

Duchesse..., als probleemloos slikken niet meer vanzelfsprekend is na hoofd-halstumoren



**Een eerste multiple casestudie naar reguliere en Duchesse voeding bij
oncologiepatiënten met hoofd-halstumoren in de thuisomgeving.**

Michelle ten Heuvel
0850330
michelle.tenheuvel@gmail.com

Stephanie Engels
0904724
stephanie.engels9@gmail.com

Coach: Jessie Lemmens

Inleverdatum: 4 juni 2018

© Alle rechten voorbehouden 2018. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Michelle ten Heuvel en Stephanie Engels.

VOORWOORD

Dit afstudeeronderzoek werd geschreven binnen de opleiding Logopedie in het kader van de bachelorthesis. Door persoonlijke interesse werden wij gemotiveerd om een onderzoek te doen in het kader van dysfagie bij een doelgroep die vrij onbekend is op de opleiding en bij ons beiden. Tevens werd onze interesse gewekt door eerdere onderzoeken die op school hadden plaatsgevonden over Duchesse en de proefmiddag bij de Keuken van Limburg. Na overleg met onze coach hebben wij ervoor gekozen om een eerste oriënterend onderzoek uit te gaan voeren bij een doelgroep waarover nog niet zoveel bekend is. Wij hopen middels dit afstudeeronderzoek een bijdrage te leveren aan de kwaliteit binnen de gezondheidszorg en kwaliteit van leven voor de doelgroep oncologiepatiënten met hoofd-halstumoren.

Als eerste gaat onze dank in het bijzonder uit naar onze coach, Jessie Lemmens, die ons heeft begeleid tijdens het schrijven van deze thesis en erg betrokken is geweest in het verloop van het samenwerkingstraject. Verder willen wij de voorzitters van de patiëntenvereniging hoofd-halstumoren bedanken die ons hebben geholpen aan cliënten voor de onderzoeksfase en hebben ondersteund tijdens de oriëntatiefase van het onderzoek. Ook bedanken wij Sofie Ubben voor het beschikbaar stellen van de maaltijden en de begeleiding ten tijde van de oriëntatiefase. Als laatste willen wij onze familie en vrienden bedanken, die ons gedurende het hele traject hebben bijgestaan en ondersteund hebben. Zonder al deze mensen was het niet mogelijk geweest om de thesis tot een goede einde te brengen.

Michelle ten Heuvel en Stephanie Engels.

Heerlen, Juni, 2018

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord.....	I
Inhoudsopgave.....	II
Samenvatting	1
1. Inleiding	2
1.1. Aanleiding.....	2
1.1.1. Dysfagie.....	2
1.1.2. Duchesse	3
1.1.3. Patiëntengroep	3
1.2. Probleemstelling.....	4
1.3. Doelstelling	5
1.4. Vraagstelling	5
1.5. Indeling van de thesis	6
2. Theoretische achtergrond	7
2.1. Voeding & gezondheid	7
2.2. Kwaliteit van leven	7
2.2.1. De relatie met dysfagie	8
2.3. Dysfagie	9
2.3.1. Structurele dysfagie bij oncologiepatiënten	9
2.3.2. Medische behandelingen en slikproblemen.....	10
2.4. Smaakveranderingen.....	16
2.5. Logopedische relevantie	18
2.5.1. Logopedie bij specifieke oncologie klachten	19
2.5.2. Aangepaste voeding.....	20

2.6.	Duchesse	20
2.6.1.	Bereidingsmethoden van Duchesse	22
2.7.	Duchesse en Oncologie	22
3.	Methode.....	23
3.1.	Vraagstelling.....	23
3.1.1.	Subvragen	23
3.2.	Onderzoeksdesign	23
3.3.	Onderzoeksvariabelen.....	24
3.4.	Werving en selectie.....	24
3.4.1.	Onderzoekspopulatie	24
3.4.2.	Selectieprocedure.....	25
3.5.	De oriëntatiefase	25
3.5.1.	Bereiding van de maaltijden tijdens de Oriëntatiefase	26
3.5.2.	Aanpassingen voor de uitvoeringsfase	26
3.6.	De onderzoeksfase	27
3.6.1.	Meetprotocol.....	27
3.6.2.	Observatiemomenten en studieparameters	29
3.7.	Interviewfase.....	30
3.8.	Data-analyse.....	30
4.	Resultaten.....	32
4.1.	Respons.....	32
4.1.1.	Beschrijving van de onderzoekspopulatie	32
4.2.	Oriëntatiefase	33
4.2.1.	Beoordeling maaltijden.....	33
4.3.	Onderzoeksfase	34
4.3.1.	Algemene vragen per case	34

4.4.	Interviewfase.....	36
4.4.1.	Citaten.....	37
4.5.	Resultaten per vraagstelling.....	42
4.5.1.	Hoofdvraagstelling	42
4.5.2.	Subvragen	44
5.	Discussie.....	50
5.1.	Samenvatting belangrijkste resultaten	50
5.2.	Interne validiteit.....	51
5.2.1.	Selectiebias	52
5.2.2.	Informatiebias	53
5.2.3.	Confounders	54
5.2.	Externe validiteit.....	56
5.3.	Conclusie	59
5.4.	Aanbevelingen	60
5.4.1.	Aanbevelingen voor verder onderzoek.....	60
5.4.2.	Aanbevelingen voor de praktijk	61
5.4.3.	Take home message.....	61
6.	Literatuurlijst.....	62
Bijlage 1	Specifieke kenmerken gerelateerd aan dysfagie per slikfase	70
Bijlage 2	Bijwerkingen diverse chirurgische ingrepen.....	71
Tabel A:	Vormen van laryngeale chirurgie	71
Tabel B:	Vormen van faryngeale chirurgie	72
Tabel C:	Vormen van oesofageale chirurgie	73
Bijlage 3	Toegevoegde ingrediënten Duchesse maaltijden	76
	Voedingswaarde per gerecht, per 100 gram	76
	E-nummers.....	77

Toelichting op e-nummers	79
Bijlage 4 Bereiding en serveerinstructie Duchesse.....	80
Bijlage 5 Uitgevoerde stappen oriëntatiefase	81
Bijlage 6 Vragenlijst oriëntatiefase.....	82
Vragenlijst oriëntatiefase	82
Bijlage 7 Toestemmingsformulier	86
Bijlage 8 Algemene vragenlijst onderzoeksfase	87
Bijlage 9 Vragenlijst onderzoeksfase	90
Dagelijks invulformulier – week 1 Reguliere Maaltijd	90
Dagelijks invulformulier – week 2 Duchesse maaltijd.....	91
Afsluitende vragenlijst.....	93
Bijlage 10 Informatiebrief deelname onderzoek.....	95
Bijlage 11 Meetprotocol week 1 en 2	98
Meetprotocol week 1	98
Meetprotocol week 2	100
Bijlage 12 Interview vragen	102
Bijlage 13 BMI index waarden	103
Bijlage 14 Persoonlijke en demografische gegevens	104
Groep 1 & 2	104
Groep 1	105
Bijlage 15 Foto's reguliere en Duchesse maaltijden.....	106
Client A.....	106
Client B	107
Client C.....	108
Bijlage 16 Overzicht reguliere maaltijden	109
Groep 2	109

Bijlage 17	Interviewtranscripten en coderingen	110
	Cliënt A.....	110
	Cliënt B	130
	Cliënt C	147
Bijlage 18	Beoordelingen maaltijden Duchesse	155
	Beoordeling oriëntatiefase groep 1	155
	Beoordeling onderzoeksfase groep 2	156
	Slikincidenten groep 2	156
Bijlage 19	Bereidingen Duchesse maaltijden	157

Figuren en tabellen

Figuur 1: Voor (links) en na (rechts) totale laryngectomie	12
Figuur 2: Tracheostoma met (A) en zonder canule (B).....	13
Figuur 3: Onderzoeksmethode.....	24
Figuur 4: Maaltijdregistraties regulier en Duchesse.....	28
Figuur 5: Overzicht Onderzoeksfase en interviewfase.....	29
Tabel 1: Specifieke kenmerken gerelateerd aan dysfagie	11
Tabel 2: Voor- en nadelen laryngectomie	13
Tabel 3: Voor- en nadelen tracheostoma.....	14
Tabel 4: Duchesse maaltijden.....	21
Tabel 5: Bereidingsmethoden Duchesse	22
Tabel 6: Presentatiebeoordeling Duchesse	34
Tabel 7: Smaakbeoordeling Duchesse.....	34
Tabel 8: Algemene gegevens groep 2.....	35
Tabel 9: Beoordeling maaltijden regulier en Duchesse.....	36

Tabel 10: Citaten categorie 'beoordeling maaltijden'	37
Tabel 11: Citaten categorie 'uiterlijk'	37
Tabel 12: Citaten categorie 'consistentie'	37
Tabel 13: Citaten categorie 'vulling maaltijden'	38
Tabel 14: Citaten categorie 'bijvoeding'	38
Tabel 15: Citaten categorie 'smaakbeoordeling'	38
Tabel 16: Citaten categorie 'tijdsduur'	38
Tabel 17: Citaten categorie 'slikincidenten'	39
Tabel 18: Citaten categorie 'meetprotocol/bereiding'	39
Tabel 19: Citaten categorie 'temperatuur maaltijden'	39
Tabel 20: Citaten categorie 'zelf koken'	40
Tabel 21: Citaten categorie 'voorkeur maaltijd'	40
Tabel 22: Citaten categorie 'compensatiestrategie'	40
Tabel 23: Citaten categorie 'verwachtingen'	40
Tabel 24: Citaten categorie 'ontlasting'	40
Tabel 25: Citaten categorie 'algemeen'	41
Tabel 26: Citaten categorie 'aanbeveling'	41
Tabel 27: Citaten categorie 'lotgenoten vergelijken'	41
Tabel 28: Citaten categorie 'patiëntgegevens'	41
Tabel 29: Vergelijking resultaten variabelen hoofdvraag	43
Tabel 30: Beoordeling Duchesse maaltijden oriëntatiefase	43
Tabel 31: Beoordeling Duchesse maaltijden onderzoeksfase	44
Tabel 32: Beoordeling smakelijkheid Duchesse groep 1 en 2	44
Tabel 33: Citaten aanbevelingen	45
Tabel 34: Overzicht Minst Lekker en Meest lekker groep 1 en 2	46
Tabel 35: Duur maaltijdnuttiging	47

Tabel 36: Gemiddelde hoeveelheid maaltijdnuttiging in gram	47
Tabel 37: Citaten reden residu.....	48
Tabel 38: Residu overzicht regulier en Duchesse	48
Tabel 39: Overzicht SWAL-QOL resultaten per cliënt.....	49

SAMENVATTING

Tussen de 25-64% van patiënten met hoofd-halstumoren heeft dysfagie (Francis, Weymuller, Parvathaneni, Merati, & Yueh, 2010). Probleemloos slikken is dan niet meer vanzelfsprekend. Daarnaast treden er vaak smaakveranderingen op. Dit is van invloed op de kwaliteit van leven met name aangaande het domein voeding en sociaal leven. De tot nu toe gebruikte voedingsaanpassingen schieten vaak tekort wat betreft smaak of veiligheid van de consistentie. ‘Duchesse’ is een veilige en smakelijke gemalen voeding welke wordt toepast in geriatrische instellingen. Wat de meerwaarde van Duchesse voor HHT-patiënten in de thuissetting kan zijn, was niet bekend en is daarom onderzocht. Het onderzoek betrof twee multiple casestudies (groep 1: $n=9$, leeftijd $\bar{x}=77,4$ jaar | groep 2: $n=3$, leeftijd $\bar{x}=66,3$ jaar). Medische ingrepen: laryngectomie (50%), tracheotomie (8,3%) en commando-operatie (8,3%). De SWAL-QOL scores waren matig ($\bar{x}=146$, $\sigma=44,5$). Gedurende een korte periode zijn verschillende Duchesse-maaltijden uitgetest en vergeleken met de voor de HHT patiënt gebruikelijke maaltijden. Wat betreft smaak (regulier $\bar{x}=6,5$, Duchesse $\bar{x}=5,0$) en aantrekkelijkheid (regulier: $\bar{x}=6,5$ Duchesse: $\bar{x}=5,9$) scoorden de gebruikelijke maaltijden iets hoger. Echter daalden de gerapporteerde slikincidenten en tijdsduur van de maaltijdnuttiging aanzienlijk bij Duchesse, dit is positief voor de beoordeling en de veiligheid van het slikken voor cliënten.

Een van de sterkste punten van het onderzoek was het hanteren van een mixed method multiple casestudie. Deze was opgebouwd uit 3 fases: oriëntatiefase, onderzoeksfase en een interviewfase. Hierdoor hebben de onderzoekers uitgebreid inzicht gekregen in de meerwaarde van Duchesse. De inzichten die zijn verkregen stellen dat de Duchesse maaltijden mogelijk een meerwaarde kunnen bieden voor oncologiepatiënten. Ondanks de voorkeur voor de reguliere maaltijd zien de cliënten Duchesse als een goed en veilig alternatief. De thesis vormt daarmee een eerste bijdrage in onderzoek naar reguliere en Duchesse voeding bij oncologiepatiënten met hoofd-halstumoren in de thuisomgeving. Verder onderzoek wordt aanbevolen om meerdere onderzoeksparameters met elkaar te kunnen vergelijken en de invloed van smaakverlies op de smaakbeoordeling van de maaltijden te bepalen.

1. INLEIDING

1.1. AANLEIDING

Van oudsher is voeding en het nuttigen ervan, een basisbehoefte in het dagelijkse leven van de mens. Volgens de Amerikaanse klinisch psycholoog Maslow hoort voeding (eten en drinken) bij een van de vijf basisbehoeften van de mens, de organische of lichamelijke behoeften (eerste behoefte in de piramide van Maslow, waarbij er pas aan hogere behoeften kan worden toegekomen als aan de onderliggende behoeften is voldaan (Gale, 2015). Satter's Hierarchy of Food Needs beschrijft dat de voedingsbehoefte van Maslow gerangschikt kan worden in verschillende lagen. Er moet aan iedere laag worden voldaan voordat de behoefte is bevredigd. Een van die lagen is 'lekker eten' omdat de meeste mensen smaak als belangrijkste peiler zien voor een goede voedingskeuze (Satter, 2007). Op het moment dat men niet meer goed kan eten en er allerlei problemen ontstaan, waaronder dysfagie, kan dit lijden tot een enorme negatieve impact/belasting in iemands kwaliteit van leven zowel op sociaalmaatschappelijk als op emotioneel gebied (NVKNO, 2016).

1.1.1. DYSFAGIE

Dysfagie, oftewel een stoornis in slikken (De Bodt, Guns, D'Hondt, Vanderwegen, & Van, 2015), is een veelvoorkomend probleem bij chronisch zieken. Drie à vier procent van de bevolking vertoont slikklachten. Bij specifieke groepen, zoals o.a. mensen met neurogene aandoeningen en hoofd-halstumoren (HHT)¹, kan het zelfs tot 50% en meer stijgen (Zoetenbier, Versteegde, Sluijmers, Singer, & Gerrits, 2016). Naast sociale problemen leidt dit tot ernstige medische problemen zoals gewichtsverlies, malnutritie, ondervoeding, dehydratie, aspiratiepneumonie, verstikking en uiteindelijk overlijden (De Bodt et al., 2015). Patiënten met HHT ondervinden diverse bijwerkingen en deze kunnen erg ingrijpend zijn in het dagelijks leven en zorgen voor belemmeringen in het eten en drinken (Ossenblok & van den Heuvel, 2014). Een jaar na het ontvangen van radiotherapie kan ongeveer 20% van de patiënten alleen zacht voedsel nuttigen als gevolg van de permanente kauw- en/of slikstoornissen. Bij patiënten die chemoradiatie hebben ondergaan, is dit percentage veel hoger; meer dan 80%. Als gevolg van de noodzakelijke aanpassing van de voedselconsistentie is een groot aantal patiënten niet in staat het

¹ In de rest van de thesis wordt HHT gebruikt als afkorting voor Hoofd-Halstumoren.

lichaamsgewicht op peil te houden. Langdurige begeleiding door zowel een diëtiste als de logopedist is vaak noodzakelijk (Nederlandse Werkgroep Hoofd-Hals tumoren, 2011).

De rol van logopedisten bij dysfagie is veelomvattend. Zij richten zich op de spraak, stem en slikken. Veilig eten is van belang om aspiratiepneumonie en andere gevolgen van slikproblemen te voorkomen, dit kan door de voedingsconsistenties aan te passen (NVKNO, 2016). De gemalen voeding die tot op heden bestaat, blijkt volgens diverse logopedisten voor verpleeghuisbewoners niet lekker te zijn. Patiënten met HHT zullen daar niet anders over denken, zij krijgen immers dezelfde voeding in het beginstadium na hun operatie/behandelingen. Op de website van Patiëntenvereniging voor hoofd-hals (Lotgenotenverhalen, z.d.) staan diverse ervaringen van patiënten met HHT en hun familieleden over de problemen die ze ervaren met voeding en de zoektocht naar oplossingen voor lekkere gemalen voeding (Grootveld, Oudshoorn, Roersma, & Smal, 2018).

1.1.2. DUCHESSÉ

Wellicht is Duchesse één van die oplossingen. Sinds 2016 is er een nieuw product in ontwikkeling gegaan. In samenwerking met zorgcentrum 'Envida' heeft de 'Keuken van Limburg', Duchesse ontwikkeld – een nieuwe vorm van gemalen voeding die qua consistentie aan de eisen van reguliere gemalen voeding voldoet. In 2017 heeft er een verkennend onderzoek plaatsgevonden naar deze voeding in één van de verpleegtehuizen van Envida en het effect ervan op de maaltijdnutting (Joußen & Kreutz, 2017). Hieruit bleek dat er een meer efficiënte maaltijdnutting was door toepassing van Duchesse. Er werd geadviseerd om Duchesse als vervanging van de reguliere gemalen maaltijd in verpleegtehuizen te implementeren. Een van de beperkingen van het onderzoek was dat de onderzoeksgroep bestond uit 24 verpleeghuisbewoners van een somatische en psychogeriatrische afdeling. Dit zijn zeer zorgafhankelijke mensen die vaak zware cognitieve, fysieke en communicatieve stoornissen vertonen en niet of niet meer adequaat aan kunnen geven wat de impact is van een verandering in hun maaltijden en in de smaakbeleving (Boerjan, 2013).

1.1.3. PATIËTENGROEP

Een andere doelgroep bij wie gemalen voeding ingezet kan worden is de groep oncologiepatiënten met HHT. Sinds 1990 is het incidentiecijfer van deze groep patiënten gestegen van 2077 naar 3081 per 100.00 inwoners per jaar in 2017. De prevalentie is in de afgelopen vijf jaar toegenomen met 13,1% in Nederland, gebaseerd op een 10-jaarsprevalentie.

In regio Limburg is de incidentie gestegen van 12,01 (in 1990) naar 21,74 (in 2016) per 100.000 mensen en in Noord-Brabant van 14,18 (1990) naar 18,51 (2016) per 100.000 mensen. Dit betekent een stijging van 130% in Brabant en 180% in Limburg (IKNL, 2017). Tot op heden is er voor patiënten met HHT nog weinig onderzoek gedaan met betrekking tot aangepaste voeding. De groep patiënten heeft als voordeel dat zij vaak geen cognitieve of fysieke stoornissen vertonen. Zij kunnen zeer adequaat aangeven wat de impact is van de aangepaste voeding op hun leven en hoe zij dit ervaren. Een uitdaging in dit onderzoek is of de smaak van Duchesse ook goed te proeven is. Patiënten met HHT ervaren vaak een vermindering van smaaksensatie. 55 tot 75% van de patiënten ervaart (reuk- en) smaakverlies na radiochemotherapie (De Klerk & Van Tongeren, 2017; Oncoline, 2017). De zoet- en zoutsmaak is normaliter het eerste wat vermindert/verdwijnt, gevolgd door de zuur- en bittersmaak. Meestal komt de smaak na het bestralen weer terug, maar dat hoeft niet zo te zijn (Sanderse & de Vries, 2015). De meest voorkomende smaakverandering die optreedt, is een metaalsmaak. Dit komt niet alleen voor bij HHT-patiënten, maar bij bijna alle oncologische patiënten (Ijpma, Renken, Ter Horst, & Reyners, 2015). Hierdoor kunnen ze een aversie ontwikkelen tegen bepaalde voedsel- en dranksoorten (De Klerk & Van Tongeren, 2017). Deze aversie kan toenemen wanneer er ook nog problemen met slikken zijn.

1.2. PROBLEEMSTELLING

Slikken lijkt erg vanzelfsprekend, en men staat er niet bij stil hoe en hoe vaak deze handeling plaats vindt. Pas wanneer het slikken problematisch is, wordt dit duidelijk. Voorbeelden van slikproblemen zijn moeite met wegslikken van speeksel, te weinig speekselaanmaak of het zich verslikken bij elke maaltijd of slok drinken. Deze problemen komen vaak voor bij oncologiepatiënten. Uit eigen ervaringen in de naaste omgeving blijkt dat er ook een verminderde trek is in eten vanwege de smaak. Wanneer oncologiepatiënten zich tot eten kunnen zetten, willen ze graag écht iets lekkers. Dit vormt een belangrijk onderdeel van hun kwaliteit van leven. Als patiënten ook nog dysfagie hebben, wordt deze kwaliteit gauw minder. Het aanpassen van de voeding; zowel in consistentie als samenstelling, is daarom van essentieel belang voor zowel de kwaliteit van leven als de medische conditie van de patiënt.

Uit de richtlijn HHT blijkt dat patiënten veel moeite hebben met de orale intake door de tumor en/of de behandeling (Nederlandse Vereniging voor KNO, 2014). Duchesse is nog niet voor patiënten met HHT getest. Uit onderzoek van Joussen & Kreutz (2017) bleek uit 85 uitspraken van de bewoners over smaakbeleving dat van de reguliere voeding 50% van de bewoners de

voeding ‘lekker’ of ‘heel lekker’ vonden, terwijl Duchesse door 91% als ‘lekker’ of ‘heel lekker’ beoordeeld werd. Zij gaven echter ook aan dat er beïnvloedende factoren op de smaakbeleving waren, zoals het door elkaar mengen van de maaltijden, toevoegen van appelmoes en de cognitieve en talige beperkingen. Proxyafnames lieten een unanieme voorkeur voor Duchesse zien. Waarom dit echter zo was, kon niet worden beoordeeld.

1.3. DOELSTELLING

Het doel van deze thesis is om een bijdrage te leveren aan de voedingsmogelijkheden voor patiënten met HHT. Hiermee wordt getracht:

- **Optimaal passende voeding aan te bieden:** door een smaakvolle, veilige en voldoende hoeveelheid eten, kan er optimale voeding aan de patiënten worden geboden in de thuissituatie. Een veilige manier van eten zorgt ervoor dat het verslikkingsgevaar verminderd en patiënten zich minder vaak verslikken.
- **De gezondheidstoestand te verbeteren:** door effectief de maaltijd te nuttigen kan een evenwichtige toevoer van voedingsstoffen bereikt worden. Dit resulteert in een betere algemene gezondheidstoestand.
- **Kwaliteit van zorg te verbeteren:** door een optimale maaltijdnuttiging kan er door logopedische zorg en de patiëntenvereniging advies worden gegeven, voor goede passende gemalen voeding, aan patiënten die dit nodig hebben. De kwaliteit van leven wordt minder negatief beïnvloed doordat de gevolgen van dysfagie worden beperkt.

1.4. VRAAGSTELLING

De hoofdvraag die centraal staat in dit onderzoek:

“Welke meerwaarde heeft Duchesse op de maaltijdnuttiging in het dagelijks leven en in de thuissetting, van HHT-patiënten die slikproblemen ervaren?”

Begripsafbakening:

- **Meerwaarde** bieden in de dagelijkse voeding van HHT-patiënten, gebaseerd op verschillende domeinen te weten de smaak en aantrekkelijkheidsbeoordeling, verminderingen slikincidentie, individuen en slikklachten;
- **slikproblemen** (dysfagieproblemen) ten gevolge van medische behandelingen (chirurgie, radio- en/of chemotherapie voor HHT. Slikproblemen zijn verschillend per patient).
- **thuissetting**, de woonplaats van de cliënten.

1.5. INDELING VAN DE THESIS

In hoofdstuk twee wordt ingegaan op het theoretisch kader waarmee kennis is opgedaan over voeding en de kwaliteit van leven, de relatie met dysfagie en dysfagie bij patiënten met HHT, smaakveranderingen, logopedische relevantie, Duchesse en de meerwaarde van Duchesse op oncologiegebied. Hoofdstuk drie beschrijft de methodologische verantwoording en de kwaliteit van dit onderzoek. Hoofdstuk vier gaat in op de resultaten. Hoofdstuk vijf geeft antwoord op de hoofd- en deelvragen; er wordt een algemene conclusie getrokken met daarbij de reflectie van de tekortkomingen van dit onderzoek en er worden aanbevelingen gedaan. De thesis wordt afgesloten met de bijlagen. Hierin staat onder andere de toelichting op de theoretische achtergrond en de Duchesse maaltijden, de gebruikte vragenlijsten en meetprotocollen en de afgenomen interviews.

2. THEORETISCHE ACHTERGROND

Eten en drinken heeft zowel invloed op de algehele gezondheid als het sociaal welbevinden en kwaliteit van leven van een persoon. In de theoretische achtergrond wordt dit nader toegelicht naast de algemene voeding van een mens, de relatie met dysfagie en de prevalentie van dysfagie bij patiënten met HHT. Deze patiënten kunnen verschillende behandelingen krijgen, waarbij zij specifieke kenmerken en bijwerkingen, zoals smaakveranderingen, en veranderingen in voedingsbehoefte kunnen ervaren.

2.1. VOEDING & GEZONDHEID

Voeding is belangrijk in het dagelijks leven van de mens. Zij hebben daar eigen regie over en bepalen zelf welke voeding zij tot zich nemen. Deze keuze beïnvloedt de gezondheid en de langetermijneffecten daarvan. Het lichaam van de mens bestaat uit verschillende cellen en organen die allemaal voedingsstoffen nodig hebben om optimaal te kunnen functioneren (Diet Health Club, 2014). Een goed dieet bevat de juiste hoeveelheid van deze voedingsstoffen, te denken aan: eiwitten, koolhydraten, vetten, vitaminen, mineralen en water (Chopra, 2010). Zonder een goed dieet, kunnen er gezondheidsproblemen optreden, zoals een negatieve invloed op denkprocessen en gedragingen van mensen (Diet Health Club, 2014). Een gezond dieet, levert een betere nachtrust op, een verhoogde concentratie en aandachtsvermogen, meer energie en een betere weerstand tegen infecties (Meijer, 2017). Daarom is het kunnen hanteren van een goed dieet zeer belangrijk, ongeacht de leeftijd, geslacht of gezondheidstoestand van de mens en is daarmee van invloed op het dagelijkse leven (Ensie, 2014).

2.2. KWALITEIT VAN LEVEN

De kwaliteit van leven is een subjectief oordeel dat iemand over zichzelf kan geven (Ensie, 2014). Dit kan op verschillende domeinen beoordeeld worden, namelijk op het fysieke-, psychische- en sociale domein. Het fysieke domein omvat de lichamelijke toestand, zoals belemmeringen die het lichamelijk functioneren kunnen verstoren. Het psychische domein gaat over gevoelens en de belevingen van een persoon, maar ook over mogelijke psychische stoornissen, zoals een depressie of angststoornissen. Het sociale domein gaat voornamelijk over de sociale kant van leven; denk aan het leggen van sociale contacten en de kwaliteit daarvan. De drie domeinen kunnen invloed hebben op elkaar. Hierdoor is het belangrijk om bij een

verminderde kwaliteit van leven alle domeinen in kaart te brengen (Ensie, 2014).

2.2.1. DE RELATIE MET DYSFAGIE

De kwaliteit van leven is natuurlijk ook belangrijk voor mensen die dagelijks slikproblemen ervaren tijdens het eten en drinken. Aanvullende zaken zoals o.a. mucositis en smaakveranderingen bij patiënten met HHT kunnen een extra directe invloed hebben op het nuttigen en genieten van voeding (Silveira, Dedivitis, Queija, & Nascimento, 2015). Vanwege de dysfagie kunnen er dus belemmeringen ontstaan op zowel functioneringsvlak als het sociaal-emotionele vlak van de mens. Uit onderzoeken is gebleken dat mensen die dysfagie hebben minder genot ervaren in hun leven en geen plezier meer vinden bij het eten. Meerdere mensen hebben toegegeven dat ze etentjes buiten de deur vermijden, tenzij dit met familieleden is. De redenen hiervoor waren namelijk: schaamte of angstgevoel en de nood van hulp bij het eten (Farri, Accornero, & Burdese, 2007). Hierdoor komen dysfagiepatiënten vaak in een isolement, hebben zij minder eetlust of zijn zij bang om te eten (alleen en met mensen) en tonen ze minder interesse in de mogelijkheden van voedsel (Farri et al., 2007). De gevolgen, zoals verminderde eetlust en verlies in gewicht, kunnen van dermate ernstige aard zijn dat er ondervoeding en dehydratatie optreedt (Gellrich, Handschel, Holtmann, & Krüskemper, 2015). Het laatste kan weer leiden tot verwardheid, algemene uitval van organen en heeft een negatieve invloed op uithoudingsvermogen en het immuunsysteem. Andere mogelijke complicaties ten gevolge van de dysfagie kunnen optreden bij het transport van de bolus in de mond bij een of meerdere verschillende consistenties (van vloeibaar of vast voedsel), zoals moeilijke of onveilige omstandigheden. Hierdoor ontstaat er een verhoogd risico op aspiratiepneumonie, dehydratie of malnutritie, verstikking en mogelijk overlijden (De Bodt et al., 2015).

Om in kaart te brengen wat het effect is van slikproblemen op de kwaliteit van leven is een gevalideerde vragenlijst ontworpen onder de naam Swallowing Questionnaire on Quality of Life (SWAL-QOL). Deze vragenlijst werd ontwikkeld in 2000 door McHorney et al. om vooruitgang te boeken in het onderzoek naar dysfagie. Vervolgens is deze vragenlijst in 2002 op nieuw aangepast. Deze bestaat uit algemene (persoonlijke) vragen en een 44-item deel (onderverdeeld in 5-puntschalen), waaronder 11 domeinen onderzocht worden (De Campos, Palma, & Leite, 2013; McHorney et al., 2000). Deze domeinen beoordelen de volgende aspecten van het dagelijks leven: last van de dagelijkse dysfagieproblemen, maaltijdduur, eetlust, frequentie van symptomen, voedselselectie, communicatie, angst, mentale gezondheid, sociaal functioneren,

vermoeidheid, slaap (de Campos et al., 2013; Silveira et al., 2015). Hoe hoger de score op de SWAL-QOL, des te meer de slikproblemen invloed hebben op het dagelijks leven (Rinkel et al., 2016). Volgens Speyer et al. (2011) is de SWAL-QOL de gouden standaard. Daarmee wordt dit instrument vaker aanbevolen bij het meten van de kwaliteit van leven. Overige vragenlijsten, zoals de M. D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI) en de Dysfagie Handicap Index (DHI) komen tekort in bepaalde psychometrische karakteristieken en zijn minder uitgebreid dan de SWAL-QOL. De DHI is daarnaast ook geen gevalideerde meetinstrument (Speyer et al., 2011).

2.3. DYSFAGIE

Dysfagie kan voorkomen in alle leeftijdsgroepen, van pasgeborenen tot geriatrische patiënten. Ontwikkelt de dysfagie zich op latere leeftijd, dan wordt dit aangeduid als *verworven dysfagie*. De slikstoornissen kunnen zich voordoen tijdens de verschillende slikfasen van het slikken (orofaryngeale, ter hoogte van mond en/of keel, en oesofageale dysfagie, ter hoogte van de slokdarm) en in etiologie. Bij de groep patiënten met hoofd-/halstumoren komt dysfagie tussen 25-64 procent (40% algemeen, na chirurgie 25%, na radiatie 41%, na chirurgie en radiatie 45% en na chemoradiatie 30-64%) voor (Francis et al., 2010).

2.3.1. STRUCTURELE DYSFAGIE BIJ ONCOLOGIEPATIËNTEN

Van structurele dysfagie wordt gesproken wanneer de slikstoornissen zijn ontstaan ten gevolge van de structurele veranderingen zoals tumoren in het hoofd-/halsgebied (De Bodt et al., 2006). De slikstoornissen kunnen dus veroorzaakt worden door twee groepen van factoren: de pathologie, bijvoorbeeld een tumor die zorgt voor een obstructie, en de behandeling van het structurele probleem door radiotherapie en/of chemotherapie. Dit laatste zorgt met name voor verminderde beweeglijkheid van de larynx (strottenhoofd) en de farynx (neus-/keelholte) tot verminderde speekselproductie. Het is afhankelijk van de grootte en de plaats van de tumor of er wordt gekozen voor resectie (deel weghalen), radio- of chemotherapie of een combinatie hiervan (Heijnen et al., 2016). 59% van de patiënten vertoont al voor de behandeling symptomen van dysfagie, met name 28% bij orale tumoren, 51% bij faryngeale tumoren en 29% bij laryngeale tumoren. De indeling van tumoren gebeurt volgens een TNM-systeem (Groher & Crary, 2010; Logemann, Maks-van der Veer, & Jacobson, 2000): T(tumor), grootte en uitbreiding naar naburige weefsels, N (nodes of klieren), status van de lymfeklieren en M (metastase), aanwezigheid van metastasen.

2.3.2. MEDISCHE BEHANDELINGEN EN SLIKPROBLEMEN

Zoals eerder genoemd is de behandeling van een hoofd-halstumor, ten voorkeur van de patiënt, afhankelijk van de locatie en het stadium van de tumor (Sanderse & De Vries, 2015). Deze behandelingen kunnen gevolgen hebben op de verschillende fasen van de normale slikfunctie en op de algehele functionering van mond en keelgebied (De Bodt et al., 2015). Elk van de behandelingen worden nader toegelicht, samen met de verschillende gevolgen die kunnen optreden tijdens maar ook vooral na de behandelingen.

2.3.2.1. CHEMORADIOTHERAPIE

Radiotherapie wordt ingezet om de tumorgrootte te reduceren met behulp van elektromagnetische straling met hoge energie. Dit kan als primaire behandeling van kleine tumoren, na chirurgie om (mogelijke) resterende tumorcellen te vernietigen of voor de chirurgie om de tumoren te verkleinen (Groher & Crary, 2010). De dysfagie treedt op door verstoorde neurotransmissie, verstoorde spiercontractie, vermindering in aantal spiervezels, verminderde vezelgrootte en door vervanging van spieren door fibroseweefsel ten gevolge van verminderde bloedtoevoer naar de spieren (Lazarus, 2006). Ook kan er mucositis optreden waardoor laryngeale structuren kunnen verstijven. Er kunnen neveneffecten ontstaan (acuut of later) zoals bijvoorbeeld roodheid of xerostomie, misselijkheid, braken en oedeem (Groher & Crary, 2010) (zie tabel 1: *Specifieke kenmerken gerelateerd aan dysfagie*). Met behulp van chemotherapie wordt ingegrepen in de stofwisseling van de tumorcel door het toedienen van medicatie (cytostatica). Het doel is om een zo groot aantal tumorcellen te vernietigen. Ook bij metastasen wordt chemotherapie gegeven. Er bestaan twee verschillende vormen: curatief (oog op genezing) en palliatief (tijdelijke vermindering van klachten en symptomen). De neveneffecten bestaan uit misselijkheid, vermoeidheid, haaruitval, xerostomie, verlies van eetlust, verminderde smaak, verzwakt immuunsysteem, zweren in de mond die kunnen leiden tot infectie et cetera (Groher & Crary, 2010). Behandeling met chemoradiotherapie vertoont het hoogste risico op dysfagie (2,5 maal meer kans dan bij chirurgie alleen) en pneumonie (Francis et al., 2010). Bij chemotherapie treedt mucositis acuter op dan bij radiotherapie, deze is echter wel meer afhankelijk van de soort chemokuur (Sanderse & De Vries, 2015).

Medische aandoening	Gevolgen
Xerostomie	Orale stoornissen in verband met een droogheid in het mondgebied. Veroorzaakt door schade aan de speekselklieren. De speekselklieren zijn nodig voor de aanmaak van speeksel wat gebruikt wordt bij eten, spreken, slikken, als start van de spijsvertering en dient als bescherming van de elementen in de mond. Xerostomie is meestal reversibel.
Atrofie	Fibrose van spieren in larynx en orofarynx, verlies aan elasticiteit en oedeem leiden tot orofaryngeale stoornissen.
Mucositis	Ontstekingsachtige veranderingen van het slijmvlies (soort blaren). Dit komt bij 85 tot 100% van de gevallen voor en leidt tot problemen met de voedingintake (eten en drinken) in verband met de pijn (Sanderse et al., 2015).
Candidose	Orale infecties, door een onbalans in de mondflora. Slijmvlies wordt rood en branderig.
Verminderde kracht in de lippen, wang-spieren en tong	Hierdoor kan een patiënt een verstoorde bolusvorming krijgen en kan residu achter achterblijven in de wang en larynx. Daarbij kan de patiënt ook trismus ontwikkelen, wat een verminderde kaakopening waarbij ook kauwproblemen voorkomen. Deze combinatie maakt het voldoende kunnen kauwen en nuttigen van vast voedsel moeilijk.
Vertraagde slikreflex	Wanneer de larynx niet tijdig opheft en de epiglottis de luchtwegen niet voldoende afdekt wat premature lekkage kan veroorzaken. Hierdoor is het mogelijk dat de patiënt laryngeale penetratie en/of (stille) aspiratie ervaart, en hij/zij risico kan lopen op longklachten (zoals pneumonie).

Tabel 1: Specifieke kenmerken gerelateerd aan dysfagie (De Bodt et al., 2015)

Chemotherapie heeft invloed op elke fase van het slikken en het kan het leiden tot verschillende complicaties. De specifieke kenmerken gerelateerd aan dysfagie per slikfase zijn in de bijlagen nader toegelicht (zie bijlage 1: *Specifieke kenmerken gerelateerd aan dysfagie per slikfase*). Er bestaan ook andere kenmerken veroorzaakt door chemoradiotherapie, deze worden hieronder benoemd.

Andere kenmerken (De Bodt et al., 2015)

- Verminderde coördinatie tussen verschillende fasen van het slikken;
- verminderde tot afwezige hoestreflex;
- verlies smaak, eetlust;
- meermaals slikken;
- verlengde maaltijdduur;
- verminderde slikfrequentie;
- herpes simplex (bij chemotherapie).

Latere bijwerkingen die op kunnen treden (Sanderse & De Vries, 2015).

- Xerostomie;
- radiatiecariës, een snelle en progressieve vorm van cariës;
- osteoradionecrose, niet herstellende wond in de mond;
- trismus, beperkte mondopening. Dit is afhankelijk van de locatie van de tumor of
- toegepaste chirurgie.

2.3.2.2. CHIRURGIE BIJ LARYNGEALE TUMOREN

Wanneer patiënten een chirurgische ingreep krijgen en er een transsectie van spieren en zenuwen heeft opgetreden, kan er verlies van sensibiliteit optreden. Daarnaast kan het littekenweefsel de functies van weefsel verminderen die belangrijk zijn voor het slikken. Er zijn nog grotere stoornissen te verwachten bij



Figuur 1: Voor (links) en na (rechts) totale laryngectomie (Kanker.nl, (2015))

(gedeeltelijke) resectie in het orale gebied, zoals de tong, tongbasis en arythenoïden (bekervormige kraakbeentjes in het strottenhoofd) dan bij andere structuren in de mond. Er zijn verschillende vormen van chirurgie mogelijk: partiële laryngectomie (helft van de larynx wordt verticaal/horizontaal weggenomen) en een totale laryngectomie (alle laryngeale structuren worden verwijderd, waarbij er een scheiding van luchtweg en voedselweg plaatsvindt). Na het chirurgische ingreep bij laryngeale tumoren, kan de patiënt een tracheotomie krijgen, wat een chirurgische procedure is waarin een opening in de keel wordt aangemaakt. Hierna heeft de patiënt een tracheostoma, wat inhoudt dat de persoon gebruik zal maken van een canule. Nader informatie over de verschillende vormen van operatie worden hieronder toegelicht.

LARYNGECTOMIE

Een partiele laryngectomie herkent drie vormen van chirurgie, door chirurgie hemilaryngectomie, subtotale en de supraglottische laryngectomie. Elke vorm zorgt voor complicaties of naverschijselen. Hieronder worden er enkele genoemd:

- *Hemilaryngectomie*: mogelijk tijdelijke aspiratie, verzwakte eenzijdige farynx, een inadequate elevatie van de larynx en hierdoor minder bescherming van de luchtwegen.

