekend als bewegingsapparaat (Jain e.a., 2006). Rokers hebben een lagere botmassa en verhoogde kans op fracturen ten gevolge van osteoporose (Brot e.a., 1999, Jain e.a., 2006). Bij mannen heeft roken in elk stadium van het leven een nadelig effect op het skelet, er werd in het onderzoek van Jain e.a. (2006) een consequent lagere botmineraaldichtheid (BMD) gemeten. Bij vrouwen die gebruik gemaakt hadden van oestrogeen, was de BMD lager bij vrouwen die (hebben) gerookt. Hierbij zijn andere factoren als gewicht niet meegenomen;
- Verminderde bloedtoevoer naar de botten: De bloedtoevoer naar de botten vermindert en nicotine beïnvloed de productie van osteoblasten (bot vormende cellen). De absorptie van calcium wordt door nicotine negatief beïnvloed (Jain e.a., 2006);
- Verminderde wondgenezing: De verhoogde plasmaconcentratie van adrenaline en noradrenaline die wordt toegeschreven aan tabaksgebruik, hebben een negatieve invloed op de wondgenezing. De beide hormonen geven aanleiding tot een perifere vasoconstrictie.

Invloeden op de mondgezondheid

- Slijmvliesafwijkingen: Rokers hebben een twee tot viermaal zo grote kans op het ontwikkelen van mondkanker dan niet-rokers. De teer die de tabaksrook bevat, heeft een direct carcinogeen effect op de epitheelcellen van het mondslijmvlies. Andere afwijkingen zijn leukoplakie, rokersmelanose en stomatitis nicotina (rode puntjes op de witte mucosa) (Allard, 2002);

- Parodontale aandoeningen: Rokers hebben een drie tot zes keer grotere kans op parodontale aandoeningen. De eerder genoemde vasoconstrictie, maskeert de aandoening. Indicaties als bloedend tandvlees treden hierdoor later op (Allard, 2002). Het terugtrekken van het tandvlees, een gevolg van parodontale aandoeningen, kan weer kan leiden tot tanduitval (Alkhatib e.a. 2005; Hanioka, Ojima, Tanaka, Matsuo, Sato & Tanaka, 2011; Morin e.a. 2005);
- Verslechterde adem en een droge mond (Millar & Locker, 2007; Morin e.a. 2005);
- Verkleuring van de tanden: Het meest zichtbare effect van roken is de verkleuring van de tanden door tabakvlekken. De vlekken kunnen variëren van geel tot zwart. Volgens Alkhatib e.a. (2005) hangt de verkleuring af van de duur en frequentie van sigaretgebruik.

Er zijn uitzonderlijke situaties waarbij roken voordelen kan opleveren

- Colitis Ulcerosa: Dit ziektebeeld komt minder voor bij mensen die roken. Een verband tussen deze twee factoren is nog niet aangetoond (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2011);
- Ziekte van Parkinson: Deze ziekte komt minder vaak voor bij mensen die roken (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2011). De biologische mechanismen die tot dit beschermende effect van roken leiden, zijn onbekend. Verwacht wordt dat nicotine, met een stimulerend effect op de afgifte van dopamine als anti-oxidant of de invloed van nicotine op de activiteit van monoamine oxidase B een belangrijke rol speelt (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2007);
- Anhedonische periode: Nicotine verhoogt volgens Werth-Cook, Spring & McChargue (2007) het vermogen van mensen met een anhedonische periode, om zaken weer positiever in te zien. Een anhedonische periode is een periode wanneer iemand helemaal geen vreugde meer kan ervaren;
- Pre-eclampsie: Pre-eclampsie is een verhoogde bloeddruk met eiwitten in de urine. Vrouwen die roken hebben een kleinere kans op deze aandoening. Ondanks dit voordeel levert roken meer nadelen dan voordelen gedurende de zwangerschap (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2011). Bijvoorbeeld een lager geboorte gewicht of een grotere kans op een vroeggeboorte (Mohs e.a., 1990; Northrop-Clewes & Turnham, 2007; Troe, 2010), en een verminderde ontwikkeling van de longen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2011).

Bijlage X Topiclijst bewoners

In deze bijlage is de topiclijst voor de bewoners te vinden. Hier staan alle topics beschreven die tijdens de interviews gebruikt zijn, tussen haakjes staat het doel van de topic uitgelegd. Deze uitleg is niet vernoemd tijdens het interview.

- Inleiding:
 - Uitleg (*interview om gegevens te achterhalen waar adviesplan op gebaseerd kan worden.*)
 - Duurt maximaal een uur, kan ook korter.
 - Anoniem afgenomen
 - Opnemen en uitwerken: toestemming (dingen die geïnterviewde er niet in wil, mogen eruit)
- Vertel eens wat over jezelf (*Om het ijs te breken en een beeld te vormen van de geïnterviewden.*)
- Wat verwacht je van ons? Wat wil je precies (advies op maat of niet?) (*Bewoners die meewerken aan de interviews geven we als 'beloning' de mogelijkheid om advies te krijgen voor hun eigen eetpatroon of om vragen te stellen die bij ons vakgebied horen. Dit is geen onderdeel van het afstuderen, maar een tegemoetkoming voor de bewoners.*)
- Eetpatroon: 24 uur recall, voedselfrequentie (*Van brood, fruit, groente, vlees, zuivel, (non-) alcoholische dranken*) (*Om het voedingspatroon in kaart te brengen en daarmee de bijbehorende deelvraag te kunnen beantwoorden.*)
- Ben je tevreden met je eetpatroon? Waarom wel of niet? (*Om de behoeften en voedingsproblemen te achterhalen en daarmee de attitude tegenover een gezond eetpatroon achterhalen.*)
 - Zo nee, denk je dat je je eetpatroon kan aanpassen? (*Eigen effectiviteit achterhalen*)
- Eet je anders als je met iemand samen eet? (*Om sociale invloeden te achterhalen.*)
- Welke problemen belemmeren je in je eetpatroon? (*Barrières achterhalen.*)
- Zijn er nog punten waarmee Pameijer jou zou kunnen helpen? (*Kansen die Pameijer kan bieden.*)
 - Zou je bereid zijn om te betalen voor een maaltijd? (*Eens in de twee weken worden er gezamenlijke maaltijden geserveerd. Gedurende de keren dat de afstudeerder aanwezig zijn geweest op locatie, is er vaak over gesproken dat dit vaker zou kunnen. Er zou dan wel betaald moeten worden, maar de vraag is of de bewoners dit zouden willen.*)
- Terugkomen op eventueel advies op maat (*Indien geïnterviewde in het begin aangegeven heeft hier behoefte aan te hebben. Anders overslaan.*)
 - Wat wil je precies?
 - Eind evalueren → afspraak voor maken.
- Tips/vragen?

Bijlage XI Topiclijst medewerkers

In deze bijlage is de topiclijst voor de medewerkers te vinden. Hier staan alle topics beschreven die tijdens de interviews gebruikt zijn, tussen haakjes staat het doel van de topic uitgelegd. Deze uitleg is niet vernoemd tijdens het interview.

- Inleiding:
 - Uitleg (*interview om gegevens te achterhalen waar het adviesplan op gebaseerd kan worden.*)
 - Duurt maximaal een half uur, kan ook korter.
 - Anoniem afgenomen
 - Opnemen en uitwerken: toestemming (dingen die geïnterviewde er niet in wil, mogen eruit)
- Kunt u wat vertellen over uw werkzaamheden hier? (*Om het ijs te breken en een beeld te vormen van de werkzaamheden van de medewerker.*)
 - Functie (*Hierdoor weten we wat voor contact de medewerker met de bewoners heeft.*)
 - Contact bewoners/persoonlijke begeleider?
- Welke problemen op voedingsgebied denkt u dat er bij de bewoners spelen? (*Om inzicht te krijgen in de voedingsproblemen van de bewoners vanuit het oogpunt van de medewerkers.*)
- Welke mogelijkheden zijn er om deze problemen aan te pakken? (*Om de kansen op de locatie te bekijken en de barrières op locatie te achterhalen.*)
- Zijn deze mogelijkheden haalbaar? (*Wanneer de medewerkers aangeven dat een mogelijkheid niet haalbaar is, wordt deze niet meer gebruikt of ingevuld in het ASE-model.*)
 - Waarom wel/niet?
- Denkt u dat de bewoners wat met de genoemde mogelijkheden kunnen? (*eigen effectiviteit van de bewoners*)
 - Zo ja, hoe dan?
- Denkt u dat de bewoners door elkaar beïnvloed kunnen worden om een ander eetpatroon aan te nemen? (*sociale invloed*)
 - Waarom wel/niet?
- Hoe zouden de bewoners volgens u tegenover veranderingen staan? (*attitude*).
 - Waarom wel/niet?
- Tips/vragen?