- *Subtotale laryngectomie*: de patiënt kan o.a. een vertraagde slikreflex, premature lekkage of aspiratie na de slikact ervaren.
- *Supraglottische laryngectomie*: de patiënt kan bij deze vorm van chirurgie o.a. bijv. een verminderde tongbasisretractie of vertraagde bolusvorming ervaren. De patiënt kan ook o.a. een verminderde larynxheffing hebben, onvoldoende afsluiting van de luchtwegen of meermaals moeten slikken bij het eten en/of drinken.

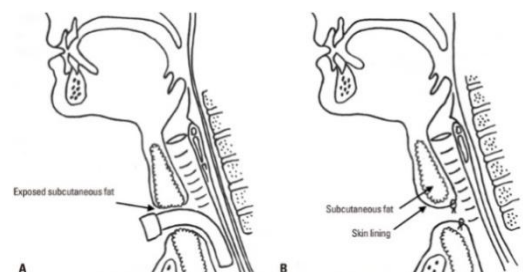
Een totale laryngectomie is een veilig operatie, maar kan minder efficiënt zijn. Er bestaat geen aspiratierisico, behalve bij fistels of lekkage van de spraakknop. Vanwege deze operatie kan de patiënt een verminderd vermogen hebben tot het opklaren van de orale, faryngeale en oesofageale gebieden. Kans op stase (van zowel voedsel als vloeistoffen) en een vertraagde bolustransport is mogelijk. Bij deze vorm van chirurgie kunnen er enkele problemen oplopen, zoals een globusgevoel of problemen met vast voedsel. Een volledig overzicht van de bijwerkingen van deze verschillende vormen van laryngectomie zijn terug te vinden in de bijlagen (zie bijlage 2: *Bijwerkingen diverse chirurgische ingrepen*, tabel A). Een laryngectomie komt natuurlijk ook met voor- en nadelen (Sanabria, Sanchez, Chala, & Alvarez, 2018; Vijendren, Jablenska, Kothari, & Trinidad, 2014). Een voorbeeld bij een totale laryngectomie is hieronder te zien (zie tabel 2: *Voor- en nadelen totale laryngectomie*).

Voordelen	Nadelen
Preventieve operatie;	Grote operatie;
spreken kan in sommige gevallen nog;	kan negatieve invloed hebben op KvL;
grotere kans op overleving;	litteken(weefsel);
minder complicaties;	onomkeerbaar/irreversibel;
minimale behoefte aan postoperatieve stomazorg.	in sommige gevallen verlies van de stem.

Tabel 2: Voor- en nadelen laryngectomie

TRACHEOTOMIE

Een tracheotomie is een chirurgische techniek waarbij een opening in de keel wordt gemaakt, direct onder de adamsappel. Deze opening wordt een tracheostoma genoemd en is gekenmerkt door het gebruik van een canule (zie figuur 2: *Tracheostoma met en zonder canule*). Er bestaan verschillende



Figuur 2: Tracheostoma met (A) en zonder canule (B)

soorten canules om de behoeften van elk persoon te voldoen. Deze komen in verschillende stijlen

en groottes. De stijlen zijn o.a. de standaardversie (deze is bedoeld voor een stoma zonder stemprothese), de gefenestreerd (wordt gebruikt met stemprothese) en een Larytube (wat met een stomapleister gebruikt kan worden) (Verzorging van Tracheostoma, 2016; Tracheacanules, 2012). Deze wordt geplaatst wanneer het ademen via een tube door de mond niet meer lukt of wanneer een patiënt hevige slikproblemen ervaart, waardoor de patiënt regelmatig aan ontstekingen lijdt. Mensen die niet zelf het overtollige slijm in de keel kunnen ophoesten kunnen ook in aanmerking komen voor een tracheostoma (Tracheostoma, 2018). Een tracheostoma heeft natuurlijk ook voor- en nadelen (Vijendren et al., 2014; Tracheostoma: informatie voor patiënten en bezoekers, 2016) (zie tabel 3: *Voor- en nadelen tracheostoma*).

Voordelen	Nadelen
Slijm kan makkelijk opgehoest worden;	Pijn (kort na operatie);
minder irritatie aan de mond en neus;	bloed ophoesten (kort na operatie);
kans op bijholteontstekingen is verminderd;	klein litteken;
mondhygiëne verbeterd;	uitgeademde lucht kan onder de huid terechtkomen;
spraak is mogelijk (in sommige gevallen);	kans op infectie in de luchtweg;
nog kunnen eten en drinken (in sommige gevallen);	chirurgische ingreep (hier zijn risico's altijd aan gebonden);
omkeerbaar.	Spreken, eten en drinken is niet mogelijk (in sommige gevallen).

Tabel 3: Voor- en nadelen tracheostoma

VERSCHILLEN TUSSEN LARYNGECTOMIE EN TRACHEOTOMIE

In het onderzoek van Vijendren et al. (2014) worden er verschillen gevonden tussen een laryngectomie en een tracheotomie. Een laryngectomie is een grote operatie, maar tijdens de operatie komen complicaties minder vaak voor, zolang deze door een ervaren arts wordt uitgevoerd. Er is minder nood aan postoperatieve stomazorg en deze ingreep kan worden gezien als een definitieve oplossing voor het verwijderen van kanker. Omdat er structuren verwijderd worden, kunnen patiënten zwakke of geen larynxfuncties meer hebben. De patiënten zullen ook een litteken overhouden met daarbij mogelijk littekenweefsel. Verlies van de spraak en de mogelijkheid tot zelfstandig eten en drinken zijn vaak het geval. Er bestaat geen mogelijkheid om de operatie te omkeren. Tijdens de operatie kan het zijn dat een tracheotomie wordt uitgevoerd om de luchtwegen vrij te houden. Dit is een korte en minder invasieve operatie. Er ontstaat minder laryngeale trauma en het gaatje kan na een periode dichtgehecht worden (indien deze is goedgekeurd door een arts), dit eist wel regelmatige zorg om de luchtwegen schoon en

gezond te houden. Dus, met andere woorden, een tracheotomie kan een gevolg zijn van een laryngectomie.

2.3.2.3. CHIRURGIE BIJ OROFARYNGEALE TUMOREN

Bij orofaryngeale tumoren vindt ofwel orale (mandibulectomie, lipresectie, partiële of totale glossectomie, meer of minder dan vijftig procent van tong, resectie tonsil/tongbasis/mondbodem/velum) of faryngeale chirurgie (radicale halsklierendissectie of partiële faryngeale resectie) plaats. Indien weinig weefsel is weggenomen kan de wond primair gesloten worden; anders vindt er een reconstructie plaats. In geval van grotere tumoren kan er gekozen worden voor een commando-operatie (ook wel halsklierdissectie genoemd); dit wordt door een hoofdhalschirurg en een reconstructief/plastisch chirurg gedaan. Zij werken samen om ervoor te zorgen dat het resultaat er zo goed mogelijk uitziet en dat functionering van het mondgebied nog mogelijk is (Noordwest Ziekenhuisgroep, z.d.).

In de orale chirurgie wordt er aan verschillende gebieden geopereerd. Hierdoor kan een HHT-patiënt meerdere klachten of naverschijselen ervaren die een directe invloed hebben op het nuttigen van eten en drinken. De meest voorkomende zijn:

- verminderde of verstoorde bolusvorming/controle;
- kauwproblemen;
- oraal residu;
- premature lekkage;
- verminderd bereik of minder beweeglijkheid van de tong;
- stase in de valleculae en op de bovenste slokdarmsfincter;
- verstoring in de slikreflex en faryngeale transport; en
- (stille) penetratie of aspiratie.

De faryngeale chirurgie kan ook leiden tot een vertraagde slikreflex, maar hierbij ook een zwakke faryngeale peristaltiek waardoor residu kan vormen aan de bovenste slokdarmsfincter. Een compleet schema over de verschillende klachten of naverschijselen is terug te vinden in de bijlagen (zie bijlage 2: *Bijwerkingen diverse chirurgische ingrepen*, tabel B). De ernst van de dysfagie is bij deze groep patiënten afhankelijk van de mate van resectie, mobiliteit van het resterende deel, wel of geen en type reconstructie en de betrokkenheid van andere structuren aanwezig/afwezig (zoals verwijdering van orale tong en tongbasis). Wanneer er nog

radiotherapie plaatsvindt na de operatie is er ook nog kans op het ontstaan van oedeem en necrose. De dysfagie treedt vooral op in de eerste maanden na de chirurgie; bijkomende dysfuncties zijn het gevolg van radiotherapie.

2.3.2.4. CHIRURGIE BIJ OESOFAGEALE TUMOREN

Bij oesofageale tumoren wordt een oesofagectomie of oesofagogastrrectomie uitgevoerd: resectie van pathologisch deel van de slokdarm met verwijdering van de nabije lymfeklieren. Nadien vindt een herconstructie van de slokdarm plaats of een resectie inclusief bovenste deel van de maag. Voorafgaand aan deze operatie ervaren patiënten verschillende klachten, zoals veel speeksel, uitspuwen van onverteerd voedsel, reflux en hoesten tijdens of na de maaltijd. Op oraal gebied kunnen ze afwijkingen hebben bijvoorbeeld in de tongbeweeglijkheid of het vormen van de bolus. Dit betekenen dat ze op faryngeaal gebied premature lekkage ervaren, verminderde laryngeale beweeglijkheid of laryngeale penetratie/aspiratie.

Wanneer een HHT-patiënt de operatie heeft gehad, kan er een toename ontstaan van de stoornissen in de orale fase (vooral als het gaat om stoornissen in de faryngeale fase). De klachten die hierbij verschijnen zijn onder andere globusgevoel, droge mond of gevoel van snel volzitten bij het eten. Op gebieden van oraal en faryngeaal kunnen de volgende symptomen voorkomen: premature lekkage, abnormale bolusvorming, vertraagde initiatie slikinzet of verminderde larynxelevatie. Vast voedsel kan problemen opleveren en er kan odynofagie (slikpijn) ontstaan. In de bijlagen is een totaal overzicht van klachten en bijwerkingen terug te vinden rondom deze vorm van chirurgie (zie bijlage 2: *Bijwerkingen diverse chirurgische ingrepen*, tabel C).

2.4. SMAAKVERANDERINGEN

Naast allerlei problemen op het gebied van slikken ontstaan er bij patiënten met HHT ook smaakveranderingen ten gevolge van chemo- en radiotherapie. Ruim 55-75% heeft hier kans op (De Klerk & Van Tongeren, 2017). Indien patiënten radiotherapie krijgen, heeft dit vrijwel direct (vanaf ongeveer de derde week) invloed op de smaakpapillen. Hierbij verdwijnt de zoet- en zoutsmaak als eerste, later ook de zuur- en bittersmaak. Meestal komt de smaak na het bestralen weer terug, maar deze zal vaak niet zoals voorheen worden (Sanderse & de Vries, 2015). Smaakveranderingen die tot zeven jaar aanhouden, kunnen zich daarna bij eenderde van de patiënten als een chronisch verminderde smaakvermogen manifesteren (Alvarez-Camacho et al.,

2016). De smaakveranderingen kunnen veroorzaakt worden door afwezigheid van smaakbepaling (ageusia), een afname (of toename) van smaakgevoeligheid (hypo- of hypergeusia), of smaakperceptie die verstoord is geraakt door chemotherapie (dysgeusia) of externe stimulus (phantogeusia) (Ijpma et al., 2015; Alvarez-Camacho et al., 2016). Patiënten geven vaak aan dat zij een vreemde smaak in de mond ervaren, zoals een chemisch, medicijn, bloed of bittere smaak. De meest voorkomende smaakverandering is de metaalsmaak. Volgens Ijpma (Ijpma et al., 2015) zijn er verschillende hypothesen over de oorzaken geformuleerd, maar men gelooft dat het voornamelijk door de chemotherapeutische middelen komt. Dit wordt bevestigd door de Klerk & Van Tongeren (2017). Zij stellen dat chemotherapie de groei van snel delende cellen remt, waaronder de tumorcellen maar ook de slijmvliescellen in de mond. Chemotherapeutische middelen kunnen platina als een component hebben en worden herkend onder de namen *Cisplatine* en *Carboplatine*. Omdat platina een soort metaal is, komt het overeen met de ervaringen die gedeeld worden door patiënten die nog in behandeling zijn. Het is echter niet duidelijk hoeveel van de dosering de intensiteit van de smaaksensatie beïnvloedt. Er wordt ook geconstateerd dat de smaaksensatie een gevolg kan zijn van een verminderde detectiedrempel. De smaak van metaal in de mond kan verergeren of aanzetten door bijvoorbeeld het gebruiken van metalen bestek of het nuttigen van rood vlees (dat veel ijzer bevat). Een laatste, minder betrouwbare hypothese is dat smaakveranderingen aangezet worden door een smaakbeschadiging in de hersenen, waarbij interacties tussen gebieden worden afgeremd. Hiervoor is echter geen concreet bewijs gevonden (Ijpma et al., 2015).

In een onlangs verschenen literatuur- en praktijkonderzoek bij 100 patiënten van Klerk & Van Tongeren (2017) is onderzocht welke smaakvoorkeuren een patiënt heeft die chemotherapie ondergaat op de afdelingen Oncologie en Hematologie van het VUmc. Hieruit bleek dat 72% van de patiënten bekend was met de optredende smaakveranderingen, waarvan ongeveer de helft dit maar kon aanvaarden. De basissmaken zout, zoet, zuur, bitter en umami werden in 20-29% van de gevallen anders ervaren. Vaker waren deze eerder versterkt dan verzwakt en ontstond er bij 9,7% tot 78% van de patiënten een metaalsmaak. Tijdens de chemotherapie bleken patiënten een voorkeur te hebben voor de smaak 'zoet' (68%) en een afkeer tegen de smaak 'bitter' (33%). De voorkeur qua voedingsmiddelen lag daarmee op zoete, friszure en zachte voedingsmiddelen zoals yoghurt, snoep, salades, fruit en sappen en een afkeer voor voedingsmiddelen zoals water, koffie, aardappelen, brood, alcohol en vlees. In datzelfde literatuuronderzoek zijn er een aantal

factoren bekendgemaakt die invloed (kunnen) hebben op de smaak, namelijk (De Klerk & Van Tongeren, 2017):

- **Geluid:** wordt niet vaak benoemd, maar bij het horen van bepaalde geluiden, zoals het sissen van een biefstuk of het ontkurken van een wijnfles, worden de slijmvliezen en speekselproductie opgewekt. Geluid heeft ook invloed op het oproepen van bepaalde verwachtingen die iemand kan hebben bij het eten.
- **Presentatie/kleur:** de presentatie, of wijze van opdienen, heeft invloed op de smaak. Dit zegt veel over hoeveel aandacht er werd besteed aan het prepareren van de maaltijd en/of drank. Een maaltijd die op een nette manier wordt gepresenteerd, heeft een aantrekkelijkheid die een ‘slordig’ gepresenteerde maaltijd niet heeft. Er is bewezen dat hoe feller of puurder de kleur is, hoe beter en intenser deze smaakt. Hierbij valt te denken aan het bijvoegen van bepaalde kleurstoffen om een voedsel of drank een bepaald kleur te geven en daarbij het illusie te geven dat deze beter zal smaken (De Klerk & Van Tongeren, 2017).
- **Temperatuur:** het afkoelen van een te warme maaltijd kan een effect op de zoetigheid en waarneming van een product hebben. Deze kan namelijk een toenemend of afnemend effect hebben (De Klerk & Van Tongeren, 2017).
- **Reuk:** de orthonasale (direct via de neus) en de retronasale perceptie (bij het uitademen na slikken bereiken de aroma's in de neus) bedoeld. Deze leiden tot een verhoging van de smaakdrempels en dus ook een intensievere waarneming van smaken (IJpma et al., 2015).
- **Speeksel:** oncologiepatiënten die chemotherapie ondergaan, hebben vaker een vermindering van de speekselproductie en aantasting van de slijmvliezen, waardoor zij een smaakstoornis vaker wel dan niet kunnen oplopen. Factoren zoals roken en leeftijd zijn ook van invloed, maar deze gelden voor iedereen en dus niet alleen voor oncologiepatiënten.

2.5. LOGOPEDISCHE RELEVANTIE

Binnen ziekenhuizen, specifiek de oncologieafdeling, richten logopedisten zich op patiënten die slikklachten ervaren. Om verslikking en de gevolgen daarvan te voorkomen, of om moeite met het eten te verbeteren, leren de logopedisten de patiënten technieken aan. Deze komen voor in de vorm van revaliderende (behouden of versterken van functie) of compenserende (aanpassingen voedselconsistenties) technieken, passend bij de patiënt. Tevens is de aanbieder van voedsel belangrijk. Maaltijden moeten aantrekkelijk zijn en de geboden voedingswaarde moet overeenkomen met de behoeften van de patiënt. Dit wordt bereikt in samenwerking met

diëtist, verpleegkundigen en familieleden. Dit geldt ook omtrent het geven van adviezen en tips rondom het eten. Het is belangrijk dat de patiënt zich zeker kan voelen en een plezierig gevoel kan ervaren tijdens het eten. Kwaliteit van leven heeft prioriteit.

2.5.1. LOGOPEDIE BIJ SPECIFIEKE ONCOLOGIE KLACHTEN

Hieronder volgt een overzicht in welke mate logopedisten betrokken zijn bij diverse behandelingen:

- **chemoradiotherapie:** werken aan motorische training in functie van kracht en het doen van de juiste voedingsaanpassingen indien er sprake is van xerostomie;
- **chirurgie bij laryngeale tumoren:** bij partiële laryngectomie: stemplooiadductie oefeningen, werken aan fonatie en de luchtbescherming, motorische training en diverse slikoefeningen (supraglottic swallow en effortful swallow). Bij een totale laryngectomie geeft de logopedist vooral aandacht voor opbouw van consistenties;
- **chirurgie bij oesofageale tumoren:** specifieke aandacht voor fistelvorming en stemplooi-overlamming, gradueel opbouwen van consistenties. Tevens worden er ook aanpassingen gedaan in de aanbieding (frequent kleine maaltijden, kleinere bolussen, beperken gashoudende dranken) en worden algemene adviezen gegeven (bijvoorbeeld slapen op twee of drie kussens, minstens twee uur tussen voeding en bedtijd);
- **chirurgie bij orofarygeale tumoren:** vooral mondhygiënische adviezen. Bij glossectomie: motorische training en aanpassingen in bolusconsistenties (meer vloeistoffen). Bij mondbodemresectie wordt motorische training gegeven, aanpassingen gedaan in aanbieding van voedsel en houdings en bij een tongbasisresectie worden ook motorische trainingen gedaan.

Volgens de richtlijn HHT is de aanbeveling dat een logopedist in het ziekenhuis:

- deel uitmaakt van het begeleidings- of revalidatieteam van patiënten met een HHT.
- vooraf aan de behandeling reeds ingeschakeld kan worden bij te verwachten ernstige slikproblemen en/of stemproblemen ten gevolge van (chemo)radiatie om de patiënt voor te lichten en te adviseren;
- er in de follow-up goede signaleringsmomenten ingebouwd dienen te worden met aandacht voor slik- en stemproblematiek;

- de stem- en slikrevalidatie na oncologische behandeling wordt gestart vanuit een op dit gebied deskundige logopedische setting. Bij voorkeur verbonden aan het centrum waar de primaire behandeling heeft plaatsgevonden (NVKNO, 2014).

2.5.2. AANGEPASTE VOEDING

Het aanbevelen van voedingsaanpassingen is een veelvoorkomende interventie van de logopedist. Het aanpassen van de voedselconsistentie kan gebeuren middels verdikken (met bijvoorbeeld Nutrilis) (Smith, Jebson, & Hanson, 2014) of door de voeding te malen. Hierbij kan rekening worden gehouden met de behoeften en wensen van elk patiënt. Een andere (en duurdere) manier van gemalen voeding is 3D Foodprinting. Deze techniek zorgt ervoor dat de maaltijden er aantrekkelijker uitzien en de wensen van patiënten vervullen. Het is mogelijk om de maaltijden identiek te laten lijken aan normale voeding (Van der Linden, z.d.). Door te verdikken, malen of pureren wordt de intake een stuk veiliger gemaakt (Kalf, 2008). Voor de patiënten die volledig zelfstandig kunnen eten en geen nood aan gemalen voeding hebben, bestaan er alternatieven. Hierbij wordt er gedacht aan ‘Finger Foods’. Deze vorm van voeding is vanzelfsprekend. Normale voeding wordt in kleine (gesneden) porties aangeboden die dan met de hand worden gegeten (Kalf, 2013). Deze vorm van voeding is echter vaker voorkomend bij mensen met dementie en mensen die grotendeels zelfstandig kunnen eten. Voor patiënten met HHT is een normale intake na operatie en/of behandelingen vaak niet mogelijk. Er wordt gestart met dikvloeibaar en stap voor stap wordt er overgegaan naar halfvaste/zachte voeding en indien mogelijk naar normale voeding. Er kan mogelijk in het begin ook sondevoeding (via neus, buikwand (PEG-sonde) of intraveneus) worden gegeven, hetzij volledig of als bijvoeding. Het primaire doel is echter om de orale intake te behouden. Voeding met uitgesproken smaken (scherp gekruid, zout, zuur) worden bij pijn in de mond vaak vermeden (Kalf, 2008).

2.6. DUCHESSE

Een nieuwere vorm van gemalen voeding is Duchesse. Dit is een nieuw product ontworpen door Keuken van Limburg (2018) in samenwerking met logopedisten werkzaam in verpleeghuizen. Keuken van Limburg is een organisatie gespecialiseerd in het prepareren en leveren van klaargemaakte maaltijden in verschillende consistenties. De maaltijden zijn bedoeld voor mensen die niet kunnen of willen koken, maar vooral voor de organisaties die verantwoordelijk zijn voor mensen die zorgafhankelijk zijn. Hierbij kun je denken aan verpleeghuizen en/of instellingen

waar slikstoornissen veelvoorkomend zijn. Sinds kort zijn de Duchesse maaltijden ook beschikbaar voor de particuliere markt, middels een online webshop. Vanwege de behoefte aan maaltijden geschikt voor dysfagiepatiënten, heeft de Keuken van Limburg nieuwe maaltijden ontworpen die smaakvol en voedzaam zijn. Elke maaltijd bestaat uit drie à vier lagen: jus, groenten, vlees en een bijproduct zoals aardappelen, pasta en rijst. Elke laag wordt gemalen tot de noodzakelijke consistentie en samen verpakt in individuele bakjes. Deze maaltijden kunnen vervolgens in een oven of een magnetron worden opgewarmd en gegeven worden aan de dysfagiepatiënt. Om te voldoen aan de behoeften en wensen van elk dysfagiepatiënt, zijn er negen verschillende maaltijden ontworpen (Duchesse, 2018) (zie tabel 4: *Duchesse maaltijden* en bijlage 3: *Toegevoegde ingrediënten Duchesse maaltijden*). Daarnaast zijn de gerechten nauwkeurig voorzien van de benodigde voedingsstoffen in samenwerking met diëtiëk (momenteel wordt er gewerkt aan het toevoegen van extra eiwitten, om aan de vraag van de diëtisten te voldoen) (Keuken van Limburg, 2018).

Duchesse maaltijden		Gewicht (in gram)	Energie (p. 100 gram in kcal)
1	Babi Pangang met sajoerboontjes en rijst (varkensvlees, kokosrijst, zoetzure pangangsaus)	300	83,5
2	Hutspot met hachee (mousseline van aardappel, wortel, ui, jus)	300	100,9
3	Kabeljauw met spinazie en aardappel (aardappelpuree, mosterdsaus)	300	92,1
4	Kabeljauw met worteltjes en aardappel (aardappelpuree, hollandaisesaus)	300	83,9
5	Kipfilet met dopwerwtjes en aardappel (jus, aardappelpuree, mousseline van tuinerwtjes)	300	91,3
6	Pasta Bolognaise (mousseline van courgette en erwtjes, tomaat, kruiden, tomatensaus, rundvlees)	300	68,8
7	Pasta Carbonara (macaroni, broccoli, varkensvlees, carbonarasaus)	300	66,8
8	Runderlapje met bloemkool en pomme marguise (aardappelpuree, kaassaus, jus)	300	95,5
9	Varkenslapje met sperzieboontjes en aardappel (aardappelpuree, jus)	300	89,5

Tabel 4: Duchesse maaltijden

2.6.1. BEREIDINGSMETHODEN VAN DUCHESSE

Er zijn diverse bereidingsmethoden beschikbaar. Belangrijk is dat de precieze methoden worden aangehouden in verband met de juiste presentatie. Daarvoor zijn er per gerecht bereidings- en serveerinstructies gemaakt (zie bijlage 4: *Bereidings- en serveerinstructies Duchesse*)

De bereidingen kunnen gebreed worden met een heteluchtoven, combisteamer, magnetron en contactwarmte (zie tabel 5: *Bereidingsmethoden Duchesse*).

Methode	Instructie
Heteluchtoven	Bij voorkeur ontdooit, in gesloten verpakking. Ongeveer 40 minuten verwarmen op maximaal 95°C. Indien bevroren, ongeveer 30 minuten langer verwarmen.
Combisteamer	Bij voorkeur ontdooit, in gesloten verpakking ongeveer 35 minuten op 90°C met 90% stoom. Bij bevroren producten, gelieve 20 minuten langer.
Magnetron	Product ontdooien, deksel beetje losmaken. 7 min en 30 seconden verwarmen op 300 Watt. Laat het product dan 2 minuten staan, voordat je het serveert.
Contactwarmte	Het is mogelijk om het product met contactwarmte voor te bereiden.

Tabel 5: Bereidingsmethoden Duchesse

Bij alle bereidingsmethoden dient eenzelfde serveerinstructie gehanteerd te worden. Na het verwarmen dient de deksel van het product te worden genomen. Het product dient dan met bakje omgekeerd op een bord geplaatst te worden. Er kan eventueel een gaatje in de bodem geprikt worden. Vervolgens kan het bakje voorzichtig van het product gehaald worden, zodat de saus over het gerecht kan vloeien (Keuken van Limburg, 2018).

2.7. DUCHESSE EN ONCOLOGIE

Zoals eerder vermeld, ervaren patiënten met HHT problemen met slikken van normale voeding. Duchesse kan mogelijk een uitkomst bieden voor oncologiepatiënten vanwege de prettig gemalen consistenties. Door de wijze van voorbereiding behouden de maaltijden hun smaak en, door de aantrekkelijkheid, worden alle belangrijke voedingsstoffen genuttigd (Keuken van Limburg, 2017). Dit zijn factoren die een invloed kunnen hebben op de kwaliteit van leven van een HHT-patiënt en de algemene maaltijdsnuttiging. Omdat de maaltijden er aantrekkelijker uitzien en de smaak puur blijft, kunnen HHT-patiënten meer plezier ervaren bij het eten. Duchesse heeft het ook mogelijk gemaakt om deze maaltijden thuis geleverd te krijgen. Dit geeft HHT-patiënten de mogelijkheid om deze maaltijden thuis, in hun eigen omgeving, te nuttigen.

3. METHODE

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de gebruikte methode voor het onderzoek, met daarbij een onderbouwing voor de keuzen die gemaakt zijn.

3.1. VRAAGSTELLING

“Welke meerwaarde heeft Duchesse op de maaltijdnuttiging in het dagelijks leven en in de thuissetting, van HHT-patiënten die slikproblemen ervaren?”

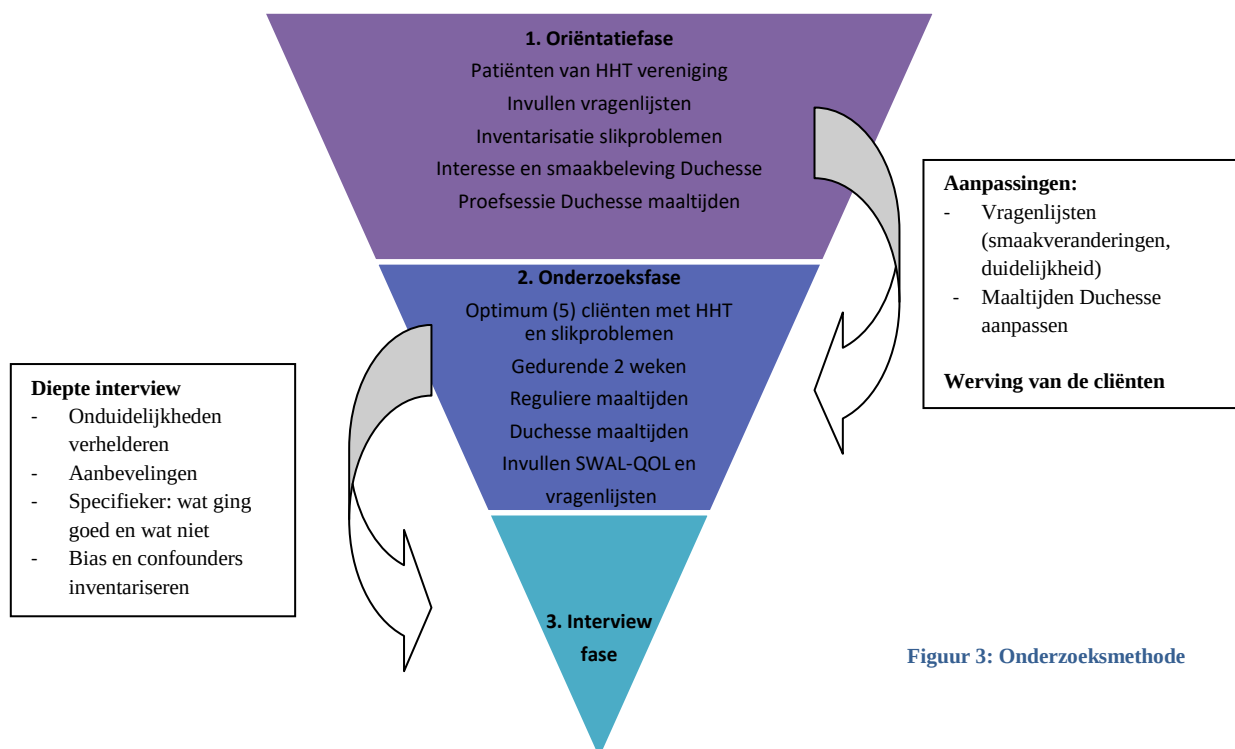
3.1.1. SUBVRAGEN

1. Hoe beoordelen oncologiepatiënten de voeding van Duchesse?
2. Welk gerecht heeft de voorkeur van de patiënten met HHT?
3. Welke verschillen zijn er tussen duur en bereiding van de maaltijdnuttiging?
4. Welke verschillen zijn er tussen hoeveelheid van de gegeten maaltijden en hoe verhoudt Duchesse zich ten opzichte van reguliere voeding, qua dagelijkse voedingsinname?
5. Welke verschillen zijn er wat betreft residu?
6. Hoe ervaren oncologiepatiënten met slikproblemen hun kwaliteit van leven?

3.2. ONDERZOEKSDESIGN

Het onderzoek betrof een mixed-method multiple casestudie en was opgebouwd uit drie onderzoeksfasen. Hierbij is een trechtermethode (zie figuur 3: *Onderzoeksmethode*) gehanteerd, waarbij eerdere metingen en ervaringen het uitgangspunt vormden voor de volgende onderzoeksstappen. Zo konden verbeteringen plaatsvinden en meer informatie verkregen worden na iedere onderzoeksstap om de juiste resultaten en antwoorden te krijgen voor ieder subvraag en daarmee de hoofdvraag te beantwoorden. De drie onderzoeksfasen bestonden uit twee kwantitatieve delen en één kwalitatief deel. Het kwantitatieve deel bestond uit een multiple casestudie om de eerste ervaringen en gegevens te verzamelen (de oriëntatiefase) en een multiple casestudie (longitudinaal) waarin de reguliere maaltijdnuttiging is vergeleken met de interventie: de Duchessemaaltijden (de onderzoeksfase). Het kwalitatieve deel betrof een afsluitend semi-structureerd interview (de interviewfase) bij de cases van de onderzoeksfase om meer verdieping te krijgen en de validiteit te vergroten. Er is voor deze methode gekozen om een zo uitgebreid en beschrijvend beeld te krijgen van de doelgroep en de slikproblemen die zij ervaren,

maar ook om zo goed mogelijk de meerwaarde van de Duchessemaaltijden te beschrijven.



Figuur 3: Onderzoeksmethode

3.3. ONDERZOEKSVARIABELEN

De subjectvariabelen bestonden uit de kenmerken van de patiënten met HHT die werden geïnventariseerd: leeftijd, geslacht, gewicht, diagnose HHT, soort behandeling, Body Mass Index (BMI), SWAL-QOL ernstscore, bekendheid met slikproblemen en dieet. De onafhankelijke variabelen waren de voedingsvormen: regulier gemalen voeding en Duchesse voeding. De afhankelijke variabelen waren de effecten in maaltijdnuttiging.

3.4. WERVING EN SELECTIE

De groep oncologiepatiënten werd gekozen in samenwerking met de vereniging HHT en op basis van de in- en exclusiecriteria geselecteerd (zie paragraaf 3.4.2.). Daarnaast werd er rekening gehouden met de duur van het onderzoek en de beschikbaarheid in deelname van de patiënten.

3.4.1. ONDERZOEKSPOPULATIE

Patiënten kwamen in aanmerking voor het onderzoek wanneer zij aan de kenmerken van de inclusiecriteria voldeden. De gezochte populatie bestond uit oncologiepatiënten die ten gevolge van HHT en de behandeling ervan slikproblemen ondervonden. Deze patiënten moesten

aangepaste voeding nuttigen en thuis wonen. De patiënten mochten daarnaast geen cognitieve beperkingen hebben of andere comorbiditeiten die de slikproblemen veroorzaakten.

3.4.2. SELECTIEPROCEDURE

De volgende inclusie- en exclusiecriteria zijn gehandhaafd tijdens de selectieprocedure van de patiënten:

Inclusiecriteria

- patiënten behandeld voor HHT;
- slik- en of kauwproblemen postmorbide;
- aanpassingen in dagelijkse voeding;
- zelfstandig kunnen eten.

Exclusiecriteria

- normale voeding nuttigen;
- cognitieve beperking;
- premorbide slikproblemen;
- vegetarisch eten en voedselallergieën

3.5. DE ORIËNTATIEFASE

De oriëntatiefase was gepland op een reguliere bijeenkomst van de Patiëntenvereniging voor HOOFD-HALS tumoren, district Midden- en Zuid-Limburg. Ter voorbereiding hiervan werd contact gezocht met één van de patiëntenvoorlichters van de vereniging. De patiëntenvoorlichter werd van tevoren telefonisch en per e-mail op de hoogte gesteld van de bedoeling van de bijeenkomst en onze invulling (zie bijlage 5: *Uitgevoerde stappen oriëntatiefase*).

Uitvoering

Op deze dag werden aan de patiënten met HHT, hierna te noemen: “*cliënten*”, de mogelijkheid geboden om vijf maaltijden te proeven. Middels een korte presentatie werd door de onderzoekers een informatief filmpje over Duchesse getoond en de reden van dit onderzoek medegedeeld. Na de presentatie werd geëvalueerd welke cliënten slikproblemen ervoeren of thuis regelmatig gemalen/aangepaste voeding nuttigden. Tijdens de presentatie werd uitgelegd aan de cliënten hoe de vragenlijst ingevuld diende te worden. De vragenlijst was opgesteld met als doel om meer informatie te verkrijgen van de HHT-patiënten om te bevragen hoe zij Duchesse beoordeelden qua presentatie, geur en smaakbeleving en of er interesse zou zijn in de maaltijden. Er is ook gevraagd men bereid was om mee te doen aan de onderzoeksfase. De vragenlijst bestond uit algemene vragen (open vragen, over een deel van de medische geschiedenis en demografische gegevens), vragen over de voeding in het dagelijkse leven en vragen over de verschillende maaltijden van Duchesse. Bij diverse onderdelen werd ook gebruik gemaakt van een 10-punt

Likertschaal (zie bijlage 6: *Vragenlijst oriëntatiefase*). Alle beschikbare maaltijden van Duchesse zijn niet vermeld aan de cliënten, alleen de maaltijden die geproeft werden. Voor de start van de proefsessie is nog het toestemmingsformulier (zie bijlage 7: *Toestemmingsformulier*) ondertekend door de cliënten.

3.5.1. BEREIDING VAN DE MAALTIJDEN TIJDENS DE ORIËNTATIEFASE

De maaltijden werden tijdens de oriëntatiefase bereid met behulp van een magnetron op 300 Watt, gedurende 7 min. en 30 sec. De maaltijden waren vooraf ontdooid. Na het verwarmen van de maaltijd werd het losse deksel van het bakje gehaald en werd het product met bakje omgekeerd op een bord. Er werd een gaatje in de bodem van het bakje gemaakt, waarna het bakje voorzichtig van het product werd gehaald. Hierbij vloeide de saus mooi over het product.

3.5.2. AANPASSINGEN VOOR DE UITVOERINGSFASE

Op basis van de gegevens uit de oriëntatiefase is de vragenlijst (zie bijlage 6: *Vragenlijst oriëntatiefase*) aangepast qua lay-out en inhoud op de volgende aspecten: algemene vragen (zie bijlage 8: *Algemene vragenlijst onderzoeksfase*), toegevoegde vragen week 1 (huidige maaltijden) en week 2 (Duchesse maaltijden) (zie bijlage 9: *Vragenlijst onderzoeksfase*). De vragen over de geur van de gerechten zijn verwijderd, omdat de patiënten geen reukvermogen meer hebben. Daarnaast zijn de vragen duidelijker en korter geformuleerd, omdat de analyse liet zien dat niet alle vragen werden ingevuld en sommige vragen niet correct werden ingevuld. Om missing responses te voorkomen, is een digitale vragenlijst aangemaakt waarbij alle velden ingevuld moeten worden voordat er verder gegaan kon worden met een volgende vraag.

Er is gekozen om een tweede multiple casestudie te doen in de thuissituatie in regio Limburg en Midden-Brabant vanwege de beperkte mogelijkheid voor het verkrijgen van cliënten die voldeden aan de inclusiecriteria in alleen regio Limburg. Ook de maaltijden werden aangepast. Om een variatie aan te brengen in groenten, bijproduct (aardappel, rijst, pasta) en sauzen zijn er vijf verschillende maaltijden, uiteenlopend qua smaak, gekozen. Daarnaast moest het onderzoek langer duren dan de oriëntatiefase en moesten de cliënten de maaltijden volledig kunnen nuttigen in de thuissetting. Het smaakvermogen kon niet door alle cliënten goed beoordeeld worden; sommigen hadden bijna volledig hun smaakvermogen terug en anderen niet volledig. In het onderzoek is daarom aandacht besteed aan de smaakveranderingen m.b.t. de smaken die nog aanwezig zijn, en welke smaken dit betreft. Samengevat betroffen de aanpassingen in de vragenlijsten het volgende:

- weglaten vragen over reuk;
- specifieke keuze maaltijden Duchesse;
- aparte algemene vragenlijst, met toevoeging gebruik externe leveranciers voor maaltijden;
- weglaten vraag indikken dranken;
- toevoeging 10-punt Likertschalen aantrekkelijkheidsbeoordeling;
- toevoeging gewicht leeg en vol bord en bereidingsmethoden.

3.6. DE ONDERZOEKSFASE

Het onderzoek vond plaats in de thuissetting bij cliënten die behandeld zijn voor HHT. Het betrof een mixed-method multiple casestudie waarbij een groep oncologiepatiënten gedurende maximaal 15 dagen aan 2 interventies (interventie 1 (5 dagen): de reguliere gemalen voeding, interventie 2 (5 dagen): Duchesse voeding), werd blootgesteld. Voorafgaand aan de start van het onderzoek zijn in samenwerking met de vereniging voor HHT de cliënten voor het onderzoek benaderd en daarbij werden de volgende gegevens werden geïnventariseerd per patiënt: persoonlijke (naam, adres, mail en telefoonnummer. Tevens zijn de cliënten middels een informatiebrief (zie bijlage 10: *Informatiebrief deelname onderzoek*) en berichtgeving via sociale media, via de vereniging op de hoogte gebracht van het onderzoek. Hiervoor werden eventueel ook de persoonlijke- en de demografische gegevens gebruikt. Voorafgaand aan het onderzoek werden alle cliënten persoonlijk, per mail en/of telefonisch benaderd met de vraag voor deelname aan het onderzoek.