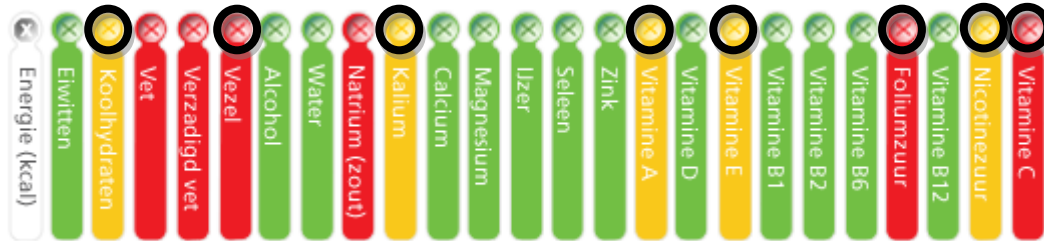
Bijlage XII Vragenlijst GGZ instellingen

In deze bijlage is de vragenlijst voor de GGZ instellingen te vinden. Hier staan alle vragen beschreven die tijdens de interviews gevraagd zijn, tussen haakjes staat het doel van de vraag uitgelegd. Deze uitleg is niet vernoemd tijdens het interview.

- Uitleg project (*Interview om informatie te verkrijgen over het voedingsbeleid en ideeën op te doen.*)
 - Vragen of de naam van de instelling genoemd mag worden (*In verband met de privacy.*)
 - Mag het opgenomen worden voor de uitwerking (*In verband met de privacy.*)
 - Interview kan totaal anoniem afgenomen worden
 - De uitwerking zal niet derden verstrekt worden, zodra de informatie verwerkt is, zal deze vernietigd worden (*In verband met de privacy.*)
1. Hoe zit uw beschermd/begeleid wonen locatie in elkaar? (*Voor vergelijking met de Strevelswijk.*)
 - a. Hoeveel bewoners?
 - b. Welke type verslavingen?
 - c. Hoeveel begeleiding (24 uursbegeleiding)?
 - d. Wat zijn de eisen om in de GGZ-instelling te mogen wonen?
 - e. Is er een gezamenlijke eetruimte?
 - f. Moeten de bewoners voor hun eigen maaltijden zorgen?
 2. Welk beleid heeft u met betrekking tot voeding? (*Om erachter te komen of het beleid veel afwijkt van wat de Strevelswijk voert.*)
 - a. Waarom wel/niet?
 - b. Indien er geen beleid is, komt er nog een voedingsbeleid in de toekomst?
 - c. Waarom heeft u gekozen voor het huidige beleid dat u voert? Of waarom heeft u ervoor gekozen om geen specifiek beleid te opzichte van voeding te voeren?
 - d. Heeft u een idee waarom een voedingsbeleid wel/niet zou kunnen werken?
 3. Heeft u nog specifieke ideeën over hoe gezonde voeding gestimuleerd kan worden? (*Om op ideeën te komen.*)
 4. Heeft u nog vragen/opmerkingen?

Bijlage XIII Uitwerking 24 hour recalls en voedselfrequentiemethode

In deze bijlage zijn de uitwerkingen van de 24 hour recalls en de voedselfrequentiemethodes van de bewoners terug te vinden.



Figuur 5 Resultaten 24 hour recall bewoner 2



Figuur 6 Resultaten 24 hour recall bewoner 3



Figuur 7 Resultaten 24 hour recall bewoner 4



Figuur 8 Resultaten 24 hour recall bewoner 5

Bewoner 1

Productgroep	Voedselfrequentie per week
Brood- en graanproducten	7 dagen per week 1 snee brood bij de lunch
Aardappelen, rijst, pasta, couscous en peulvruchten	7 dagen per week 1 dagen pasta, de rest meestal magnetronmaaltijd met aardappels, groente en vlees.
Zuivel	7 dagen per week 7 dagen yoghurt en melk in de koffie
Vlees en vis	7 dagen per week In kant-en-klaar maaltijden
Vet en olie	7 dagen per week Dieetboter op brood
Groente	7 dagen per week In kant-en-klaar maaltijden
Fruit	0 dagen per week
Dranken excl. alcohol	7 dagen per week 7 koffie met melk en suiker / 1 à 2 keer tomatensap
Alcohol	7 dagen per week 6 bier

Bewoner 2

Productgroep	Voedselfrequentie per week
Brood- en graanproducten	5 dagen per week Witte/bruine bolletjes
Aardappelen, rijst, pasta, couscous en peulvruchten	1 à 2 dagen per week (als de flexwerker kookt vaker) Aardappels/rijst
Zuivel	7 dagen per week 1 pak volle melk per dag
Vlees en vis	5 dagen per week Op pizza/bapao
Vet en olie	2 à 3 dagen per week In loempia (doet zelf geen boter op brood of bakt vlees)
Groente	2 à 3 dagen per week In loempia
Fruit	0 dagen per week
Dranken excl. alcohol	7 dagen per week 9 koffie met melk en suiker / Melk
Alcohol	-

Bewoner 3

Productgroep	Voedselfrequentie per week
Brood- en graanproducten	7 dagen per week Elke ochtend een half bakje muesli
Aardappelen, rijst, pasta, couscous en peulvruchten	2 à 3 dagen per week Als de flexwerker kookt / Pasta in maaltijdsalade
Zuivel	1 à 2 dagen per week Drinkt bijna geen zuivel
Vlees en vis	7 dagen per week Kiest er niet bewust voor. Alleen als het in de maaltijd verwerkt zit.
Vet en olie	1 à 2 dagen per week Alleen als de flexwerker kookt
Groente	7 dagen per week Probeert elke dag minimaal 200 gram te eten.

Fruit	7 dagen per week In de vorm van een fles versgeperst vruchtensap van de Albert Heijn
Dranken excl. alcohol	7 dagen per week 6 koffie met zoetjes en melk
Alcohol	7 dagen per week 3 ½ liter bier

Bewoner 4

Productgroep	Voedselfrequentie per week
Brood- en graanproducten	3 à 4 dagen per week 2 droge sneden brood
Aardappelen, rijst, pasta, couscous en peulvruchten	2 à 3 dagen per week Alleen als de flexwerker kookt
Zuivel	5 à 6 dagen per week Melk, yoghurt en zuivel drank
Vlees en vis	2 dagen per week Vleeswaren
Vet en olie	0 dagen per week Alleen als de flexwerker kookt
Groente	5 à 6 dagen per week
Fruit	7 dagen per week 1 à 2 stuks per dag
Dranken excl. alcohol	7 dagen per week 1 à 2 koffie met melk en suiker
Alcohol	3 à 4 dagen per week

Bewoner 5

Productgroep	Voedselfrequentie per week
Brood- en graanproducten	0 dagen per week Lust geen brood
Aardappelen, rijst, pasta, couscous en peulvruchten	1 à 2 dagen per week Aardappels/bami
Zuivel	6 à 7 dagen per week Drinkontbijt / soms vla
Vlees en vis	1 à 2 dagen per week
Vet en olie	0 dagen per week Alleen als de flexwerker kookt
Groente	3 à 4 dagen per week Als de flexwerker kookt gekookte groenten / Andere dagen soep (tomaten/erwten/koninginnesoep)
Fruit	0 dagen per week
Dranken excl. alcohol	7 dagen per week
Alcohol	7 dagen per week, frequentie per dag onbekend.

Bijlage XIV Overige ASE-model punten bewoners, medewerkers en sprokkelinterviews

Deze bijlage laat de overige punten uit het ASE-model van de bewoners en medewerkers zien. Deze uitspraken zijn minder dan twee keer genoemd of het zijn uitspraken die betrekking hebben op de persoon zelf en niet op de locatie Strevelswijk, waardoor Pameijer hier weinig invloed op kan uitoefenen.

Achter de uitspraken staat een letter vermeldt, deze letter vermeldt of de uitspraak van een bewoner (B), of een medewerker (M) komt.