3.6.1. MEETPROTOCOL

Na ontvangst van het toestemmingsformulier (zie bijlage 7: *Toestemmingsformulier*) werd op de eerste dag van het onderzoek door de cliënt een algemene vragenlijst ingevuld m.b.t. persoonlijke en medische gegevens, en de SWAL-QOL ten behoeve van aan dysfagie gerelateerde kwaliteit van leven. Daarna was de SWAL-QAL afgegeven om te laten invullen door de patiënten. Cliënten kregen de keuze tussen het digitaal of op papier invullen van hun maaltijd registraties. De digitale vragenlijst is opgesteld via Survey Monkey (2018) en Enquetes Maken (2018). Vervolgens werd er uitleg gegeven over het te hanteren meetprotocol (zie bijlage 11: *Meetprotocol week 1 en 2*). Gedurende de reguliere voeding was het van belang dat de patiënten hun reguliere maaltijden noteerden/observeerden volgens de stappen van het meetprotocol (zie figuur 4: *Maaltijdregistraties regulier en Duchesse*) en de bijbehorende

dagelijkse vragenlijst invulden (zie bijlage 6 en 9: *Vragenlijst Oriëntatiefase en Onderzoeksfase*).



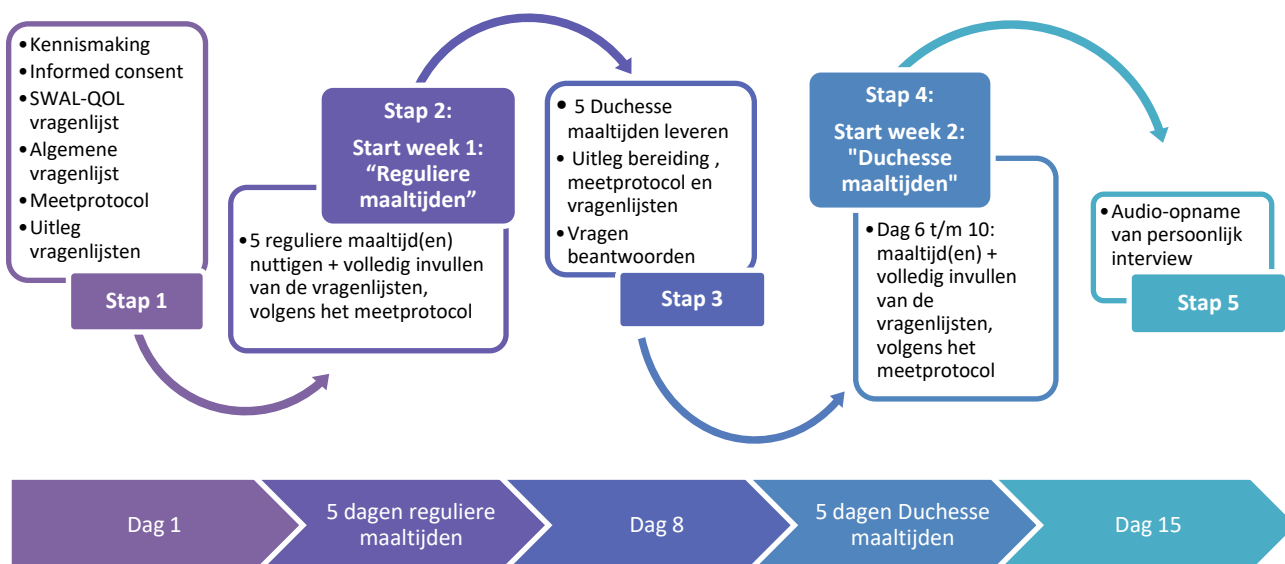
Figuur 4: Maaltijdregistraties regulier en Duchesse

Voor iedere cliënt zijn er per week vijf mapjes achtergelaten, met een hardcopy versie van het meetprotocol, de verwarminstructies, vragenlijsten en een persoonlijk nummer. De patiënten dienden zich te houden aan het afgegeven protocol en dienden de bijbehorende vragen te beantwoorden. Iedere patiënt kreeg een uniek persoonlijk nummer ter waarborging van de anonimiteit. Alle patiënten kregen van de onderzoekers de keuze wanneer zij welke maaltijd wilden nuttigen van Duchesse. Met de verzamelde informatie konden de onderzoekers zien hoe vaak iemand zich verslikte tijdens de reguliere maaltijden, de smaak en de beleving van de maaltijd en hoelang het de cliënt kostte om een maaltijd te nuttigen. Observatie heeft door de cliënten zelf plaatsgevonden en daarna gecontroleerd middels de ingevulde vragenlijsten en de gemaakte foto's als bewijs. Vervolgens werden de Duchesse maaltijden aan de cliënten geïntroduceerd, samen met demonstratie en een uitleg over het bereiden. Elke cliënt kreeg vijf maaltijden van de onderzoekers met een uitleg over de digitale/hardcopy vragenlijst, die voor, tijdens en na het eten van de Duchesse maaltijd volledig ingevuld moesten worden. Het was van belang dat de patiënten duidelijk aangaven over welke maaltijd zij de vragenlijst invulden. De reden hiervoor was om te achterhalen welke maaltijd de patiënten het meest in huis zouden willen. Daarnaast was het ook van belang dat zij dezelfde stappen doorliepen als bij de reguliere maaltijdnuttiging (zie figuur 4: *Maaltijdregistraties regulier en Duchesse*). Een kort overzicht van de doorlopen stappen in de onderzoeksfase is te vinden in de figuur (zie figuur 5: *Overzicht Onderzoeksfase en Interviewfase*).

De volgende maaltijden van Duchesse waren gekozen om variatie in vlees (runderlapje/vis/kip), het bijproduct (aardappel/pasta/rijst) en de aangeboden groenten te bieden:

- Pasta bolognese;

- babi pangang met sajoerboontjes en rijst;
- kipfilet met doperwtjes en aardappel;
- runderlapje met bloemkool en pomme marguise;
- kabeljauw met worteltjes en aardappel.



Figuur 5: Overzicht Onderzoeksfase en interviewfase.

3.6.2. OBSERVATIEMOMENTEN EN STUDIEPARAMETERS

Tijdens het uitvoeren van het onderzoek bestonden er diverse observatiemomenten om het nuttigen van de avondmaaltijden te analyseren. Hiervoor werd een meetprotocol ontworpen (zie bijlage 11: *Meetprotocol week 1 en 2*). In de onderzoeksfase is er dagelijks contact gehouden met de cliënten die de vragenlijsten digitaal invulden en hebben bij de 3 cliënten 2 bijeenkomsten plaatsgevonden om kort te evalueren en om de vragenlijsten te verzamelen (indien op papier ingevuld). De volgende zaken waren in de vragenlijst opgenomen. Deze werden de studieparameters genoemd.

Duur

Qua duur van het invullen vragenlijsten, kreeg elk patiënt twee verschillende vragenlijsten, namelijk voor de reguliere maaltijden en Duchesse. Hierbij was het van belang dat de observatie- en vragenlijsten bij het nuttigen van elk maaltijd in zijn geheel ingevuld werden. Het duurde 5-10 min om de vragenlijsten in te vullen.

Hoeveelheid

Bij de voormeting en nameting moest de maaltijd vooraf gewogen worden (leeg bord en gevuld

bord) om de grootte van de portie vast te stellen en diende er een foto gemaakt te worden ter controle. De maaltijden van Duchesse zijn ook gewogen om vast te stellen of alles uit het bakje is gekomen en/of er misschien iets aan de maaltijd is toegevoegd. Daarnaast werd de hoeveelheid van het restant gedocumenteerd door middel van een foto.

Verslikincidenten

De patiënten moesten zelf bijhouden hoe vaak zij zich zouden verslikken. In het onderzoek werd alleen een zichtbare aspiratie en penetratie meegenomen, omdat een stille aspiratie zonder hulpmiddelen niet herkenbaar is. Als de patiënt hoest of kucht tijdens of na het eten, wordt dit als een verslikincident in de observatieformulier en vragenlijsten genoteerd.

Smaakbeleving en presentatie

De smaakbeleving en presentatie van de maaltijden werden in de vragenlijst voor het onderzoek gevraagd aan hand van een 10-puntschaal. Er was onderaan de vragenlijst ruimte voor eventuele opmerkingen.

3.7. INTERVIEWFASE

Na afloop van het voorafgaande proces heeft bij alle patiënten één semi-gestructureerd interview plaatsgevonden met een van de onderzoekers om de onderzoeksperiode te evalueren. Dit interview bestond uit tien standaard vragen en aanvullende vragen die de onderzoekers hadden naar aanleiding van het doornemen van de resultaten. Er was ook ruimte voor meer diepgaande vragen die zich tijdens het interview konden voordoen. De interviews duurden tussen 15 en 30 minuten. De vragen waren vooraf opgesteld en waren gericht op zowel het product, de bereiding, als de algehele beleving van de maaltijden. Verder werd de interviewmomenten ook gebruikt om tips en adviezen te krijgen, te achterhalen of de cliënten zich aan het protocol hadden gehouden, en wanneer en waarom er afwijkingen zijn opgetreden. Alle interviews werden opgenomen en later uitgeschreven en geanalyseerd. De vragen voor de interviews zijn terug te vinden in de bijlagen (zie bijlage 12: *Interviewvragen*).

3.8. DATA-ANALYSE

De data van de oriëntatie- en onderzoeksfase zijn verwerkt in SPSS versie 25. Voorafgaand aan de start van het onderzoek is het bestand opgezet en na elke ingevulde vragenlijst zijn de resultaten verwerkt door één van de onderzoekers. De data werd door de andere onderzoeker

gecontroleerd na invoering. Vervolgens is de verkregen onderzoeksdata middels beschrijvende statistiek beschreven. De onderzoeksresultaten zijn beschreven met gemiddelde waarden ($\bar{x}$), de standaarddeviatie (σ), de spreiding (<min-max>), frequenties, percentages en missende gegevens (missing). Het gemiddelde BMI van alle cliënten is berekend met behulp van de queteletindex (BMI classification, 2018); dit is gelijk aan het gewicht (in kg) gedeeld door het kwadraat van de lengte (in m). Deze is in SPSS ingevoerd als Compute Variable (var.) met de volgende formule: $BMI = \text{gewicht var.} / (\text{lengte var.} \times \text{lengte var.})$.

Tijdens de interviewfase zijn de interviews bij de cliënten thuis afgenomen en opgenomen met de Dictafoon app op een iPhone 8, door één van de onderzoekers. De audio-opnames werden naderhand naar de andere onderzoeker gestuurd per mail. De cliënten zijn benoemd als cliënt A, B en C. De interviews werden volledig getranscribeerd, afzonderlijk gecodeerd (open en axiaal coderen) en geanalyseerd door beide onderzoekers. Naderhand is de data in het kader van de privacy van de cliënten verwijderd van beide laptops en mailboxen. Als laatste zijn de hoofdonderwerpen verdeeld in positieve en negatieve punten. Er is rekening gehouden met de subvragen tijdens het coderen.

4. RESULTATEN

4.1. RESPONS

In totaal werden 15 cliënten geïncludeerd voor het onderzoek. 2 Cliënten vielen af omdat zij achteraf toch niet meer wilden deelnemen, vanwege de tijdsbesteding en 1 cliënt viel af in verband met een Cerebro Vasculair Accident (CVA). De cliënten zijn allen verkregen via de patiëntenverenigingen van Limburg en Brabant. Tijdens het onderzoek zijn er geen cliënten uitgevallen. Ten behoeve van de kwaliteit van het onderzoek zijn de oriëntatiefase en interviewfase door één van de onderzoekers uitgevoerd. Zo konden er geen verschillen ontstaan qua uitvoer tussen de onderzoekers.

4.1.1. BESCHRIJVING VAN DE ONDERZOEKSPOPULATIE

Van elk deelnemende cliënt zijn persoonlijke en demografische gegevens verzameld zoals naam, geslacht, geboortedatum en medische gegevens zoals gewicht, lengte, medische ingreep, ontvangen behandelingen, allergieën/intoleranties en de aanwezigheid van slikproblemen en de huidige voeding. Aan het onderzoek hebben 11 mannen (91,7%) en 1 vrouw (8,3%) meegedaan. Drie cliënten voldeden niet aan de inclusiecriteria in de oriëntatiefase (groep 1). Deze cliënten zijn wel geïncludeerd, omdat de gegevens met betrekking tot smakelijkheid en uiterlijke beoordeling van de Duchesse maaltijden van belang waren in deze fase. Deze fase was een eerste kennismaking en oriëntering voor het vervolgonderzoek (onderzoeksfase, groep 2).

Groep 1 met $n=9$ had met leeftijd 77,4 jaar ($<65-89>$, $\sigma=7,26$, missing 1), en groep 2 bestond uit $n=3$, leeftijd $\bar{x}=66,3$ jaar ($<64-71>$). Het gemiddelde BMI was $\bar{x}=26,16$ ($<20,96-33,56>$, $\sigma=4,12$) bij groep 1 en 2. Gemiddeld was er bij alle cliënten sprake van een licht overgewicht (zie bijlage 13: BMI indexwaarden). Qua medische ingrepen waren de cliënten als volgt verdeeld: laryngectomie (50%), tracheotomie (8,3%) en commando-operatie (8,3%), onbekend (16,7%) en missing 2 (16,7%). De meeste voorkomende behandelingen waren radiotherapie in combinatie met een chirurgische ingreep (50%) (zie bijlage 14: *Persoonlijke en demografische gegevens*). Qua maaltijden gaven 11 van 12 cliënten aan normaal te eten en 1 iemand gaf aan volledig gemalen te eten. Naderhand bleek dat meerdere cliënten veel aanpassingen in de bereiding hanteerden en bepaalde voeding vermijden in verband met de slikproblemen. Bovendien was er meer sprake van gemixte consistentie in de voeding.

4.2. ORIËNTATIEFASE

Aan de oriëntatiefase hebben negen cliënten meegedaan. Niet alle cliënten zijn daarbij geïnccludeerd. Een cliënt kon helaas door ziekte niet komen en 1 cliënt gaf aan geen slikproblemen te ervaren op dit moment en wilde niet mee proeven. Alle cliënten waren mannen en de gemiddelde leeftijd lag op 77,4 jaar ($\sigma=7,3$, missing 1). De cliënten hadden een gemiddeld BMI van 27,1 (<21,04-33,6>, $\sigma=4,17$). Dit is een licht overgewicht (25,0-30,0 = overgewicht) (BMI classification, 2018). Qua medische ingreep en behandeling heeft 55,6% een laryngectomie gehad (missing 2). De meeste voorkomende behandeling was radiotherapie in combinatie met een chirurgische ingreep (55,6%, missing 1). Van alle cliënten had 55,6% slikproblemen (zie bijlage 14: *Persoonlijke en demografische gegevens*). De slikproblemen betroffen vooral moeite met slikken met grotere stukken en meer moeten kauwen. Ze gaven aan dat het eten lastig weg te slikken was en soms bleef hangen. Bij mondeling navragen bleek dat dit de klachten waren ten gevolge van de halstumor. Geen van de cliënten gaf aan voeding te malen, pureren of verdikken of bijvoeding te gebruiken, wel gaven zij aan bepaalde voeding te vermijden en aanpassingen op gebied van bereiding toe te passen. De aanpassing in de hun dagelijkse voeding is niet uitgevraagd in de vragenlijst.

4.2.1. BEOORDELING MAALTIJDEN

Op een 10-punts schaal beoordeelden de cliënten hun huidige maaltijdnutting met een gemiddelde score van 7, ruim voldoende ($\mu=7,11$ $\sigma=0,782$ <6-8>). De toelichting op dit cijfer had zes missing values en daar kon geen betrouwbare uitspraak over gedaan worden.

De algemene gemiddelde smaakbeleving van Duchesse maaltijden kreeg een 6,75 ($\sigma=1,165$ <4-8>). Categorie: voldoende tot ruim voldoende. De presentatie van de Duchesse werd beoordeeld met een 5-puntsschaal (1: heel onaantrekkelijk, 5: heel aantrekkelijk). Acht cliënten hebben één of meerdere antwoorden gegeven op presentatie. Zes van de 8 (66,7%) cliënten beschouwden de presentatie (het eruitzien) van de maaltijden als redelijk aantrekkelijk (zie tabel 6: *Presentatiebeoordeling Duchesse*). Qua smaak vond 77,8% van de cliënten de maaltijden redelijk aantrekkelijk (zie tabel 7: *Smaakbeoordeling Duchesse*). Als meest lekkere maaltijd werd de kip aangewezen (66,7%) en als minst lekkere de vismaaltijd (55,6%). De cliënten gaven aan dat zij in 83,3% alle maaltijden volledig zouden kunnen nuttigen, maar 1 iemand gaf aan dat het te weinig zou zijn. Opvallende resultaten betreffende de smaak was vooral dat men de sausen erg op elkaar vond lijken en dat de aardappelpuree werd beoordeeld als een heftige smaak.

Tussen de algemene beoordeling van eigen maaltijden en de maaltijden van Duchesse werd geen significant verschil gevonden ($t=-.649$, $p=0.082>0.05$).

		Aantal keren beoordeeld	% van de cliënten	% van de antwoorden
Presentatie Totaalbeoordeling (N=9)	Heel onaantrekkelijk	0	0,0%	0,0%
	Redelijk onaantrekkelijk	3	33,3%	16,7%
	Neutraal	5	55,6%	27,8%
	Redelijk aantrekkelijk	6	66,7%	33,3%
	Heel aantrekkelijk	2	22,2%	11,1%
	Missing	2	22,2%	11,1%
	Totaal	18	100,0%	100,0%

Tabel 6: Presentatiebeoordeling Duchesse

		Aantal keren beoordeeld	% van de cliënten	% van de antwoorden
Smaak totaalbeoordeling (N=9)	Heel onaantrekkelijk	1	11,1%	4,2%
	Redelijk onaantrekkelijk	4	44,4%	16,7%
	Neutraal	5	55,6%	20,8%
	Redelijk aantrekkelijk	7	77,8%	29,2%
	Heel aantrekkelijk	6	66,7%	25,0%
	Missing	1	11,1%	4,2%
	Totaal N	24	100,0%	100,0%

Tabel 7: Smaakbeoordeling Duchesse

4.3. ONDERZOEKSFASE

De onderzoeksfase betrof een kwantitatief onderzoek. Hieronder wordt een beschrijving weergegeven van de algemene gegevens en resultaten per case.

4.3.1. ALGEMENE VRAGEN PER CASE

Aan de onderzoeksfase hebben 2 mannen (67 en 71 jaar) en 1 vrouw (64 jaar) meegedaan. De medische ingrepen bestonden uit een laryngectomie (33,3%), commando-operatie (33,3%) en tracheotomie (33,3%). Alle drie de cliënten zijn verschillend behandeld voor hun ziekte. De gemiddelde BMI van deze cliënten was normaal ($\bar{x} = 23,43$, $<20,96-26,67>$, $\sigma=2,94$). Alle drie de cliënten hadden slikproblemen en konden bepaalde voeding niet meer nuttigen (zie tabel 8: *Algemene gegevens groep 2*).

Algemene gegevens			
	Cliënt A	Cliënt B	Cliënt C
Geslacht	Man	Man	Vrouw
Leeftijd	67	71	64
Medische ingreep	Laryngectomie	Commando operatie	Tracheotomie
Gewicht	62	67	70
Lengte in cm	172	172	162
Allergieën/intoleranties	Nee	nee	Nee
Behandelingen	radiotherapie en chirurgische ingreep	chemotherapie, radiotherapie en chirurgische ingreep	chemo- en radiotherapie
Slikproblemen	Ja. Eten nu vaak te droog, te hard en veel verslikken.	Ja. Kan soms moeilijk gaan omdat het voedsel variabel is.	Ja. Al het eten moet worden gemalen, omdat ik niet meer alles kan eten, continu eerst hoesten en dan pas slikken.
Problemen voor ontstaan ziekte	Nee	Ja. Er bleef wel eens iets hangen in de slokdarm.	Nee
Zelfstandig eten	Ja	Ja	Ja
Smaakveranderingen	Ja Zuur: meer aanwezig Bitter: minder aanwezig	Ja Zuur: minder aanwezig	Nee
Ervaring maaltijdnuttiging	6 (voldoende)	8 (goed)	4 (onvoldoende)
Voeding die u niet kan eten	Ja. Rijst, vlees, groente met lange draad, brood.	Ja. Biefstuk en garnalen.	Ja. Bijna alles.
Externe leverancier	Ja. Sorgente	Nee	Ja. Dommelhoef maaltijdservice
Aanvullende informatie	-	Graag meer biefstuk kunnen eten.	Ik wil graag meer tips krijgen.
BMI per cliënt	21	22.6	26.7

Tabel 8: Algemene gegevens groep 2

Een van de cliënten at volledig gemalen voeding, de andere twee cliënten gaven aan normale voeding te nuttigen, maar uit de foto's (zie bijlage 15: *Foto's reguliere en Duchesse maaltijden*) bleek dat er sprake was aangepaste voeding in consistentie (doorgaren) en veel gebruik van sausen ter bevordering van het slikken). Een overzicht van de reguliere maaltijd nuttiging is weergegeven in een tabel (zie bijlage 16: *Overzicht reguliere maaltijden, groep 2*). Een cliënt (cliënt C) at alles gemalen. Cliënt A en B gebruikten allebei een dubbele hoeveelheid saus, de groenten worden gekookt tot zeer zacht. De pasta werd eveneens vers doorgerekookt totdat het te

pletten is tot 1 bolus die makkelijk weg te slikken was. De slikincidenten zijn gecategoriseerd tussen 0-2 keer (53,3%), 3-5 keer (13,3%) en >5 keer (33,3%). Naar aanleiding van de interviewfase bleek dat de slikincidenten van 0-2 keer, zeker in alle gevallen 2 keer was in plaats van 1 of keer bij de reguliere maaltijden en bij Duchesse 0 keer (zie paragraaf 4.4.1).

De gemiddelde tijdsduur van de cliënten was 36,8 min (<18,6-46>, $\sigma=15,75$). Qua slikincidenten cliënt A (3,2 keer), cliënt B (2 keer) en cliënt C meer dan 5 keer. De slikincidenten bij cliënt C bestonden vooral uit het telkens moeten ophoesten van de bolus, daar deze telkens blijft steken in de keel (zie bijlage 17: *Interviewtranscripten en coderingen*, cliënt C) De cliënten beoordelen hun huidige maaltijd qua aantrekkelijkheid met voldoende tot ruim voldoende ($\bar{x} = 6,5$, <5,2-8,2>, $\sigma=1,6$) en qua smakelijkheid een voldoende ($\bar{x} = 5,9$, <3,8-8,2>, $\sigma=2,2$). De Duchesse maaltijden werden beoordeeld met matig voor smakelijkheid ($\bar{x} = 5,0$, <2,8-7,8>, $\sigma=2,6$) en voldoende voor aantrekkelijkheid ($\bar{x} = 5,9$, <3,8-8,2>, $\sigma=2,2$) (zie tabel 9: *Beoordeling maaltijden regulier en Duchesse*).

	N	Gemiddelde	Spreiding	Standaard deviatie (SD)
Reguliere maaltijd				
Smakelijkheid	3	6,47	5,20 – 8,20	1,55
Aantrekkelijkheid	3	5,93	3,80 – 8,20	2,20
Duchesse maaltijd				
Smakelijkheid	3	5,00	2,80 – 7,80	2,55
Aantrekkelijkheid	3	5,93	3,80 – 8,20	2,20

Tabel 9: Beoordeling maaltijden regulier en Duchesse

4.4. INTERVIEWFASE

In dit deel van de resultaten worden de bewerkingen van de kwalitatief onderzoek beschreven. De transcripties, samen met de coderingen, zijn in de bijlagen te vinden (zie bijlage 17: *Interviewtranscripten en coderingen*). De coderingen kwamen uit op 21 categorieën die uiteindelijk bij ieder cliënt varieerden. De categorieën zijn namelijk: ‘Beoordeling maaltijden’, ‘Uiterlijk’, ‘Consistentie’, ‘Vulling maaltijden’, ‘Bijvoeding’, ‘Smaakbeoordeling’, ‘Tijdsduur’, ‘Slikincidenten’, ‘Meetprotocol/bereiding’, ‘Temperatuur maaltijden’, ‘Aanbeveling’, ‘Verwachtingen’, ‘Algemeen’, ‘Compensatiestrategie’, ‘Lotgenoten vergelijking’, ‘Zelf koken’, ‘Patiëntgegevens’, ‘Voorkeur maaltijden’, ‘Ontlasting’ en ‘Afwisseling’. De categorieën, en de mogelijke variaties, zijn kort beschreven en de categorieën worden per cliënt ondersteund met een (of meerdere) citaten.

4.4.1. CITATEN

De categorie **‘Beoordeling maaltijden’** geeft aan hoe de cliënt de maaltijden in zijn geheel heeft ervaren, zijn deze een eigen gemaakte maaltijd (regulier) of de Duchesse maaltijden (zie tabel 10: *Citaten categorie ‘beoordeling maaltijden’*).

Cliënt	Citaat
Cliënt A	<i>‘En daardoor kon je de pudding niet in de foto’s te zien, daardoor met die rijstmachine denk ik. Omdat het niet mooi vloiede, heb ik overigens het niet goed kunnen eten. Moest alsnog met de vork eigenlijk moeten pureren doordat doorheen kunnen mixen.’</i>
Cliënt B	<i>‘Ik had, ik was blij dat de 5 dagen al waren. Ik zeg he eh eindelijk weer normaal eten. Tussen aanhalingstekens. En dat is eh. Dat verveelt heel snel.’</i>
Cliënt C	<i>‘Ik wil best wel een keer bestellen, maar ik zou het niet elke dag willen eten.’</i>

Tabel 10: Citaten categorie ‘beoordeling maaltijden’

De categorie **‘Uiterlijk’** beschrijft hoe het aantrekkelijkheid van de maaltijden beoordeeld zijn door de cliënten (zie tabel 11: *Citaten categorie ‘uiterlijk’*).

Cliënt	Citaat
Cliënt A	<i>‘Bij alles was het mooi vol uit het bakje op het bord.’</i>
Cliënt B	<i>‘Dan heb je een vork en een mes. Je kan het met een mes er makkelijk door. Dan bleef het dan ook, dat stukje wat je dan afgesneden hebt, dat blijft dan ook. Dus op dat gebied, is dat perfect gedaan.’</i>
Cliënt C	<i>‘Ja en dat heb overigens gegeven eh dat zag er aantrekkelijker uit dan het smaakte.’</i>

Tabel 11: Citaten categorie ‘uiterlijk’

‘Consistentie’ geeft nadruk op hoe de maaltijd wordt ervaren in de mond. Hierbij wordt er gedacht aan o.a. glad gemalen, korrelig/melig of normaal. Afhankelijk van de bereidingswijze kan de consistentie veranderen, maar dit punt wordt verder in de discussie besproken (zie tabel 12: *Citaten categorie ‘consistentie’*).

Cliënt	Citaat
Cliënt A	<i>‘Ja, bij anderen werkt het misschien wel hoor, maar bij mij was het-ja-het was veel te plakkerig.’</i>
Cliënt B	<i>‘Aan de kern, dan was dan was de midden een soort, wat je bij spaghetti ook hebt, dat was voor mij was dat best wel lekker.’</i> (consistentie van de rijst)
Cliënt C	<i>‘Dat was ook, die rijst was ook een grote kauwgum bal.’</i>

Tabel 12: Citaten categorie ‘consistentie’

De volgende categorie is **‘Vulling maaltijden’**, waarbij wordt gekeken in hoeverre de maaltijden genoeg zijn qua aantal dagelijkse voedingsinname en hongergevoel bevredigen (zie tabel 13: *Citaten categorie ‘vulling maaltijden’*).

Cliënt	Citaat
Cliënt A	<i>‘Nou, voor mij in ieder geval niet. Op alle avonden heb ik na twee uren later weer gegeten.’</i>

	<i>'Ja, kijk, als je nog een beetje actief bent, dan denk ik dat de maaltijden te.. te klein zijn, of te weinig calorieën hebben.'</i>
Clïënt B	<i>'Als ik dat op had, dan begon het toch weer te knorren hier.'</i> <i>'En dan zou je kunnen zeggen dat mensen die geen slikproblemen hebben, maar zo kunnen slikken zoals ik dan zou die portie eigenlijk twee keer groter moeten maken.'</i>
Clïënt C	<i>'Ja.'</i> (bij de vraag: <i>'En had u wel het idee dat het voldoende was voor u?'</i>)

Tabel 13: Citaten categorie 'vulling maaltijden'

'Bijvoeding' staat voor het benutten/innemen van extra voedingsstukken, zoals een Nutricia drankje, om het gevoel van vol zijn verder te vorderen (zie tabel 14: Citaten categorie 'bijvoeding').

Clïënt	Citaat
Clïënt A	<i>'En de Nutricia gebruik ik en dan met extra vezels.'</i>

Tabel 14: Citaten categorie 'bijvoeding'

De zesde categorie **'Smaakbeoordeling'** geeft inzicht in hoe iemand de smaak van zowel de reguliere als Duchesse maaltijden heeft ervaren (zie tabel 15: Citaten categorie 'smaakbeoordeling').

Clïënt	Citaat
Clïënt A	<i>'Ja, bij qua smaak bij wortel en bloemkool voel ik wel dat frisheid.'</i>
Clïënt B	<i>'Het is ook voor de smaak. Je hebt natuurlijk een saus eroverheen, in plaats dat je met zo'n pot zit te knoeien.'</i> (Reguliere maaltijd)
Clïënt C	<i>'Ja, die twee vond ik het lekkerste. De kipfilet en het runderlapje.'</i>

Tabel 15: Citaten categorie 'smaakbeoordeling'

'Tijdsduur' geeft aan hoelang (of kort) de nuttigen van elk maaltijd heeft genomen. Elk cliënt werd gevraagd om hun tijden te noteren, waarna de duur van de twee maaltijdsoorten vergeleken werden (zie tabel 16: Citaten categorie 'tijdsduur').

Clïënt	Citaat
A	<i>'Wat ik je vorige week al zei met de reguliere maaltijd let je nooit op de tijd, dan weet je niet hoe lang je erover doet en door met een stopwatch te eten blijkt dat het tussen 40 minuten en uur duurt om een avondmaaltijd. Een beetje afhankelijk dat wat een soort gerecht. En met deze maaltijden [Duchesse], ja, dat was mij echt in 11 minuten ofzo.'</i>

Tabel 16: Citaten categorie 'tijdsduur'

Naast het noteren van de tijdsduur, moesten de cliënten ook aangeven hoe vaak zij zich hebben verslikt. Hiervoor is de categorie **'Slikincidenten'** aangemaakt (zie tabel 17: Citaten categorie 'slikincidenten').

Clïënt	Citaat
A	<i>'Bij de reguliere maaltijden? Dat dan de groenten, of de ene sateetje, de vlees of zit die vis net te groot was. En dan ben ik blij dat, ja ik noem het altijd [...] dan blijft het dan hangen.'</i>

	<i>En dan is het vaker zo dat het niet doorgeslikt krijg, ook niet met een slok water, dan is het ja voor mij of in mijn nek kloppen of op mijn adamsappel slaan.'</i> <i>Nou, omdat het droog is en gewoon aan de binnenkant van mijn wang en mijn tong blijft hangen, dat het blijft plakken. Het grote voordeel was wat lijkt me absoluut niet verslikt hebt. Want je want dus 0 tot 2.</i>
B	<i>'Ja, dan bleef er iets hangen, weet je. Dan moet je eens even (imitatie geluid) en dan gaat dat weer.'</i> <i>'Een keer.'</i>
C	<i>'Nou het is bij mij geen verslikken.'</i> <i>'Dan zit bij mij iets voor de slokdarm, [...] en dan moet ik het ophalen.'</i> <i>'Ophoesten, maar dat is geen verslikken.'</i>

Tabel 17: Citaten categorie 'slikincidenten'

'**Meetprotocol/bereiding**' is de categorie waarmee beoordeeld werd of de cliënten zich aan het protocol hebben gehouden. De deel 'bereiding' ging over het aanpassen of bijstellen van de instructies, zoals bijvoorbeeld de maaltijd extra vijf minuten in de oven laten (zie tabel 18: Citaten categorie 'meetprotocol/bereiding').

Cliënt	Citaat
Cliënt A	<i>'Ja, de eerste, moet ik erbij zeggen, die was niet ontdooid, maar we waren vergeten de reeksen van tevoren eruit gehaald. En de oudere maaltijden heb ik maandag avond, dinsdag in de koelkast gezet.'</i>
Cliënt B	<i>'Want ik heb dat dan volgens schema, 7 minuten 30 seconden of zo iets. Op 300 Watt.'</i>
Cliënt C	<i>'Dus ik heb 5 graden hoger gedaan elke dag en dan vond ik het nog niet warm genoeg.'</i> (Temperatuur hoger gesteld dan wat er in het protocol stond.)

Tabel 18: Citaten categorie 'meetprotocol/bereiding'

Daarbij komt de categorie '**Temperatuur maaltijden**' ook naar voren. Hier gaat het om de temperatuur van de maaltijd zelf. Dus, m.a.w., was de maaltijd warm genoeg na bereiding om deze te kunnen nuttigen (zie tabel 19: Citaten categorie 'tijdsduur').

Cliënt	Citaat
Cliënt A	<i>'En toen was het qua temperatuur goed te doen, maar wel waarvan ik zeg je moet er langer over moeten doen zou het wat warmer mogen zijn. Omdat je dan toch hebt dat zeg maar maximaal in 10 minuten ophoudt, laatste happen waren toch aan de koude kant.'</i>
Cliënt B	<i>'Daar verbrandde ik mijn vingers aan.'</i>
Cliënt C	<i>'Tenminste je kon het wel eten maar het koelt dan te snel weer af.'</i>

Tabel 19: Citaten categorie 'temperatuur maaltijden'

De volgende categorie, '**Zelf koken**', geeft inzicht in de behoefte van een eigen maaltijd kunnen bereiden. Deze kan gepaard gaan met de categorie 'Afwisseling', waarmee wordt bedoeld het kunnen wisselen van regulier en Duchesse (zie tabel 20: Citaten categorie 'zelf koken').

Cliënt	Citaat
Cliënt A	<i>'Het is toch allemaal individueel uitproberen, wat wel of niet kunt proberen.'</i>
Cliënt B	<i>'En kijk, dat heb je bijvoorbeeld bij de kip, die hebben wij als laatst geloof ik gehad, dat was</i>

	<i>van bij de chinees. Daar kon je zien dat de kip niet gebraden was maar gekookt. En dan krijg je die korreltjes. Niet dat dat mij stoorde, maar ik sta vaak heel vaak aan de kookpan dus ik weet wat.'</i>
Cliënt C	<i>'Ja maar weet je, je kan ook nog altijd nog iets doen van jezelf.'</i> (<i>'Want ik heb eigenlijk die uh babi pangang die saus was drie keer dat was niks. Heb ik zelf nog satésaus bij gemaakt.'</i> Cliënt had eigen saus toegevoegd.)

Tabel 20: Citaten categorie 'zelf koken'

In de vragenlijsten worden de cliënten gevraagd om de lekkerste en minst lekkere maaltijd aan te geven. Hierbij wordt de categorie '**Voorkeur maaltijd**' gebruikt (zie tabel 21: *Citaten categorie 'voorkeur maaltijd'*).

Cliënt	Citaat
Cliënt C	<i>'Ja, behalve die pasta bolognese.'</i>

Tabel 21: Citaten categorie 'voorkeur maaltijd'

'**Compensatiestrategie**' is de categorie die gebruikt wordt toelichting te geven van alternatieve manieren om het eten te vergemakkelijken, bijv. door een glas water bij de maaltijd te hebben (zie tabel 22: *Citaten categorie 'compensatiestrategie'*).

Cliënt	Citaat
Cliënt A	<i>'En dan ben ik blij dat, ja ik noem het altijd [...] dan blijft het dan hangen. En dan is het vaker zo dat het niet doorgeslikt krijg, ook niet met een slok water, dan is het ja voor mij of in mijn nek kloppen of op mijn adamsappel slaan.'</i>
Cliënt B	<i>'Dat moet toch doorbakken zijn, maar anders krijg je weer met allerlei salmonella en weet ik wat.'</i>
Cliënt C	<i>'En dat moet ik ook doen, want anders zit mijn keel ook vol.'</i> (Ophoesten)

Tabel 22: Citaten categorie 'compensatiestrategie'

Voorafgaand aan dit onderzoek kon het zijn dat de cliënten bepaalde verwachtingen hadden omtrend de maaltijd. Hiervoor is de categorie '**Verwachtingen**' aangemaakt (zie tabel 23: *Citaten categorie 'verwachtingen'*).

Cliënt	Citaat
Cliënt A	<i>'In dat filmpje heb je echt moeten zeggen dat je het ziet gebeuren. Dat zit inderdaad goed uit.'</i> (Maaltijd was niet zoals in het filmpje uitgekomen.)

Tabel 23: Citaten categorie 'verwachtingen'

De categorie '**Ontlasting**' voegt informatie toe rond eventuele veranderingen na het eten van de Duchesse maaltijden (zie tabel 24: *Citaten categorie 'ontlasting'*).

Cliënt	Citaat
Cliënt B	<i>'Mijn vrouw vroeg dat ook al. Hoe gaat dat dan nou? Gaat dat goed, gaat dat dun, gaat dat dik? Ik heb niks gemerkt.'</i>
Cliënt C	<i>'Nee. Toevallig die maagpijn maar.'</i>

Tabel 24: Citaten categorie 'ontlasting'

‘**Algemeen**’ is de categorie waaronder opmerkingen, aandachtspunt e.d. naar voren kwamen vanuit de perspectief van de cliënten (zie tabel 25: *Citaten categorie ‘algemeen’*).

Cliënt	Citaat
Cliënt A	<i>‘... , duidelijk en zeker met de handleidingen bij. Het was een keer wel meer lezen.’</i>
Cliënt B	<i>‘En kijk, die van 10 verdeling, van 1 tot 10. Dat was meer als voldoende. Kijk, in de ziekenhuis van Maastricht, dan heb je ook vaker van die dingen.’</i>

Tabel 25: Citaten categorie 'algemeen'

‘**Aanbeveling**’ is het adviseren in of toevoegen van extra informatie voor de maaltijden, vragenlijst of het onderzoek zelf (zie tabel 26: *Citaten categorie ‘aanbeveling’*).

Cliënt	Citaat
Cliënt A	<i>‘... en bij de enquêtes van de tweede week had je niet echt de optie om opmerkingen te kunnen maken...’ (aanbeveling qua vragenlijst)</i>
Cliënt B	<i>‘Ga je dat nou een beetje die 5 maaltijden over een langere periode uitstreken, dan is dat waarschijnlijk ook meer positief, denk ik.’</i>
Cliënt C	<i>‘En ik heb de oven elke dag voorverwarmd 10 minuten.’ ‘Dat hadden jullie ook bij moeten zetten.’</i>

Tabel 26: Citaten categorie 'aanbeveling'

De voorlaatste categorie, ‘**Lotgenoten vergelijken**’, geeft meer inzicht op hoe lotgenoten van een cliënt de veranderingen in eten na hun behandelingen hebben ervaren (zie tabel 27: *Citaten categorie ‘lotgenoten vergelijken’*).

Cliënt	Citaat
Cliënt A	<i>‘Is nog niet te vergelijken. De ene heeft absoluut geen moeite met aardappelpuree, en de andere krijgt absoluut geen aardappelpuree.’</i>

Tabel 27: Citaten categorie 'lotgenoten vergelijken'

En de laatste categorie, ‘**Patiëntgegevens**’, is een aanvulling op algemene cliënt informatie die mogelijk van invloed kan zijn op eerdere gegevens (zie tabel 28: *Citaten categorie ‘patiëntgegevens’*).

Cliënt	Citaat
Cliënt A	<i>‘Dat is dus omdat de laatste operatie een jaar geleden is, en moet je ook nog in de eerste jaar om de drie maanden terug moet komen. Gaf ze ook weer aan dat ik nog steeds die pijn heb maar inmiddels uit de zijkant van mijn tong gevoelig en pijnlijk is.’</i>
Cliënt B	<i>‘Ik ben toen bij de logopediste geweest, en die heeft dan wat spelletjes met mij gedaan, en dan moest ik mijn hoofd eens zo doen en dan slikken. En dan deed dat wel goed. Want ik ga volgens de geleerde, volgens de Bayers. Ken je hem? Had ik nou een verdikking achter in de keel. En dan moet het natuurlijk met slikken de kracht gebruiken. En dan is dit, veel beter. Hoefde ik alleen niet zo te zitten, kon ik gewoon op mijn gemak eten.’</i>

Tabel 28: Citaten categorie 'patiëntgegevens'

Bij iedere cliënt waren de ervaringen erg verschillend, waardoor de citaten per categorie per cliënt ook noodzakelijk waren. Wat de een onsmakelijk vindt, vond de ander juist lekker. Cliënt A had een minder positieve beleving, vanwege de structuren, aantal calorieën per bakje en de bereiding van de maaltijden. Hij vond de maaltijden te klein. Cliënt B vond de maaltijd prima en zou deze wel bestellen met afwisseling (regulier en Duchesse) in gedachten. Ook hij vond de maaltijden te klein. Daarnaast had hij de maaltijden aangepast in smaak, door toevoeging van kruiden. De cliënt gaf ook toe dat hij blij was om eindelijk weer normaal te kunnen eten, omdat hij graag kookt en toch het beetje kauwen miste. Cliënt C vond bepaalde maaltijden (namelijk de pasta en de rijstgerechten) niet lekker en had deze gekenmerkt met de woorden ‘chemisch’ (pasta) en ‘kauwgombal’ (rijst). De cliënt had ook eigen saus toegevoegd om het slikken makkelijker te maken. De cliënt gaf aan dat bestellen wel een optie zou zijn, maar niet voor dagelijks gebruik.