- Attitude
 - Het eten bij de gezamenlijke eetmomenten is erg lekker (B)
 - Ik koop eten, maar ik eet het niet (B).
 - Ik ben bang om te eten (B).
 - Ik lust veel, vooral Hollandse pot (B).
 - Gemak is voor bewoners een magnetronmaaltijd, sap en zoetheid (M).
 - Bewoners kiezen voor wat ze lekker vinden, niet wat gezond is (M).
 - De begeleiding moet maar geven en de bewoners geven er niets voor terug (M).
 - Bewoners zouden het niet leuk vinden als ze opeens voeding krijgen in plaats van voedingsgeld (M).
 - Een salade met dressing ziet er gezellig uit op tafel (M).
- Sociale invloed
 - Bewoners beïnvloeden elkaar niet op het gebied van voeding (M).
 - Het gezamenlijke eten geeft voor een aantal bewoners te veel prikkels (M).
 - Soms gaan de bewoners bij elkaar eten. Dit wil echter niet zeggen dat ze gezond eten (M).
 - Als betere hygiëne door de begeleiding en andere bewoners gestimuleerd wordt, zou dit mogelijk zijn (M).
- Eigen effectiviteit
 - Als ze het neerzetten, kan ik het alsnog niet eten (B).
 - Ik eet niet, omdat ik niet durf (B).
 - Eten vind ik soms eng (B).
 - Er wonen hier een aantal hele intelligente bewoners, maar die zijn niet is staat voor zichzelf te koken (M).
 - Bewoners kunnen wel voor gezonde maaltijden zorgen, maar ze zijn te druk bezig met andere zaken (M).
 - Het is al heel wat dat de bewoners op tijd komen, terwijl ze weten hoe laat er gegeten wordt (M).
- Barrières vanuit bewoners
 - Schuldsanering en daarom maar €20 per week (B).
 - Jullie kunnen mij niets nieuws vertellen (B).
 - Om 18.00 eten is te vroeg voor mij (B).
 - Bewoners staan niet open voor veranderingen als er geld betaald moet worden (M).
 - Ze begrijpen dat voeding belangrijk is, maar veel dingen vinden ze niet lekker (M).
 - Ik weet niet of de bewoners gezonde voeding wel belangrijk vinden (M).
 - Sommige bewoners hebben weinig tafelmanieren (M).
- Barrières vanuit Pameijer
 - De flexwerker heeft een nuluren contract (B).
 - Het gezamenlijke eten trekt mij niet (B).
 - Anorexia heeft nog steeds invloed op mij (B).
 - De diëtist trekt mij niet, dus ik kom er niet meer (B).
 - Het duurt te lang om te koken (B).
 - Ik lust geen brood (B).
 - Als er voor mij gekookt wordt, kan ik het nog steeds niet eten (B).
 - Ik denk dat voeding bijna overal een probleem is (M).
 - De bewoners zijn continu opzoek naar een manier om aan geld te komen (M).

- De verleidingen in deze buurt zijn heel erg groot (M).
- Bewoners vinden gebruik belangrijker dan een gezonde maaltijd (M).
- We hebben hier geen zich op het voedingsgeld dat uitgekeerd wordt (M).
- Deze doelgroep (bewoners van Strevelswijk) kunnen moeilijk met geld omgaan (M).
- Hygiëne is een probleem bij deze doelgroep (M).
- Kansen vanuit bewoners
 - De helft van de bewoners kan wel voor zichzelf zorgen (M).
 - Een aantal bewoners hebben het besef dat ze tafelmanieren moeten laten zien (M).
 - Bewoners komen eten omdat er rekening gehouden wordt met wat ze lekker vinden (M).
- Kansen vanuit Pameijer
 - Binnenkort mag ik naar de tandarts en heb ik weer tanden (B).
 - De bewoner eet elke keer mee met de gezamenlijke eetmomenten (B).
 - Het is leuk om met de bewoners bezig te zijn (M).
 - Op zondag is er een gratis lunch. Deze wordt vergoed door een kapperszaak en buurtsuper (M).

Bijlage XV Voorbeeld interview bewoner

In deze bijlage is een interview met een bewoner te lezen. De schuin gedrukte zinnen zijn de vragen die door de interviewers zijn gesteld. In de tekst zijn bepaalde zinnen met een kleur gemarkeerd, zodat deze bij de punten van het ASE-model ingedeeld kunnen worden. Welke kleur bij welk punt hoort is hieronder vermeld. Omdat het interview anoniem verwerkt is, zijn de namen weggelaten, op sommige plaatsen is daarvoor in de plaats een aantal sterren gezet.

Rood: Attitude

Blauw: Sociale invloed

Groen: Eigen effectiviteit

Paars: Kansen

Oranje: Barrières

Uit privacy overwegingen zijn een aantal antwoorden weggelaten of ingekort.

Bent u in dienst van het leger geweest?

Ja bij het leger ja.

En was het leuk in het leger?

Ja nou je onthoudt de leuke dingen, maar ik heb daar aardig wat kou geleden.

Met de oefeningen buiten?

Ja.

En nadat u in het leger heeft gezeten?

Tussendoor heb ik in drie verschillende plaatsen gewoond.

Toch weer terug naar waar u vandaan kwam?

Ja. Ik heb jaren zitten verdoen aan drugs. Daar was ik op een gegeven moment ook vanaf, toen heb ik een ongeluk gekregen. Ik ben een aantal jaren in de weer geweest met drugs, met meerdere soorten. Toen kon ik op een gegeven moment werk krijgen en toen heb ik na mijn aanstelling een ongeluk gekregen. Toen heb ik nog een week in Beverwijk gelegen en toen nog 3 weken in een brandwondencentrum in Rotterdam. Na het ongeluk ben ik serieus gaan fitnessen. In smartshops kon je efedrine halen, daar ben ik later psychotisch van geworden. Efedrine, dat is weer uit de handel genomen. En ja, nu ben ik 7 jaar verder, nu zit ik hier op de Strevelsweg, sinds 4 maanden.

O woont u hier pas zo kort? En bevalt het wonen hier?

Ja nog maar kort inderdaad. Ja het bevalt zeker, het is hier stukken beter.

Ja die indruk die ik hier tot nu toe heb gekregen is dat het hier best wel gezellig is.

Ja je moet je niet teveel van andere aantrekken.

Gewoon uw eigen dingen blijven doen.

Ja inderdaad.

Maar het is wel goed dat het bevalt hier, toch wel prettig om ergens te wonen waar het bevalt.

Ja precies.

Bedankt voor uw verhaal, u heeft een hoop meegemaakt zo te horen. In ieder geval hartstikke bedankt voor uw openheid, dat waardeer ik heel erg.

Ja.

Zijn er nog bepaalde dingen die u van ons verwacht?

Nou ik heb veel over supplementen gelezen en over gezonde voeding, dus ik betwijfel of jullie mij nog iets nieuws kunnen vertellen.

Nou dat is wel een uitdaging, maar heeft u misschien nog dingen waar u meer over zou willen weten?

Nee eigenlijk niet.

Misschien komen we gaandeweg nog iets tegen en anders niet. Waar we even naar wilden kijken is uw eetpatroon, eerst hoe het er in het algemeen uitziet en dan specifiek van zondag en van maandag. Dus wat u zondag heeft gegeten en maandag. Hoe ziet een normale dag qua eten er voor u uit? Wat is uw eerste eetmoment.

Het eerste eetmoment dat is om een uur of 11, dan eet ik een bak muesli met vruchtensap.

Hoeveel muesli eet u dan ongeveer?

Ongeveer 50 gram.

Eet u dat met melk erbij?

Nee gewoon zo, zonder melk. Dan slik ik meestal ook pillen met vitaminen en mineralen.

Wat voor vitaminen slik u?

Standaard, met A, B, C, E, K enzo.

Dus gewoon een standaard supplement?

Ja, met vitaminen, mineralen en wat kruiden.

Wat voor kruiden?

Bijvoorbeeld terozine, dat is een aminozuur dat de neerslachtigheid tegengaat. Het is ook de bedoeling dat het energie geeft.

En wat is uw eetmoment daarna?

Dat is meestal een blik soep en een bakje salade.

Wat voor salade?

Gemengde salade, meestal griekse salade met kaas en olijven erin.

En het blik soep, wat voor soep eet u meestal?

Of erwtensoep of bruine bonen soep of groenten tomatensoep.

Is dat een groot blik?