4.5. RESULTATEN PER VRAAGSTELLING

4.5.1. HOOFDVRAAGSTELLING

“Welke meerwaarde heeft Duchesse op de maaltijdnuttiging in het dagelijks leven en in de thuissetting, van HHT-patiënten die slikproblemen ervaren?”

Om erachter te komen of Duchesse een meerwaarde kan hebben voor HHT-patiënten, zijn de verschillen tussen de reguliere maaltijden van de drie cliënten en de Duchesse maaltijden vergeleken. Er werd gekeken naar de verschillen in residu, tijdsduur qua nuttigging, hoeveelheid van gegeten voeding en de aantal slikincidenten (zie tabel 29: *Vergelijking resultaten variabelen hoofdvraag*). Daarnaast werden de Duchesse maaltijden ook op smaak en aantrekkelijkheid beoordeeld. De cliënten werden na de uitvoeringsfase geïnterviewd over hun beleving met Duchesse. De cliënten hadden qua residu $\bar{x}=18$ gram ($\sigma=21,6$) bij hun reguliere maaltijden en $\bar{x}=33$ gram ($\sigma=29,3$) bij Duchesse. Dit kwam op een verschil van 15 gram aan residu. Als er gekeken werd naar de hoeveelheid voedingsinname, kwam het uit dat er $\bar{x}=384$ gram ($\sigma=102,4$) aan regulier voeding werd gegeten en $\bar{x}=262$ gram ($\sigma=34,6$) aan Duchesse. Hierbij was het belangrijk om de tijdsduur te noteren. Het nuttigen van de reguliere voeding was gemiddeld 36 minuten en Duchesse maar 13 minuten. Dit kwam uit op een tijdsverschil van 23 minuten. De aantal slikincidenten bij de cliënten daalden ook bij het nuttigen van Duchesse. Tijdens het nuttigen van de reguliere maaltijden verslikten de cliënten zich gemiddeld 3 à 5 keer en bij Duchesse 1 à 2 keer.

Variabelen	Gemiddelde waarden	
	Reguliere maaltijden	Duchesse maaltijden
Residu (gram)	18	33
Tijdsduur (min)	36	13
Hoeveelheid voedingsinname (gram)	384	262
Slikincidenten	3 a 5 keer	1 a 2 keer

Tabel 29: Vergelijking resultaten variabelen hoofdvraag

Naast deze variabelen werd er ook gevraagd naar een beoordeling van elk van de vijf Duchesse maaltijden op vlak van smaak en aantrekkelijkheid. De beoordeling in groep 1 heeft plaatsgevonden met een 5-punts Likertscale van 1=heel onaantrekkelijk tot 5=heel aantrekkelijk. De cliënten uit groep 1 scoorden de kipfilet gemiddeld als redelijk aantrekkelijk en de kabeljauw kreeg de slechtste beoordeling, neutraal (zie tabel 30: *Beoordeling Duchesse maaltijden oriëntatiefase*). Op gebied van smakelijkheid scoorde de kip en het varkenslapje het beste, redelijk goed tot heel goed ($\bar{x} = 4,3$ $\sigma=0,7$).

Beoordeling Oriëntatiefase		
	Gemiddelde Aantrekkelijkheid	Gemiddelde Smakelijkheid
Hutspot met hachee	Neutraal - redelijk aantrekkelijk	Redelijk goed
Kabeljauw	Neutraal	Redelijk slecht – neutraal
Kipfilet	Redelijk aantrekkelijk	Redelijk goed - heel goed
Runderlapje	Neutraal - redelijk aantrekkelijk	Neutraal - redelijk goed
Varkenslapje	Neutraal - redelijk aantrekkelijk	Redelijk goed - heel goed

Tabel 30: Beoordeling Duchesse maaltijden oriëntatiefase

Qua aantrekkelijkheid hadden de cliënten uit groep 2 de pasta, de kip en de vis als voldoende gescoord, de babi pangang als matig en de runderlapje als ruim voldoende (tabel 31: *Beoordeling Duchesse maaltijden onderzoeksfase*). Op vlak van smakelijkheid vonden ze de pasta onvoldoende, de babi pangang samen met de kipfilet en de kabeljauw matig en het runderlapje voldoende. Hiernaast vonden 66,7% de runderlapje en 33,3% de babi pangang het meest lekker, en de maaltijden die als minst lekker werden ervaren waren de babi pangang (33,3%), het runderlapje (33,3%) en de pasta (33,3%). Voor uitgebreid overzicht van de aantrekkelijkheid en smakelijkheid in beide onderzoeksfases zie de bijlagen (zie Bijlage 18: *Beoordelingen maaltijden Duchesse*).

De interviewfase leverde extra duidelijkheid op hoe de cliënten met HHT de Duchesse maaltijden hadden beleefd. 66,7% Van de cliënten zouden de maaltijden aanbevelen aan een ander, mits er veranderingen aan de maaltijden worden aangebracht. Het bleek dat de cliënten meer behoefte hadden aan saus en kruiden, ze vonden dat de maaltijden te snel afkoelden tijdens

het eten en 66,7% van de cliënten vonden de hoeveelheid onvoldoende. Hiernaast gaf 66,7% aan dat de rijst qua consistentie vreemd was (beiden waren met een heteluchtoven opgewarmd), en 33,3% vond de pasta onsmakelijk. Er werd aangegeven dat hoewel de maaltijden een aanbeveling kunnen zijn voor anderen, ze deze liever als alternatief gebruiken in plaats van vervanging van de dagelijkse voeding.

Beoordeling Onderzoeksfase		
	Gemiddelde Aantrekkelijkheid	Gemiddelde Smakelijkheid
Pasta bolognese	6	4
Babi pangang met sajoerboontjes en rijst	5	5
Kipfilet met doperwtjes en aardappel	6	5
Runderlapje met bloemkool en pomme marquise	7	6
Kabeljauw met worteltjes en aardappel	6	5

Tabel 31: Beoordeling Duchesse maaltijden onderzoeksfase

4.5.2. SUBVRAGEN

Subvraag 1: Hoe beoordelen oncologiepatiënten de maaltijden van Duchesse?

De cliënten werden gevraagd om hun algehele beleving van de Duchesse maaltijden te beoordelen, middels een 10-punt Likertscale. Naar aanleiding van het onderzoek bleek dat de cliënten Duchesse een $\bar{x} = 6,5$ ($\sigma = 1,21$, $<6-8>$) (groep 1: $\bar{x} = 6,75$ $\sigma = 1,17$ $<4-8>$ (missing 1); groep 2: $\bar{x} = 5,67$ $\sigma = 1,16$ $<5-7>$) gaven; dit is een matige tot ruim voldoende score (zie tabel 32: *Beoordeling smakelijkheid Duchesse groep 1 en 2*). Aanvullende gegevens van groep 1 (vragenlijst oriëntatiefase) en groep 2 (interviewfase).

Algemene beoordeling Duchesse maaltijden			
	Aantal keren beoordeeld	% van de cliënten	% van de antwoorden
Onvoldoende	1	8,3	9,1
Matig	2	16,7	18,2
Ruim voldoende	7	58,3	63,6
Goed	1	8,3	9,1
Missing	1	8,3	-
Totaal	12	100	100

Tabel 32: Beoordeling smakelijkheid Duchesse groep 1 en 2

In groep 1 vond 55,6% de maaltijd voldoende, 11,1% te weinig. Dit laatste correspondeert met de opmerkingen die tijdens de interviewfase van groep 2 naar voren kwamen. De algemene opmerkingen van groep 1 waren: aangename smaak, te veel zout, smaak is veel hetzelfde, meer kruiden, saus smaakt goed, puree krachtig en meer variatie in groenten gewenst. De algemene

indruk van de cliënten uit groep 2 was dat de maaltijden te klein waren, te snel afkoelden na bereiding en gebrek hadden aan smaak en/of saus (zie tabel 33: *Citaten aanbevelingen*).

Cliënt	Citaat
A	<i>De maaltijden zijn te klein voor een volwassen persoon, zeker als deze nog werkt. Heb nagebruik van de maaltijden nog extra 'normale' maaltijd gegeten. Bij personen die door bestraling te weinig speeksel hebben zijn volgens mij de meeste maaltijden te droog.</i>
B	<i>Zoals gezegd, evt. meer kruiden (vlees). Zat bij de meeste gerechten weinig smaak. Smaakten nagenoeg hetzelfde. Meer variatie aanbrengen in de smaak.</i>
C	<i>Slikt allemaal makkelijk weg, jammer van te weinig jus/saus. Eten altijd nog te koud.</i>

Tabel 33: Citaten aanbevelingen

Subvraag 2: Welk gerecht heeft de voorkeur van de patiënten met HHT?

Tijdens de oriëntatiefase (groep1) is middels de vragenlijst (zie bijlage 6: *Vragenlijst oriëntatiefase*) de meeste lekkere en minst lekkere maaltijd gevraagd aan de cliënten. Bij de onderzoeksfase (groep 2) is dit gevraagd na het afronden van de vijf Duchesse maaltijden. Groep 1 en 2 hadden niet precies dezelfde maaltijden gekregen. De overeenkomstige maaltijden waren: kabeljauw met worteltjes en aardappel (vis), kipfilet met doperwtjes en aardappel (kip) en het runderlapje met bloemkool en pomme marguise (runderlapje). In groep 1 vond 55,6 % de vis het minst lekker (missing 2) dan de hutspot met hachee en runderlapje (beide 11,1%), 2 cliënten hebben de vraag niet beantwoord (missing). Als meest lekkere gerecht hadden in groep 2, zowel cliënt A als C het runderlapje opgegeven en cliënt B de babi pangang. Cliënt A had als minst lekkere de Babi Pangang opgegeven, cliënt B vond het runderlapje minder lekker en cliënt C de pasta bolognese (zie tabel 34: *Overzicht Minst Lekker en Meest lekker groep 1 en 2*).

Duchesse maaltijden			
	Minst lekker		
	Aantal keren beoordeeld	% van de cliënten	% van de antwoorden
Hutspot met hachee	1	8,3	10
Kabeljauw met worteltjes	5	41,7	50
Runderlapje met bloemkool	2	16,7	20
Pasta Bolognese	1	8,3	10
Babi pangang	1	8,3	10
Missing	2	16,7	
Totaal	12	100	100

	Meest lekker		
	Aantal keren beoordeeld	% van de cliënten	% van de antwoorden
Kipfilet met doperwtjes	6	50	54,5
Runderlapje met bloemkool	3	25	27,3
Varkenslapje met sperzieboontjes	1	8,3	9,1
Babi pangang	1	8,3	9,1
Missing	1	8,3	
Totaal	12	100	100

Tabel 34: Overzicht Minst Lekker en Meest lekker groep 1 en 2

Als toelichting op hun keuze voor minst lekkere hadden zij de volgende geschreven: ‘*was net of ik behanglijm aan het eten was*’ (cliënt A), ‘*weinig smaak*’ (cliënt B) en ‘*pasta chemisch, babi pangang leek een grote kauwgombal*’ (cliënt C).

Subvraag 3: Welke verschillen zijn er tussen duur en bereiding van maaltijdnuttiging?

Om deze vraag te beantwoorden kon alleen de data van onderzoeksgroep 2 gebruikt worden. Bij onderzoeksgroep 1, is de duur en bereiding van de maaltijdnuttiging niet aan bod gekomen.

Bereiding

Cliënt A gebruikte een heteluchtoven bij het bereiden van de Duchesse maaltijden. Deze had hij op 95 graden gesteld, behalve op de derde dag waarop hij de oven op 90 graden had ingesteld. De maaltijden werden 40 minuten in de oven opgewarmd. De cliënt had als opmerking dat de maaltijd ‘niet echt warm’ was.

Cliënt B maakte gebruik van een magnetron die hij op (via protocol aangegeven) 300 Watt had ingesteld, waarna de maaltijden gedurende 9 minuten en 30 seconden werden opgewarmd.

Cliënt C maakte ook gebruik van een heteluchtoven, en deze had zij op de eerste dag op 95 graden ingesteld, en de dagen daarna op 100 graden. De maaltijden waren gedurende de vijf dagen 40 minuten in de oven opgewarmd. Als opmerking werd de volgende aangegeven: “oven 10 minuten voorverwarmd, maaltijd niet echt warm genoeg. Halverwege al sterk afgekoeld (kip). Nog niet warm genoeg (pasta)” (zie bijlage 19: *Bereidingen Duchesse maaltijden*).

Duur

De grootste verschillen tussen de reguliere voeding en Duchesse, is dat Duchesse sneller gegeten werd met een gemiddelde duur van 13 minuten ($\sigma=5,21$). De reguliere maaltijden werden in gemiddeld 36 minuten ($\sigma=15,75$) gegeten (zie tabel 35: *Duur maaltijdnuttiging*). Individueel had

ieder cliënt hun eigen tijden opgenomen en genoteerd. Bij het meten van de reguliere maaltijdnuttiging had cliënt A een gemiddelde van 46 minuten, cliënt B ongeveer 18 minuten en cliënt C 46 minuten. Bij het meten van de Duchesse maaltijden waren er minder grote verschillen tussen de tijdsduur. Cliënt A deed gemiddeld 11 minuten over zijn maaltijden, cliënt B 10 minuten en cliënt C 19 minuten. Cliënt B benuttede evenveel tijd bij het eten van de reguliere als de Duchesse maaltijden.

Totale duur	N	Gemiddelde (in min)	Spreiding (in min)	Standaard deviatie (SD)
Reguliere maaltijd	3	36.81	18,62 – 46,00	15.75
Duchesse maaltijd	3	13.84	10,16 – 19,8	5.21

Tabel 35: Duur maaltijdnuttiging

Subvraag 4: Welke verschillen zijn er tussen hoeveelheid van de gegeten maaltijden en hoe verhoudt Duchesse zich ten opzichte van reguliere voeding, qua dagelijkse voedingssinname?

Om deze vraag te beantwoorden kon alleen de data van onderzoeksgroep 2 gebruikt worden. De hoeveelheid voeding gegeten bij de reguliere voeding was gemiddeld 384 gram ($\sigma=102,4$), terwijl bij de Duchesse maaltijden het 262 gram ($\sigma=34,6$) was. Hieraan is het duidelijk dat de cliënten meer aan hoeveelheid binnen kregen wanneer ze hun eigen maaltijden konden nuttigen. Cliënt A had een gemiddelde van 487 gram, wat het meest was uit de drie. Cliënt B had een gemiddelde hoeveelheid van 282 gram en cliënt C gemiddeld 382 gram (zie tabel 36: *Gemiddelde hoeveelheid maaltijdnuttiging in gram*). Een bijzonderheid opgemerkt bij de reguliere voeding was dat cliënt B weinig had gegeten op de derde dag van regulier voeding, waarbij hij aardappelpuree, gekookte zalm met dillesaus en broccoli had gegeten (met als drank Cola). De reden hiervoor was onbekend.

Hoeveelheid	N	Gemiddelde	Spreiding	Standaard deviatie (SD)
Reguliere maaltijd	3	384,13	487,6 – 384,1	102.42
Duchesse maaltijd	3	262,67	236,2 – 301,8	34.58

Tabel 36: Gemiddelde hoeveelheid maaltijdnuttiging in gram

Bij de Duchesse maaltijden waren er geen grote verschillen tussen de cliënten. Cliënt A had gemiddeld 236 gram, cliënt B 301 gram en cliënt C 238 gram. Bijzonderheden opgemerkt waren dat cliënt A en B moeite hadden bij het nuttigen van de Babi Pangang. Cliënt B had maar 13 gram daarvan had gegeten, en cliënt C maar 60 gram (zie tabel 37: Citaten reden residu).

Client	Citaat
Reden cliënt A	<i>‘Ja, bij anderen werkt het misschien wel hoor, maar bij mij was het ja het was veel te plakkerig.’</i>
Reden cliënt C	<i>‘Dat was ook, die rijst was ook een grote kauwgombal.’</i>

Tabel 37: Citaten reden residu

Door de gemiddelde voedingsinname te vergelijken tussen reguliere maaltijden en Duchesse maaltijden, bleek dat de cliënten bijna 150% meer aan reguliere voeding aten. Hier moet er wel rekening mee worden gehouden dat Duchesse maaltijden een vaste hoeveelheid hebben van 300 gram per bakje. De gemiddelde reguliere voeding voor alle cliënten was 402 gram ($\sigma=81.4$), Duchesse was 295 gram ($\sigma=5.2$), wat dan uitkomt op een verschil van bijna 140%.

Naast het nuttigen van de maaltijden was het belangrijk de aantal slikincidenten bij te houden, om achter te halen hoe verschillend deze zijn als het gaat om de reguliere of de Duchesse voeding. De slikincidenten bij de reguliere voeding was $\bar{x} = 1,77$ (3 à 5 keer), en bij Duchesse $\bar{x} = 1,5$ (1 à 2 keer). Deze waren per cliënt ook verschillend. Bij het eten van de reguliere maaltijden hadden cliënten A en B zich gemiddeld 1 à 2 keer verslikt, en cliënt C vaker dan vijf. Bij het nuttigen van Duchesse hadden cliënt A en B zich ook maar 1 à 2 keer verslikt, maar cliënt C had een verminderd aantal van 3 à 5 keer (zie bijlage 18: *Beoordelingen maaltijden Duchesse*).

Subvraag 5: Welke verschillen zijn er wat betreft residu?

Om deze vraag te beantwoorden kon alleen de data van onderzoeksgroep 2 gebruikt worden. Het gemiddelde residu bij reguliere voeding was ongeveer 18 gram ($\sigma=21,6$), en bij Duchesse was deze 33 gram ($\sigma=29,3$). Dit betekent dat er minder residu achtergelaten werd bij het nuttigen van reguliere voeding als bij Duchesse. Voor elke cliënt werd het residu bij zowel regulier als Duchesse genoteerd en vergeleken. Bij reguliere voeding was de maximale hoeveelheid aan eten verloren 42.4 gram, met een minimum van 0 gram. Bij Duchesse was het een minimum van 55.6 gram en een maximum van 0 gram. Verschillen per cliënt waren ook te zien. Tijdens het nuttigen van de reguliere maaltijden had cliënt A geen residu, cliënt B gemiddeld 42.4 gram residu en cliënt C 14 gram. Bij het nuttigen van Duchesse had cliënt A 55.6 gram residu, cliënt B geen residu en cliënt C 44 gram (zie tabel 38: *Residu overzicht regulier en Duchesse*).

Residu	N	Gemiddelde	Spreading	Standaard deviatie (SD)
Reguliere maaltijd	3	0	0 - 42,4	21,6
Duchesse maaltijd	3	0	0 – 55,6	29,33

Tabel 38: Residu overzicht regulier en Duchesse

Subvraag 6: Hoe ervaren oncologiepatiënten hun kwaliteit van leven met slikproblemen?

Elk van de cliënten was gevraagd de SWAL-QOL op hun gemak door te nemen en in te vullen. De totale somscore die iemand kon krijgen is 220. Hoe hoger de som van scores, hoe beter de kwaliteit van leven van die persoon. In het geval van de drie cliënten, waren de scores verschillend. Cliënt A had een score van 139 uit 220, Cliënt B had de hoogste score van de drie, nl. 194 uit 220 en daarmee scoort de cliënt hoger in kwaliteit van leven. Cliënt C had met een score van 106 uit 220 de laagste score. De gemiddelde SWAL-QOL score was matig ($\bar{x}=146$, $\sigma=44,5$). De laagste scores werden gegeven in domeinen maaltijdduur ($\bar{x}=3,7$), voedselselectie ($\bar{x}=5$) en last ($\bar{x}=5,3$). De hoogste scores bevinden zich binnen het domein frequentie van de symptomen ($\bar{x}=49$), mentale gezondheid ($\bar{x}=17,7$) en angst ($\bar{x}=17$). Per item scoort domein angst het hoogste (bijna geen angst) en domein maaltijdduur het laagste (duurt lang) (zie tabel 39: Overzicht SWAL-QOL resultaten per cliënt).

Domein	Aantal items	Client A	Client B	Client C	Gemiddelde score per domein	Gemiddelde score per item
Last	2	6	8	2	5,3	2,7
Maaltijdduur	2	3	6	2	3,7	1,9
Eetlust	3	7	14	10	10,3	3,4
Frequentie van symptomen	14	47	58	42	49	3,5
Voedselselectie	2	4	8	3	5	2,5
Communicatie	2	7	8	3	6	3
Angst	4	19	20	12	17	4,3
Mentale gezondheid	5	19	24	10	17,7	3,5
Sociaal functioneren	5	10	24	6	13,3	2,7
Vermoeidheid	3	11	14	11	12	4
Slaap	2	6	10	5	7	3,5
Totaal	44	139	194	106	146,3	3,3

Tabel 39: Overzicht SWAL-QOL resultaten per cliënt

5. DISCUSSIE

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten beschreven, gevolgd door de interne en externe validiteit en afsluitend met een conclusie en aanbevelingen voor verder onderzoek.

5.1. SAMENVATTING BELANGRIJKSTE RESULTATEN

In dit onderzoek werd er gekeken naar de meerwaarde die Duchesse kon hebben bij HHT-patiënten die slikproblemen ervaarden in de thuissetting. Hiervoor werden de verschillen tussen reguliere maaltijden en Duchesse bekeken op de volgende facetten: verschillen in residu en tijdsduur, hoeveelheid gegeten voeding, slikincidenten en beoordeling van smaak en aantrekkelijkheid. Daarnaast werden de cliënten geïnterviewd om hun algehele beleving verder toe te lichten. De cliënten hadden gemiddeld minder residu na de nuttiging van Duchesse, maar qua voedingsinname aten ze meer aan reguliere voeding dan Duchesse. Het nuttigen van de reguliere voeding duurde bijna driemaal de tijdsduur van Duchesse en er traden meer slikincidenten op. In groep 1 van de orientatiefase gaf 55,6% van de cliënten aan de vis het minst lekker te vinden, terwijl de cliënten in groep 2 elk een andere maaltijd aangaven, namelijk de babi pangang, het runderlapje en de pasta. De meest lekkere maaltijd bij groep 1 was de kip (66,7%), het runderlapje (66,7%) en de babi pangang (33,3%). Bij groep 2 vond 66,7% het runderlapje en 33,3% de babi pangang de meest lekkere maaltijd. Qua aantrekkelijkheid scoorden de reguliere maaltijden (redelijk aantrekkelijk) en de Duchesse maaltijden ongeveer gelijk, redelijk aantrekkelijk ten opzichte van een voldoende. Echter qua smakelijkheid is er een verschil (groep 1: $\bar{x} = 5,0$, $\sigma = 2,6$ <2,8-7,8>; groep 2: $\bar{x} = 6,5$, $\sigma = 1,6$ <5,2-8,2>). Tijdens de interviewfase gaf 66,7% van de cliënten aan de maaltijden te weinig te vinden en gaven aan een tekort te hebben aan saus. Ze vonden dat de maaltijden ook te snel afkoelden en 66,7% van de cliënten gaf aan dat de consistentie bij bepaalde maaltijden onsmakelijk was. Verder beoordelen de cliënten uit groep 2 hun kwaliteit van leven met slikproblemen matig met behulp van de SWAL-QOL ($\bar{x} = 144$, $\sigma = 45,2$). De meerderheid van de cliënten zou de maaltijden aanbevelen naar aanleiding van het onderzoek, maar echter als alternatieve voeding en niet als vervanging van de dagelijkse voeding. Dit hangt mogelijk samen met de huidige ervaring van kwaliteit van leven.

5.2. INTERNE VALIDITEIT

Hieronder worden de sterke en zwakke punten beschreven van het onderzoek oftewel de methodologische reflectie. De onderwerpen die aan bod komen zijn o.a. de aanwezigheid van selectiebias, informatiebias en confounders.

Een sterk punt van het onderzoek is dat er gekozen is voor een mixed-method multiple casestudie. Bij een mixed method onderzoek wordt kwantitatief ('gesloten') en kwalitatief ('open einde') onderzoek gecombineerd en geïntegreerd. Er worden conclusies getrokken op basis van gecombineerde sterktes van beide type data (Butter, 2016). Daarmee kon er in dit onderzoek zo uitgebreid mogelijk inzicht verkregen worden in de doelgroep en voldoende informatie worden verkregen ten behoeve van het beantwoorden van de vraagstellingen.

Oriëntatiefase

De oriëntatiefase is van toegevoegde waarde geweest omdat hiermee de bereidwilligheid van de cliënten gepolst kon worden om deel te nemen aan het onderzoek en zo de eerste reacties op de Duchesse maaltijden verzameld konden worden. Vanuit deze fase konden belangrijke aanpassingen gedaan worden met betrekking tot de onderzoeksfase. In een eerder onderzoek naar Duchesse (Joußen & Kreutz, 2017) was er gekozen voor een onderzoeksperiode van 15 dagen (interventie regulier, 5dagen en Duchesse 2 keer 5 dagen). In dit onderzoek is ook gekozen voor een onderzoeksperiode (onderzoeksfase) van 15 dagen, maar dan 5 dagen regulier en 5 dagen Duchesse. De cliënten waren niet verplicht om deze dagen achtereenvolgend te doen. Er is niet gekozen voor een extra week Duchesse, omdat de cliëntengroep cognitief gezond was en minder hinder zouden ervaren van een nieuwe aanpassing in hun dagelijkse maaltijd. Dit is bij geriatriepatiënten (Joußen & Kreutz, 2017) wel het geval. Daarnaast wilden wij de mogelijkheid bieden aan de cliënten om tussendoor hun eigen maaltijden te nuttigen, om een mogelijk novelty effect te verminderen. Dit effect treedt op wanneer patiënten de reguliere maaltijden of Duchesse maaltijden beter of slechter beoordelen op basis van de verwachtingen vooraf (Bouter, Zielhuis & Van Dongen, 2010). Dit is mogelijk een zwakte van het onderzoek en die van invloed kan zijn geweest op de validiteit.

Onderzoeksfase

De onderzoeksfase betrof een experimenteel within-subject design, waarbij de interventies (reguliere en Duchesse) bij dezelfde onderzoeksgroep geobserveerd kon worden (Gravetter &

Forzano (2006). Een voordeel daarvan is dat de individuele verschillen tussen cliënten geen of nauwelijks invloed hebben op de meerwaarde die onderzocht diende te worden. Wel kan er sprake zijn geweest van een “carry over effect” (Cleophas, 1993). Dit effect treedt op als er meerdere interventies worden gedaan. Als er één maaltijd als minder lekker werd ervaren of een cliënt heeft een sterke voorkeur voor de eigen reguliere maaltijden, kan dit invloed hebben gehad op de beoordeling van de maaltijden van Duchesse. Tijdens de onderzoeksfase hebben 2 van de 3 cliënten de vragenlijst digitaal ingevuld. Hierbij was het niet mogelijk om vragen over te slaan. Het risico op missende gegevens werd verkleind in tegenstelling tot de oriëntatiefase.

Interviewfase

De interviewfase betrof een kwalitatief onderzoek. Het voordeel van het toevoegen van deze onderzoeksmethode is, dat daarmee het kwantitatief onderzoek verder uitgediept kon worden op vraagstukken die onduidelijk waren. Zoals het aantal slikincidenten. Uit de resultaten van de vragenlijst bleek dat de slikincidenten in de categorie 0-2 keer eerder bij 0-1 keer lagen dan 2 keer. Zonder deze informatie zou er een verkeerde conclusie getrokken zijn betreffende het gemiddelde aantal slikincidenten. Ook is er meer informatie verkregen omtrent de beoordelingen van de maaltijden; de motivatie achter de beoordelingen is achterhaald. Zo ervoeren twee cliënten een kauwgombalsmaak, wat het lage cijfer en het residu dat is overgebleven, verklaarde.

5.2.1. SELECTIEBIAS

Er is gekozen om de cliënten te verzamelen met hulp van de patiëntenvereniging HHT, omdat daar de kans het grootste was om cliënten te vinden die voldeden aan de inclusiecriteria. Alle geselecteerde cliënten moesten aan de inclusiecriteria voldoen om deel te nemen aan het onderzoek. Slechts 1 cliënt is op basis van deze criteria geëxcludeerd. Voorafgaand aan de oriëntatiefase was door de patiëntvoorlichters aangegeven dat er 22 cliënten aanwezig zouden zijn. Echter bleken niet alle cliënten geschikt, aangezien er veel partners van cliënten bij waren. Ook waren er enkele afwezigen vanwege verkoudheid. Er zijn geen uitvallers opgetreden tijdens het onderzoek.

De werving van cliënten in de onderzoeksfase was moeilijker dan verwacht in verband met de bereidwilligheid voor deelname aan het onderzoek en andere factoren zoals optredende medische complicaties, onder andere CVA, ondergaan van chemotherapie, griep en ander zaken als tijdsgebrek. Het doel was niet om homogeniteit binnen de onderzoeksgroep te krijgen maar om zoveel mogelijk verschillende cliënten met diverse behandelingen en medische ingrepen in de

onderzoeksdoelgroep op te nemen. Daarom hebben de onderzoekers ervoor gekozen om cliënten, voor de onderzoeksfase, via patiëntenverenigingen uit regio Limburg en de regio Zuid-Brabant te verzamelen. Een nadeel van deze selectiemethode is dat daarmee de verdeling medische ingrepen en verdeling man/vrouw niet vergelijkbaar was voor de gehele populatie (zie ook externe validiteit). De medische ingrepen van de cliënten, werden mondeling en schriftelijk medegedeeld aan de onderzoekers. Er was geen bewijs om de daadwerkelijke uitvoering van deze medische ingrepen te bevestigen..

5.2.2. INFORMATIEBIAS

Informatiebias is een van de meest voorkomende bronnen van bias die de validiteit van onderzoek beïnvloeden en treedt op wanneer er fouten of beperkingen optreden in de metingen van de onderzoeksparameters (Althubaiti, 2016). De SWAL-QOL was het enige valide en betrouwbare meetinstrument tijdens het onderzoek en is alleen in de onderzoeksfase afgenomen. Dit is een beperking voor het onderzoek, met meer data hadden misschien vergelijkingen gemaakt kunnen worden. De vragenlijsten, die worden gebruikt in dit onderzoek, zijn gebaseerd op een eerdere vragenlijst uit het onderzoek van Joußen & Kreutz (2017). De onderzoekers hebben aanpassingen gedaan om deze toepasselijk te maken voor de doelgroep cliënten met HHT. Na het afronden van de oriëntatiefase, is de vragenlijst nogmaals aangepast, wegens onduidelijke vragen. Veel informatie is achteraf besproken en niet schriftelijk vastgelegd (missing gegevens). Een nadeel hiervan was de vragen uit de oriëntatie en onderzoeksfase niet volledig overeen kwamen. De vragenlijst van de onderzoeksfase was duidelijker en deze werden volledig ingevuld. Achteraf bleek, tijdens de interviewfase dat de verzameling van slikincidenten niet in de juiste antwoordcategorieën was verdeeld. Cliënten gaven aan zich 0-2 keer te verslikken terwijl dit of 1 of 2 keer was.

Om de betrouwbaarheid van de dataverzameling in de onderzoeksfase te vergroten is er gebruikt gemaakt van een meetprotocol en digitale vragenlijsten. Echter niet alle cliënten hebben zich gehouden aan het meetprotocol. Dit betrof vooral de verwarminstructies, maken van correcte foto's, door elkaar mengen van de Duchesse maaltijd en het toevoegen van saus of kruiden aan de maaltijden. Bij de Duchesse maaltijden bleek dat de inhoud niet 100% uit de bakjes kwam. Er is in de interviewfase gekozen voor een semi-gestructureerd interview om nog meer verdiepende info te verkrijgen; dit bleek een groot voordeel. Echter een nadeel kan zijn dat de cliënten niet

alles nog goed wisten of de verkeerde informatie gaven; er kan recall bias zijn opgetreden. Dit is zoveel mogelijk beperkt door de interviews kort na de onderzoeksfase te plannen.

Om meetfouten en invulfouten, van de onderzoeksdata te voorkomen is de onderzoeksfase en interviewfase door dezelfde onderzoeker uitgevoerd. Tijdens de interviewfase kan er door het directe persoonlijke contact met de cliënt sprake zijn geweest van interviewer-bias. De interviewer kan invloed gehad hebben op de antwoorden van de cliënten, door de manier van vragen en non-verbale uitingen. De tweede onderzoeker was ten tijde van het transcriberen en coderen geblindeerd voor de interviewdata. Dit is positief voor de betrouwbaarheid omdat er geen subjectief oordeel heeft plaatsgevonden, als gevolg van de aanwezigheid bij het onderzoek. Een nadeel was dat er geen andere verdiepende vragen gesteld konden worden. Om fouten in het transcriberen te voorkomen, heeft er memberchecking plaatsgevonden bij de patiënten na afronding van het onderzoek (Birt, Scott, Cavers, Campbell, & Walter, 2016). Blinderen van de cliënten was niet mogelijk. De maaltijden waren bekend en de cliënten waren vrij in hun keuzen welke maaltijd op welke dag genuttigd werd. Hiermee kan er invloed zijn opgetreden op de meetresultaten en kunnen de smakelijkheid en aantrekkelijkheid beïnvloedt zijn door de mate van voorkeur voor een bepaald gerecht.

De onderzoeksfase vond plaats in de thuissetting. Een nadeel van het uitvoeren in de thuissetting is dat er geen controle is geweest door de onderzoekers op het meetprotocol. Instructies zijn door één van de onderzoeker duidelijk aangegeven en de opties voor verwarmen zijn besproken en uitgetest. De cliënten maakten gebruik van verschillende apparatuur (heteluchtoven en magnetron), alle apparatuur was geschikt om de maaltijden te breiden volgens de verwarminstructies van Duchesse. Echter niet alle cliënten hebben zich gehouden aan de verwarminstructies van de maaltijden. Volgens één cliënt is dit niet van invloed geweest op de temperatuur of structuur van de maaltijden. Dit bleek tijdens de interviewfase.

5.2.3. CONFOUNDERS

Confounders zijn externe factoren die invloed hebben op de studiev variabelen (Gravetter & Forzano, 2006). Er zijn verschillende confounders ontdekt. De eerste confounder was de mogelijkheid dat de cliënten onderzoeksmoe waren. Zij kunnen al eerder aan onderzoeken hebben meegedaan. Dit kon ervoor zorgen dat zij minder gemotiveerd aan te werk zouden gaan. Duchesse is een nieuwe product en gepromoot door Nederland. Cliënten kunnen al eerder in aanraking zijn gekomen met Duchesse. Die ervaringen kunnen de beoordelingen beïnvloedt

hebben. Een tweede confounder was de griep-epidemie die heerste ten tijde van het onderzoek. Hierdoor konden cliënten niet aanwezig zijn bij de oriëntatiefase. De onderzoeksperiode voor één cliënt is hierdoor later gestart. Ook andere nieuwe medische diagnose kunnen een confounder zijn, maar dat is lastig aan te tonen. Het reukvermogen is mogelijk een derde confounder, omdat dit de smaakbeoordeling beïnvloedt. Er zijn technieken om met een laryngectomie te ruiken maar dit werkt ook niet heel goed. Smaakveranderingen ten gevolge van de behandelingen voor HHT is een mogelijke vierde confounder. De smaakveranderingen zijn niet met een betrouwbaar instrument gemeten maar middels de vragenlijst in de onderzoeksfase. De smaakveranderingen van groep één zijn niet in kaart gebracht, door verkeerd opstellen van de vragenlijst. De verminderde speekselproductie is ook niet bij de cliënten in beeld gebracht qua hoeveelheid of medisch bevestigd. Duchesse is hier op aangepast echter volgens de cliënten was er niet genoeg saus aanwezig op de maaltijden om het slikken te vergemakkelijken. Hiermee is speekselproductie een mogelijke vijfde confounder op de beoordeling van de maaltijden.

De omgevingsfactoren van het onderzoek zijn niet gecontroleerd. Het onderzoek is, op de oriëntatiefase na, bij de cliënten thuis afgenomen. De cliënten namen het onderzoek hierdoor mogelijk minder serieus. Het ontbreken van een professionele onderzoekssetting kan invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek.

Tijdens het nuttigen van de maaltijd bleef de maaltijd niet warm genoeg. Temperatuur is volgens De Klerk & Van Tongeren (2017) van invloed op de smaakbeoordeling net als reuk, presentatie en speeksel. De verschillende manieren van bereiden hadden invloed op de presentatie en consistentie van de Duchesse maaltijden en is daarmee een confounder. In dit onderzoek kan er ook sprake zijn geweest van een te groot verschil van reguliere voeding naar Duchesse voeding. Cliënt A en B uit groep 2 nuttigden zachte aangepaste voeding en niet 1 consistentie zoals cliënt C uit groep 2 als reguliere voeding. Als laatste confounder kan de leeftijd genoemd worden. Het is bewezen dat (oudere) leeftijd een invloed kan hebben op de sensorische veranderingen van reuk en smaak (Riva et al., 2017). De cliënten uit groep 1 en 2 waren gemiddeld tussen 71 en 80 jaar oud (50%). De leeftijd kan naast de medische behandeling van invloed zijn geweest op de smaakbeoordeling van de maaltijden.

5.2. EXTERNE VALIDITEIT

De externe validiteit bestaat uit een theoretische reflectie van het onderzoek waarin de resultaten gegeneraliseerd worden.

Er hebben geen eerdere onderzoeken plaats gevonden naar de meerwaarde van Duchesse in een thuissetting. Wel is er onderzoek gedaan in een verpleeghuissetting. De methode van dit onderzoek sloot ten dele (de onderzoeksfase) aan bij de methode van Joußen & Kreutz, 2017. Een mixed method onderzoek wordt in meerdere onderzoeken gedaan maar meestal om een bijdrage te leveren in het analyseren van veranderingsprocessen maar dan op organisatieniveaus (Powell, 2014). Volgens Fetters, Curry en Creswell (2013) is er dit geval sprake van een verklarend sequentieel design. De kwantitatieve data wordt eerst verzameld en geanalyseerd en vervolgens gebruikt voor de kwalitatieve data verzameling. Er wordt dan dieper op de vraagstukken ingegaan. Dit alles gebeurd in kader van een casestudie framework. De gehanteerde onderzoeksmethode is goed opgebouwd.

Naar aanleiding van de verschillende problematieken, ontstaan door chirurgie en/of radio-/chemotherapie, is het niet vreemd dat HHT-patiënten met dysfagie een verminderde kwaliteit van leven kunnen ervaren. De resultaten van de SWALQOL lieten zien dat de cliënten een gemiddelde matige score hadden. Dit betekent dat zij weinig tot geen hinder ervaren van de dysfagie in hun dagelijks leven (Lango et al, 2014). Als laagste werd gescoord op de domeinen maaltijdduur, voedselselectie, last sociaal functioneren en het hoogste werd gescoord op angst, slaap en mentale gezondheid. Dit komt deels overeen met het onderzoek van Dos Santos Queija et al. (2009). Zij hadden gebruik gemaakt van de SWAL-QOL (met een max score van 100 per domein) om de kwaliteit van leven te meten bij 28 patiënten na totale (TL) en partiele laryngectomie (PL). In dit onderzoek is de puntentelling niet gewijzigd. De resultaten van de vragenlijst lieten zien dat de scores in bijna alle domeinen een goede kwaliteit van leven aangaven. De klachten betroffen vooral de domeinen communicatie eetduur en sociale functioneren. De hoogst gescoorde domeinen waren mentale gezondheid, last verlangen en selectie van voeding (Dos Santos Queija, Portas, Dedivitis, Lehn, & Barros, 2009). De SWAL-QOL score was bij cliënt C het laagst, en de angst tot verslikken werd als hoogste gescoord. Deze angst is mogelijk afhankelijk van de medische ingreep, maar moet nader onderzocht worden. Bij een tracheotomie kan men zich nog verslikken. Bij een laryngectomie is dit niet meer mogelijk. Kraaijenga et al. (2015) beschreef dat mensen moeite ervaren bij het toegeven

van slikproblemen. Uit hun onderzoek, waarbij 49 mensen (behandeld met chemo-radiotherapie) hadden deelgenomen, bleek dat alleen 1 van de 4 patiënten met dysfagie toegaf dysfagie te hebben. In dit onderzoek gaven meer cliënten toe (66,7%) dysfagie te hebben. In de literatuur wordt vaker gesproken over ondergewicht bij patiënten met slikproblemen en de invloed op kwaliteit van leven (Ossenblok & Van den Heuvel, 2014). De cliënten van groep 1 en 2 hadden een licht overgewicht. Wat betekent dat er geen sprake was van ondervoeding. Dit draagt positief bij aan de kwaliteit van leven (Integraal Kankercentrum Nederland, 2006) en vormde een goede uitgangspositie voor het onderzoek.