Ja, van 800 ml.

Eet u die dan helemaal op?

Ja.

Eet u nog een toetje of iets dergelijks?

Ja heel af en toe heb ik wel eens trek in iets, maar niet elke avond.

Is dat het laatste eetmoment?

Nee dat is een beetje alles wat ik eet. 50 gram eiwitten, 2 ons groenten en een beetje koolhydraten en voedingsvezels.

En verder nog iets drinken? Koffie neem ik aan?

Ja senseo, een stuk of 6 per dag.

Doet u daar suiker in?

Ja meestal zoetjes, 3 ongeveer.

Doet u daar ook melk in?

Nee soms.

Om het te gaan berekenen is het voor ons handig om echt een specifieke dag te hebben. Kunt u vertellen wat u precies zondag gegeten heeft?

Zondag heb ik iets met pasta gegeten, een zak chinese wokgroenten, een doos ravioli, een pak tomatensap, 3 eieren geklutst en een mix voor spaghetti om het een beetje kruidig te maken. Dat was gelijk voor 3 dagen.

Hoeveel ravioli is dat ongeveer?

200 gram.

En de groenten?

400 gram.

Dus dat is dan voor 3 dagen, dus op zondag heeft u 1/3 van dit gegeten?

Ja .

Was dat het enige op die dag?

Ja.

En wat heeft u gister (maandag) gegeten?

Dat kan ik mij niet meer herinneren.

Dat geeft niet. U zou het ook kunnen vertellen van vandaag, wat heeft u vandaag gegeten en gedronken?

Vandaag heb ik 2 shakes op, van die eiwitshakes. En ik heb een komkommer op. Ik zorg dat ik altijd aan 2 ons groenten kom.

En waar koopt u de eiwitshakes?

Bij de kruidvat.

Is dat een half liter flesje?

Nee er zit voor 5 keer in.

Komen de voedingssupplementen ook van de kruidvat?

Als ik inkopen doe, haal ik dat wel eens bij 4 verschillende winkels.

Oke dat is handig om voor ons te weten. Heeft u verder vandaag nog wat gegeten of gedronken?

3 halve liters bier en vanmorgen heb ik koffie op.

Is dat ook weer met suiker of zoetjes?

Ja.

Dus het eetpatroon wat u nu heeft, is dus meestal 2 eetmomenten op een dag? Vaak 's ochtends en aan het eind van de middag. Bent u daar tevreden mee?

Ja ik weeg rond de 127 kg en ook al eet ik weinig, ik zal toch nog wat af moeten vallen.

Want hoe lang bent u nu?

Ik ben 1.86 cm.

Aan de hand van uw lengte en gewicht kunnen wij uw BMI uitrekenen, dat staat voor Body Mass Index. Deze is bij u wel ietsje aan de hoge kant. Zou u nog wel af willen vallen?

Ja, 10 kg ofzo. En het hardlopen wil ook weer op gaan pakken.

Want dat heeft u ook al eerder gedaan?

Ja iets van 10 jaar terug liep ik 2 keer in de week 8 km. Daar deed ik precies een uur over. Maar toen woog ik nog 80 kg, nu 127 kg.

Ja dat is toch 40 kg erbij. Maar u wilt dat wel weer gaan doen, het hardlopen?

Ja.

Denkt u dat u met dit eetpatroon gewicht kunt verliezen?

Ja als ik niet gek veel meer eet, dan moet ik wel wat kwijt kunnen raken.

Ja precies. Even een hele persoonlijke vraag, u zegt dat u vandaag 3 halve liters bier heeft gedronken, doet u dat elke dag?

Ja bijna elke dag.

Zou het voor u mogelijk zijn om eventueel uw eetpatroon te veranderen?

Ik heb al een ideaal eetpatroon.

Ja ik zat meer te denken aan bijvoorbeeld meerdere eetmomenten of in plaats van een blik soep bijvoorbeeld zoals nu een mix groenten. Want u maakt het dan voor 3 dagen, heeft u een eigen vriezer om dat in op te slaan?

Ja in de koelkast.

Zouden er voor u vanuit Pameijer nog mogelijkheden zijn om u te helpen bij het maken van gezonde maaltijden?

Hier in de algemene ruimte?

Ja bijvoorbeeld of misschien heeft u nog andere tips?