Tijdens het eten en/of drinken kunnen HHT-patiënten vaker dan niet last hebben van residu in de keel, zoals de patiënten in het huidige onderzoek. Deze patiënten hebben destijds technieken geleerd waarbij zij het residu weg kunnen spoelen met vloeistof of konden ophoesten. Maaltijden werden ook vaak aangepast om te voorkomen dat zij zich zouden verslikken. Pureren of toevoegen van veel saus zijn hier voorbeelden van (Patterson, McColl, Wilson, Carding, & Rapley, 2015). Klinisch gezien zijn ophoesten en kuchen een indicatie van slikproblemen, in de vorm van penetratie en/of aspiratie (Patterson et al., 2015). De resultaten van verslikken, bij patiënt C, zijn om die reden geïnccludeerd in het onderzoek. Verder is het belangrijk dat patiënten bewust worden gemaakt van de risico op penetratie/aspiratie die zij kunnen oplopen tijdens revalidatie en bij follow-ups (Lindblom et al., 2016).

In dit onderzoek hebben geen subgroep analyses plaatsgevonden omdat de verdeling over de groepen niet gelijk waren en het een multiple casestudie betreft. De onderzoekspopulatie was een heterogene groep van 3 leeftijdsgroepen diverse medische behandelingen. Het grootste gedeelte heeft een laryngectomie (50%) ondergaan en is daarmee niet geheel representatief voor de gehele populatie waarin momenteel 25,6% strottenhoofdkeelkanker heeft IKNL (2011-2017). Daarnaast is het aantal vrouwen (1) en mannen (11) niet gelijk verdeeld. Bij groep 2 is bewust gekozen voor diverse medische ingrepen om sampling bias te voorkomen en een eerste indruk te krijgen binnen de doelgroep met betrekking tot de vraagstelling van het onderzoek. Elke behandeling heeft verschillende gevolgen op het gebied van slikken. Giannitto et al. (2017) gaven aan dat, bij een tongdissectie van <50%, het weinig tot geen invloed op slikken zou hebben. Integendeel, de bolusvorming en slikacte werd verminderd, waardoor slikken bemoeilijkt werd. PL, in vergelijking met TL, leverde de meeste aspiratieproblemen op. Dit kwam waarschijnlijk vanwege het verwijderen van structuren die als mogelijke beveiliging van de luchtweg dienden.

In combinatie met radiotherapie leidde dat tot een hogere risico op aspiratie. Echter had de tijdsinterval tussen radiotherapie en operatie geen invloed op de ernst van aspiratie (Lindblom et al., 2016). Statistisch gezien werd er ook geen significante associatie gevonden tussen aspiratie en geslacht, techniek gehanteerd bij radiotherapie en tumorplaats (Lindblom et al., 2016). In dit onderzoek kan er geen uitspraak gedaan worden, over de invloed van medische ingrepen, deze waren te verschillend en is niet geschikt voor een multiple case methode. In groep 1 en 2 werd aangegeven dat de cliënten normale voeding nuttigden, bij navragen bleek dat alle patiënten aanpassingen deden. Volgens de FOIS (Functionele orale intakeschaal) van Crary, Mann, & Groher (2005) kunnen cliënten ingeschaald worden op schaal 6 (volledige orale intake van verschillende consistenties, met weglaten van bepaald(e) vocht of voeding en dus niet in schaal 7 (normale voeding).

Zoals eerder vermeld in dit onderzoek, kunnen radio- en chemotherapie invloed hebben op zowel smaak als reuk (Riva, Sensini, Corvino, Pecorari, & Garzaro, 2017). Smaak kan op drie manieren worden aangetast, namelijk hypoguesia (algehele vermindering van smaak), dysguesia (vervorming van smaak, zoals zout en bitter) en aguesia (afwezigheid van smaak) (Ray-Chaudhuri, Shah, & Porter, 2013) en door invloed van xerostomie. Uit het artikel van Beetz (2014) komt naar voren dat bij bestraling in het hoofd-halsgebied delen van de speekselklieren mee bestraald worden. Een van de meest voorkomende bijwerkingen is de verminderde productie van speeksel door de speekselklieren. Dit kan leiden tot klachten van droge mond, veranderde smaak, slik- en spraakproblemen en is van invloed op de kwaliteit van leven. Alle 3 de cliënten uit groep 2 hadden last van verminderd speeksel, voor groep 1 was dit onbekend. Dit kan ook invloed gehad hebben op de smaak. Van de drie cliënten was dysguesia en xerostomie het meest voorkomend tijdens het actuele onderzoek. Qua smaakveranderingen hadden twee van de drie patiënten een smaakverandering bij bitter en één cliënt bij zuur eten, dit bevestigt wat er in de literatuur beschreven staat over de verdwijning van de smaken (Sanderse & de Vries, 2015). De voorkeur voor zoet, werd bevestigd in de interviewfase. Het was een smaak die snelgeproefd werd en lekker werd bevonden. Uit onderzoek is gebleken dat de relatie tussen de dosering van radiotherapie en de ernst van dysguesia nog niet verklaard is (Irvine, Dwevidi, Nutting, & Harrington, 2014).

Het eten en de bereiding ervan was een eigenschap die als zeer belangrijk wordt beschouwd voor mensen met HHT (Locher et al., 2010). Bepaalde eigenschappen, zoals consistentie, temperatuur

en presentatie, maakten het nuttigen van de maaltijden makkelijker (Ogama, Suzuki, Yasui, Azenishi, & Shimizu, 2010). Belqaid et al. (2018) hebben ervaringen van mensen met smaak en reuk aantastingen onderzocht in hun dagelijkse leven. De patiënten moesten aanpassingen en alternatieven zoeken die voldeden aan hun aanbevolen dagelijkse voedingsinname. Bijvoorbeeld kant-en-klare maaltijden, de patiënten ervaarden deze als onsmakelijk of niet iets wat zij normaliter zouden eten. Belqaid et al. (2018) gaf aan dat er nog veel onzekerheid ontstond rondom voeding vanwege de beperkte informatie die gegeven wordt over smaakveranderingen. Deze ervaring kan vergeleken worden met de belevingen van de cliënten in het huidige onderzoek, wat ook per persoon per Duchesse maaltijd verschilde. Anderen gebruikten verschillende kruiden die sterk van geur waren om nog een reukbeleving te kunnen ervaren (Ogama et al., 2010). Temperatuur en consistentie van maaltijden, zoals Ogama et al. (2010) had weergegeven, waren plezierig als ze een milde warmte hadden en er nog behoefte was aan licht kauwen. Tot slot kan er sprake zijn geweest van een novelty effect (hierboven al kort benoemd). De scores van de Duchesse maaltijden waren lager (5,0) maar niet veel lager dan de gemiddelde score (6,46) van de reguliere maaltijden qua smakelijkheid. Aantrekkelijkheid werd als hetzelfde beoordeeld. Het aanbevelen van de maaltijden door de cliënten, de herkenning dat de maaltijdduur verminderde en er minder sliksincidenten waren kan de score op de SWAL-QOL verbeteren voor de cliënten. De onderzoekspopulatie van groep 1 en 2 is niet geheel representatief voor de gehele populatie.

5.3. CONCLUSIE

Als conclusie kunnen we stellen dat met dit onderzoek getracht is om een eerste indruk te krijgen van de regulier maaltijdnuttiging van patiënten met HHT en zijn diverse gegevens verzameld over de smaakervaringen en –veranderingen, de problemen die verschillende patiënten met diverse medische behandelgeschiedenissen ervaren en hoe zij hun kwaliteit van leven beoordelen. Tevens hebben patiënten met HHT een eerste indruk gekregen van Duchesse maaltijden, hebben de onderzoekers gegevens verzameld over de aantrekkelijkheids- en de smakelijkheidsbeoordeling van de maaltijden..Echter zal er uitgebreider onderzoek gedaan moet worden om meer gegevens te verzamelen van diverse patiënten met HHT met vergelijkbare medische geschiedenissen enmate van slikproblemen, om onderlinge verbanden te kunnen analyseren. De meerwaarde wordt versterkt door de persoonlijke meningen en gegevens van de cliënten uit groep 2. Ook al beoordeelden zij hun regulier maaltijden en Duchesse maaltijden

vrijwel gelijk. Tevens is het aantal sliksincidenten afgenomen en de duur van de maaltijdnutting werd verkort. Duchesse levert al een belangrijke bijdrage voor de verpleeghuispopulatie. Voor de oncologiepoulatie met HHT kan Duchesse in eerste instantie een meerwaarde bieden. Er wordt aanbevolen om meer onderzoek te doen naar de beïnvloedende factoren. Deze factoren bestaan uit de invloed van: verminderd reukvermogen, presentatie maaltijden, smaakveranderingen door chemo- en/of radiotherapie en leeftijd, temperatuur, en speekselproductie op de smaakbeoordeling van de maaltijden. Mogelijke kunnen de verdere smaakanalyses en beoordelingen een verdere bijdrage leveren voor patiënten met HHT.

5.4. AANBEVELINGEN

Hieronder worden aanbevelingen gegeven voor verder onderzoek en voor de praktijk.

5.4.1. AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

Aanbeveling 1:

Het onderzoek betrof een eerste multiple casestudie en is niet volledige generaliseerbaar naar de populatie. Om een uitgebreidere indruk te krijgen over de eventuele meerwaarde die Duchesse bij HHT-patiënten kan leveren is het aanbevolen om het onderzoek door heel Nederland te doen, omdat de prevalentie van hoofd-halstumoren niet heel groot is per regio (IKNL, 2017).

Aanbeveling 2:

Uit onderzoek bleek dat de cliënt met de tracheostoma een hogere slikincidentie ervaarde. Daarom is het aan te bevelen om deze medische ingreep verder te onderzoeken bij meerdere patiënten om de onderlinge verschillen te beoordelen. Dit geldt ook voor de andere medische ingrepen.

Aanbeveling 3:

Duchesse kan op verschillende manieren bereid worden. Tijdens de onderzoeken bleek dat elk bereidingswijze voor een ander consistentie zorgde en dat de maaltijden niet warm genoeg werden. Dit dient nader onderzocht te worden bij grotere groepen met elk een andere bereidingswijze.

Aanbeveling 4

In dit onderzoek zijn niet alle vragen hetzelfde gesteld in groep 1 en 2. Het is aan te bevelen om bij volgende onderzoek dit wel te doen. Er kan dan meer data met elkaar vergeleken worden.

Aanbeveling 5

Dit onderzoek had veel beïnvloedende factoren op de beoordeling van de Duchesse maaltijden. Het zou interessant zijn om deze factoren verder te onderzoeken. Om de invloed van de smaakveranderingen op de smaakbeoordeling van Duchesse beter in kaart te brengen is het interessant om een betrouwbaar meetinstrument voor de smaak te hanteren.

5.4.2. AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK**Aanbeveling 1:**

HHT-patiënten krijgen weinig tot geen informatie over goede en lekkere voedingsaanpassingen. Voorlichtingen hierover kunnen een meerwaarde zijn voor zowel HHT-patiënten als voor alle oncologiepatiënten.

Aanbeveling 2:

Om een grote doelgroep te treffen die alleen gemalen voeding nuttigen is het misschien interessant om het onderzoek in een ziekenhuissetting te laten plaatsvinden op de oncologieafdeling. De cliënten die daar net zijn behandeld krijgen gemalen voeding. Mogelijk kan de meerwaarde van Duchesse onderzocht worden om goede patiëntenbegeleiding te kunnen bieden als ze naar huis gaan.

5.4.3. TAKE HOME MESSAGE

Er heeft nog maar weinig onderzoek plaatsgevonden voor een specifieke doelgroep als patiënten met hoofd-halstumoren. Het is een groep die toch veel problemen ondervindt met het eten van geschikte voeding. Veel hebben zij zelf uitprobeerd. Duchesse wordt al genuttigd in de een verpleeghuissetting. Dit onderzoeks geeft nu inzicht in de meerwaarde van Duchesse voor de thuissituatie en hopelijk wordt er door meer onderzoek een nog passendere maaltijd gecreëerd. Voeding moet niet alleen een basisbehoefte zijn als je dysfagie hebt, het moet ook lekker zijn, want het beïnvloedt immers de kwaliteit van leven van een ieder.

6. LITERATUURLIJST

Al-Mamgani, A., van Rooij, P., Tans, L., Verduijn, G. M., Sewnaik, A., & de Jong, R. J. B. (2013). A prospective evaluation of patient-reported quality-of-life after (chemo) radiation for oropharyngeal cancer: which patients are at risk of significant quality-of-life deterioration?. *Radiotherapy and Oncology*, 106(3), 359-363.

Althubaiti, A. (2016). Information bias in health research: definition, pitfalls, and adjustment methods. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 211–217.
<http://doi.org/10.2147/JMDH.S104807>

Alvarez-Camacho, M., Gonella, S., Ghosh, S., Kubrak, C., Scrimger, R. A., Chu, K. P., & Wismer, W. V. (2016). The impact of taste and smell alterations on quality of life in head and neck cancer patients. *Quality of Life Research*, 25(6), 1495-1504.

Beetz, I. (2014). *Prediction of patient-rated radiation-induced xerostomia*. University of Groningen Library][Host].

Belqaid, K., Tishelman, C., Orrevall, Y., Månsson-Brahme, E., & Bernhardson, B. M. (2018). Dealing with taste and smell alterations—A qualitative interview studie of people treated for lung cancer. *PloS one*, 13(1), e0191117.

Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, C., & Walter, F. (2016). Member checking: a tool to enhance trustworthiness or merely a nod to validation?. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1802-1811.

BMI classification. (2018, 26 mei). Geraadpleegd op 26 mei 2018, van apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.

Boerjan, S. (2013). Als eten een zorg wordt...*Denkbeeld*, 25(4). 4-4.

Bozec, A., Demez, P., Gal, J., Chamorey, E., Louis, M. Y., Blanchard, D., ... & Poissonnet, G. (2018). Long-term quality of life and psycho-social outcomes after oropharyngeal cancer surgery and radial forearm free-flap reconstruction: A GETTEC prospective multicentric studie. *Surgical Oncology*, 27(1), 23-30.

Bouter, L. M., Zielhuis, G. A., & Dongen, M. v. (2010). *Epidemiologisch onderzoek. opzet en interpretatie*. Houten Bohn Stafleu van Loghum 2010.

Butter, R. P. (2016). Het beste van twee werelden: mixed methods als motor van praktijkgericht onderzoek. *Thema hoger onderwijs*, 3, 56-61.

Chopra, P. (2010, 20 april). The importance of nutrition in our daily life. Geraadpleegd op 19 juni 2017, van <http://www.articlesfactory.com/articles/health/the-importance-of-nutrition-in-our-daily-life.html>.

Cleophas, T. J. (1993). Carryover bias in clinical investigations. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 33(9), 799-804.

Crary, M. A., Mann, G. D. C., & Groher, M. E. (2005). Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 86(8), 1516-1520.

De Bodt, M., Guns, C., D'hondt, M., Vanderwegen, J., & Van, N. G. (2015). *Dysfagie: Handboek voor de klinische praktijk*. Antwerpen: Garant.

De Campos, R. J., Palma, P. V., & Leite, I. C. (2013). Quality of life in patients with dysphagia after radiation and chemotherapy treatment for head and neck tumors. *Journal of clinical and experimental dentistry*, 5(3), e122.

De Keuken van Limburg (z.d.). Geraadpleegd op 27 april 2017, van <http://www.dekvl.nl/>

Diet Health Club. (2014, 16 januari). Food and Nutrition Information for Everybody. Geraadpleegd op 19 juni 2017, van <http://www.diethealthclub.com/food-log/food-and-nutrition/html>.

Dos Santos Queija, D., Portas, J. G., Dedivitis, R. A., Lehn, C. N., & Barros, A. P. B. (2009). Swallowing and quality of life after total laryngectomy and pharyngolaryngectomy. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*, 75(4), 556-564.

Duchesse (2018). Geraadpleegd op 27 april 2017, van <https://www.duchesse.nl/>.

Ensie (2016, 14 maart). Kwaliteit van Leven. Geraadpleegd op 19 juni 2017, van <http://www.ensie.nl/redactie-ensie/kwaliteit-van-leven>.

- Farri, A., Accornero, A., & Burdese, C. (2007). Social importance of dysphagia: its impact on diagnosis and therapy. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 27(2), 83.
- Fetters, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving Integration in Mixed Methods Designs-Principles and Practices. *Health Services Research*, 48(6pt2), 2134-2156. doi:10.1111/1475-6773.12117
- Francis, D.O., Weymuller, E.A. Jr, Parvathaneni, U., Merati, A.L. & Yueh, B. (2010). Dysphagia, stricture and pneumonia in head and neck cancer patients: does treatment modality matter? *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, 119(6), 391-397.
- Gale, C.L. (2015). *A Studie Guide for Psychologists and Their Theories for Students: ABRAHAM MASLOW*. Gale, Cengage Learning.
- Gellrich, N. C., Handschel, J., Holtmann, H., & Krüskemper, G. (2015). Oral cancer malnutrition impacts weight and quality of life. *Nutrients*, 7(4), 2145-2160.
- Giannitto, C., Preda, L., Zurlo, V., Funicelli, L., Ansarin, M., Di Pietro, S., & Bellomi, M. (2017). Swallowing Disorders after Oral Cavity and Pharyngolaryngeal Surgery and Role of Imaging. *Gastroenterology research and practice*, 2017.
- Gravetter, F. J., & Forzano, L.-A. B. (2006). *Research methods for the behavioral sciences*. New York: Thomson Wadsworth.
- Groher, M.E. & Crary, M.A. (2010). *Dysphagia.Clinical management in adults and children*. Elsevier Health Sciences.
- Grootveld, C., Oudshoorn, T., Roersma, N., & Smal, J. (2018). *Patientenvereniging HOOFD-HALS (PVHH)*. Geraadpleegd op 28 december 2017, van <https://pvhh.nl>.
- Heijnen, B. J., Speyer, R., Kertscher, B., Cordier, R., Koetsenruijter, K. W. J., Swan, K., & Bogaardt, H. (2016). Dysphagia, Speech, Voice, and Trismus following Radiotherapy and/or Chemotherapy in Patients with Head and Neck Carcinoma: Review of the Literature. *BioMed research international*, 2016.
- Ijpma, I., Renken, R. J., Ter Horst, G. J., & Reyners, A. K. (2015). Metallic taste in cancer patients treated with chemotherapy. *Cancer treatment reviews*, 41(2), 179-186.

IKNL (2011-2017). *Cijfers over kanker in Limburg en Brabant 1990 t/m 2016*. Geraadpleegd op 29 april 2018, van http://www.cijfersoverkanker.nl/selecties/dataset_1/img595b6a0c5d31f_

Integraal Kankercentrum Nederland.(2006, 19 december). *Richtlijn: Voedingstekort*. Geraadpleegd op 30 mei 2018, van <https://www.oncoline.nl/richtlijn/doc/download.php?id=313>.

Irvine, E., Dwivedi, R. C., Nutting, C. M., & Harrington, K. J. (2014). Treatment-related dysgeusia in head and neck cancer patients. *Cancer Treat Rev*, 40(9), 1106-1117.

Kanker.nl (2015) *Een discussie in de groep hoofd- en halskanker*. Geraadpleegd op 27 december 2016, van <https://www.kanker.nl/discussiegroepen/23-hoofd-en-halskanker/2962-problemen-met-eten-keelkanker>.

Kalf, H. (2008). *Slikstoornissen bij volwassenen: Een interdisciplinaire benadering*. Bohn Stafleu van Loghum.

Kalf, H. (2013). *Fingerfood en 'FlavourFUN'*. Geraadpleegd op 19 juni 2017, van <http://www.moeijkslikken.nl/aangepaste-voeding/wat-als>.

Kaspar, K. (2016). For Patients with swallowing difficulties: Restorative care needs for malnutrition, sarcopenic dysphagia, and frailty. Milaan, 2016.

Kraaijenga, S. A., Oskam, I. M., van der Molen, L., Hamming-Vrieze, O., Hilgers, F. J., & van den Brekel, M. W. (2015). Evaluation of long term (10-years+) dysphagia and trismus in patients treated with concurrent chemo-radiotherapy for advanced head and neck cancer. *Oral Oncol*, 51(8), 787-794.

Kraaijenga, S. A., van der Molen, L., Jacobi, I., Hamming-Vrieze, O., Hilgers, F. J., & van den Brekel, M. W. (2015). Prospective clinical studie on long-term swallowing function and voice quality in advanced head and neck cancer patients treated with concurrent chemoradiotherapy and preventive swallowing exercises. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 272(11), 3521-3531.

Klerk, de E., & Tongeren, van J. (2017). *Welke smaakvoorkeuren heeft een patient die chemotherapie ondergaat op de afdelingen oncologie en hematologie in het Vumc?* (bachelorthesis). Geraadpleegd van <https://hbo-kennisbank.nl/record/amsterdam/oai:hva.nl:6637753>.

- Lango, M. N., Egleston, B., Fang, C., Burtness, B., Galloway, T., Liu, J., ... & Ridge, J. A. (2014). Baseline health perceptions, dysphagia, and survival in patients with head and neck cancer. *Cancer*, 120(6), 840-847.
- Lazarus, C. (2006, November). Tongue strength and exercise in healthy individuals and in head and neck cancer patients. In *Seminars in speech and language*, 27(04), 260-267.
- Lindblom, U., Nilsson, P., Gärskog, O., Kjellen, E., Laurell, G., Wahlberg, P., ... & Levring Jäghagen, E. (2016). Aspiration as a late complication after accelerated versus conventional radiotherapy in patients with head and neck cancer. *Acta oto-laryngologica*, 136(3), 304-311.
- Locher, J. L., Robinson, C. O., Bailey, F. A., Carroll, W. R., Heimbürger, D. C., Saif, M. W., ... & Ritchie, C. S. (2010). Disruptions in the organization of meal preparation and consumption among older cancer patients and their family caregivers. *Psycho-oncology*, 19(9), 967-974.
- Logemann, J. A., Moks-van der Veer, S., & Jacobson, E.W.R. (2000). *Slikstoornissen: Onderzoek en behandeling*. Swets & Zeitlinger.
- Lotgenotenverhalen. (z.d.). Geraadpleegd op 30 juli 2017, van <https://pvhh.nl/lotgenotencontact/lotgenootverhalen/>.
- Meijer, C. (z.d.). *Waarom is gezonde voeding belangrijk?* [Blogpost]. Geraadpleegd op 19 juni 2017, van <https://www.feelgoodbyfood.nl/gezond-eten-waarom-belangrijk/>.
- McHorney, C.A., Bricker, D.E., Robbins, J., Kramer, A.E., Rosenbek, J.C., & Chignell, K.A. (2000). The SWAL-QOL outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: 11 item reduction and preliminary scaling. *Dysphagia*, 15(3), 122-133.
- Nederlandse Vereniging voor KNO (2014) *Richtlijn HHT*. Utrecht: KNO.
- Nederlandse Vereniging voor Keel –Neus –Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd – Halsgebied (NVKNO). (2016). *Richtlijn Orofaryngeale dysfagie*. Opgehaald op 30 juni 2018, van hoofdhalskanker: <https://www.hoofdhalskanker.info/wpavl/wp-content/uploads/Richtlijn-Orofaryngeale-dysfagie.pdf>.
- Noordwest Ziekenhuiszorg. (z.d.) *Commando operatie* [Brochure]. Geraadpleegd op 7 mei 2018, van <https://www.nwz.nl/portals/1/brochures/Noordwest/mondziekten-kaak-aangezichtschirurgie>

/225053_MKA_Commando-operatie_2017_04.pdf.

Ogama, N., Suzuki, S., Yasui, Y., Azenishi, K., & Shimizu, Y. (2010). Analysis of causal models of diet for patients with head and neck cancer receiving radiation therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 291-298.

Oncoline. (2017, 1 maart). *Smaak- en reukveranderingen*. Geraadpleegd op 25 mei 2018, van https://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=40226&richtlijn_id=1017.

Ossenblok, F., & van den Heuvel, L. (2014). *Evidence based voedingsinterventies bij hoofd-halstumoren* (bachelorthesis). Geraadpleegd van <http://kennisbank.hva.nl/document/519085>.

Patterson, J.M., McColl, E., Wilson, J., Carding, P., & Rapley, T. (2015). Head and neck cancer patients' perceptions of swallowing following chemoradiotherapy. *Supportive Care In Cancer*, 23(12), 3531-3538.

Polderman, N. (2018, april 9). *E-nummers*. Geraadpleegd van Consumentenbond: <https://www.consumentenbond.nl/e-nummers>.

Powell, Byron James, "A Mixed Methods Multiple Case Study of Implementation as Usual in Children's Social Service Organizations" (2014). *All Theses and Dissertations (ETDs)*. 1335.

Ray-Chaudhuri, A., Shah, K., & Porter, R. J. (2013). The oral management of patients who have received radiotherapy to the head and neck region. *British Dental Journal*, 214(8), 387-393.

Rinkel, R. N., Verdonck-de Leeuw, I. M., Doornaert, P., Buter, J., de Bree, R., Langendijk, J. A., Aaronson, N.K. & Leemans, C. R. (2016). Prevalence of swallowing and speech problems in daily life after chemoradiation for head and neck cancer based on cut-off scores of the patient-reported outcome measures SWAL-QOL and SHI. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 273(7), 1849-1855.

Riva, G., Sensini, M., Corvino, A., Pecorari, G., & Garzaro, M. (2017). Smell and Taste Impairment After Total Laryngectomy. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, 126(7), 548-554.

- Sanabria, A., Sánchez, D., Chala, A., & Alvarez, A. (2018). Quality of life in patients with larynx cancer in Latin America: Comparison between laryngectomy and organ preservation protocols. *ENT: Ear, Nose & Throat Journal*, 97(3).
- Sanderse, L., & de Vries, M. (2015). Oncologie en de mond, hoe zit het ook al weer?. *Standby*, 29(1), 4-7.
- Sapir, E., Tao, Y., Feng, F., Samuels, S., El Naqa, I., Murdoch-Kinch, C. A., . . . Eisbruch, A. (2016). Clinical Investigation: Predictors of Dysgeusia in Patients With Oropharyngeal Cancer Treated With Chemotherapy and Intensity Modulated Radiation Therapy. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 96, 354-361.
- Satter, E. (2007). Hierarchy of Food Needs. *Journal Of Nutrition Education & Behavior*, 39S187-S188.
- Silveira, M. H., Dedivitis, R. A., Queija, D. S., & Nascimento, P. C. (2015). Quality of life in swallowing disorders after nonsurgical treatment for head and neck cancer. *International archives of otorhinolaryngology*, 19(1), 46-54.
- Smith, C. H., Jebson, E. M., & Hanson, B. (2014). Thickened fluids: investigation of users' experiences and perceptions. *Clinical Nutrition*, 33(1), 171-174.
- Speyer, R., Heijnen, B. J., Baijens, L. W., Vrijenhoef, F. H., Otters, E. F., Roodenburg, N., & Bogaardt, H. C. (2011). Quality of life in oncological patients with oropharyngeal dysphagia: validity and reliability of the Dutch version of the MD Anderson Dysphagia Inventory and the Deglutition Handicap Index. *Dysphagia*, 26(4), 407-414.
- SurveyMonkey. (2018). Geraadpleegd op 3 maart 2018 van <https://www.enquetesmaken.com/students>.
- Thuisbeademing via een tracheostoma. Geraadpleegd op 28 april 2018, van https://www.umcg.nl/NL/Zorg/Volwassenen/zob2/Thuisbeademing/Beademingsvormen/Via_een_tracheostoma/Paginas/default.aspx.
- Tracheacanules [PDF]. (2012, 18 september). Geraadpleegd op 27 april 2018, van https://www.cominnet.nl/protocollen/prot_boek/docb_sys/pdf/info/protocol/tracheacanule/tracheacanules.pdf.

Tracheostoma: informatie voor patiënten en bezoekers. (z.d.) Geraadpleegd op 27 april 2018, van <https://www.viecuri.nl/media/brochures/intensive-care/aandoeningen-amp-behandelingen/tracheostoma/5353.pdf>.

Tracheostoma. (2018). Geraadpleegd op 27 april 2018, van [http://www.ziekenhuis.nl/behandelingen /t/tracheostoma/item25534](http://www.ziekenhuis.nl/behandelingen/t/tracheostoma/item25534)

Van der Linden, D. (z.j.). *Unieke voeding door 3D Foodprinting*. Geraadpleegd op 19 juni 2017, van <https://www.tno.nl/nl/aandachtsgebieden/gezond-leven/food-nutrition/hoogwaardige-voedsel-producten/unieke-voeding-door-3d-foodprinting/>.

Verzorging van Tracheostoma.(2016). Geraadpleegd op 28 april 2018, van <https://www.lumc.nl/patientenzorg/praktisch/patientenfolders/verzorging-tracheo-stoma>.

Vijendren, A., Jablenska, L., Kothari, P., & Trinidad, A. (2014). The Extended Role of Total Laryngectomy in Patients with Severe Neuromuscular Disabilities. *European Journal of General Medicine*, 11(3).

World Health Organisation (2018). *Global Database on Body Mass Index*. Opgehaald van World Health Organisation: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp>.

Zoutenbier, I., Versteegde, L., Sluijmers, J., Singer, I., & Gerrits, E. (2016). *Prevalentie en incidentie van gehoorstoornissen bij kinderen*. Rapport voor NVLF van Lectoraat Logopedie Hogeschool Utrecht.

BIJLAGE 1 SPECIFIEKE KENMERKEN GERELATEERD AAN DYSFAGIE PER SLIKFASE

Slikfase	Kenmerken
Orale fase	Verminderde lipsluiting (speekselverlies), tongmobiliteit, tongkracht, tongcontrole Verlies van kracht in wangspieren: hamsteren, residu Trismus: verminderde kaakopening en kauwproblemen Verstoorde bolusvorming en –transport Oraal residu Soms fasciculaties in de tong Verlengde orale transitijd Verminderde intraorale sensibiliteit
Faryngeale fase	Premature lekkage Velofaryngeale insufficiëntie Vertraagde initiatie slikreflex Verminderde tongbasisbeweeglijkheid- en kracht Abnormale timing in de faryngeale fase (vooral vertraging) Verlengde faryngeale transitijd Verminderde faryngeale contracties (residu in farynx) Stase in valleculae en sinuspiriformes Verminderde larynxelevatie, beweging epiglottis, faryngeale en laryngeale afsluiting, laryngeale sensibiliteit Laryngeale penetratie (stille) Aspiratie tijdens slikact, vooral bij vloeibaar (stille) Secundaire aspiratie
Oesofageale fase	Soms vroegtijdige of verminderde opening bovenste slokdarmsfincter

Bron: De Bodt et al., (2015).

BIJLAGE 2 BIJWERKINGEN DIVERSE CHIRURGISCHE INGREPEN
TABEL A: VORMEN VAN LARYNGEALE CHIRURGIE (DE BODT ET AL., 2015)

Laryngeale chirurgie		
Partiele laryngectomie	<u>Hemilaryngectomie</u> Soms tijdelijke aspiratie door verminderde luchtwegbescherming Unilaterale faryngeale zwakte Inadequate laryngeale elevatie <u>Subtotale laryngectomie</u> Verlengde orofaryngeale transitijd Verminderde tongbasisretractie Vertraagde slikreflex Verminderde faryngeale contracties Premature lekkage Faryngeaal residu Verminderde laryngeale elevatie (stille) aspiratie na de slikact Verminderde opening bovenste slokdarmsfincter	<u>Supraglottische laryngectomie</u> Ernstige faryngeale dysfagie Verminderde tongbasisretractie, vertraagde boluspropulsie Premature lekkage Inadequate larygeale afsluiting Verminderde larynxelevatie Faryngeaal residu door verminderde faryngeale contracties Stase in valliculae en sinus piriformes Verminderde luchtwegbescherming Laryngeale penetratie en/of (stille) aspiratie tijdens en na de slikken Meermaals slikken Verminderde opening bovenste slokdarmsfincter
Totale laryngectomie	Is veilig, maar wel minder efficiënt Geen aspiratierisico behalve bij fistels of lekkage spraakknop Verminderde klaring oraal, faryngeaal, oesofageaal Kans op stase van voedsel en vloeistoffen door pseudo epiglottis Stoornissen bovenste slokdarmsfincter Kans op vertraagd bolustransport in begin en nasale regurgitatie Klachten: globusgevoel, orale/nasale regurgitatie, problemen met vast voedsel	

TABEL B: VORMEN VAN FARYNGEALE CHIRURGIE (DE BODT ET AL., 2015)

	<u>Algemene klachten</u>	<u>Oraal gebied</u>	<u>Faryngeaal gebied</u>
Voor de operatie	Vastzitten voedsel Veel speeksel Odynofagie Uitspuwen onverteerd voedsel Hoesten tijdens of na maaltijden Reflux Snelle progressieve dysfagie	Afwijkende tongbeweeglijkheid Herhaald tongpompen Oraal residu Abnormale bolusvorming	Premature lekkage Verminderde laryngeale beweeglijkheid Faryngeaal residu Verminderde faryngeale contracties Asymmetrische bolusstroom Laryngeale penetratie/aspiratie
Na de operatie Vooral stoornissen in faryngeale fase, soms toename ernst van stoornissen in orale fase	Globusgevoel Hoesten tijdens of na maaltijden Droge mond Uitspuwen van speeksel of slijm Vol gevoel, snel volzitten bij het eten	Abnormale tongbeweeglijkheid Premature lekkage Oraal residu Abnormale bolusvorming	Vertraagde initiatie slikinzet Verminderde faryngeale contracties Faryngeaal residu Verminderde larynxelevatie Asymmetrische bolusstroom Laryngeale penetratie/aspiratie

TABEL C: VORMEN VAN OESOFAGEALE CHIRURGIE (DE BODT ET AL., 2015)

Oesofageale chirurgie	
	Algemeen
Mandibulaire resectie	Kauwproblemen Problemen met mondsluiting Gevoelsverlies in onderlip en tanden Verstoorde elevatie hyoid en opening bovenste slokdarmsfincter Xerostomie
Lipresectie	Problemen met inname bolus Lekkage van bolus langs lippen
Glossectomie	Verminderde boluscontrole Kauwproblemen Verminderd bereik van de tongbewegingen Verhoogde orale transitijd Oraal residu Premature lekkage Verminderde tongbasisretractie Vertraagde initiatie slikreflex Xerostomie

	Partiële glossectomie	Totale glossectomie
	Kauwproblemen Verstoorde bolusvorming, -transport en -controle Verlengde orale transitijd Oraal residu Stase in valleculae Verminderde tongbasisretractie Toename in slikpogingen	Kauwproblemen Verstoorde bolusvorming, -transport en -controle Oraal en/of faryngeaal residu Verminderde tongpropulsie Stase in valleculae en op de bovenste slokdarmsfincter
Resectie tonsil/tongbasis	Problemen met kauwen Verstoord orofaryngeaaltransport Hamsteren/oraal residu Verlengde orale transitijd Verstoorde initiatie slikreflex Verminderde boluspropulsie naar farynx Verminderde contractie farynxwand (door residu) Verlengde faryngeale transitijd Soms verminderde larynxelevatie (secundaire) aspiratie voor of na slikact (bij 25%-50% tongbasis resectie) Meer problemen met halfvast en vast voedsel dan met vloeistoffen	
Resectie mondbodem	Verminderde tongbeweeglijkheid Verstoorde bolustransport en boluspropulsie naar farynx Verstoorde initiatie slikreflex en faryngeaal transport Stoornissen in sensibiliteit, smaak en tongbeweeglijkheid Residu op mondbodem Faryngeaal residu Verminderde beweeglijkheid hyoid Verminderde larynxelevatie is gevolg van connectie tussen mondbodem en hyoid	

Bijlage 2

	Verminderde opening bovenste slokdarmsfincter (bij doorsnijden mondbodemspieren) Xerostomie
Resectie harde gehemelte of velum	Verstoorde bolusvorming-, en propulsie naar farynx Nasale regurgitatie
Faryngeale resectie	Vertraging initiatie slikreflex Zwakke faryngeale peristaltiek (faryngeaal residu)

BIJLAGE 3 TOEGEVOEGDE INGREDIËNTEN DUCHESSIE MAALTIJDEN

VOEDINGSWAARDE PER GERECHT, PER 100 GRAM

Babi Pangang met sajorboontjes en rijst	83,5	4,8	11,5	6,3	2,1	1,4	1,0	0,508
Hutspot met hachee	100,9	5,9	10,3	2,0	3,6	0,9	0,5	0,981
Kabeljauw met spinazie en aardappel	92,1	4,5	8,7	1,1	4,3	1,6	0,6	1,089
Kabeljauw met worteltjes en aardappel	83,9	4,1	8,8	1,6	3,4	1,3	0,6	0,836
Kipfilet met dopwerwtjes en aardappel	91,3	6,8	9,3	1,1	2,9	0,9	1,2	0,984
Pasta bolognese	68,8	5,9	5,0	1,2	2,6	0,6	0,7	0,612
Pasta Carabonara	66,8	5,9	4,8	0,5	2,9	1,5	0,1	0,616
Runderlapje met bloemkool en pomme marguise	95,5	6,1	8,5	1,2	4,3	1,6	0,4	0,752
Varkenslapje met sperzieboontjes en aardappel	89,5	5,5	8,8	0,9	3,5	1,2	0,9	0,957

Bijlage 3

E-NUMMERS

Gerecht	Kleur-stoffen (E100-E199)	Bewaar- middelen (E200-E299)	Anti-oxidanten (E300-E399)	Emulgators/stabilisators/ verdikkingsmiddel (E400-E499)	Zuurte- regelaars (E500-E599)	Smaak- versterkers (E600-E699)
Babi Pangang met sajoerboontjes en rijst	E101 E150c	E202 E262 E270	E339			E621 E627 E631
Kipfilet met doperwtjes en aardappel	E101 E150c	E262	E306 E310 E320 E330 E331 E339	E435 E471 E472c	E551	E621 E627 E631
Runderlapje met bloemkool en pomme marquise	E100 E101 E150c	E262	E306 E310 E320 E330 E331 E339	E415 E435 E450 E452 E471 E472c	E551	E621 E627 E631
Varkenslapje met sperzieboontjes en aardappel	E101 E150c		E306 E310 E320 E330 E331	E435 E471 E472c	E551	E621 E627 E631
Kabeljauw met spinazie en aardappel	E100 E150cE160c	E262ii	E330 E331	E412 E435		E621 E627

			E339	E450 E452 E471 E472c		E631
Kabeljauw met worteltjes en aardappel	E100 E101 E150c E160c	E262ii	E330 E331 E339	E412 E435 E450 E452 E471 E472c		E621 E627 E631
Hutspot met hachee	E101 E150c		E306 E310 E320 E330	E471	E551	E621 E627 E631
Pasta carbonara	E101	E262ii	E331	E415 E435 E450 E471		E621 E627 E631
Pasta bolognese	E100 E101	E262ii	E306 E339	E415 E450 E452	E509	E621 E627 E631

TOELICHTING OP E-NUMMERS

E-nummer	Toelichting	E-nummer	Toelichting
E100-E199	100 Curcumine 101 Riboflavine 150c Ammoniakkaramel 160c Paprika-extract	E400-E499	412 Guarpitmeel 415 Xanthaangom 435 Polysorbaat 60 450 Difosfaten 452 Polyfosfaten 471 Mono- en diglyceriden van vetzuren 472c Mono-en diglyceriden van vetzuren veresterd met citroenzuur
E200-E299	202 Kaliumsorbaat 262 Natriumacetaat 262ii Natriumwaterstofdiacetaat 270 Melkzuur	E500-E599	509 Calciumchloride 551 Siliciumdioxide
E300-E399	306 Tocoferolrijke extracten 310 Propylgallaat 320 Butylhydroxyanisol (BHA) 330 Citroenzuur 331 Natriumcitraten 339 Natriumfosfaten	E600-E699	621 Mononatriumglutamaat 627 Natriumguanylaat 631 Dinatriuminosinaat

Bron: Polderman, (2018).

BIJLAGE 4

BEREIDING EN SERVEERINSTRUCTIE DUCHESSE²

Verwarm- en serveerinstructie

Neem voor het beste resultaat onderstaande instructies aandachtig door.

Combisteamer:

Bij voorkeur ontdooit product in gesloten verpakking ca. 35 min. op 90 °C met 90% stoom. Bevroren product ca. 20 min. langer. Serveerinstructie, zie onderstaand.

Heteluchtoven:

Bij voorkeur ontdooit product in gesloten verpakking ca. 40 min. op max. 95 °C. Bevroren product ca. 30 min. langer. Serveerinstructie, zie onderstaand.

Magnetron:

Laat het product eerst ontdooien. Maak het deksel een beetje los. Verwarm 7 min. en 30 sec. op 300 watt. Laat het product nog 2 min. staan alvorens te serveren volgens onderstaande serveerinstructie.

Contactwarmte:

Verwarming met contactwarmte is mogelijk. Omdat het product geleidelijk verwarmd moet worden, is meestal een tussenschaal nodig. Contacteer de leverancier van uw apparatuur voor de juiste aanpak en instellingen voor dit product. Serveerinstructie, zie onderstaand.

Serveerinstructie:

Neem na verwarming het deksel af, zet het product met bakje omgekeerd op een bord, prik eventueel een gaatje in de bodem en neem het bakje voorzichtig af zodat de saus over het gerecht kan vloeien.



Eindelijk is er weer lekker eten voor mensen met kauw- en slikproblemen
www.duchesse.nl Tel. 045-5285047

² Voor de publicatie van de verwarminstructies en de afbeelding op het voorblad, is toestemming verkregen van de Keuken van Limburg, die Duchesse hebben ontwikkeld.

BIJLAGE 5 UITGEVOERDE STAPPEN ORIËNTATIEFASE

Uitgevoerde stap	Inhoud	Wie	Hoe	Benodigdheden
Presenteren	Wie zijn de onderzoekers, het onderzoek, doel en Duchesse	Onderzoekers	Met een laptop wordt een korte presentatie gegeven incl. informatie film	Laptop, beamer
Uitleg geven	Uitleg geven over het proeven en het invullen van de vragenlijst	Onderzoekers en cliënten	De vragenlijsten worden uitgedeeld en samen met de cliënten doorgenomen om eventuele vragen direct te kunnen beantwoorden.	Vragenlijsten, toestemmingsverklaringen, pennen
Proefsessie	De cliënten kunnen de gerechten proeven	Cliënten	Alle gerechten worden op één rij gepresenteerd, de cliënten kunnen alle gerechten kunnen proeven	5 Duchesse gerechten, magnetron, proeflepeltjes, 5 borden
Evaluatie	Evalueren over het proeven en de vragenlijst en innemen van de vragenlijsten	Onderzoekers en cliënten	Allen gezamenlijk	Pen en papier, vragenlijsten, laptop

BIJLAGE 6 VRAGENLIJST ORIËNTATIEFASE**VRAGENLIJST ORIËNTATIEFASE**

Deze vragenlijst betreft algemene vragen over u als cliënt en vragen over de Duchesse maaltijden die u vandaag geproefd heeft.

1. Algemene vragen

(Mocht u iets niet in willen vullen, gelieve de ruimte open te laten.)

Geslacht: man / vrouw

Geboortedatum: _____

Medische ingreep: _____

Gewicht: _____ kg

Lengte: _____ cm

Allergieën/Intoleranties: _____

2. Welke behandeling heeft u ondergaan? Kruis uw antwoord aan.

Meerdere antwoorden mogelijk.

☐ chemotherapie ☐ radiotherapie ☐ chirurgische ingreep

3. Heeft u op dit moment problemen bij het eten/drinken of tijdens het kauwen ?

☐ Ja ☐ Nee, ga verder met vraag 6.

4. Ervaarde u al slikproblemen voor de behandeling van uw ziekte?

☐ Ja ☐ Nee

Zo Ja, welke problemen:

5. Welke problemen ervaart u nu voor/tijdens/na het eten en/of drinken?

6. Hoe ziet uw huidige voeding eruit tijdens het benutten van warme maaltijden? Kruis uw antwoord aan.

Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Glad gemalen/dikvloeibaar
- ☐ Gepureerd/gemalen
- ☐ Normaal
- ☐ Anders (bijv. zoals sondevoeding)

7. Moet u uw dranken indikken?

- ☐ Ja *Zo ja, in welke dikte?* ☐ Nee (ga naar volgende vraag)
- ☐ Siroopdikte (glijdt makkelijk van een lepel af)
- ☐ Honing dikte (laat een laagje achter op een lepel)
- ☐ Puddingdikte (blijft op een lepel)

8. Wat vindt u van uw huidige maaltijdsnuttiging op een schaal van 0 tot 10?

0 = Heel slecht 10 = heel goed

- | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Licht uw keuze toe:

9. Neemt u naast uw reguliere maaltijden ook bijvoeding, zoals bijvoorbeeld Nutridrink© ?

- ☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, wat gebruikt u?

10. Hieronder treft u een lijst met de 5 verschillende maaltijden van Duchesse. Het is de bedoeling dat u van iedere maaltijd een beoordeling geeft wat betreft de presentatie, geur en smaak. Hierbij dient u een cijfer te geven tussen 1(heel onaantrekkelijk) en 5 (heel aantrekkelijk)

1= heel onaantrekkelijk, 2= redelijk onaantrekkelijk, 3= neutraal, 4= redelijk aantrekkelijk,

5= heel aantrekkelijk

Maaltijd	Hoe ziet het eten eruit?	Hoe ruikt het eten?	Hoe smaakt het eten?
Hutspot met hachee			
Kabeljauw met worteltjes en aardappel			
Kipfilet met doperwtjes en aardappel			
Runderlapje met bloemkool en pomme marguise			
Varkenslapje met sperzieboontjes en aardappel			

11. Indien de maaltijd anders smaakte dan u verwacht had, kunt u omschrijven hoe de smaakbeleving voor u was?

Maaltijd: _____.

Beleving:

12. Welk cijfer geeft u de smaakbeleving van de gerechten in het algemeen?**Kies een cijfer tussen 0 en 10.***0 = Heel slecht 10 = heel goed*

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13. Zou u een maaltijd van Duchesse volledig kunnen nuttigen?☐ Ja☐ Ja, maar het is te weinig☐ Nee, het is te veel (gedeeltelijk)**14. Welk gerecht vond u het meest lekker en welk het minst lekker? Licht toe waarom u deze maaltijden heeft gekozen.***Minst lekker*

Meest lekker

15. Heeft u nog aanbevelingen voor een nieuwe maaltijd of smaken? Wat zou u graag willen bij een nieuwe maaltijd?

16. Opmerkingen/aanvullingen, wensen ter verbetering?

BIJLAGE 7 TOESTEMMINGSFORMULIER

Titel pilotonderzoek: Duchesse..., als probleemloos slikken niet meer vanzelfsprekend is na hoofd-halstumoren.

Verantwoordelijke onderzoekers: Stephanie Engels en Michelle ten Heuvel

In te vullen door de cliënt:

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en de belasting van het pilotonderzoek middels een in te vullen vragenlijst. Ik weet dat de gegevens en resultaten van de vragenlijst alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden (Zuyd Hogeschool) bekend gemaakt zullen worden. Mijn eventuele vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit pilotonderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit pilotonderzoek te beëindigen.

Naam cliënt:

Datum:

Handtekening cliënt:

BIJLAGE 8**ALGEMENE VRAGENLIJST ONDERZOEKSFASE**

Introductie: Hieronder vindt u een aantal algemene vragen waarmee wij inzicht willen krijgen in u als cliënt en uw ziektebeeld, daarnaast willen wij graag weten hoe nu uw reguliere avondmaaltijden er thuis uitzien, dit betreft de A t/m J.

Algemene vragen

(Mocht u iets niet in willen vullen, gelieve de ruimte open te laten.)

Geslacht: man / vrouw

Geboortedatum: _____

Medische ingreep: _____

Gewicht: _____ kg

Lengte: _____ cm

Allergieën/Intoleranties: _____

A. Welke behandeling heeft u ondergaan? Kruis uw antwoord aan.

Meerdere antwoorden mogelijk.

☐ chemotherapie

☐ radiotherapie

☐ chirurgische ingreep

B. Heeft u op dit moment problemen bij het eten/drinken of tijdens het kauwen ?

☐ Ja

☐ Nee, ga verder met vraag 6.

C. Ervaarde u al slikproblemen voor de behandeling van uw ziekte?

☐ Ja

☐ Nee

Zo Ja, welke problemen:

D. Kunt u zelfstandig eten? Zo niet, wie helpt u bij het eten?☐ Ja☐ Nee (noteer hier wie u helpt) _____**E. Welke problemen ervaart u nu tijdens het eten en/of drinken?**

F. Welke smaakveranderingen zijn er opgetreden ten gevolge van uw behandelingen. Indien aanwezig, welke veranderingen zijn dit?☐ Ja, er is een smaakverandering opgetreden☐ Nee, er is geen smaakverandering op getreden

Zo ja, geef hieronder aan welke smaken en omcirkel meer of minder aanwezig.

Meerdere antwoorden mogelijk:☐ Zuur (meer/minder aanwezig)☐ Zout (meer/minder aanwezig)☐ Zoet (meer/minder aanwezig)☐ Bitter (meer/minder aanwezig)**G. Wat vindt u van uw huidige maaltijdsnuttiging op een schaal van 0 tot 10?***0 = Heel slecht 10 = heel goed*

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

H. Is er voeding die u niet kunt eten vanwege uw slikprobleem? Zo ja, wat?☐ Ja, nl.

☐ Nee

I. Gebruikt u externe organisaties/een leverancier voor (klaargemaakte) maaltijden?

(of klaargemaakte maaltijden van de supermarkt?)

☐ Ja, nl.

☐ Nee

J. Zijn er dingen die u graag wilt delen die niet in de vragenlijst voor zijn gekomen?

BIJLAGE 9 VRAGENLIJST ONDERZOEKSFASE
DAGELIJKS INVULFORMULIER – WEEK 1 REGULIERE MAALTIJD
Voor het eten

Vraag 1	Wat is het gewicht van uw lege bord? _____ gram Wat is het gewicht van uw bord inclusief uw avondmaaltijd? _____ gram
Vraag 2a	Wat gaat u vandaag eten? En neemt u hier iets te drinken bij? _____ _____ _____ _____
Vraag 2b	Hoe is uw maaltijd samengesteld? Kruis uw antwoord aan. <i>Meerdere antwoorden mogelijk.</i> ☐ Glad gemalen/dikvloeibaar ☐ Gepureerd/gemalen ☐ Normaal ☐ Anders (bijv. zoals sondevoeding) _____
Vraag 3	Hoe aantrekkelijk of smakelijk ziet uw maaltijd eruit? <i>Kruis 1 antwoord tussen de 1 en 10 score.</i> <i>1 = Heel onaantrekkelijk, 5 = niet onaantrekkelijk, niet aantrekkelijk,</i> <i>10 = heel aantrekkelijk</i> ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tijdens eten

Vraag 4	Hoe smaakt het eten? Kruis 1 antwoord tussen de 1 en 10 score aan. <i>1 = Heel slecht 5 = niet slecht, niet goed (gemiddeld) 10 = heel goed</i> ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
Vraag 5	Hoe vaak heeft u zich verslikt? Als u heeft moeten kuchen of hoesten, geldt dit ook als een verslikincident. Kruis een van de vakjes aan. ☐ 0 – 2 keer ☐ 3 – 5 keer ☐ vaker dan 5 keer
Vraag 6	Hoe lang heeft u gedaan over het eten van uw maaltijd? _____min _____sec

Na het eten

Vraag 7	Wat is het gewicht van uw overgebleven maaltijd? _____gram
---------	--

DAGELIJKS INVULFORMULIER – WEEK 2 DUCHESSE MAALTIJD

Voor het eten

Vraag 1	Wat is het gewicht van uw lege bord? _____gram Wat is het gewicht van uw bord inclusief uw avondmaaltijd? _____gram
Vraag 2a	Welke maaltijd gaat u eten? Kruis één van de gerechten aan. (Naam staat op de verpakking). ☐ Pasta Bolognese ☐ Babi Pangang met sajoerboontjes en rijst ☐ Kipfilet met doperwtjes en aardappel ☐ Runderlapje met bloemkool en pomme marguise ☐ Kabeljauw met worteltjes en aardappel

Vraag 2b	Hoe aantrekkelijk of smakelijk ziet uw maaltijd eruit? Kruis 1 antwoord tussen de 1 en 10 score. <i>1 = Heel onaantrekkelijk, 5 = niet onaantrekkelijk, niet aantrekkelijk 10 = heel aantrekkelijk</i> ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
Vraag 3	Hoe heeft u de maaltijd bereidt? ☐ Heteluchtoven ☐ Combisteamer ☐ Magnetron ☐ Contactwarmte Hoe lang en op welke temperatuur heeft u de maaltijd bereidt? _____min _____°C/Watt Opmerkingen Hier kunt u iets invullen op het moment dat er iets misging in de bereiding zoals kapot bakje, te koude maaltijd, extra verwarmen etc. _____ _____ _____ _____

Tijdens eten

Vraag 4	Hoe smaakt het eten? Kruis 1 antwoord tussen de 1 en 10 score aan. <i>1 = Heel slecht, 5 = niet slecht, niet goed (gemiddeld), 10 = heel goed</i> ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
Vraag 5	Hoe vaak heeft u zich verslikt? Als u heeft moeten kuchen of hoesten, geldt dit ook als een verslikincident. Kruis een van de vakjes aan. ☐ 0 – 2 keer ☐ 3 – 5 keer ☐ vaker dan 5 keer

Vraag 6	Hoe lang heeft u gedaan over het eten van uw maaltijd? _____ min _____ sec
---------	--

Na het eten

Vraag 7	Wat is het gewicht van uw overgebleven maaltijd? _____ gram
---------	---

AFSLUITENDE VRAGENLIJST

1. **Heeft u nog aanbevelingen voor een nieuwe maaltijd of smaken? Wat zou u graag willen bij een nieuwe maaltijd?**

2. **Welk gerecht vond u het meest lekker en welk het minst lekker?** Licht toe waarom u deze maaltijden heeft gekozen. (Kunt u gelieve na het benuttigen van alle 5 maaltijden invullen.)

Minst lekker

Meest lekker

3. Heeft u verder opmerkingen/aanvullingen, wensen ter verbetering?

4. Indien de maaltijd anders smaakte dan u verwacht had, kunt u omschrijven hoe de smaakbeleving voor u was?

Beleving

5. Welk cijfer geeft u de smaakbeleving van de gerechten in het algemeen?Kies een cijfer tussen 0 en 10. (*1 = Heel slecht* *10 = heel goed*)

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

BIJLAGE 10

INFORMATIEBRIEF DEELNAME ONDERZOEK



Informatiebrief deelname onderzoek

Geachte heer/mevrouw,

Veel mensen hebben na de behandelingen voor de hoofd-halstumoren tijdelijk of langdurig last met eten en drinken. Het zoeken naar geschikte lekkere voeding is vaak een probleem als men slikproblemen ervaart. Dat hebben wij ook gemerkt door in gesprek te gaan met patiënten over dit onderwerp. Wellicht is dit bij u ook het geval.

Doel van het onderzoek.

Op dit moment loopt er een grootschalig onderzoek naar het vinden van de juiste voeding voor mensen die slikproblemen ervaren. Het doel dat wij willen bereiken is om te achterhalen “Welke meerwaarde kan Duchesse hebben op de maaltijdnuttiging in het dagelijkse leven van patiënten met HHT die slikproblemen ervaren, in de thuissetting?”

Het nuttigen van maaltijden wordt als erg belangrijk geacht in het dagelijks leven en eventuele problemen hiermee kunnen van invloed zijn op de kwaliteit van leven. Wij willen dit onderzoeken door u de verschillende maaltijden van Duchesse een week lang in thuis te laten uitproberen en dit vergelijken met de maaltijden die u dagelijks eet. U kunt de maaltijden zien als een alternatief of vervanging van uw reguliere warme maaltijd.

Duchesse: wat is dat?

“Duchesse” is een nieuw product ontworpen door de Keuken van Limburg in samenwerking met logopedisten. Keuken van Limburg is een organisatie gespecificeerd in het prepareren en leveren van klaargemaakte maaltijden. De maaltijden komen in verschillende consistenties, namelijk normaal, gemalen of mix voeding voor mensen met een speciale eetbehoefte. Vanwege de behoefte aan maaltijden geschikt voor dysfagiepatiënten (patiënten met slikproblemen), heeft Keuken van Limburg nieuwe maaltijden ontworpen die smaakvol en voedzaam zijn. Elk maaltijd bestaat uit drie á vier lagen: jus, groenten, vlees en een bijproduct zoals aardappelen, pasta en rijst. Om te voldoen aan de behoeften en wensen van elk dysfagiepatiënt, zijn er negen vers maaltijden ontworpen. De verschillende maaltijden zijn o.a. hutspot met hachee met worteltjes en aardappel, pasta bolognese en runderlapje met bloemkool en pomme marguise. Dus variatie is er zeker! Zoals u ziet op de afbeelding, komen zij in bakjes die makkelijk de magnetron of oven in kunnen. Dus simpeler kan het niet!



Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Dit onderzoek wordt bij u thuis uitgevoerd. Er worden twee onderdelen onderzocht: uw reguliere maaltijd nuttigheid thuis en het nuttigen van de Duchesse maaltijden. Hoe gaat dit in zijn werk:

1. **Kort bezoek: uitleg, invullen vragenlijst kwaliteit van leven en uitleg meetprotocol**
Wij zullen bij u op bezoek komen om met u een vragenlijst in te vullen over uw huidige ervaringen met de slikproblemen en wat algemene vragen. Daarnaast krijgt u verdere uitleg over het onderzoek en het voor u opgestelde protocol met simpele korte stappen die u kunt doorlopen.
2. **5 dagen bijhouden van de reguliere maaltijd + invullen korte vragenlijst**
Wij vragen u 5 dagen lang uw reguliere maaltijden bij te houden en dagelijks een schriftelijk/digitale vragenlijst in te vullen.
3. **5 dagen Duchesse maaltijden + invullen vragenlijst**
Daarna komen wij weer bij u langs om de maaltijden te introduceren en om een demonstratie te geven van de bereiding. U kunt dan 5 dagen lang kosteloos Duchesse uitproberen als vervanger van uw reguliere maaltijd. Ook dan vragen wij u om dagelijkse onze digitale vragenlijst in te vullen en foto's te maken van de maaltijden.

Het invullen van de vragenlijst kost u per dag ongeveer 5-10 min van uw tijd.

Om het u makkelijk te maken hebben wij de stappen die wij u vragen te doorlopen bij de vragenlijst kort en bondig op papier gezet. U hoeft dit niet zelf te onthouden.

4. **Persoonlijk interview +/- 30 min**

Tot slot komen wij nog één keer langs om een kort persoonlijk interview met u te houden over uw belevingen met de maaltijden van de Duchesse en natuurlijk ook om al uw eventuele vragen te beantwoorden en opmerkingen/suggesties te ontvangen.

Hoe lang duurt het onderzoek?

Het onderzoek zal ongeveer 11 dagen (waarvan 2x 5 dagen achter elkaar) in beslag nemen. Het invullen van de vragenlijsten zal u per dag niet meer dan 5-10 min van uw tijd kosten. Het afsluitende interview zal ongeveer 30 min duren. Wij komen in totaal 3x bij u thuis langs.

Wat gebeurt er met uw gegevens?

Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en daarom vragen wij u ook om tijdens het eerste contact bij u thuis een toestemmingsverklaring te ondertekenen. Uw onderzoeksgegevens zullen alleen gebruikt worden voor dit onderzoek en bekend gemaakt worden aan derden (docent Zuyd Hogeschool). Uw persoonlijke gegevens worden na afloop van het laatste bezoek vernietigd, docenten op Zuyd Hogeschool. Wij willen samen met oncologiepatiënten aan de slag om er achter te komen hoe zij Duchesse thuis ervaren in hun dagelijks leven en of dit

product een bijdrage kan leveren in kwaliteit van leven en tot minder slikproblemen leidt. Middels deze informatiebrief willen wij u informeren over Duchesse is en hopen wij uw interesse te wekken om deel te nemen aan ons onderzoek.

Bent u een patiënt die een hoofd-halstumor heeft gehad en ervaart u op dit moment slikproblemen, dan zijn wij op zoek naar u!

Onze vraag is of u bereid bent, om ons te helpen met ons afstudeeronderzoek. U kunt kosteloos deelnemen. Wij zijn u heel erg dankbaar en uiteraard houden wij u nadien op de hoogte van de vorderingen en de eindresultaten. Uiteraard krijgt u ook van ons nog een klein presentje als dank. Daarnaast bent u altijd welkom tijdens onze thesispresentatie op Zuyd Hogeschool eind juni 2018.

Wilt u verder nog iets weten?

Als u vragen heeft over de gang van zaken rond het onderzoek dan kunt u altijd terecht bij ons als onderzoekers. Dit kan zowel voor, tijdens als na het onderzoek.

Contactgegevens

M. ten Heuvel Mail: 0850330heuvel@zuyd.nl tel: 0619077481
S. Engels Mail: 090472engels@zuyd.nl

Met vriendelijke groet,

Michelle ten Heuvel, student Logopedie
Stephanie Engels, student Logopedie

BIJLAGE 11 MEETPROTOCOL WEEK 1 EN 2**MEETPROTOCOL WEEK 1****Meetprotocol Week 1: Reguliere Maaltijd**

Hieronder kunt u de stappen lezen die wij u willen vragen om uit te voeren voordat u uw avondmaaltijd gaat eten, tijdens het eten van de maaltijd en nadat u uw maaltijd heeft gegeten. Bij elke stap wordt een kort uitleg gegeven over wat u mag doen hoe u dit kan uitvoeren. U kunt uw antwoorden aangeven op de bijgevoegde invulformulieren of digitaal invullen, middels de door ons naar u toegezonden vragenlijst.

Voor het eten**Stap 1**
Gewicht meten

- Meet het gewicht van uw lege bord. Noteer dit gewicht bij vraag 1. Schep dan uw eten op en meet opnieuw het gewicht van uw bord incl. de maaltijd. Ook dit mag u noteren bij vraag 1.

Stap 2
De maaltijd

- Wat gaat u vandaag eten en hoe is uw maaltijd samengesteld? --> Vraag 2 a en b
- Hoe vindt u dat uw maaltijd eruit ziet --> vraag 3

Stap 3
Foto maken

- Maak een foto van uw maaltijd met uw mobiele telefoon of camera met uw persoonlijke nummer. Zorg ervoor dat de foto duidelijk is en dat de hele bord in beeld is. u kunt ons de foto sturen per whats-app of via de mail

Tijdens het eten**Stap 4**
Start tijd

- Voordat u gaat eten, zet een stopwatch klaar. Als u een smartphone hebt, kunt u de Stopwatch app hiervoor gebruiken. Zet deze aan voordat u het eerste hap neemt, en laat deze gedurende het eten lopen.

Stap 5
Smaak
beoordelen
& verslikken

- Hoe smaakt uw eten? --> vraag 4
- Heeft u zich verslikt tijdens het eten? Noteer dit bij vraag 5. Als u heeft moeten kuchen of hoesten, geldt deze ook als een verslikincident.

Stap 6
Tijd
stoppen

- Direct na het nuttigen van uw maaltijd, de stopwatch stoppen en de tijd noteren --> vraag 6

Na het eten**Stap 7**
Rest wegen

- Weeg uw bord nog een keer maar nu met de resten van de maaltijd na het eten. Noteer de hoeveelheid --> vraag 6.

Stap 8
Foto
maken

- Maak nogmaals een foto van uw bord met de resten er nog op incl. uw persoonlijk nummer. Ook deze foto mag u ons sturen via whatsapp of via mail.

MEETPROTOCOL WEEK 2

**Meetprotocol Week 2: Duchesse Maaltijd**

De Duchesse maaltijden komen in individuele bakken die goed ontdooit dienen te zijn voordat u deze kunt bereiden. Laat een bakje een hele dag in de koelkast zodat deze geleidelijk kan ontdooien. U kunt het bakje ook een korte tijd op kamertemperatuur laten staan om de ontdooiingfase te versnellen.

Let op! De maaltijden moeten gekoeld blijven voor het behoud van de consistentie en smaak van de maaltijden.

Zoals bij de reguliere voeding, doorloopt u voor Duchesse ook enkele stappen. Deze kunt u hieronder vinden. Ook nu mag u alles weer noteren in de bijgevoegde vragenlijst of in onze digitale vragenlijst.

Voor het eten
Stap 1
Gewicht
meten

- Meet het gewicht van uw lege bord. Noteer dit gewicht bij vraag 1. Schep dan uw eten op en meet opnieuw het gewicht van uw bord incl. de maaltijd. Ook dit mag u noteren bij vraag 1.

Stap 2
De maaltijd

- Welke maaltijd gaat u eten en hoe ziet de maaltijd eruit? --> Vraag 2a en b
- Hoe heeft u de maaltijd bereidt? --> vraag 3

Stap 3
Foto maken

- Maak een foto van uw maaltijd met uw mobiele telefoon of camera met uw persoonlijke nummer. Zorg ervoor dat de foto duidelijk is en dat de hele bord in beeld is. u kunt ons de foto sturen per whats-app of via de mail

Tijdens het eten

Stap 4 Start tijd

- Voordat u gaat eten, zet een stopwatch klaar. Als u een smartphone hebt, kunt u de Stopwatch app hiervoor gebruiken. Zet deze aan voordat u het eerste hap neemt, en laat deze gedurende het eten lopen.

Stap 5 Smaak beoordelen &verslikken

- Hoe smaakt uw eten? --> vraag 4
- Heeft u zich verslikt tijdens het eten? Noteer dit bij vraag 5. Als u heeft moeten kuchen of hoesten, geldt deze ook als een verslikincident

Stap 6 Tijd stoppen

- Direct na het nuttigen van uw maaltijd, mag de stopwatch stoppen en de tijd noteren --> vraag 6

Na het eten

Stap 7 Rest wegen

- Weeg uw bord nog een keer maar nu met de resten van de maaltijd na het eten. Noteer de hoeveelheid --> vraag 7

Stap 8 Foto maken

- Maak nogmaals een foto van uw bord met de resten er nog op incl. uw persoonlijk nummer. Ook deze foto mag u ons sturen.

BIJLAGE 12 INTERVIEW VRAGEN

1. Hoe heeft u dit onderzoek met de Duchesse maaltijden ervaren?
2. Hoe verliep het invullen van de vragenlijsten? Waren de vragen duidelijk?
3. Waren er dingen die u tegenaan liep gedurende de week?
4. Hoe verliep het bereiden van de maaltijden?
 - a. Vergelijken met de foto's: waardoor zag het er zo uit? Heeft u zich gehouden aan het protocol of bent u afgeweken
5. Eventueel de slikincidenten bespreken en waardoor kwam dit?
6. Zou u dit product aan een ander aanraden?
7. Heeft u adviezen of aanbevelingen voor ons?
8. Wat vond u van de producten in het algemeen? Zijn er plus- en minpunten?
9. Hongergevoelvoldaan?
10. Veranderingen in de ontlasting?

BIJLAGE 13 BMI INDEX WAARDEN
The International Classification of adult underweight, overweight and obesity according to Body Mass Index

Classification	BMI(kg/m ²)	
	Principal cut-off points	Additional cut-off points
Underweight	<18.50	<18.50
Severe thinness	<16.00	<16.00
Moderate thinness	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Mild thinness	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal range	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Overweight	≥25.00	≥25.00
Pre-obese	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Obese	≥30.00	≥30.00
Obese class I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obese class II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obese class III	≥40.00	≥40.00

Bron: World Health Organisation, (2018).

BIJLAGE 14

PERSOONLIJKE EN DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

GROEP 1 & 2

Variabelen	Gem.*	Spreiding	SD**	Perc.***	Missing
Geslacht (N=12)	-	-		91,7% 8,3%	-
Man					
Vrouw					
Leeftijd (in jaren)	74,64	64 – 89	7,84		1 (8,3%)
61 – 70 jaar				25%	
71 – 80 jaar				50%	
81 – 90 jaar				16,7%	
Gewicht (in kg)	76,92	62 - 97	11,37		
BMI (indexcijfer)	26,16	20,96 – 33,56	4,12	-	-
Medische ingreep	-	-			2 (16,7 %)
Laryngectomie				50%	
Tracheotomie				8,3%	
Commando operatie				8,3%	
Onbekend				16,6%	
Behandelingen	-	-	-		1 (8,3%)
Chirurgische ingreep				8,3%	
Chemo- & radiotherapie				8,3%	
Chemotherapie & chirurgische ingreep				16,7%	
Radiotherapie & chirurgische ingreep				50%	
Chirurgische ingreep, chemo- en radiotherapie,				8,3%	
Allergieën					3 (25%)
Ja				8,3%	
Nee				66,7%	
Slikproblemen					1 (8,3%)
Ja				66,7%	
Nee				25%	

*gem. = gemiddelde, **SD=standaard deviatie, ***Perc.=percentage

GROEP 1

Variabelen		Gem.*	Spreiding	SD**	Perc.***	Missing
Geslacht (N=9)	Man	-	-		100%	-
Leeftijd (in jaren)		77,38	65 – 89	7,26		1 (11,1%)
61 – 70 jaar					11,1%	
71 – 80 jaar					55,6%	
81 – 90 jaar					22,2%	
Gewicht (in kg)		80,44	66 - 97	10,84	100%	-
BMI (indexcijfer)		26,16	21,04 – 33,56	4,17	100%	-
Medische ingreep		-	-	0,78		2 (22,2%)
Laryngectomie					55,6%	
Tracheotomie					11,1%	
Commando operatie					-	
Onbekend					11,1%	
Behandelingen		-	-	1,06		1 (11,1%)
Chirurgische ingreep					11,1%	
Chemo- & radiotherapie					-	
Chemotherapie & chirurgische ingreep					22,2%	
Radiotherapie & chirurgische ingreep					55,6%	
Chirurgische ingreep, chemo- en radiotherapie,					-	
Allergieën	Ja	-	-	0,41	11,1%	3 (33,3%)
	Nee				55,6%	
Slikproblemen	Ja	-	-	0,52	55,6%	-
	Nee				44,4%	

*gem. = gemiddelde, **SD=standaard deviatie, ***Perc.=percentage.

BIJLAGE 15 FOTO'S REGULIERE EN DUCHESSÉ MAALTIJDEN

CLIENT A

Regulier



(Van links naar rechts: dag 1 t/m 5)

Duchesse



(Van links naar rechts: dag 1 t/m 5)

CLIENT B

Regulier



(Van links naar rechts: dag 1 t/m 5)

Duchesse



(Van links naar rechts: dag 1 t/m 5)

CLIENT C

Regulier



(Van links naar rechts: dag 1 t/m 5)

Duchesse



(Van links naar rechts: dag 1 t/m 5)

BIJLAGE 16 OVERZICHT REGULIERE MAALTIJDEN

GROEP 2

Cliënt	Dag	Gerecht	A*	S**	SI***	T****
A	1	4 zelf gebakken croissants met kaas en 1,5 glas water	8	5	3-5	56
	2	Hollandse aardappelschotel, haricoverts, 3 mini slavinken, champignonssaus, 1 glas water	5	5	0-2	44
	3	Spaghetti + bloemkool + roomsaus + 2 chipolata worstjes + half glas water	5	5	0-2	42
	4	Spaghetti + spinazie a la creme + 2 eieren en 1 glas water	5	5	3-5	38
	5	Rusti + worteltjes + lekkerbekje in bierbeslag + roomsaus en 1 glas water	5	6	0-2	49
B	1	Gebakken krieltjes, Verse sperziebonen en kipfilet met champignon roomsaus	8	8	0-2	19
	2	Zuurkool met spekjes, rookworst, aardappelpuree, jachtsaus	8	9	0-2	18
	3	Aardappelpuree, gekookte zalm met dillesaus. broccoli en cola erbij	9	8	0-2	16
	4	Frites met mayo, kipfilet met saus en witlof met slasaus. Cola erbij.	8	7	0-2	15
	5	Gebakken aardappelen, prei à la crème, beenham in honing mosterdsaus, pils	9	9	0-2	25
C	1	Puree, mix toskaanse groenten, kalfsvlees,jus, geen drinken	6	5	>5	45
	2	Puree, kip, prei, jus, 3 slokjes water	4	5	>5	55
	3	Puree, goulash, koolrabi, saus, jus, 2 slokjes water	6	7	>5	40
	4	Noodles mie, carbonarasaas, geen drinken	7	7	>5	50
	5	Puree, witlof, ham, kaassaas, jus, geen drinken	5	6	>5	40

*A =Beoordeling aantrekkelijkheid, **S=beoordeling smakelijkheid, ***SI= aantal slikincidenten per maaltijd, ****T=tijdsduur maaltijdnuttiging (in min).

BIJLAGE 17

INTERVIEWTRANSCRIPTEN EN CODERINGEN

CLIËNT A

O: onderzoeker

P: participant

Tekstfragment	Open coderen	Axiaal coderen
O: ja, zo, dat is makkelijk. Uhm. Dus met met de rijst die was		
P: ja, die babipangang was dat met die rijst	-	-
O: Ja.		
P: Dat was eigenlijk algemeen [...] warm maken dat die bijna niet uit het bakje te krijgen was.	Hanteerbaarheid	Beoordeling maaltijden (neg)
O: Mhm		
P: Want dat bleef van een deel al aan het bakje zelf hangen zeg maar. Dan kun je denken op de foto ook wel zien.	Bereiding	Beoordeling maaltijden (neg)
O: Ja.		
P: Bij alles was het mooi vol uit het bakje op het bord. Alleen bij uh.	Uiterlijk	Uiterlijk
O: Bij die niet.		
P: Nasi, uh bij die niet. Want daar heb ik met mijn vork die eerst uit het bakje moeten schrapen.	Schrapen	Beoordeling maaltijden (neg)
O: Mhm.		
P: En met ja die eerste helft ja dat blijft nog aan altijd aan de wand plakken. En ja.	Plakken, bereiding	Beoordeling maaltijden (neg)
O: Nee. Wat bizar. Ja.		
P: Wilt toch die door te eten, maar ja dat ging absoluut niet.	Moeilijk eten	Beoordeling maaltijden (neg)
O: Nee, nee, dat dacht ik al.		

P: Hier stop ik mee, want dit uh	Stop	Beoordeling maaltijden (neg)
O: Dat gaat niet werken.		
P: Dat gaat bij mij niet werken.	Stop	Beoordeling maaltijden (neg)
O: Nee, maar dat is ook goed dat u dat niet heeft doorgegeten. Dat is uh. Wat apart.		
P: Ja, bij anderen werkt het misschien wel hoor, maar bij mij was het ja het was veel te plakkerig.	Plakken	Beoordeling maaltijden (neg); Consistentie
O: Mhm.		
P: Dat heb ik het zo ingevuld.	N.v.t.	N.v.t.
O: Ja.		
P: Voor mij was het [...] in mijn mond had.		
O: Ja, ik zag het inderdaad.		
P: Verder denk ik dat de manier waarop je praat over volwassenen die wat iets [...] hebben laat het zo zeggen, dat de hoeveelheid te klein is.	Kleine hoeveelheid	Vulling
O: Ja, daar is inderdaad ook benieuwd naar, of het voldoende was.		
P: Nou, voor mij i.i.g. niet. Op Alle avonden heb ik na 2 uren later weer gegeten.	Onvoldoende vulling	Vulling
O: Weer gegeten.		
P: En toen dacht ik zo kan ik de nacht niet ingaan. want dan ben ik morgen niks waard. Dat heb ik namelijk al eens in het verleden gehad dat de dietiste bij Herstel en balans van het herstelprogramma, toen hebben ze mijn hele eetprogramma doorgenomen. En toen hebben ze ook gezegd dat opzich mijn voedingspatroon goed was. Maar dat mijn manier van avond eten en ontbijt te lang was.	Voedingspatroon adequaat	Algemeen

O: Te snel of?		
P: invergelijk hiermee dat die 300 gram dat in het bankje zat ja bij mij [...]	300 gram	Vulling Maaltijden
O: Het is gewoon te weinig.		
P: Na 2-2,5 uur dan uh.		
O: Dus het geeft ook geen vol gevoel.		
P: Voor mij niet nee, voor mij niet. Maar nog als ik daarbij voorstel dat is ja ouder bent, beetje op de bank hangt, denk dat het dan misschien wel genoeg is.	Mening ouderen	vulling Beoordeling maaltijden (pos); Vulling maaltijd
O: Dat het dan inderdaad voldoende is. ja.		
P: Ja, kijk, als je nog een beetje actief bent, dan denk ik dat de maaltijden te [...]	Activiteit	Vulling maaltijden
O: Te klein zijn inderdaad.		
P: Te klein zijn, of te weinig calorieën hebben. het hoeft niet per se groter te zijn, maar [...]	Verhouding cal en hoeveelheid	Beoordeling maaltijden (neg); Vulling maaltijden
O: Ja, want dat hadden we natuurlijk daar hadden we even naar gekeken, en dat was inderdaad niet was niet heel veel calorieën wat erin zaten.		
P: Ja, daar heb ik geen idee van.	N.v.t.	N.v.t.
O: Ik heb daar nog even naar gekeken. Volgens mij was het per bakje iets van 80-90 kilocalorieën. Maar, dus was niet zo veel.		
P: Nou, want inderdaad want in de flesjes die heb ik	Nutricia	Bijvoeding
O: Ja, want welke flesjes heeft u nog weleens?		
P: Van die nutricia en die Amerikaanse.	Nutricia	Bijvoeding
O: Ja, ik ken ze wel.		