Meestal springen de begeleiders in de bres om wat te gaan koken. En dan helpt ik wel eens, dan snij ik wel eens groenten, maar echt koken doe ik zelf niet, ik roer alleen wel eens in de pan.

Vindt u het wel leuk om te koken?

Ja. (ook eigen effectiviteit en kans)

Is er dan nog een reden waarom u dan niet kookt?

De ene keer doe ik daar mijn best voor en de andere keer heb ik daar geen zin in.

Die gezamenlijke maaltijden, heeft u daar wel eens aan meegedaan?

Altijd.

Vindt u die gezellig? Die zijn eens in de 2 weken toch?

Ja hoor, ja officieel wel, maar de laatste tijd zijn ze soms 1 keer per week.

Ik heb begrepen dat een van de maaltijden gesponsord wordt door de Pakistaan en dat de andere door de mevrouw met de nul uren contract gedaan wordt.

Ja dat doet ze meer voor haarzelf, maar dan kunnen wij mee-eten.

Ja, wel gezellig dus?

Ja zeker, we mogen vaak mee-eten.

Dat is niet op een vaste dag?

Nee, dat verschilt.

Als er vaker gezamenlijke maaltijden georganiseerd worden, zou u daar dan behoefte aan hebben?

Ik denk dat ik dan wel mee-eet ja.

Zou u ook bereidt zijn om ervoor te betalen?

Ja.

En aan welk bedrag zouden wij dan ongeveer moeten denken?

Een euro.

Ja als iedereen een euro zou neerleggen, dan kan daar wel wat voor gemaakt worden. En het is ook gezelliger om gezamenlijk te eten.

Ja inderdaad.

Wij zouden u een advies op maat kunnen geven als u dat wilt, omdat u ons helpt, kunnen wij u misschien op die manier helpen. U gaf zelf al aan van nou het zit wel goed met mijn eetpatroon, zijn er nog andere punten waarmee wij u zouden kunnen helpen?

Wat weet een modaal mens niet wat hij zou moeten weten?

Dat is een hele goede vraag, een modaal mens bestaat niet. Maar ik denk dat u bedoeld, een persoon, die niet zoals u al veel over voeding weet en er in geïnteresseerd is.

Ja en ik hoorde laatst iemand zeggen dat je groene bladgroenten moet eten, wat is daarvan waar?

Ik weet wel dat het verstandig is om te variëren van kleur groenten.

Ik koop wel eens een pak groentesap, daar zit ook veel in. Dat is een beetje om mijn conditie op peil te houden, want als ik alleen maar aan de broodjes shoarma en pizza zit, dan ga je op een gegeven moment eraan onderdoor. Ik heb een tijd gehad, waarin ik niet goed at, dan haalde ik allemaal lekkere dingen in huis en ging ik zitten kanen en een paar uur later voelde ik mij ellendig.

Ja daar zitten weinig groenten en dergelijke in.

Ja je kan er ook lekkerder door voelen, maar dan moet het uiteindelijk alles bevatten wat je binnen moet krijgen.

Heeft u nu het idee dat u zich lekkerder voelt nu u groenten en dergelijke binnenkrijgt?

Ja.

Dat is mooi. Over uw vraag over groene bladgroenten, zouden wij nog even verder uit kunnen zoeken.

Ja is goed, ik heb het iemand horen zeggen en ik nam dat gewoon aan en dan ga ik er later eens over na zitten denken.

Nou wij zullen de positieve punten van bladgroenten op gaan zoeken. Mocht u toch nog op andere vragen komen, schrijf het op en dan kunnen wij het voor u uitzoeken. Heeft u misschien nog tips voor Pameijer, voor de andere mensen die hier wonen?

Nee, dan zou je met specifieke gevallen moeten komen. Je moet gewoon 2 ons groenten, 2 stuks fruit, 50 gram eiwitten, een beetje vezels en koolhydraten eten. En je fantasie een beetje gebruiken.

Oke dus mochten wij nog op specifieke ideeën komen, dan zouden we aan u kunnen vragen of het wat is?

Ja.

Nou dat is mooi. Heeft u nog vragen verder?

Nee.

Dan willen wij u heel erg bedanken en u weet ons te vinden mochten er toch nog vragen komen.