P: En de nutricia gebruik ik en dan met extra vezels	Nutricia	Bijvoeding
O: Maar als extra ondersteuning.		
P: Ja, als extra ondersteuning, omdat ik zou brood kunnen eten zonder korst, maar dat kost mij meer energie om het op te eten als dan het mij oplevert. Daar heb ik eigenlijk overlegt met de dietiste van nu, blijf gewoon die flesjes houden als bijvoeding	Extra toevoeging	Bijvoeding
O: Ja.		
P: Dus 's morgens ontbijt ik redelijk normaal, zeg maar met brinta. 's Avonds eet ik een normale maaltijd, maar als je qua gewicht gaat kijken dan denk ik dat ik 's avonds 5-6 ons ga binnen werken.	Regulier dagindeling	Beoordeling maaltijden regulier; Vulling maaltijden regulier
O: Ja, zoiets inderdaad.		
P: Ja, als ik niet moet spuiten, maar ik eet bijvoorbeeld iets van spruiten, dan eet ik een hele pot spruiten	N.v.t.	N.v.t.
O: Ja, dat snap ik.		
P: Nee, maar.	N.v.t.	N.v.t.
O: En het is gezond.		
P: Is dat dus veel, ja maar dat stouw ik makkelijk naar binnen Maak ik mijn gemiddelde maaltijd. 's Avonds voor mij is ja, 500-600 gram en dan een beetje afhankelijk van wat het is. ja, spaghetti met [...] naar binnen stelden. En dat is denk ik [...]	Gewicht Normale maaltijd	Vulling voeding regulier
O: Ja, dat klopt.		
P: [...] wat bij mij goed bevalt.	Mening	Beoordeling Maaltijd regulier
O: Ja, want ik had inderdaad gezien qua de pasta was ook niet goed bevallen.		
P: Nee, nee, nee.	N.v.t.	N.v.t.
O: En wat maakt het, want dat vroeg me inderdaad een beetje		

af, want natuurlijk bij u de smaak is aangetast. Wat, maar wat proeft u dan, op het moment dat u het eet? He, want u ziet bv qua reguliere maaltijden he dat het dan.		
P: Ja, bij qua smaak bij wortel en bloemkool voel ik wel dat frisheid.	Smaakbeleving	Smaakbeoordeling regulier
O: Ok.		
P: Maar ik kan niet zeggen dat ik wortel proef, maar het proeft fris.	Frisheid	Smaakbeoordeling regulier
O: Het proeft frisser. Ja.		
P: Dat is voor mij al lekker. Het is niet de eentonige droge hap.	Eentonigheid	Smaakbeoordeling regulier
O: Nee.		
P: Er zit, laat me maar toch zeggen, frisser bij mij in. Maar, het is dat ik dan weet dat het wortel is	Frisser	Smaakbeoordeling regulier
O: En dan he, en dan gaat natuurlijk de brein ook een beetje weer meewerken, dus.		
P: Als het dus blindeliks zou moeten proeven, dan zou ik niet kunnen zeggen wat dat is.	Blindproeven niet mogelijk	Smaakbeoordeling regulier
O: Nee.		
P: Ik denk dat meer als ergens nieuws iets maakt, en besef ja ik proef het maar al sla je me dood, ik zou niet weten wat ik proef. Het is een beetje een frisse smaak. Ik denk dat het meest duidelijke omschrijft.	Frisse smaak	Smaakbeoordeling regulier
O: Ze kunnen ook zeggen van goh, zoals bij bv. bij de pasta en die babipangang is dan ook gewoon qua smaak gewoon ja eentonig dan eigenlijk. Ja. Het is gewoon een hap.		
P: Ja, daar zit voor mij geen smaak aan.	Geen smaak	Smaakbeoordeling maaltijden
O: En er zit niks extra's in wat het even naar boven haalt		

P: Het is voor mij puur maagvulling	Maagvulling	Vulling maaltijden
O: Ja, maar dat zijn wel interessante dingen om te weten.		
P: Nee, dat zeg ik niet.	N.v.t.	N.v.t.
O: Ja he, een stukje [...]		
P: Ik kan alleen vertellen zoals ik het ervaren heeft. En ik hoop dat het van anderen anders is en beter is.	Hoop beter	Smaakbeoordeling
O: Ja, maar dat verschilt natuurlijk he, omdat de ene heeft wel nog z'n smaak. De ander heeft inderdaad een aantasting in de smaak, maar dan zijn er weer de ene proeft weer meer zuur en de ander meer zoet. En dat is natuurlijk heel divers. Maar het is natuurlijk voor de maaltijden wel interessant om te weten van goh he, zou je bv bepaalde smaakversterker erin kunnen doen om iets er aan te verbeteren aan het product. Wat moet natuurlijk ook leuk blijven om het te eten.		
P: Ja, dacht ik ook.	N.v.t.	N.v.t.
O: Ja, dus dat zijn wel. ik vind het wel interessant om te weten. Want ik had nog even wat dingetjes, ik heb van alles zitten te analyseren. Even kijken, wat smaakbeleving die had ik dan. Oh ja de babipangang hadden we het al over gehad. Oh ja en inderdaad wat mij ook opviel wat dat, zeg maar het verschil tussen de reguliere maaltijden en de duchessee maaltijden, is dat het qua tijd natuurlijk wel minder uh.		
P: Ja, het is een gigantisch verschil. Ik was soms zelfs sneller dan [...] (=vrouw)	N.v.t.	N.v.t.
O: Maar kwam dat dan puur omdat het gewoon de consistentie was? Dus omdat het eigenlijk allemaal lang gemalen is en bij de andere moet ik natuurlijk veel voorzichtiger zijn.		
P: Ja, deels omdat het makkelijk is voor mij om weg te slikken en voor een deel dat de hoeveelheid natuurlijk minder was als mijn reguliere maaltijd. Maar los van dat de hoeveelheid minder was. Wat ik je vorige week al zei met de reguliere maaltijd let je nooit op de tijd, dan	Makkelijk Hoeveelheid minder	Tijdsduur

weet je niet hoe lang je erover doet en door met een stopwatch te eten blijkt dat het tussen 40 minuten en uur duurt om een avondmaaltijd.		
Een beetje afhankelijk dat wat een soort gerecht.	Afhankelijk van maaltijd	
En met deze maaltijden, ja, dat was mij echt in 11 minuten ofzo.		
O: Ja, was redelijk snel al vandaag.		
P: Dus al zou de normale maaltijd dezelfde hoeveelheid zijn als de duchesse maaltijden, dan denk ik je toch nog zeker in veel tijd qua verschil houd.	Tijdsduur afhankelijk hoeveelheid	Tijdsduur
O: Ja.		
P: Want als ik de normale maaltijd ook 300 gram zou zijn, dat ik dan ook geen 30-40 minuten over zou doen.	Verband tijd en hoeveelheid	Tijdsduur
O: Ja. Dat denk ik inderdaad ook. Het is natuurlijk he, dat gemalen maakt het natuurlijk wel makkelijker zodat het afslikt en je hebt geen structuren.		
P: Ik denk dat het belangrijk verschil, of oorzaak van de tijdsverschil is, dat bij de reguliere maaltijd is wel zacht en meer dan gaar gekookt, maar je moet wel kauwen	-	Tijdsverschil
O: Ja.		
P: En hier hoeven we niet te kauwen en glijdt het zo tot achter in mijn keel.	N.v.t.	N.v.t.
O: Ja. Dat klopt.		
P: Even heel simpel gezegd	Simpel	Consistentie maaltijden
O: En heeft u nu voornamelijk water bij gedronken om het makkelijker weg te krijgen, omdat er natuurlijk weinig saus bij zat.		
P: Nou, omdat het droog is en gewoon aan de binnenkant van mijn wang en mijn tong blijft hangen, dat het blijft plakken. Het grote voordeel was wat lijkt me absoluut niet verslikt hebt.	Blijft plakken, droogheid Niet verslikt	Maaltijden (neg); Consistentie; Slikincidenten

Want je want dus 0 tot 2.		
O: Ja, want dat vroeg ik me zelf ook af. U had u niet meer verslikt dan.		
P: En als eind om te hebben 0 tot 2, 1 tot 2 keer bij wijze van. Dus ja, nu kon het alleen maar aangeven, 0 tot 2 keer. Maar in weze bij deze maaltijd had ik me niet verslikt.	1x verslikt	Slikincidenten
O: Niet verslikt.		
P: Nee. Ik heb alles zonder problemen, weg kunnen krijgen.	Geen problemen	Slikincidenten
O: Ok, dat is ook weer een voordeel dat we er even over hebben. Want dat vroeg ik me inderdaad. Denk oeh! Denk zou die zich verslikt hebben of niet. Maar dat is dus wel dan positief, want bij de andere maaltijden heeft u zich wel 1 of 2 keer misschien verslikt.		
P: Ja, ja. Dan [...] en de structuur daarvan, was het minimum 2 tot 7-8 keer bij de maaltijd. Dus dat, beetje beter te doen.	Meer slikincidenten regulier	Slikincidenten
O: U bent het ook wel een beetje gewend he?		
P: Ja, inmiddels wel. inmiddels wel ja. Nou ja, het is [...]	Gewend	Slikincidenten
O: Ik had het inderdaad, ja inderdaad want ik had gezien dat qua aantrekkelijk, natuurlijk hoe het eruit ziet, wat maakt het dat u daar zo'n lage score aan had gegeven? Gewoon de opbouw?		
P: Ja, het is meer de opbouw. Het is net allemaal bakjes lasagne heb. Ja, dat ambience ziet er leuk en representatief uit, nou nee. En in dat filmpje wat je liet zien, want volgens mij was dit niet hetzelfde als de maaltijden die ik krijg. Daar vloeide de saus veel mooier.	Presentatie verwachting	Uiterlijk/presentatie
O: Ja, dat was dus iets dat mij dus ook was opgevallen. Want wij hebben hem zelf ook geprobeerd, en daar vloeide inderdaad de saus er beter overheen.		
P: Nou, dan zal ik iets verkeerd hebben gedaan.	Iets verkeerd	Uiterlijk
O: Nee, want qua bereiding heeft u precies gedaan zoals het		

moest en zoals het op het papiertje staat. Maar ik zag dat de saus er niet mooi overheen viel en uh. Dus het is uh.		
P: En daardoor kon je de pudding niet in de foto's te zien, daardoor met die rijstmachine denk ik. Omdat het niet mooi vloeide, heb ik overigens het niet goed kunnen eten. Moest alsnog met de vork eigenlijk moeten pureren doordat doorheen kunnen mixen.	Mixen	Maaltijden (neg)
O: Ja.		
P: Beter wat er opzat. Toch gemeente tijd met de rest, denk ik. Als denk ik de saus vloeibaarder geweest zou zijn, dat je dan ook iets van dezelfde [...] kunnen hebben. Maar nu heb ik van de beetje saus heel goed moeten mengen met de rest. Dus, kwam het er op neer of je nu uiteindelijk alles gepureerd op je bord houdt. En in je structuren vastzit.	Mengen	Maaltijden (neg); Uiterlijk
O: Ja, dan wordt het natuurlijk ook niet heel smakelijk meer.		
P: Nee, en dan zit je eigenlijk niet meer interessant uit. Want dan heb je zo'n massa, een roze massa, op je bord liggen.	Roze massa	Maaltijden (neg); Uiterlijk
O: Bizar. Want u heeft zeg de maaltijden eerst laten ontdooien en dan vervolgens in de oven?		
P: Ja, de eerste, moet ik erbij zeggen, die was niet ontdooid, maar we waren vergeten de reeksen van tevoren eruit gehaald. En de oudere maaltijden heb ik maandag avond, dinsdag in de koelkast gezet.	Van te voren ontdooien	Bereiding/meetpr otocol
O: Laten ontdooien, ja.		
P: En ja, in de koelkast laten ontdooien voor ruim 24 uur van tevoren, zeg maar, eruit al gehaald. Dus voor 's avonds in de koelkast, uit de diepvries in de koelkast. En dan de dag daarop om 5 uur liggen te bereiden. Dus zet die uit de diepvries zet die 24 uur in de koelkast.	Dag van te voren	Bereiding/meetpr otocol
O: Ja, dat is eigenlijk ideaal.		
P: En daarna bereiden. En toen was het qua temperatuur goed te doen, maar wel waarvan ik zeg je moet er langer over moeten doen zou het wat warmer mogen zijn. Omdat je dan toch hebt dat zeg maar maximaal in 10 minuten ophoudt, laatste happen	Warmer	Temperatuur maaltijden

waren toch aan de koude kant. Dan ben je toch toch al gewend dat interesseert me niet zoveel.		
O: Nee maar.		
P: Nee, maar anderen zou dat misschien wel interesseren vandaar dat ik dat erbij zet.	Ineïteresseren temp	Aanbeveling
O: Ja, dat is wel een goeie tip, want dan zouden bv ze echt zelf moeten kijken van he als we het op hoge temperatuur doen, wat gebeurd er dan met de structuur, blijft die dan nog steeds hetzelfde want dan zou je het wel warmer kunnen krijgen.		
P: Ja, kijk als je het meet als je zo'n maaltijd warm kun je temperatuur meten. Maar wat gebeurd met de temperatuur, als je het 10 minuten op het bord hebt geserveerd. En dat kan dan interessant zijn voor jullie, want misschien is het wel in mijn beleving koud. Terwijl ik weet, ik weet, als je bepaalde tv programma;s moet geloven dat er bepaalde normen voor zijn voor hoe warm een maaltijd mag zijn en hoe koud die mag zijn. en daar tussenin zit er wisselingen.	Andere beleving temperatuur	Temperatuur maaltijden
O: Ja, klopt.		
P: Ik kan me voorstellen dat als nu het blijkt dat onder andere deelnemers, ik noem maar wat, gemiddeld 8 minuten over een maaltijd doen, of 10 minuten, of wat dadelijk uitkomt. Kijk je is dezelfde maaltijd ook warm.	Warme maaltijden	Temperatuur maaltijden
O: Ja, dat klopt.		
P: En dan kijkt naar de temperatuur, naar het opwarmen, en hoe lang de gemiddelde deelnemer over de maaltijd doet en dan naar de temperatuur weer kijkt. Als dan blijkt...	N.v.t.	N.v.t.
O: Ja vind ik wel lekker. Zeg ik geen nee tegen. Maar dat vind ik echt een hele goeie, want dat is natuurlijk zo je moet geen warmte borden gaan gebruiken. Je hebt gewoon je eigen borden en normaal moet voldoende warm zijn. Dat heb je ook met die andere maaltijdregulieren ook. Maak je ook heet eigenlijk omdat het gedurende de tijd afkoelt. Nee, zeker. Dankje.		
P: Nee, en het is niet zo als in een restaurant dat je een voorverwarmde bord hebt.	Voorverwarmd bord	N.v.t.

O: Nee. Dat zou je moeten doen bijna. Ok, ja. Dat is een goeie. Over de tijd. Ik vind het met name ik vind het zelf wel jammer inderdaad dat die saus niet mooi erover heen gegaan is.		
P: Dat scheelt een uitzien...	Uiterlijk	Uiterlijk
O: En dat die niet dunner was, dus ik weet niet waar dat aan ligt. En dat ga ik echt eens even navragen.		
P: In dat filmpje heb je echt moeten zeggen dat je het ziet gebeuren. Dat zit inderdaad goeduit	Presentatie video	Verwachtingen
O: Maar het is ook inderdaad de bedoeling.		
P: Dus was er in dat opzichte heel positief over. Ja, in de praktijk, bij mij zag het er anders uit.	Beoordeling	Uiterlijk
O: Nee, maar dat is ook een beetje de reden dat we het doen natuurlijk, hier in de thuissituatie. Want ik weet in de verpleegklinieken doen ze het in de combisteamers, en dat gaat op een hele andere manier. Maar ja, dat zijn professionele dure dingen. Ja, die hebben ze daar, en dan wordt alles achter elkaar wordt dat zo gedaan en dan komen ze inderdaad dus is het veel vloeibaarder. Maar het moet thuis ook te gebruiken zijn, en met instructies die je dan erbij krijgt moeten we ook weten ja werkt het op die manier of werkt het niet. Dus dat vind ik wel uh.		
P: Nee, maar daarom ben ik ook niet echt gaan experimenteren met tijd of temperatuur. En dan denk ik ja.	Tijd en temp	Bereiding maaltijden/ meetprotocol
O: Nee, maar dat is ook heel goed dat u dat niet gedaan heeft.		
P: Nee, maar op deze formulier daar stond erbij dat je afwijkingen had in de tijd of wattage Ik ga wel zeggen dat dit de eerste keer is dat ik heb hem er mooi 10 min langer in gedaan. Dan schiet het zijn doel voorbij en bij elke maaltijd zelf ga experimenteren	Afwijkingen in tijd	Meetprotocol
O: Nee, u doet het bijv. wel heel goed. Maar we weten dat het natuurlijk heel snel verleidelijk wordt voor mensen om het langer op temperaturen te kunnen doen. En dan konden wij daar nl. een conclusie aan verbinden, stel nou dat het te lang of op te hoge aantal voltage is en de maaltijd zou er niet zo hebben uitgezien zoals het moet. Of er gaat iets veranderen qua		

structuren. Dan konden we zeggen van ah maar dat is misschien te wijt omdat we ons hebben gehouden is aan de temperaturen. Maar u heeft het heel goed gedaan om het volgens gewoonte doen zoals wij het hadden opgeschreven.		
P: Ja, dat heb ik bij alle maaltijden.	Bevestiging	Meetprotocol
O: Ja en dan kunnen wij dat ook vergelijken. Kijk, en dan kunnen wij daar een conclusie aantrekken. Ik ben ook heel benieuwd hoe dat bij de andere klanten gaat. En he komen die op dezelfde dingen uit. Ik weet dat de andere meneer die gaat hem ook nog via de oven doen, en mevrouw uit Eindhoven die gaat het met de magnetron doen.		
P: Ah zo. In de magnetron. Ja.	N.v.t.	N.v.t.
O: Die gaat proberen te wisselen. Zeg maar, een beetje oven uitproberen of proberen met de magnetron. Ja.		
P: Ja, in de magnetron is niet echt het snelst. Dat is mijn ervaring.	N.v.t.	N.v.t.
O: Ja, wij hadden bv toen wij het geprobeerd hebben met de orientatiefase van het onderzoek, werd de aardappelpuree korrelig, en weer droger en korreliger weer. En dat was natuurlijk niet de bedoeling.		
P: En dat is inderdaad als mijn ervaring, als je iets in het magnetron warm maakt dan wordt die zo zour en korrelig.	Zuur en korrelig	N.v.t.
O: Ja.		
P: De cake smaakt goed.	N.v.t.	N.v.t.
O: Mhm. Hij is heel lekker. Zelf gemaakt?		
P: Ja.	N.v.t.	N.v.t.
O: Oh heerlijk, vandaar dat die zo licht en luchtig is.		
P: Het is een speciale [...]. Die is voor mij goed te eten.	N.v.t.	N.v.t.
O: Maar wordt het dan ook niet droog?		
P: Nee.	N.v.t.	N.v.t.

O: Ok. Nou dat is wel fijn. Even kijken, wat had ik nog meer. Oh nee die had ik allemaal. Oh ja, inderdaad. Een beetje een algemene vraag. Hoe heeft u het onderzoek gevonden? Om mee te doen? Een stukje voor ons he.		
P: Ja, opzich vond ik het goed. [...] Ik vond de formulier duidelijk. Dus wat dat betreft. Nee.	Goed, duidelijkheid	Algemeen
O: Er waren geen moeilijkheden, of dat u zegt ik begreep iets niet?		
P: Nee. Dus wat dat betreft, duidelijk en zeker met de handleidingen bij. Het was een keer wel meer lezen.	Duidelijkheid	Algemeen; Meetprotocol
O: Ja, maar dat was ook de bedoeling.		
P: Nee nee, maar daarom ik weet het van jou, bij wijze, wat dat betreft, de duidelijkheid. De enquêtes niet zo. En bij de enquêtes van de tweede week had je niet echt de optie om opmerkingen te kunnen maken, maar anders dan snap ik dat ook wel. Want hoe meer open vragen dat je hebt, hoe moeilijker dat het word om statistieken uit te halen.	Optie opmerkingen	Algemeen; Aanbeveling vragenlijst
O: Ja, dat vraagt een hele andere aanpak.		
P: Ja, ik ken het. Heb ik in het verleden vaker meegemaakt. [...] meerkeuze is veel makkelijker.	Meerkeuze makkelijker	N.v.t.
O: Ja, want dit gesprekje, dat wordt ook helemaal uitgeschreven en dan moet je daarin gaan coderen qua antwoorden wat bij elkaar komt. Het is iets handigs. Maar we doen het dus expres op deze manier, omdat we denken van goh dan krijgen we toch een verdieping omdat je niet zomaar vanuit alleen maar cijfertjes je conclusie moet trekken he. Vind ik altijd he. Of je moet het helemaal zo afgekaderd hebben in je vragenlijst dat alles duidelijk is.		
P: Nee, dat klopt.	N.v.t.	N.v.t.
O: Maar daar is gewoon ruimte voor opmerkingen. En hoe iets bereid is. en daarom gaan we er ook wat dieper op in.		
P: Ja, want wat namelijk laatste van afgelopen vrijdag en gisteren, en daarna hadden we [...] en over de lijn daar had je	Optie opmerkingen	Algemeen

dezelfde mogelijkheid om..		
O: Ja inderdaad, om algemeen. Ja. Dat was inderdaad. Maar je zegt eigenlijk van goh, dan zou je bij de andere dagen eigenlijk ook nog een open functie moeten hebben.		
P: Dan had je bij de maaltijden, per maaltijd eventueel altijd aan kunnen geven.	Per maaltijd aangeven	Algemeen; Aanbeveling vragenlijst
O: Ja.		
P: Bij de eerste week heb ik nog steeds aangegeven dat bij wat ik gegeten had, dat je een halve of hele glas water bij je hebt.	Extra toevoeging	N.v.t.
O: Ja.		
P: Dat heb ik niet aangegeven, of ik extra vocht nodig heb gehad om die maaltijd weg te krijgen.	Extra vocht	Aanbeveling
O: Ja, ja, dat klopt wel.		
P: Maar ik had het zo van wij hebben toch nu een gesprek, dan spreken we erover. Maar dan had ik het zo van ja dat kan je het niet kwijt. Want bij inschrijven, bij een kan je wel invullen wat bij de bereidingstijd, en de temperatuur. De voltage en de temperatuur. Daar kan je ook mee invullen, maar daar gaat het meer over voltage eigenlijk dan iets anders.	Geen ruimte opmerkingen	Algemeen; Aanbeveling vragenlijst
O: Ja, in plaats van over een maaltijd zelf.		
P: Maar niet over de maaltijd zelf. Dus daar ga je geen andere dingen invullen, want ik weet niet [...].	N.v.t.	N.v.t.
O: Nee, dat is goed.		
P: Ik weet niet in hoeverre dat die formulier automatisch verwerkt werden.	N.v.t.	N.v.t.
O: Nee, die worden niet automatisch verwerkt.		
P: Dat wist ik niet.	N.v.t.	N.v.t.
O: Maar dat kon u ook niet weten. Nee, wij krijgen ze dan binnen omdat we ze uhm dat merk je ook met online enquête		

systemen. Kijk als ik 1 enquête verstuurd naar 100 deelnemers, dan kun je hem dan hoeft je maar 1 lijst te maken. En we moesten nu per dag een vragenlijst maken en die dan versturen. Omdat dat ging dan ook mis, bv. de eerste keer toen ik mailde dat u twee keer dezelfde link van mij had gekregen. Omdat je hem dan niet nog eens naar dezelfde mailadres kan versturen. Dus je moet hem per dag moet je hem maken, daarvan analyseert die wel de resultaten. Maar we hebben het allemaal zelf ingevoerd. Gewoon, dus het is makkelijker in overnemen. Eigenlijk.		
P: Nee, nee, maar daarom hadden zoveel, ja.	N.v.t.	N.v.t.
O: Nee, maar fijn dat u daar over heeft nagedacht.		
P: Alle dingen gaan invullen.	N.v.t.	N.v.t.
O: Maar u zet het erbij. Dat is een goeie. Misschien dat het nog even bij de andere mensen die nog bezig zijn, dat ik dat even gelijk erin verwerk. Het is wel een goeie. Even kijken, hebben die ook gelijk gehad. Die hadden we al. Op het moment dat u zich verslikte, waar kwam dat door? Zeg maar bij de reguliere maaltijden?		
P: Bij de reguliere maaltijden? Dat dan de groenten, of de ene sateetje, de vlees of zit die vis net te groot was. En dan ben ik blij dat, ja ik noem het altijd [...] dan blijft het dan hangen. En dan is het vaker zo dat het niet doorgeslikt krijg, ook niet met een slok water, dan is het ja voor mij of in mijn nek kloppen of op mijn ademsappel slaan.	Te grote stukken	Slikincidenten; Compensatiestrategie
O: En dan pas uh?		
P: Nou nee, dan komt het er weer uit.	Oplossing	N.v.t.
O: Ja, dan komt het de andere kant op.		
P: En dan zie je van oh dat stukje was te groot. Dus, misschien is mijn slokdarm wel vervormd. Geen idee, het is rot, maar nooit naar gekeken, maar was wat oud te zien. Het steekt er wel toen nog uit. Voor mij, is het gewoon ik moet dat normaal door kunnen slikken, maar met mijn niet.	Normaal slikken lukt niet	Slikincidenten
O: Ja, of iets van verklevingen of lidtekenweefsel. Dat kan natuurlijk ook.		

P: Ja, dat zou het doen, maar het blijft aan mij.	N.v.t.	N.v.t.
O: Het is iig beperkt toegankelijk, en dan blijft het net bovenin hangen. Ja.		
P: Ja, als je aan mij zegt laat hem maar eens in een appel bijten, dan is er geen probleem mee. En her-incidenteel, is het dan in de laatste maanden omdat het stukje van mijn slokdarm weg is, en dat het dan mijn luchtpijp inschiet.	Afbijten gaat goed, slikken niet	Slikincidenten regulier
O: Ja, wat natuurlijk niet nodig is qua met met speekselgebrek.		
P: Ja ok, maar	N.v.t.	N.v.t.
O: Je moet geen longontstekingen krijgen.		
P: Nee, maar. Hebben we hier niet.	Opluchting	Slikincidenten
O: Gelukkig niet. Zou je de maaltijden van duchesse aanbevelen aan de anderen die slikproblemen hebben?		
P: Als ze geen speekselproblemen hebben, opzich wel.	Beperkte aanbeveling	Aanbeveling
O: Dan zegt u van dan moet er dus echt gewoon of meer saus bij.		
P: Meer aan de vullingbeheid van de maaltijden gebeuren.	Vulling	Aanbeveling maaltijden
O: Ja.		
P: Ja, dus als ik puur naar mezelf kijk, dan zeggen in deze samenselling zou ik ze niet graag gebruiken.	Negatieve samenstelling	Beoordeling maaltijden; Aanbeveling
O: Nee. Daar was inderdaad nog een vraagteken achter.		
P: Nee, maar pas als ze vloeibaarder zouden zijn, en wat erin zijn, wat voor mij wat vissmaak dat er meer smaakversterker in zou zitten, dan misschien wel, maar in deze samenstelling zeg ik dan nee. Leuk initiatief, leuk geprobeerd, maar voor mij is het geen succes.	Smaakversterking vis	Smaakbeoordeling (neg); Verwachtingen

O: Nee.		
P: [...] ja (tegen zijn vrouw).	N.v.t.	N.v.t.
O: Ja. Dat is natuurlijk jammer. Maar dat is ja. Wij wilden weten kan het een meerwaarde zijn.		
P: Ja.	N.v.t.	N.v.t.
O: En ik denk dat wat dat betreft qua doelgroepen zoals ze het natuurlijk in verpleeghuissetting hebben gedaan, en zoals bij u dat is heel anders.		
P: Ja, het is niks te vergelijken. De doelgroepen.	Geen vergelijking	N.v.t.
O: We zijn er ook inmiddels al achter. We hadden gehoopt dat we er al vergelijkingen met de eerdere resultaten konden gaan doen, maar dat heeft geen zin. Daarom gaan we. We maken het echt een beschrijvend onderzoek van, waarin we gewoon uitleggen ja wat zijn dingen waar je tegenaan komt, en wat zijn aanbevelingen en hoe zou je dat he voor ... doelgroep beter kunnen maken. Want het blijft het feit dat het probleem is dat er nog heel veel oplossingen zijn. Mensen moeten heel veel zelf bedenken, mensen moet echt dingen zelf aanpassen.		
P: [...], dat in de verpleeghuis daar hebben mensen geen echte problemen met het eten of slikken. Het meer van dat ze geen gang meer hebben. Zo...	Ander inzicht	N.v.t.
O: Ja, bij dementerende ouderen wordt later ook wel echt slikproblemen.		
P: Nou ja. Okay.	N.v.t.	N.v.t.
O: Ja.		
P: Nou ja. Mijn moeder nog niet, maar. Dus ja.	N.v.t.	N.v.t.
O: Vaak pas in de laatste stadia.		
P: Maar [...] dat lotgenoten [...] die dezelfde operatie hebben gehad.	Dezelfde operatie	Lotgenoten vergelijking
O: Is nog niet hetzelfde.		

P: Is nog niet te vergelijken. De ene heeft absoluut geen moeite met aardappelpuree, en de andere krijgt absoluut geen aardappelpuree.	Verschillende problemen	Lotgenoten vergelijking
O: Neit weg.		
P: Een ander heeft geen problemen met spaghetti of rijst, en de ander wel. Terwijl in de basis dezelfde operatie allemaal hebt gehad. Ja, dat is sneu. Je kunt alleen aan elkaar, aan lotgenoten, vertellen wat je wel kunt eten en wat bij jou wel werkt of niet werkt. En sommigen hebben dan aan bepaalde dingen wat en anderen niet.	Verschillende problemen	Lotgenoten vergelijking
O: Nee, dat klopt helemaal.		
P: Het is toch allemaal individueel uitproberen, wat wel of niet kunt proberen. Het enige voordeel is als je met lotgenoten praat, dat je met stel bv [...], oh ja. En als je van de andere wat hoort dat je zegt van hey dat wil ik ook eens proberen, zus en zo.	Individueel uitproberen	Zelf koken
O: Ja, daarom is het denk ik ook zo belangrijk dat contact met elkaar.		
P: Ja, klopt.	N.v.t.	N.v.t.
O: En tips uit kunnen wisselen. Uhm, even kijken. Hongergevoel? Hadden we al over gehad. Ja, het is eigenlijk een beetje te weinig.		
P: Ja, en als je om de 2-3 uren zou eten, dan zou je geen hongergevoel hebben, maar normaal iemand eet niet om de 2-3 uren hier.	Hongergevoel	Vulling maaltijden
O: Nee, dat klopt. En ook even een onsmakelijke vraag. Maar zijn er nog veranderingen geweest die u heeft gemerkt in ontlasting of niet?		
P: Nee. Nee.	N.v.t.	N.v.t.
O: Uhm. Heb ik eigenlijk alles gehad. Zijn er nog dingen die u nog kwijt wilt? Zegt u van goh, we hebben eigenlijk alles wel een beetje denk ik wel gehad?		
P: Ja, ik denk dat de maaltijden zijn echt wel [...] stand van leven en individueel zijn, met name de eerste maaltijd uit de	N.v.t.	Zelf koken

vorige week maandag hebben we een puntzak met ... genomen. En daarom doe ik ja.. wat opgezwollen, en wat gevoelig weet je. Dat kauw [...] denk ik dat de eerste maaltijd over heb geschreven. (<i>muziek stond te hard aan</i>)		
O: Hoe u dat heeft ervaren. Ja.		
P: Ja en dat ook net aan de gezonde rand van mijn tong was uh.	Patient gegevens	Patientgegevens
O: Oh dat is vervelend. Waarom hebben ze de punctie dan genomen dan?		
P: Omdat ik maandag al die tijd [...]. het kan zijn dat er een kwaadaardig carcinoom aan de rand zit.		Patientgegevens
O: Ja, ik hoop het niet.		
P: Nee. Ik ook niet. Dat weten het niet blijkbaar.		Patientgegevens
O: Dat doen ze om de zoveel tijd, wordt er daar extra op gecontroleerd?		
P: Nee, het staat om de drie maanden, op controle. En mijn laatste operatie aan mijn slokdarm is nu 13 maanden geleden. En als er staat om de 3 maanden op controle en in eerste instantie wilde hij de ... niet snijden en de [...].		Patientgegevens
O: Ja, dat had u inderdaad verteld.		
P: En toen was de wond wel genezen. Maar bij de controle na 9 maanden, had ik het aangegeven dat ik het fijn wil houden bij de [...] in detail. Eerst was er niks te zien, terwijl de [...] met zijn zwaai met zijn stok, hoe heet zo'n ding.		Patientgegevens
O: Oh met de endoscopie.		
P: Ja met zijn [...] een tijdje aan het kijken. en het was allemaal goed genezen. Zien alles in de afgelopen maanden moet ik weer over 3 maanden voor controle komen. Dat is dus omdat de laatste operatie een jaar geleden is, en moet je ook nog in de eerste jaar om de 3 maanden terug moet komen. Gaf ze ook weer aan dat ik nog steeds die pijn heb maar inmiddels uit de zijkant van mijn tong gevoelig en pijnlijk is. En ja, toen ging hij daar naar kijken. Ik voelde er een verhouding inzitten, en ik vertrouw het niet helemaal.		Patientgegevens

O: Nee, dus vandaar dat het		
P: Dus een punctie nemen, en we maken volgende week een afspraak.		Patientgegevens
O: Ja, dan gaan we maar duimen. Ja. Oh dat is een rot moment hoor.		
P: Ja, je kan wel zitten [...] en hopen dat het iets anders is, voor datzelfde geld is het misschien een ordinaire schimmelinfectie.		Patientgegevens
O: Zou wel kunnen. Ja.		
P: Dan neem ik een paracetamol, helpt bij beetje dezelfde pijnklachten in de mond. Omdat je gebrek aan speeksel hebt, ja. Kunnen ze meteen sneller groeien.		Patientgegevens
O: Groeien sneller. Ja.		
P: [...]		
<i>Muziek was te hard aan, meneer was hierdoor moeilijk te verstaan.)</i>		

CLIËNT B

*O: onderzoeker**P: participant**Delen tussen hakjes zijn de echtgenote*

Tekstfragment	Open coderen	Axiaal coderen
O: Ja, qua sm.. [...].		
P: Qua smaak en toestanden meer.	Smaak	Smaakbeoordeling
O: Ja.		
P: Ja, dan zit je toch klein beetje te dubbel krijg ik dat nou gespist met wat kruiden.	Kruiden toevoegen	Aanbeveling
O: Ja, ook. En dan ook nog eens natuurlijk rekening houden met het feit dat sommige smaakveranderingen zijn opgetreden. Ja, dat kun je dan ook niet voor iedereen op die manier aanpassen.		
P: Nee, precies.	N.v.t.	N.v.t.
O: Dus als je helemaal geen smaak meer hebt, ja, dan maakt het eigenlijk het niet veel uit.		
P: [...]	N.v.t.	N.v.t.
O: Ja.		
P: En dat is dus toch [...].	N.v.t.	N.v.t.
O: Het is redelijk wat he.		
P: Ja.	N.v.t.	N.v.t.
O: Ja.		
P: Dus dat is helemaal niet fout. Maar, dat waren die twee die eigenlijk het minst naar voren kwam. Pas op. Daar komt het gevaar. Het gevaar moet in de kamer blijven.	Smaakbeoordeling	Voorkeur maaltijden
O: Ok.		

P: Ik had gisteren nog geknoeit met [...] en ik daar ben ik mee gestopt. Die wordt dadelijk opgehaald door iemand anders.	N.v.t.	N.v.t.
O: Ok.		
(Alstublieft. Jij wilt de zwarte he.)		
O: Ja.		
(De beloofde vlaai.)		
O: Oh lekker.		
(Alstublieft. Ja die had je beloofd.)		
O: Oh dank je wel.		
(Jij niet? Nee?)		
P: Ik heb al stuk geweest. Ik weet wat erin zit.	N.v.t.	N.v.t.
(Moet je ook niks drinken?)		
P: Nee, dadelijk. En dat is de grondtiek waar die matten opliggen. Die komt uit noord-limburg. Die komt uit weert.	N.v.t.	N.v.t.
O: Ok.		
P: En dat is zo'n zwarte rotzooi, dat wil je niet weten. Dus je loopt dan naar die spuitierij, loopt die hier door, dan krijg je door de keuken, en dan krijgt je de kamer. Dus je blijft hier maar in de gangen.	N.v.t.	N.v.t.
O: En je blijft poetsen, en zuigen en dwijlen.		
P: En nou heb ik gezegd van Michelle die komt, en [...] gedoe, dus dat doen we straks. Waar waren we gestopt?	N.v.t.	N.v.t.
O: We hadden het over de pasta en de babipangang. Want dat vroeg ik me inderdaad nog af. Hoe was de structuur van de rijst bij de babipangang?		
P: Voor mij was die goed. Wat heet goed.	Structuur	rijst
		Consistentie

	goed, heet	maaltijd; Temperatuur maaltijd
O: Ja, want je zei van heh hij had nog een beetje een iets hardere kern.		
P: Aan de kern, dan was dan was de midden een soort, wat je bij spaghetti ook hebt, dat was voor mij was dat best wel lekker. Dat papje eigenlijk niet zo. Want dat heb je daar wel natuurlijk. Dat is een soort papje. En dat was wel aangenamer te eten, kon ik zeggen. Voor mij tenminste.	Kern rijst lekker, Papje	Consistentie maaltijd
O: En bij de pasta?		
P: Ja, de pasta dat was eigenlijk was geen bijten, was niks. Dat was eigenlijk gewoon papje.	Gewoon een papje	Consistentie
O: Het was een papje. Ja.		
P: Het was makkelijk eten, maar daar gaat het misschien niet om, maar ja.	Makkelijk eten	Beleving
O: Ja, dat is natuurlijk het grote voordeel, want dat komt er ook wel uit eigenlijk ook wel bij iedereen wel. Het maakt het eten makkelijker en het glijdt zo weg.		
P: Dat klopt.	Makkelijker eten	Beleving
O: Dat is was, dat is ook een van de bedoelingen, van ja he er moeten geen verslikincidenten meer opvrijden. Want daar had ik inderdaad ook nog een vraag over, omdat wij natuurlijk maar de keuze mogelijkheid hadden uit van 0 tot 2 keer verslikken. Bij de reguliere maaltijden heeft u zich een keer verslikt, of niet? Wel?		
P: Ja, dan bleef er iets hangen, weet je. Dan moet je eens even (imitatie geluid) en dan gaat dat weer.	Iets bleef hangen	Slikincidenten regulier
O: En is het dan meer 1 of 2 keer, tijdens de maaltijden?		
P: Een keer.	Verslikt	Slikincidenten regulier
O: Een keertje.		

P: Ja.	N.v.t.	N.v.t.
O: Ok. En bij alle maaltijden, of niet bij alle reguliere maaltijden?		
P: Nee, dat ligt aan wat dat ik gegeten heb toen. Dat weet ik eigenlijk helemaal niet. Maar, heb ik dat ergens genoteerd?	Verslikken bij maaltijden	niet alle Slikincidenten regulier
O: Nee, dat zal bij een van de maaltijden denk ik. Ja, wij kwamen erachter. Althans, ik kwam erachter met de vragenlijst, we hadden dat beter 0, 1 en 2, zou op kunnen bouwen, in plaats van 0 tot 2 keer.		
P: Oh ja. Dat was sperzieboontjes, filet, kipfilet en champignons, zag ik.	N.v.t.	N.v.t.
O: Oh ok.		
P: Kijk, dan moet je die kip natuurlijk toch een beetje mals braden.	Bereiding	Consistentie regulier; Zelf koken
O: Ja, dan [...]. Ja.		
P: [...]. en dan ben ik kampioen in die dingen. Dat moet toch doorbakken zijn, maar anders krijg je weer met allerlei salmonella en weet ik wat.	Zelfkeuze bereiden maaltijd	Zelf koken; Compensatiestrategie
O: Ja, maar hij moet natuurlijk ook weer niet te droog zijn, want dan blijven er weer deeltjes achter.		
P: Precies. En kijk, dat heb je bv bij de kip, die hebben wij als laatst geloof ik gehad, dat was van bij de chinees. Daar kon je zien dat de kip niet gebraden was maar gekookt. En dan krijg je die korreltjes. Niet dat dat mij stoorde, maar ik sta vaak heel vaak aan de kookpan dus ik weet wat.	Kip anders bereid dan thuis	N.v.t.
O: Was dat bij de kipmaaltijd? Wat u zei van die korreltjes.		
P: Ja, dat was bij die kipfilet met doperwtjes en aardappel.	Korreltjes ervaren	Consistentie; Beoordeling maaltijd slecht

O: Goed om te weten. Want daar was ik inderdaad ook benieuwd naar of er iets veranderde met de structuur, omdat u heeft alles met de magnetron verwarmd. Ja, want dat kwamen we er ook achter van dat als je het met de oven doet blijkt dat de maaltijd bv niet warm genoeg wordt. Dus ik was benieuwd hoe dat met de magnetron of dat dat wel warm genoeg was.		
P: Daar verbrandde ik mijn vingers aan.	Verbrandde vingers aan bakje	Temperaturen maaltijd
O: Oh, dan was het warm genoeg.		
P: Want ik heb dat dan volgens schema, 7 minuten 30 seconden of zo iets.	Tijd volgens schema	Meetprotocol
O: Ja.		
P: Op 300 watt.	Voltage	Meetprotocol
O: Ja.		
P: En dan moet je dat bovenste bakje daar afhalen, op een gegeven moment.	Bereiding	Temperatuur maaltijd
O: Ja dat is warm.		
P: En dan is dat heet, maar ik heb van poezelige handjes, die zijn daar niet geschikt voor.	Te heet	Temperaturen maaltijden
O: Ja, dat vond ik zelf toen ook warm. Maar toen werd, de kip was dus een beetje korreliger qua structuur, en hoe was het met de aardappelpuree? Was die vrij glad, of zegt u van goh, daar merkte ik ook wel wat structuur in?		
P: Nee, ik wel, als ik bv zelf puree maak, dan is die, dat kun je makkelijk eten natuurlijk. En deze was net iets [...] makkelijker eten. Qua smaak was die neutraal.	Makkelijker eten en neutraal smaak	Smaakbeoordeling; Beoordeling maaltijd
O: Want u heeft overal extra peper en zout op toegevoegd?		
P: Nee.	N.v.t.	N.v.t.
O: Of niet. Alleen op de.		

P: Op de pasta wel.	Toevoeging zout en peper	Smaakbeoordeling
O: De pasta.		
P: De pasta heb ik zout opgedaan. En toen realiseerde ik me dat ik denk er zijn veel mensen die nog met suiker en zout het deden. Dus dat heb ik niet meer gedaan. Ik heb wel een paar keer gekruid. Ik weet niet meer waardoor dat was. Dat was denk ik een mengeltje. Ja. Die konden dat niet halen. Ik ben de draad kwijt.	Toevoeging kruiden	Smaakbeoordeling
O: Omdat sommige mensen met minder suiker en zout het natuurlijk doen.		
P: Ja, dat is op dit moment kan [...]. Je wordt dood geslagen met teveel suiker. De kinderen mogen geen limonade meer drinken of iets dergelijks.	N.v.t.	N.v.t.
O: Ja, dat klopt.		
P: Wablief. Ja, ok. Dus dat heb ik maar uh [...].	N.v.t.	N.v.t.
O: Ja. Maar dat, kijk, dat is natuurlijk ook interessant in het feit dat wij hebben gezegd wij doen het met een ander doelgroep het onderzoek, omdat je natuurlijk gaat kijken naar een verpleeghuissetting, de patienten daar die konden daar zelf geen goeie beoordeling over geven.		
P: Nee, kan me voorstellen.	N.v.t.	N.v.t.
O: Met dementerende ouderen wordt dat lastig.		
P: Ja, daar heb ik nog geen. Daar hoeft ik geen last mee.	N.v.t.	N.v.t.
O: Nee, dat scheelt he. Dus dit is een veel meer een objectievere meting, als het gaat om smaak. Ja.		
P: Hoeveel mensen hebben de meting gedaan?	N.v.t.	N.v.t.
O: Uiteindelijk drie. We hebben van school goedkeuring gekregen om het bij deze drie te houden.		
P: En geen, niet meer?	N.v.t.	N.v.t.

O: Nee.		
P: Valt me tegen, want ik had daar gister met iemand over, en zegt ze hoeveel mensen hebben daar aan deel genomen? Wil je dan objectief resultaat krijgen?	N.v.t.	N.v.t.
O: Ja. Wij hebben nu gezegd van heh dat is voor ons, het is een eerste keer. Wij hebben het zo uitgebreid mogelijk gedaan. Vandaar dat wij ook nog even een afsluitend interviewtje houden, omdat we dan veel meer verbiedend er op in kunnen gaan. En dan hebben we dus in drie stappen opgebouwd. Het wordt dus echt gewoon beschrijvend drie casussen en de proefsessie dag natuurlijk, die nemen wij daar in mee. En vanuit daaruit gaan wij zeggen van maar aanbevelingen zijn er om het met grotere doelgroepen te ndoen, om meer te kijken naar allemaal verschillende patienten. De ene met een laryngectomie, de ander heeft bv alleen een trachaestoma, of hoe zit het met een commando operatie. Als je daar al allemaal een paar van hebt, dan kun die veel meer onderling vergelijken met elkaar. Maar de conclusie die wij nu ook trekken, het is niet te vergelijken.		
P: Dat is uh.	N.v.t.	N.v.t.
O: Er zijn zoveel variabelen die meewegen, dat het eigenlijk niet te vergelijken is. Maar het is wel interessant om daar eens nog een keer verder op door te gaan.		
P: Tuurlijk.	N.v.t.	N.v.t.
O: Maar dan zou je het echt denk ik in heel Nederland moeten meenemen.		
P: Ja, maar dat is een behorelijk grote organisatie natuurlijk.	N.v.t.	N.v.t.
O: En ik denk opzich, want dat vroeg ik me ook af, zou je het aanraden aan anderen?		
P: Ja, want het was niet vies wat ik had. [...] Kijk, het is.	Niet vies	Smaakbeoordeling
O: En dan misschien niet voor iedere dag, maar ja, ik denk wel misschien is het wel voor het makkelijkheid een keer.		
P: Ik had, ik was blij dat de 5 dagen al waren. Ik zeg he eh eindelijk weer normaal eten. Tussen aanhalingstekens. En dat is	Blij na 5 dagen, eindelijk weer	Zelf koken; Beoordeling

uh. Dat verveelt heel snel.	zelf koken	maaltijden goed/slecht
O: Zou je dan ook zeggen van. Ik zit gelijk te denken dat misschien als je het nog een keer het onderzoek zou doen, dat je zegt van het afwisselen, dus regulier bijhouden en dan een keer een gemalen tijd, en de dag daarna zelf weer gewoon eten. Zou dat een idee zijn?		
P: Dat is een idee, ja. Kijk, want nou zeg ik. Er op een gegeven moment krijg je er een hekel aan. En dat is allemaal. Ik hoef niks meer moeten doen. Ik slik alleen en weg is het.	Niet fijn niks meer zelf doen. minder eetplezier	Beoordeling maaltijden; Consistentie
O: Ja.		
P: En kijk, dan is dat eigenlijk zonde. Ga je dat nou een beetje die 5 maaltijden over een langere periode uitstreken, dan is dat waarschijnlijk ook meer positief, denk ik.	Maaltijden over een langere periode doen	Aanbeveling
O: Dat het dan misschien minder inderdaad tegenstaat, dat het iedere keer weer vernieuwend is, van oh ja. Even wat makkelijker kan maken. Ja.		
P: Kijk, zoals de boontjes, had ik toch hier? Ja. Dat gaat dan makkelijk. Als ik een of wat bijt, dan heb je ook nog wat te doen, [...] momenten. Want ik heb toch, bij 1 heb ik wat te drinken erbij gepakt.	Nog wat kunnen doen bij het eten, dan alleen slikken	Beleving regulier
O: Ja, had ik gezien inderdaad.		
P: Maar de rest, dat ging vrij makkelijk. En de opwarmperiode, ik denk boh dat is wel erg kort, maar dat was perfect. Die 7 minuten en 30 seconden. En ja die 300 Watt hadden we ook.	bereiding makkelijk	Meetprotocol
O: Ja, dat is prima. Ok.		
P: Kijk, het was niet zo, zoals toendertijd bij de kring bij ons. Dat toen met die vis, helemaal in de fout was gegaan. Ik weet niet, je had me toen gezegd, maar ik weet niet wat dat was.	Bereiding beter	Uiterlijk
O: Ja. Dat viel uit elkaar. Maar we hebben dat waarschijnlijk te lang verwarmd, waardoor dat die, en op een te hoge voltage, waardoor dat inderdaad het wat meer ruime ... was. En het was dan de aardappelpuree was ook, werd toen ook wat korreliger. Dus ik was benieuwd hoe dat nu was. Maar dan zie je dus hoe		

nauw dat het luistert om het te bereiden.		
P: Zeker.	Bereiden	Meetprotocol
O: Ja.		
P: Ik moet zeggen zo'n puree opzich, dat was geen dingen aan. Dat ging makkelijk.	Makkelijk	Beoordeling maaltijd goed
O: Nou, dat is fijn. Even kijken. Nou, deze vraag hadden we eigenlijk een beetje gedaan. Hoe heeft u de maaltijden ervaren. Hoe heeft u het onderzoek ervaren?		
P: Een ander zoeken opzich. Het is eigenlijk wat wij bij de kring hadden gedaan. Dat vond ik een beetje oppervlakkig. En zeker door je collega, die praatte wel maar die zei eigenlijk niks. Maar opzich, met jou, dat was helemaal geen probleem.	N.v.t.	N.v.t.
O: Ok, gelukkig.		
P: Nee, ik heb ergens wat ander geschreven ik weet het niet meer. Ik heb het altijd in potlood, maar jullie maken dan. En via de computer, dus dat ging. Zij is handiger dan ik. Daarvoor heb ik die toch maar mooi bewaard. Je weet toch nooit [...].	N.v.t.	N.v.t.
O: Ja, nee, fijn.		
P: Dan kan je iig even terug kijken, wat was dat toen.	N.v.t.	N.v.t.
O: Ja, dat klopt. Maar ik ben blij dat u het positief heeft ervaren. Het invullen van de vragenlijsten, waren die verder duidelijk?		
P: Ja. Wat ik wel vond qua voor in zijn totaliteit, waarom dat dat allemaal. Je laat overal dat alles doen, drie keer vier keer dubbelen. Ik weet het niet. Dat is een kwestie van doe het maar goed genoeg, dan weten de mensen dat ook. En dat. De rest is dat geen probleem. Maar wel hoe het eruit zien, of het smakelijk is de ja of de nee. Kijk, ik zeg tegen mijn vrouw, ik zeg dat moet je hebben eigenlijk. Als je poezen hebt.	N.v.t.	N.v.t.
O: Ja.		
P: Die heb je geloof ik he?	N.v.t.	N.v.t.

O: Nee nee nee.		
P: Nee? Kijk, dan heb je dat voer, en dan doe je dan ook nog volgens de Duitsers, een takje peperselie daarbij, en dan gaat bij mij natuurlijk van alles branden.	Aanpassing maaltijd	Uiterlijk
O: Dan wordt het mooier.		
P: Ja, precies.	-	Uiterlijk
O: Ja.		
P: Kijk, dat is maar gek geheimen. Nee, dat zag daar bij daar netjes uit. Ik dacht eigenlijk dat wordt weer zoiets wat daar van af, dat heb ik voorzichtig gedaan. En dan denk ik van niks.	Netjes uit het bakje	Uiterlijk
O: Het blijft er mooi opzitten.		
P: Want je kan nog, tenminste ik. Dan heb je een vork en een mes. Je kan het met een mes er makkelijk door. Dan bleef het dan ook, dat stukje wat je dan afgesneden hebt, dat blijft dan ook. Dus op dat gebied, is dat perfect gedaan.	Perfect structuur	Uiterlijk
O: Dat het dan inderdaad mooi in laagjes blijft.		
P: Precies. Maar ik had helemaal niet echt vragen. Ik had alleen een fout gemaakt, en dat was hiermee.	N.v.t.	N.v.t.
O: Oh ja, maar dat maakt niet uit. Kijk, dat is ook weer voor ons makkelijk, omdat we het dan per mail binnen krijgen. Dus dan kun je het precies koppelen aan welke, bij de juiste persoon die daar aan mee doen. Maar als je nou 20 mensen hebt, en je moet dat allemaal digitaal hebben, dan kun je nog aan alle codes koppelen.		
P: Ja, precies.	N.v.t.	N.v.t.
O: Dat scheelt ook. Het is meer extra dat we weten oh ja die maaltijd hoort daarbij. Dat maakt helemaal niet uit.		
P: Nee. Het was vrij overzichtelijk, moet ik zeggen. Alleen wat je zelf ook al aanhaalde, van 0 tot 2 keer. Dat is natuurlijk gekke boel. Ik heb een paar keer gezet 0, toen heb ik 2 daarachter gezet hier, omdat anders kom je misschien in de war. Dat het misschien ook 1 of 2 keer kan zijn.	Meer optie bij verslikincidenten	Slikincidenten

O: Ja, daar kom je dan later achter. Denk je dit was niet handig.		
P: Nee, dat was niet handig. En kijk, die van 10 verdeling, van 1 tot 10.	Schaal vragenlijst	Algemeen
O: Dat was voldoende denk ik.		
P: Dat was meer als voldoende. Kijk, in de ziekenhuis in maastricht, dan heb je ook vaker van die dingen. Dan moet je van 1 tot 10, hoeveel pijn, waar en dat daar en daar. Dus dat is gesneden koek, zeg maar.	Voldoende begrip 10 punt schaal	Algemeen
O: Nou, dat is iig fijn. Want u heeft eigenlijk gewoon alle stappen gevogld zoals wij die op papier hebben gezet.		
P: Ja, dat was het meest logisch. Anders kom je helemaal in de war. En dat had ik allemaal zelf, kijk. Zondag 8 april. Ik had dat allemaal een klein beetje geordend. Dat ik ook wist, als jij kwam, waar we het over zou hebben, dan je even naar kijken.	Bijhouden van dagen onderzoek	Algemeen
O: Dan kun je inderdaad terugkijken. Even kijken, want dat ene keer met dat verslikken hebben we al besproken. Zou je het aanraden, dat zei ju net ook al. Heeft u nog andere tips of adviezen voor ons?		
P: Nee. Dat met de computer, dat ging perfect. En ik moest nog iets gestuurd krijgen. ik weet het helemaal niet of ik dat gekregen heb, met die hoeveelheid.	n.v.t.	Algemeen
O: Want de digitale SWAL-QOL vragenlijst, dat ging niet. Die kregen we niet digitaal.		
P: [...].		
O: Heeft u toevallig nog wel de papieren versie ingevuld?		
P: Ja, die heb ik ingevuld. Dat was bij de eerste keer.	invullen	Algemeen
O: Ja.		
P: Heb je die mee naar huis genomen.	N.v.t.	N.v.t.
O: Heb ik meegenomen? Dan zou ik die even moeten nakijken thuis.		

P: Ik heb hem hier niet erbij.	N.v.t.	N.v.t.
O: Even kijken.		
P: Hij moet in jouw bezit zijn.	N.v.t.	N.v.t.
O: Dan moet ik hem hebben.		
P: Komt een handtekening eronder, geloof ik, ook nog eens. Kan dat?	N.v.t.	N.v.t.
O: Nee. [...]		
P: Want die heb ik. Jawel.	N.v.t.	N.v.t.
O: Dan moet ik die even thuis nakijken. Want ik heb hem hier niet in zitten. Dat was toen volgens mij met die 8-9 paginas achter elkaar.		
P: Juist. Was het met die bolletjes die je moest aankruisen? Ik weet al helemaal niet meer.	N.v.t.	N.v.t.
O: Even kijken. Nee, ik heb hem hier niet bij zitten. Dus dan moet ik hem thuis even nakijken. Die, ja.		
P: Die heb ik ingevuld.	N.v.t.	N.v.t.
O: Oh, super!		
P: Dus die moet in je bezit zijn. Mocht het niet zijn..	N.v.t.	N.v.t.
O: Ja, want ik denk dat dit de versie is die ik dan mee had moeten nemen. Mag ik deze meenemen dan?		
P: Ja natuurlijk, maar die heb ik niet ingevuld.	N.v.t.	N.v.t.
O: Deze is ingevuld. Jawel.		
P: Dan heb ik die achter de hand gehouden. Dan is die eigenlijk van jou.	N.v.t.	N.v.t.
O: Dan is deze inderdaad van mij. Nou, super, heb we die ook gelijk. Wacht, dan doe ik die weer gelijk in.		

P: Wel in je map doen he, anders kom je hem weer kwijt.	N.v.t.	N.v.t.
O: Had ik verder nog vragen. Even denken. Oh ja. Hoe was het met het honger gevoel?		
P: Dat had ik dus wel. Ik. Als ik dat op had, dan begon het toch weer te knorren hier.	nog honger gevoel	Vulling maaltijden onvoldoende
O: Ja?		
P: Dus dan moest het wel, na een half uur. Ja, zeg maar een half of uurtje. Dan denk ik van, in normaler wijze als ik dan gegeten heb, en met de hond en is dat altijd een spelletje. En dan heb ik wat achter de handen, een bishuitje met wat pate daarop. Dan is het meer wat voor hem dan voor mij. Nou ging dat natuurlijk iets wat groter. Dan ging er nou weleens een frikandel of zo daarin he.	Na korte tijd weer honger	Vulling maaltijden onvoldoende
O: Ok. Oh, dat is wel jammer.		
P: Ja, ik moet zeggen voor de maaltijd. Nou dan ben ik een snel iemand. Iemand die gewend is toch behoorlijk aan te gaan, dan is dat eigenlijk. Want hoeveel gram was het?	Niet genoeg	Vulling maaltijden onvoldoende
O: 300 gram, met onder de 80 calorieën.		
P: Ja, ik had hier. [...] kom je aan kwijlen. 430 gram, met een wortel wel erbij. Dus dat is niks.	Een maaltijd met extra is niks	Vulling maaltijden onvoldoende
O: Nee.		
P: En dan zou je kunnen zeggen dat mensen die geen slikproblemen hebben, maar zo kunnen slikken zoals ik dan zou die portie eigenlijk twee keer groter moeten maken. Dat is niet haalbaar natuurlijk, qua op financiën. En dan is het wel. Meisie, die klopt hier niet natuurlijk.	Een portie niet genoeg	Vulling maaltijden onvoldoende
O: Hey. Oh jee, voor hetzelfde geld loopt die weg.		
P: Oh ja ja. Wat u straks daar had gevraagd, die kan Freya denk ik beter beantwoorden. Of tips.	N.v.t.	N.v.t.
O: Of de calorieën verhogen. Dus hetzelfde hoeveelheid houden, maar zorgen dat er meer calorieën inkomen.		

P: Ik weet niet of dat kan.	N.v.t.	N.v.t.
O: Ik weet het niet. Ja.		
P: Kan. Het is koks he.	-	Beoordeling maaltijden
O: Ze doen het nu met. Alles is natuurlijk vers product, dus dan zou je er weer dingen aan toe moeten gaan voegen. Meer ik weet het niet. Misschien kunnen ze iets doen.		
P: Nee, inderdaad.	N.v.t.	N.v.t.
O: Ik weet het niet.		
P: Kijk, opzich.	N.v.t.	N.v.t.
O: Ik geef het alleen maar door. Het is voor ons een middel, maar ik zeg nog altijd ik ben hier niet om een product te verkopen. Daar gaat het niet om. Het was voor ons kijken van zou duchesse een meerwaarde kunnen zijn voor patienten die slikproblemen hebben na operatie en chemotherapie en weet ik wat nog allemaal. Zou het een meerwaarde kunnen zijn.		
P: Had ik het gehad na de operatie, want dat, voordat dat weer helemaal na dat slikken na de kanker, zou dat natuurlijk een item kunnen zijn. Zo van, niet schokken zo, maar dat je dan toch makkelijker kan slikken als datgene met die vuile, smeuge troep die je door je neus naar binnen haalt.	Makkelijk, en aantrekkelijker dan reguliere gemalen voeding (sonde)	Beoordeling maaltijd; Aanbeveling
O: Ja, want daar zaten we. Dat had ook eigenlijk het idee wat we in eerste instantie hadden, kunnen we het misschien met patienten doen die net in de ziekenhuis zijn geweest en vervolgens naar huis toegaan, en dan het dan laten uitproberen. En nu zeggen we van ok, nou ja, daar zijn misschien dingen die zij moeten aanpassen qua smaak of weet ik het wat. Maar het zou misschien wel een hele goeie oplossing kunnen zijn om inderdaad in dat traject dat mensen weer moeten gaan opstarten met eten.		
P: Juist.	N.v.t.	N.v.t.
O: Of in plaats van dat zij zelf alles uit moeten zoeken, dat men kan zeggen goh, deze maaltijden zijn er. Nou. Ze smaken		

redelijk okay.		
P: Ja.	Redelijk okay smaken	Smaakbeoordeling maaltijden
O: Dat het inderdaad is voor die eerste periode.		
P: Dan overbrug je toch het averages. Want die mensen hebben toch een achterstand, van slikken en toestanden meer. En je weet beter als ik, dat eigenlijk na de bestraling nog een herbestraling komt, na 10 jaar. En [...] en dat is wat ik dan heb.	N.v.t.	N.v.t.
O: Ja, en daar is het nu door ontstaan met de problemen met slikken. Ja.		
P: Ik ben toen bij de logopediste geweest, en die heeft dan wat spelletjes met mij gedaan, en dan moest ik mijn hoofd eens zo doen en dan slikken. En dan deed dat wel goed. Want ik ga volgens de geleerde, volgens de Bayers. Ken je hem? Had ik nou een verdikking achter in de keel. En dan moet het natuurlijk met slikken de kracht gebruiken. En dan is dit, veel beter. Hoefde ik alleen niet zo te zitten, kon ik gewoon op mijn gemak eten.	Hulp nodig van logopediste, met gemak weer slikken	Patientsgegevens
O: Want zoals bv met de groenten die u maakt, als u zelf kookt, zijn die ook. Kookt u die langer door, of hebben die zijn die nog wel een beetje hard?		
P: Nou, ik moet zeggen, is er nou bv. spaghetti ertussen, laat ik toch niet aldente (?) maar toch iets beter. Sla bv kijk ik ben daar niet gebeten en niet geslikt.	Bereiding reguliere maaltijden	Zelf koken
O: Nee.		
P: En dan heb ik natuurlijk ook beter weinig sla eet zo, maar de rest mag rustig en dat weet ik. Groenten kan ik rustig opeten, boontjes, erwten, brocolli, bloemkool, tomaat. Dat ga ik nou niet extra nog een keer doorkoken. Dat heeft geen zin. Er zijn wel mensen bij ons in de kring, nou hebben wij dan de 15 ^e dat reisje naar Kochel, dan krijgen we ook eten en wat weet ik. Dan moeten wij aangeven van de mensen die niet slikken kan. En dan is dan meestal hun optie de vis.	Verschillende soorten eten kunnen benuttigen	Afwisseling; Zelf koken
O: Ja.		

P: Dan zijn er mensen bij die zeggen als er bloemkool bij is, doorkoken. Dan vind dat het niet smaakt, maar dan kan ik net zo goed wat gaars gaan eten.	Doorkoken	Consistentie
O: Maar als je het inderdaad weer doorkookt, wordt het dan natuurlijk wel weer zachter.		
P: Tuurlijk.	-	Zelf koken
O: En wordt het slikken wel weer makkelijker.		
P: Heb ik dan wel eens geprobeerd bij dat, al wat ei heeft, dat is dan bloemkool dan in hele kleine stukjes. Daar kun je dan bv aardappel koekjes van maken en weet ik wat. En dat is dan op bloemkool basis, en dat smaakt goed.	Nog kunnen koken/bakken thuis, smaakt goed	Zelf koken; Consistentie regulier
O: Smaakt goed.		
P: En dat is ook niet zo hard. Dan kan je het nog een beetje doorbijten.	Nog kunnen doorbijten	Consistentie regulier
O: Nog een ding, wat mij nog te binnen schiet. Want we hebben met de reguliere maaltijden, gebruik je natuurlijk ook sausen overall bij. Is dat om het slikken makkelijker te maken?		
P: Ja en nee. Kijk, normaler wijze moet je dan [...].	Slikken gaat makkelijker	Slikincidenten
O: Of is het voor de smaak?		
P: Het is ook voor de smaak. Je hebt natuurlijk een saus er over heen, in plaats dat je met zo'n pot zit te knoeien. Dat is de bedoeling ook niet.	Sausen voor extra smaak	Smaakbeoordeling regulier; Compensatiestrategie
O: Ja, nee, dat klopt.		
P: En een sausje is nooit kwijt. Namelijk tegenwoordig met de asperge tijd, dan heb ik daar geen sausje. Dan heb ik er roomboter overheen. Dat is heel goed voor de lijn.	Aanpassing voor saus	Slikincidenten regulier
O: Ja. Asperges gaat ook goed?		
P: Ja, want ik had gedacht dat wordt wat.	Pos ervaring	Consistentie maaltijden

O: In verband met de vezelstructuur.		
P: Ja, ik doe ze dan wel goed schillen. Dat scheelt natuurlijk. Tegenwoordig krijg je ze geschild. Dan moet ik zeggen, heb ik toch wat skeptisch(?) over gehad. Maar die zijn toch netjes geschild. Dus dat is dan geen probleem. Maar je moet natuurlijk niet gaan schokken. Of wat heet schokken. Die zijn lang. Zo groot is dan bv een asperge. En moet je die dan wel weg kunnen slikken en niet. Dan moet je het even snijden, anders heb je die ergens vast. En dan lukt het niet.	Goed schillen en snijden (bereiding)	Zelf koken; Consistentie regulier
O: Maar dat doet u denk ik met u met uw gewone eten? Dus dan alles veel fijner snijden.		
P: Ja. Vlees dat moet ik. Dat moet ik toch iets meer doorbijten. Bv een gebaren gehakt. Friya die heeft dat voor het laatst een keer gedaan bij de spaghetti, dat gehakt. Gebakken of gebraden, maar dat is voor mij een ramp. En heb je je kauwtjes overal. En dan moet je dan kijken dat je dat achter hier, in dat slikkanaal kan werven.	Bereiden van eetsoorten, verfijnen	Consistentie regulier; Compensatiestrategie
O: En dan is de risico groot dat er een heel klein stukje net in de verkeerde kant opgaat. Ja.		
P: Ja, maar [...].	N.v.t.	N.v.t.
O: Oh ja, nog een iets minder smakelijke vraag. Heeft u veranderingen gemerkt in de ontlasting?		
P: Mijn vrouw vroeg dat ookal. Hoe gaat dat dan nou? Gaat dat goed, gaat dat dun, gaat dat dik? Ik heb niks gemerkt.	Geen bijzonderheden	Ontlasting
O: Top.		
P: En het kleur is niet verschillend.	g.b.	Ontlasting
O: Dat is fijn. Had ik verder nog. Dat waren mijn vraagjes.		
P: Ja, dan kom ik wel bij dadelijk. Kijken of friya nog wat tips heeft. Ik heb er geen. Het was decoreren.	N.v.t.	N.v.t.

CLIËNT C

O: onderzoeker

P: participant

Tekstfragment	Open coderen	Axiaal coderen
O: Dus je gaf eigenlijk aan van de maaltijden zijn niet warm genoeg. Ja	Warmte maaltijden	Temperatuur maaltijden
P: Dus ik heb 5 graden hoger gedaan elke dag en dan vond ik het nog niet warm genoeg.	Warmte maaltijden niet warm genoeg	Meetprotocol; Temperatuur maaltijden
O: Dus nog niet warm.		
P: Tenminste je kon het wel eten maar het koelt dan te snel weer af.	Koelt snel af	Temperatuur maaltijden
O: Het koelt te snel af he. Ja, dan dat hadden we inderdaad vanuit een andere client krijgen we dat ook te horen. Die zei van ja het koelt zo snel af, uhm, en dat is misschien dat zou ik na moeten vragen of ze dat ze hem bijvoorbeeld nou in de verpleegklinieken de warmhoud borden eronder hebben gehouden. Maar dat is ja ik vind dat wel handig om te weten natuurlijk want dan moet er iets in het aantal graden aangepast worden. sorry, ik heb een beetje last van mijn keel vandaag. Uhmm. Maar hoe vond u de smaak over het algemeen? Want u bent, u bent, een van de weinige die volledig nog smaak proeft he.		
P: Van de twee bij die ze ook [...] de twee dan eten en drie helemaal niet meer.	N.v.t.	N.v.t.
O: En welke twee waren dat die je het lekkerst vond? Oh maar dat kan ik wel even terug zien. Even kijken. Dat was, denk ik, maar die vond u niet lekker? De pasta? Uhu.		
P: Ja de bolognese wel, maar de pasta zelf niet.	Beoordeling maaltijden	Beoordeling maaltijden (neg)
O: Nee? De, de..		
P: Het was een chemische troep. Bah! Klaf!	Chemische troep	Smaakbeoordeling
O: Ja? Hoe was het met de babipangang afgelopen?		

P: Dat was ook, die rijst was ook een grote kauwgum bal.	Grote kauwgombal	Consistentie maaltijden
O: Ja? Hmm. En wat vond u van de hoeveelheid saus?		
P: Te weinig, elke dag.	Te weinig saus	Beoordeling maaltijden (neg)
O: Te weinig he. Hmmm. Merkte u wel dan zeg maar dat het het slikken wel iets makkelijker ging?		
P: Oh [...] je slikt het heel makkelijk weg.	Slikken makkelijker	Consistentie maaltijden
O: Oh dat vind ik fijn om te horen. Uhmm.		
P: Heb ik ook ingevuld, denk ik.	N.v.t.	N.v.t.
O: U heeft u zich inderdaad minder verslikt dan bij de, uh, bij, als ik u het zelf maakt.		
P: Nou het is bij mij geen verslikken.	Andere kijk op slikincident	Slikincidenten
O: Ja, u zegt u moet hoesten, toch?		
P: Dan zit bij mij iets voor de slokdarm, [...] en dan moet ik het ophalen.	Ophalen is niet slikincident	Slikincidenten
O: Inderdaad, dat was het. Ja		
P: Ophoesten, maar dat is geen verslikken.	Ophoesten, geen verslikken	Slikincidenten
O: Nee. Nou moet ik er inderdaad. Nou moet ik onthouden dat ik dat er bij zet. Want anders beoordeel ik dat verkeerd.		
P: Dan [...] en een beetje ook blijft het eten hangen. <i>(heel onduidelijk)</i>	Eten blijft hangen	Slikincidenten regulier
O: Ja, dat is net voor de ingang. Ja je hebt bij de luchtpijp heb je die twee, daar zitten twee opvang bakjes eigenlijk als het ware daarnaast. Daar kan heel makkelijk inderdaad eten in blijven zitten. en dan moet je het inderdaad terug omhoog, want anders zou het de slokdarm in gaan. De luchtpijp ingaan. Ja.		

P: En dat moet ik ook doen, want anders zit mijn keel ook vol.	Teveel in de slokdarm	Compensatiestrategie
O: Nee dat werkt niet. Nee, dat klopt. Maar ik ben wel blij om te horen dat het dan toch iets makkelijker gegaan is. Dat is, dat betekent dan het wel zeg maar dat het.		
P: Ik vond deze heel luchtig. Tenminste het gewone eten. De pasta en die rijst, ja en dat vond ik klef.	Beoordeling van eten	Beoordeling maaltijden
O: Mhm. En had u wel het idee dat het voldoende was voor u?		
P: Ja	Voldoende vulling	Vulling maaltijden
O: Qua maaltijd voor 's avonds?		
P: Ja	Ja	Vulling maaltijden
O: Ok. Uhm. Nou je had net inderdaad he, van goh, dingen waar je tegenaan liep was inderdaad het opwarmen van het eten, dat het dus inderdaad te koud was. Waren er nog meer dingen waar u tegenaan bent gelopen? Vond u de vragenlijsten ook duidelijk?		
Ja (knikken)	Gehouden aan afspraken	
Ok, super. Uhm, even kijken. Want u heeft eigenlijk gewoon alle stapjes gevolgd van zoals wij het hadden op papier hadden gezet. Ok. Uhm. Zou je het product ook aan andere mensen aanbevelen?		
P: Ja, behalve die pasta bolognese.	Niet alles aanbevelen	Aanbeveling; Voorkeur maaltijden
O: Ja. En de babipangang.		
P: Ja die vond ik dan al beter van smaak als die pasta.	lekkerder	Smaakbeoordeling
O: Wat vond u van de smaak van de pasta?		
P: De pasta opzich vond ik zo chemisch, net alsof die geen echte pasta was.	Chemisch	Smaakbeoordeling

O: En de saus vond u, die die smaakte wel een beetje?		
P: Ja, die ging wel. maar ik miste eigenlijk ook de bolognese smaak.	Smaakmisser	Smaakbeoordeling
O: Mhm.		
P: Zo'n beetje tomaat-achtig. Ja, ik miste eigenlijk bij alles de saus en het vlees is maar zo'n laagje, dus dan proef je bijna niet.	Ongelijke verdeling lagen	Smaakbeoordeling
O: Want, uhm, heeft u het zeg maar in z'n geheel gelaten met eten, heeft het niet door elkaar gemengd?		
P: (knikken)	Gehouden aan afspraken	Meetprotocol
O: Ok. Dat is ook goed om want he dan hebben we het dus over de stukjes verhoudingen he en wat dan het smaakversterker, ja wat natuurlijk prettig is als u zegt ik wilt meer vlees en dan zou u het aantal aardappelpuree bv of de rijst of de pasta zou je dan moeten verminderen.		
P: meer saus	Voorkeur saus	Aanbeveling
O: En meer saus. Dat is ook een goeie. Vloeide de saus er mooi overheen of bleef die er vrij bovenop liggen?		
P: Ja, die bleef er bovenop liggen.	Uiterlijk maaltijden	Uiterlijk
O: Ok. Ummm. Heeft u verder nog iets gemerkt qua verandering in de je. Dit is een rare vraag hoor. In uw ontlasting? Geen veranderingen?		
P: Nee. Toevallig die maagpijn maar.	Geen veranderingen	Ontlasting
O: Nee, dat zou daar niet [...]		
P: Nee, want uh ik ben wanneer begonnen met die maaltijd?	N.v.t.	N.v.t.
O: Volgens mij zei je maandag.		
P: Zondag.	N.v.t.	N.v.t.

O: Of zondag. Ja		
P: Ja, en ik heb de aanval van zaterdag op zondag gehad. En op zondag middag, dus was ik er nog niet mee begonnen.	N.v.t.	N.v.t.
O: Nee. Uhm even kijken uhm. Heeft u verder nog iets van adviezen of tips voor ons?		
P: Ja, meer uh meer uh behalve de puree meer andere meer vlees en meer jus.	Verdeling lagen	Aanbeveling
O: Ja, dus echt de verhouding anders uh anders maken. Mhm. Hmm. Ik had eigenlijk helemaal niet zo heel veel vraagjes.		
P: Ik heb ook elke dag wat opgeschreven hoor.	protocoltrouw	Meetprotocol
O: Ja. Ik zag het al. U heeft u heeft het heel uitgebreid gedaan. Dank u wel. nee, dat is dat is wel heel fijn, want daardoor hoef ik het dus niet verder door te vragen. En u geeft hier inderdaad oh ja de bloemkool smaak die was niet uh echt aanwezig. Mhm		
P: Ik vond die met die doperwtjes lekker.	Doperwtjes lekker	Smaakbeoordeling
O: Ja. Even kijken. Dit is de pasta, dit is het runderlapje met bloemkool.		
P: Ja, die twee vond ik het lekkerste. De kipfilet en het runderlapje.	Voorkeur maaltijden	Smaakbeoordeling
O: Ja.		
P: En de kabeljauw ja die heb ik die moet ik nog krijgen. Die heb ik niet gehad.	N.v.t.	N.v.t.
O: Want dat is de laatste die je nog moet doen he? Of niet? Heh? Wacht.		
P: Ik heb alles.	N.v.t.	N.v.t.
O: De pasta, de babipangang, de kipfilet en de oh de kabeljauw hie oh hier dit is de kabeljauw.		
P: Ja en dat heb overigens gegeven uh dat zag er aantrekkelijker	Uiterlijk maaltijd	Uiterlijk;

uit dan het smaakte. Ik heb totaal geen vis geproefd.	Ontbreken vissmaak	Smaakbeoordeling
O: Oh dat is jammer.		
P: Nee, die was er niet. Het viel mij dus tegen. En ik heb de oven elke dag voorverwarmd 10 minuten.	Tegenvallende verwachtingen Protocol trouw	Smaakbeoordeling
O: Ja. Wat bizar.		
P: Dat hadden jullie ook bij moeten zetten.	Toevoeging meetprotocol	Aanbeveling
O: Voorverwarmen. Inderdaad. Op voor op de instructie.		
P: Juist. [...]	N.v.t.	N.v.t.
O: Maar dat is een hele goeie. Mhm. Heh, want als je hem inderdaad zonder voorverwarmen doet.		
P: Dan is die helemaal niet kou dan warm.	Temperatuur	Temperatuur maaltijden
O: Nee, dat klopt. Een maaltijd net waarom geen vis. U heeft het heel uitgebreid gedaan. Dank u wel. Jammer. Uh, maar heeft de andere smaken heeft u dat wel geproefd? De worteltjes en de aardappel. Dus dat was wel duidelijk?		
P: Ja en de doperwtjes en de puree ook.	Aanwezigheid smaken	Smaakbeoordeling
O: Mhm.		
P: De rijst proefde ik ook wel, maar ja die was klef.	Aanwezigheid smaken Consistentie klef	Smaakbeoordeling; Consistentie maaltijden
O: Maar de structuur die was klef. Ja. Even kijken.		
P: Ja, bloemkool met pomme marquis. Wat is dat?	N.v.t.	N.v.t.
O: Pomme marquis is is volgens mij zoete aardappel.		
P: Ja, [...].	N.v.t.	N.v.t.

O: Was die ook zoeter?		
P: Ja. Die was lekker ja	smaakbeoordeling	Smaakbeoordeling positief
O: Ok. Hmm. Nou, dan heb ik eigenlijk geen vragen. Zijn er nog dingen die u kwijt wilt?		
P: Ik wil best wel een keer bestellen, maar ik zou het niet elke dag willen eten.	Bestellen Eentonig	Beoordeling maaltijden
O: En de reden daarvoor?		
P: Ja, gewoon afwisselen van je eigen eten. In feite is het toch lekker gekookt.	Afwisseling	Afwisseling
O: Als u het zelf gemaakt heeft en dan uh en er zit ook een stukje beleving vooraf he als je het als je zelf al de groenten gemaakt hebt of.		
P: Ja maar weet je, je kan ook nog altijd nog iets doen van jezelf.	Eigen inbreng	Zelf koken
O: Ja.		
P: Toch? Daarom zou ik het sowieso al doen.	N.v.t.	N.v.t.
O: Mhm.		
P: Want ik heb eigenlijk die uh babipangang die saus was drie keer dat was niks. Heb ik zelf nog satesaus bij gemaakt.	toevoeging	Beoordeling maaltijden (neg)
O: Goed om te weten. Mhm. Ja, maar dat is ook weer qua hoeveelheid eigenlijk te weinig?		
P: Ja.	(hoeveelheid) Ja	Beoordelingmaaltijden (neg)
O: Wat merkt u dan? Dat het droger wordt in de mond, als er weinig saus opzit?		
P: Ja. Het is niks aan.	Beoordeling	Beoordeling maaltijden (neg)

O: Dus het is wel de saus is dan eigenlijk een stukje smaakversterking ook van het eten.		
P: Ja. En de de de rijst en en de pasta ja die zijn denk ik toch dingen die moeilijk te	Bereiding	Consistentie
O: Mhm.		
P: Te malen zijn.	bereiding	Consistentie
O: Ja, ze hebben dat dus onder zo'n lage temperaturen gedaan, maar dat is het is fijn om te weten he hoe u dat ervaart en als u dat thuis doet. En want dat is natuurlijk heel anders als in een..		
P: Als ik pasta doe, doe ik prakken.	Bereiding	Consistentie regulier
O: Ja.		
P: [...], oh nee dat kun je niet zien. Heel dunne .. heb ik.	samenstelling	Consistentie regulier
O: Ja, maar dat heeft u verteld inderdaad. En die kookt u		
P: En door te prakken, en dan heb je dus echt het gevoel dat je pasta zit te eten.	Bereiding	Smaakbeoordeling regulier
O: Ja op die manier maakt u het natuurlijk inderdaad helemaal fijn. Uhm, even kijken. Nee, ik heb eigenlijk geen vragen meer.		

BIJLAGE 18 BEOORDELINGEN MAALTIJDEN DUCHESSÉ
BEOORDELING ORIËNTATIEFASE GROEP 1

Beoordeling Duchesse maaltijden oriëntatiefase				
Hutspot met hachee				
	Aantrekkelijkheid		Smakelijkheid	
	Freq.	Perc. %	Freq.	Perc. %
Redelijk onaantrekkelijk	1	11,1	4	44,4
Neutraal	2	22,2	2	22,2
Redelijk aantrekkelijk	4	44,4	2	22,2
Heel aantrekkelijk	1	11,1		
Missing	1	11,1	1	11,1
Vis				
	Aantrekkelijkheid		Smakelijkheid	
	Freq.	Perc. %	Freq.	Perc. %
Redelijk onaantrekkelijk	3	33,3	4	44,4
Neutraal	2	22,2	2	22,2
Redelijk aantrekkelijk	3	33,3	2	22,2
Missing	1	11,1	1	11,1
Kip				
	Aantrekkelijkheid		Smakelijkheid	
	Freq.	Perc. %	Freq.	Perc. %
Neutraal	1	11,1	1	11,1
Redelijk aantrekkelijk	6	66,7	4	44,4
Heel aantrekkelijk	1	11,1	4	44,4
Missing	1	11,1		
Runderlapje				
	Aantrekkelijkheid		Smakelijkheid	
	Freq.	Perc. %	Freq.	Perc. %
Heel onaantrekkelijk			1	11,1
Neutraal	3	33,3	3	33,3
Redelijk aantrekkelijk	5	55,6	5	55,6
Heel aantrekkelijk				
Missing	1	11,1		
Varken				
	Aantrekkelijkheid		Smakelijkheid	
	Freq.	Perc. %	Freq.	Perc. %
Neutraal	3	33,3	1	11,1
Redelijk aantrekkelijk	3	33,3	3	33,3
Heel aantrekkelijk	1	11,1	4	44,4
Missing	2	22,2	1	11,1

BEOORDELING ONDERZOEKSFASE GROEP 2

Smaakbeoordeling Onderzoeksfase per cliënt				
	Dag	Gerecht	Aantrekkelijkheid	Smakelijkheid
Clïënt A	1	Vis	5	3
	2	Kip	5	3
	3	Pasta	2	2
	4	Babi pangang	2	1
	5	Runderlapje	5	5
Clïënt B	1	Pasta	9	7
	2	Runderlapje	8	7
	3	Vis	7	9
	4	Babi pangang	9	9
	5	Kip	8	7
Clïënt C	1	Vis	6	3
	2	Kip	5	5
	3	Babi pangang	5	5
	4	Runderlapje	7	6
	5	Pasta	6	3

SLIKINCIDENTEN GROEP 2

Maaltijd	Frequentie	Percentage %
Regulier		
0-2 keer	8	53,3
3-5 keer	2	13,3
> 5 keer	5	33,3
Duchesse		
0-2 keer	10	66,7
3-5 keer	2	13,3
> 5 keer	3	20

BIJLAGE 19

BEREIDINGEN DUCHESSÉ MAALTIJDEN

	Cliënt	Duchesse maaltijd	Bereidingswijze	Bereidingstijd (min en sec)	Watt/graden
Dag 1	A	Vis	Heteluchtoven	55m	95°
	B	Pasta	Magnetron	9m 30s	300 W
	C	Vis	Heteluchtoven	40m	95°
Dag 2	A	Kip	Heteluchtoven	40m	95°
	B	Runderlapje	Magnetron	9m 30s	300 W
	C	Kip	Heteluchtoven	40m	100°
Dag 3	A	Pasta	Heteluchtoven	40m	90°
	B	Vis	Magnetron	9m 30s	300 W
	C	Babipangang	Heteluchtoven	40m	100°
Dag 4	A	Babipangang	Heteluchtoven	40m	95°
	B	Babipangang	Magnetron	9m 30s	300 W
	C	Runderlapje	Heteluchtoven	40m	100°
Dag 5	A	Runderlapje	Heteluchtoven	40m	95°
	B	Kip	Magnetron	9m 30s	300 W
	C	Pasta	Heteluchtoven	40m	100°